Infermieri e territorio. Quali comunità?

Proviamo un piccolo esperimento. Dite la parola "comunità" in una stanza con dieci persone e osservate dove va la mente di ciascuno. In base ai vissuti e alle esperienze lavorative e personali di ciascuno, qualcuno penserà alla propria storia, al Paese dove è cresciuto, alla rete informale che lo sorregge; altri penseranno a gruppi di persone con caratteristiche specifiche. Tra i professionisti sanitari c'è chi penserà al territorio, ai pazienti cronici seguiti a domicilio, alle famiglie da accompagnare, mentre qualcun altro penserà al suo reparto, quella piccola tribù con i suoi rituali, le sue gerarchie invisibili, i suoi codici non scritti. Tutti hanno ragione. Nessuno si sbaglia. Ed è esattamente qui che sta il problema e, insieme, la ricchezza di questo termine.

Comunità è una parola ombrello sotto la quale si mette di tutto: il quartiere, l'équipe, la professione, la rete online. Questa molteplicità di significati non è una debolezza del linguaggio, ma uno specchio della realtà. Un infermiere, per la natura stessa del suo lavoro, abita più comunità contemporaneamente. Non è semplicemente un operatore che lavora *nella* comunità, una lettura ovvia e riduttiva, ma è qualcuno che la comunità la attraversa, la interpreta e la trasforma. Spesso senza saperlo e spesso senza che nessuno glielo riconosca.

Prendiamo la figura dell'infermiere di famiglia e comunità che porta la cura là dove le persone vivono. Qui il legame è esplicito, scritto nel titolo. Tuttavia, la comunità che questo professionista incontra a domicilio o in un quartiere di periferia non è mai omogenea. È fatta di reti informali che preesistono a qualunque servizio sanitario: il vicino che porta la spesa, la o il farmacista che conosce tutti per nome, il parroco che ne conosce le fragilità. La domanda che ogni infermiere territoriale affronta è: come entro in questa rete senza spezzarla? Come porto risorse senza produrre dipendenza? Questi sono i veri interrogativi del *community building* in cui si cerca di costruire capacità locali senza sostituirle e di connettere senza creare dipendenza. Si tratta di rafforzare quello che c'è, evitando di importare dall'esterno modelli che non appartengono a quel tessuto sociale. È una sfida di umiltà professionale e di intelligenza relazionale.

È qui che la comunità smette di essere un concetto e diventa pratica. Non è la somma delle persone che abitano un territorio, ma la qualità delle relazioni che le tengono insieme fatte anche di riconoscimento e fiducia. Ed è su questo piano che si colloca il lavoro dell'infermiere di famiglia e comunità. Non tanto nel "fare" dentro un territorio, ma nel modo in cui entra in relazione con ciò che già esiste. Ogni intervento si innesta su equilibri fragili, su reti informali che funzionano secondo logiche proprie.

La cura, in questo senso, non coincide solo con la risposta a un bisogno clinico, ma con la capacità di sostenere queste connessioni, di renderle più stabili, di evitare che si interrompano. A volte significa facilitare, altre volte tradurre, altre ancora semplicemente non invadere. È un lavoro poco visibile, perché non produce sempre esiti immediati e misurabili. Ma è proprio in questa trama di relazioni che la comunità prende forma.

> La capacità di stare nelle relazioni non si improvvisa. Si impara e si alimenta nei luoghi dove la professione respira.

Questa capacità di stare nelle relazioni, però, non si improvvisa. Si impara e si alimenta nei luoghi dove la professione respira: nei reparti, nelle équipe, in quei micro-sistemi quotidiani che rappresentano la nostra prima e più prossima comunità. È la dimensione in cui la maggior parte degli infermieri trascorre la propria vita professionale e che plasma il modo in cui quella vita viene vissuta. Un reparto può essere una comunità che nutre o una comunità che consuma. Può essere il luogo dove un collega neolaureato trova sostegno e guida dopo la perdita del primo paziente. O può essere il luogo dove impara in fretta che certe domande non si fanno e che sopravvivere significa non disturbare.

La differenza tra questi due scenari non dipende dall'indole individuale, ma dalla cultura di quella specifica comunità: da come si gestiscono i conflitti, si celebrano i risultati o si elaborano gli errori. Questo è un territorio poco esplorato, non il paziente e il suo contesto, ma il professionista e il suo. L'appartenere a una comunità di cura, con i suoi riti e le sue gerarchie, modella il modo in cui si cura e il modo in cui si decide se restare o andarsene.

Questa dinamica si radicalizza negli ambienti cosiddetti chiusi come ad esempio sale operatorie, terapie intensive, rianimazioni, emodinamica. Qui la competenza tecnica è altissima, ma il rischio è che la dimensione relazionale si restringa. Si lavora fianco a fianco, ma non sempre insieme. E quando il legame si indebolisce, il peso del lavoro può diventare più difficile da sostenere.

La ricerca sui Magnet hospital lo conferma evidenziando che in tempi di *great resignation* e *quiet quitting*, gli infermieri restano – e restano professionisti "vivi" – dove sentono di appartenere a qualcosa, dove sentono di avere valore, dove la loro opinione è presa sul serio e dove sbagliare significa imparare insieme. Una comunità professionale sana è quella capace di reggersi nelle crisi, quando il peso del lavoro diventa insostenibile.

C'è infine la comunità professionale in senso ampio costituita dal corpo collettivo degli infermieri con la sua storia e le sue battaglie per il riconoscimento. Appartenere a questa dimensione significa sentire che il proprio agire ha un senso che va oltre il singolo turno. Eppure, questa appartenenza è fragile, corrosa dalla routine e spezzata dal burnout. La solitudine professionale data dal lavorare fianco a fianco senza mai incontrarsi davvero la svuota di senso.

> Guardare alla comunità con occhi infermieristici significa osservare quelle che già abitiamo, quelle che generiamo ogni giorno e quelle che forse abbiamo smesso di coltivare.

Ricostruire questa dimensione non è un compito romantico, ma un problema organizzativo concreto che richiede spazi, tempi e rituali. Servono luoghi in cui il dubbio sia ammissibile e in cui la domanda "perché facciamo così?" sia accolta come un contributo e non come una minaccia.

In definitiva, guardare alla comunità con occhi infermieristici significa osservare quelle che già abitiamo, quelle che generiamo ogni giorno e quelle che forse abbiamo smesso di coltivare. Il paziente nel suo contesto, l'organizzazione come luogo di appartenenza e la professione come orizzonte condiviso convergono su un'unica, fondamentale domanda: che tipo di comunità stiamo costruendo (fuori e dentro) insieme, con il nostro lavoro?

Non è una domanda retorica. È l'occasione per riflettere su quello che si è, oltre che su quello che si fa.

Giulia De Nicola, *infermiera, dottoranda presso la Scuola superiore Sant'Anna in Management, innovation, sustainability and healthcare. Si occupa di innovazione dei servizi sociosanitari e sviluppo territoriale tramite il capitale sociale e la governance collaborativa. Lavora presso l'Azienda Usl Romagna, integrando attività professionale e ricerca nel management sanitario.*