

# LA FORMAZIONE NEL CONTESTO SANITARIO: SODDISFAZIONE PROFESSIONALE E BENESSERE PERSONALE <sup>1</sup>

Cassaglia B. \*, Solla M.R. \* §, Pennacchio R. \*, Lagnena M.A. \*, Natale F. \* °

\* Istituto di Psicoterapia Relazionale di Napoli;

§ U.O.S.M., ASL Salerno; ° U.O.C. Cardiologia, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli

## Introduzione

In questo articolo descriveremo l'esperienza di formazione realizzata presso l'Istituto di Psicoterapia Relazionale di Napoli. Prima di approfondire il tema, faremo un'introduzione su alcune caratteristiche del lavoro contemporaneo, in particolare nell'istituzione sanitaria, cogliendo poi le attuali esigenze formative nel contesto sanitario.

### 1) I cambiamenti dell'istituzione sanitaria

Numerosi aspetti della pratica medica e dell'organizzazione assistenziale sono in rapida evoluzione e stanno cambiando tempi e modi del lavoro. Tra questi: il progresso tecnologico, il primato della produttività sul benessere personale e la perdita dei confini lavoro/famiglia.

**La tecnologia.** Il progresso tecnologico offre sempre più soluzioni nell'intervento diagnostico-terapeutico e nella comunicazione tra colleghi ma nel contempo amplifica l'approccio riduzionistico nella clinica e condiziona le relazioni intraospedaliere: c'è minor scambio di informazioni da persona a persona dato che molti operatori *“trascorrono più del 40-50% della giornata al computer per lavorare o compilare documentazioni... nonché al telefono con i pazienti, i loro familiari e con gli altri coordinatori della cura.”* (Rosenthal et al., 2016). Il conseguente aumento delle procedure di programmazione e burocratizzazione inducono un aggravio di lavoro tecnico percepito, a giusta ragione, come un peso rispetto alle mansioni originali, cioè la relazione di cura, alla cui base ci sono la relazione con il paziente e i rapporti collaborativi interprofessionali, una rete che rappresenta il tessuto connettivo del progetto medico.

Il sovraccarico di lavoro è sorretto anche dalla spinta prestazionale a migliorare il rendimento; una spinta che velocizza l'operatività mettendo il lavoro a rischio di dispersione e imprecisione per la fretta e la stanchezza. Per evitare errori e mantenere alta l'efficienza il lavoratore potrebbe inconsapevolmente sottovalutare la stanchezza di cui è, invece, importante cogliere i segnali perché può essere *“percepita molto più tardi rispetto al punto di declino reale delle prestazioni fisiche o mentali. I medici sembrano particolarmente inclini a fare quest'errore di giudizio. Al contrario di altri gruppi professionali (piloti, infermieri), i medici credono spesso di essere in grado di fornire prestazioni impeccabili anche in condizioni di stanchezza”* (Flin et al., 2003 in St.Pierre et al., 2011). A tal proposito il British Medical Journal Opinion ha pubblicato un coraggioso articolo che illustra i rischi derivanti dal sovraccarico di lavoro in un clima istituzionale nel quale gli operatori possono perdere di vista se stessi e la propria salute fino al punto di cambiare i propri ritmi di vita: *“... come*

---

<sup>1</sup> Comunicazione presentata al convegno EFTA-SIPPR (10th Conference of the European Family Therapy Association). Napoli, 11-14 settembre 2019

*medici non possiamo e non abbiamo bisogno di sostenere un numero di ore di lavoro che non giustificheremo mai ai piloti o ai conducenti di autobus.*” (Morgan et al. 2019).

**Il rapporto con il paziente.** È cambiata la cultura del paziente: alla dimensione della fiducia è subentrata la dimensione contrattuale grazie alla quale il paziente vuole un confronto aperto sulle sue conoscenze, credenze, aspettative e valori. La ‘socializzazione’ della medicina è una grande vetrina di informazioni e, che siano validate o meno, queste si riversano nel rapporto con il curante, condizionandolo. Infatti, il paziente si ritiene nel giusto diritto di chiedere più notizie e verifiche sulle procedure utilizzate e da queste richieste possono sorgere equivoci e conflitti rispetto al diritto sostenuto dagli operatori di voler lavorare, responsabilmente, con meno pressioni e condizionamenti.

**L’organizzazione sanitaria.** Il lavoro nell’istituzione risente anche della crescente complessità per l’ingresso in rete di altri profili (nuove specializzazioni e tecnologie, industrie farmaceutiche, società scientifiche, associazioni di pazienti, profili legali, amministrativi e dirigenziali, politica, web e mondo dell’informazione) che generano scenari in cui l’operatore può sentirsi ‘limitato’ nell’iniziativa per l’aumento di procedure standardizzate e di obblighi medico-legali e istituzionali. I pericoli in agguato sono la monotonia e la limitazione del senso di novità nel lavoro.

Il lavoro è impostato in maniera lineare per cui sono i criteri dettati dalla razionalità a formare il bagaglio professionale degli operatori. Questi criteri dettano norme e procedure che aiutano ad operare in maniera corretta limitando l’improvvisazione ma quando si irrigidiscono possono creare disagio nel paziente che cerca anche risposte meno tecniche. Quando poi tale modo di fare diventa assoluto l’operatore non riesce più a cogliere il senso di ciò che accade nel lavoro né l’aspetto più profondo delle relazioni perché conta solo il buon funzionamento. Benasayag coglie bene questo aspetto performante dell’uomo nella società postmoderna: “... *l’impoverimento relazionale segnala innanzitutto non tanto la difficoltà dei nostri contemporanei di relazionarsi agli altri, ma una profonda difficoltà nella relazione con se stessi... ci vediamo e ci valutiamo come macchine che devono funzionare.*” (Benasayag, 2018).

Inoltre, è comune dire in molti ambienti lavorativi (non solo in quello medico) che *‘i problemi si sistemano meglio se si mettono le emozioni da parte’*; ma è illusorio mettere a tacere le emozioni anche nei procedimenti regolati da standard oggettivi e di ripetibilità elevati. È necessario, invece, comprenderne il ruolo nella rete professionale, in noi, negli altri e nelle varie situazioni di lavoro: cosa comunichiamo al paziente al di là del protocollo? Siamo in emergenza o nella routine? Siamo in équipe tra colleghi competitivi o disposti a cooperare? Siamo tra professionalità di cui è riconosciuta la diversità o si agisce in una dimensione di potere?

**Gli esiti dei cambiamenti.** Alcune delle caratteristiche del lavoro nel contesto sanitario come la diminuzione della fiducia nei rapporti, l’aumento dell’individualismo, la perdita di senso nel lavoro, l’impoverimento relazionale sono, d’altra parte anche tra i principali tratti del contemporaneo ed alimentano la paura di essere spontanei, più aperti all’altro e al futuro e: *“quando abbiamo paura, la nostra prima reazione è chiuderci. Questa chiusura può essere familiare, individuale o identitaria. Questa rottura del legame può provocare una diffidenza anche verso noi stessi, spingendoci a vivere in una situazione di dubbio perenne: ‘Non valgo niente, non so che cosa fare, non so dove andare, non so che cosa succederà’.* È una rottura con tutto, anche con la società, con gli altri, con l’ecosistema.” (Benasayag, 2019). È proprio da questa paura e dalla chiusura che prendono forma le prime manifestazioni del malessere e dell’insoddisfazione professionale.

## 2) Benessere e malessere professionale

Le dimensioni più importanti legate alla soddisfazione professionale sono il clima emotivo in cui si lavora, la qualità delle relazioni e le capacità di integrare abilità tecniche e soggettività. I problemi ad uno di questi livelli aprono la strada al malessere lavorativo. Ne conosciamo gli esiti e la portata? In genere si manifesta con il declino della qualità della cura, una maggiore frequenza di errori clinici, il peggioramento delle condizioni di salute dell'operatore e della sua vita familiare: alcuni studi riportano sintomi depressivi in più del 25% degli operatori, in misura maggiore rispetto alla popolazione generale (Joules et al., 2014; Mata et al., 2015). Sarebbe importante riconoscere le fasi preliminari di questi problemi per individuarli in tempo utile, non solo per il benessere del singolo ma di tutto il contesto sanitario. Infatti, molti sono reversibili se riconosciuti in tempo, mentre portano al burnout se passano inosservati.

Un problema frequente è la perdita di confini tra vita lavorativa e personale: quando ci si porta 'il lavoro a casa' si parla di attaccamento alla professione (a volte di una 'missione') ma è una condotta a cui prestare attenzione perchè può condurre ad essere dipendenti dal lavoro<sup>2</sup>. L'elemento centrale di questa dipendenza (che precede il burnout) consiste nel mettere in secondo piano la propria esistenza, il benessere personale e la soddisfazione professionale (Bakker et al., 2009; Taris et al., 2005) a favore del 'funzionamento' tecnico e del raggiungimento della 'prestazione'. Conflitti professionali e familiari, sintomi psicosomatici e depressivi sono poi le conseguenze della stanchezza (non percepita) e del progressivo ritiro dalle relazioni.

Il 31% di 12629 medici e odontoiatri campani (CUGOMCeO Napoli, 2014) è insoddisfatto del lavoro e pensa che il tempo dedicato ad esso è eccessivo, a discapito di se stessi e della famiglia. Altri motivi di insoddisfazione sono: la percezione di un lavoro inutile o non adeguato alle richieste; la delusione economica o da mancata carriera; la monotonia; le eccessive o le poche responsabilità; i cattivi rapporti tra colleghi; il mobbing; le molestie sessuali; la mancanza di sicurezza; la carenza di tutela rispetto alle eccessive responsabilità medico-legali; la mancanza di garanzie per il riposo biologico. Le donne hanno la percezione di essere discriminate nell'assunzione o nei passaggi di carriera e le loro aspettative si indeboliscono, portando facilmente a perdita di motivazione. Un tema che riguarda anche gli uomini, di cui il 60% prevede per la Sanità un peggioramento nel futuro.

## 3) La formazione

**Premesse generali.** La qualità professionale include le competenze acquisite con l'esperienza, lo studio e l'aggiornamento. Quest'ultimo, essendo quasi tutto tecnico-specialistico, deve rinnovarsi di continuo per l'aumento di conoscenze e tecnologie. In Europa vengono valorizzate strategie formative che mirano anche ad abilità relazionali e allo sviluppo di aspetti più personali del lavoratore (*non technical skills*) (differenti delle abilità tecniche, che sono simili per tutti i lavoratori di una categoria: medici, infermieri, ecc.) con l'obiettivo di prevenire la perdita della motivazione

---

<sup>2</sup> Nel workaholism: "... il lavoro assume la forma della libertà e dell'autorealizzazione. Sfrutto me stesso nella convinzione di realizzarmi... Questo è anche il primo stadio dell'euforia da burnout. Mi butto entusiasticamente nel lavoro, fino a esserne annientato" (Byung-Chul Han, 2015). Il dipendente dal lavoro trascura la vita familiare e sociale e ostenta un bisogno di lavorare o di pensare al lavoro, più di quanto richiesto dalla professione o dal guadagno. Non mostra stanchezza ma piacere (il 'workaholico' è ammirato e soddisfatto dalla sua efficienza con la quale tiene a bada la paura di fallire). Lo stesso copione lavorativo è ripetuto in maniera ossessiva fino a rimanere 'intrappolati' nel lavoro (Shimazu et al., 2009; Kraider, 2012) nella paura continua della mancanza di tempo per portare a termine gli impegni.

professionale, la stanchezza, il burnout (Epstein et al., 2002; Yule et al., 2006; Kjaer et al, 2014). Queste iniziative formative dovranno tener conto del fatto che la comunicazione e la relazione con il paziente sono (e saranno) temi al centro della formazione ma non potranno essere gli unici. Focalizzare l'attenzione su ciò che accade in questa diade escluderebbe ciò che accade nell'organizzazione: tale relazione è, infatti, condizionata dai rapporti nelle altre aree del sistema professionale.

Non si può prescindere dal contesto per comprendere ciò che accade nella relazione e, a questo proposito, si è sviluppato negli ultimi anni un interessante dibattito nelle università britanniche: gli studenti devono studiare i casi clinici in aula oppure in ospedale? Anche se l'intervento fosse solo tecnico (e non è mai così!) la condotta del medico non sarebbe ripetibile e/o trasferibile dall'aula all'ospedale e, quindi, per orientare gli studenti nelle situazioni cliniche occorrerebbe stare negli ambienti in cui queste avvengono (Regehr, 2006). Questo fa riflettere sul fatto che la formazione (universitaria e post-universitaria) dovrebbe avvenire anche nell'ambiente in cui si lavora in virtù delle variabili relative al contesto.

***Le nostre premesse.*** Il modello formativo che l'Istituto di Psicoterapia Relazionale di Napoli offre a medici e ad altre figure professionali impegnate nella relazione di aiuto, pone l'operatore al centro della formazione, come persona oltre che come tecnico, perché vede legati in maniera inscindibile il benessere personale e la soddisfazione professionale.

Nel modello consideriamo innanzitutto l'importanza del contesto e, quindi, dell'acquisizione di una visione sistemica: *“il primo esercizio di consapevolezza degli operatori è legato alla visione d'insieme di tutta la rete... (che si realizza, ndr) acquisendo una cultura sistemica che fa pensare in termini di contesto, relazioni, modelli, processi; la cultura sistemica fa cogliere le interdipendenze tra gli elementi del sistema... evitando di fare attenzione solo ad una parte del sistema”* (Baldascini, 2008). Per l'operatore è centrale la relazione con il paziente e, nel sentirsi parte di un tutto, egli lavora anche nell'appartenenza alla rete professionale. Il suo lavoro, le risorse e le difficoltà, il benessere e il disagio possono essere rivisti alla luce dei suoi legami e del clima emotivo percepito nel sistema.

Il secondo obiettivo consente all'operatore di poter progredire come tecnico ma, nel contempo, di osservarsi e di evolvere come persona, con tutte le domande che sorgono nel rapporto con l'altro e con la sofferenza. A questo scopo ci avvaliamo del Modello di Articolazione Intersistemica (M.A.I.) elaborato da Luigi Baldascini, di cui rimandiamo ai testi specifici per l'approfondimento (Baldascini, 1993) (Baldascini, 2002). Sottolineiamo, in questa sede, la validità del modello per una lettura multidimensionale della persona, una mappa in cui si evidenziano corrispondenze funzionali tra strutture relazionali intrapsichiche (i sottosistemi emotivo, cognitivo e motorio-istintuale) e interpersonali (i sistemi relazionali della famiglia, degli adulti e dei pari). Possiamo così studiare il mondo interno e quello interpersonale e le reciproche articolazioni per cogliere la mobilità e/o l'immobilità dell'individuo rispetto ai suoi sistemi relazionali. Lo studio del modello consente di offrire una più completa chiave di lettura per la comprensione di sé, del proprio stile e del proprio modo di stare in relazione.

Secondo Baldascini colui che si prende cura dell'altro per motivi professionali non può perdere di vista se stesso. Il presupposto del modello formativo è che un miglioramento lavorativo (di modalità comunicative, dei rapporti, di qualità del lavoro, di risultati, ecc.) può essere ottenuto solo attraverso un cambiamento che punti alla cura di sé, del proprio mondo interiore, dei modi con cui si vivono i legami. Un'attenzione continua che *“... restituisca l'individuo alla pluralità di contesti cui appartiene e ricostruisca i nessi con l'insieme di sistemi di cui fa parte e che costantemente ed*

*inevitabilmente contribuisce ricorsivamente a costruire (mondo fisico-biologico, interpersonale, sociale e psichico).” (Baldascini, 2002).*

**Gli obiettivi della formazione.** Abbiamo suddiviso gli obiettivi formativi in ‘costanti’ e ‘caratteristici’ tenendo conto che le condizioni di lavoro cambiano da persona a persona. Gli obiettivi cosiddetti costanti sono rimasti tali per tutti i gruppi che hanno partecipato ai progetti ed hanno riguardato i principi della comunicazione e della teoria sistemico-relazionale, con i temi utili a migliorare la comprensione del sistema professionale. In ogni corso sono stati poi definiti obiettivi caratteristici per quel gruppo in conformità a un principio: se la dimensione relazionale e gli aspetti di contesto sono importanti nella pratica clinica, a maggior ragione dovrebbero esserlo nella formazione, e per questo motivo non possono che essere diversificati nei vari gruppi.

A questo proposito riportiamo un esempio: il più giovane tra gli operatori e uno tra i più anziani, in un gruppo, si sono confrontati sul tema della motivazione professionale. Slancio, entusiasmo e ottimismo nel primo erano controbilanciati dalla prudenza e da un discreto distacco nel secondo. Il tema della motivazione esteso poi alle opinioni di tutti i partecipanti è diventato, quindi, un obiettivo di quel modulo formativo. Temi emersi nei singoli gruppi sono stati: la stanchezza lavorativa, le emozioni nel rapporto con la malattia e con il paziente, la soddisfazione professionale, le ripercussioni delle preoccupazioni e della stanchezza sulla vita familiare e sociale, la competizione e la cooperazione nel lavoro di equipe.

Puntare ad obiettivi diversificati, prendendo spunto dalle esigenze dei contesti di lavoro e dalle osservazioni dei partecipanti, ci ha consentito di portare in formazione questioni individuali, relazionali e di sistema che possono generare nel confronto del gruppo multidisciplinare (vedi oltre) ripercussioni positive sulle relazioni tra colleghi.

**La multiprofessionalità.** A differenza dell’aggiornamento tecnico (monoprofessionale e slegato da ciò che accade quotidianamente nel contesto) i nostri corsi hanno riunito diverse professionalità, con l’obiettivo di ricomporre la complessità dell’organizzazione sanitaria nei suoi ruoli. Anche per questo motivo alcuni temi dei corsi sono stati definiti di volta in volta, proprio perchè relativi a ciò che accade ogni giorno nei luoghi di lavoro, nelle relazioni e nelle procedure.

Ci sono, ad esempio, operatori che non hanno rapporti diretti con i pazienti (ad esempio, in radiologia o in laboratorio) che devono collaborare con colleghi che questi rapporti li hanno. La comunicazione interprofessionale in genere funziona per la condivisione di un linguaggio tecnico ma può capitare che nascano fraintendimenti e conflitti perchè i tempi, la velocità e l’approccio ai problemi sono diversi. Lavorare per obiettivi comuni nella diversità di ruolo può essere un’impresa difficile: “*dovreste passare un paio d’ore al pronto soccorso per capire che vi sto dicendo*”, “*non avete idea di cosa significhi avere tanti pazienti in ambulatorio*”, sono frasi che veicolano la mancanza di comprensione tra professionalità diverse. La multidisciplinarietà è un’occasione per uscire dalla rigidità dei rapporti, fluidificando i problemi e sperimentando tranelli e risorse della comunicazione nella diversità di tempi e modi di lavoro.

**La simulazione.** Alcune modalità interattive, come la simulazione e il role-playing, hanno offerto chiavi di lettura alternative a questioni inerenti i rapporti interprofessionali o con il paziente. Le simulate tra colleghi con ruoli diversi o tra operatori e pazienti riproducono tensioni, diffidenza, difficoltà di comunicazione e aiutano a trovare modalità più adeguate al confronto.

Attività interattive simili (Kjaer et al, 2014; Holm, 1998; Schostak et al, 2010; Jayatilleke et al, 2012) prendono spunto dal lavoro quotidiano evidenziando aspetti che provocano conflitti (van den Homberg et al, 2009; Brandt et al, 2008) con l'obiettivo di mettere in luce aspetti di attitudine alla relazione: *“l'ascolto, la comprensione dei problemi lavorativi... il confronto e il sostegno da parte dei colleghi possono contribuire positivamente al benessere lavorativo”* (Colombo et al., 2012)

#### 4) Alcune esperienze

I temi 'caratteristici' spesso considerati importanti per la soddisfazione professionale (*punti di forza del lavoro*) sono stati: l'umanità, la dedizione, la passione, la professionalità, la capacità organizzativa, la flessibilità, la collaborazione e la condivisione. I temi frequentemente legati alla stanchezza (*punti critici del lavoro*) sono stati: l'umanità (anche qui!), il carico di lavoro, la mancanza di gratificazione, la svalutazione, la disorganizzazione, la disattenzione, la mancanza di regole chiare, la mancanza di rispetto delle regole. Coerentemente alla letteratura (Sibeoni G. et al., 2019) i punti critici sono identificati innanzitutto nell'organizzazione mentre i punti di forza sono riconosciuti soprattutto in se stessi. Ciò testimonia l'attuale crisi di appartenenza di un lavoratore chiuso nell'individualismo e nella sfiducia verso l'altro.

Un dato particolare è la percezione frequente dell' *'umanità'* in entrambi i campi, che può riflettere a volte l'ambivalenza del curante tra l'esigenza di avvicinarsi al paziente e il bisogno di allontanarsene (specie nei casi gravi) (Cassaglia et al, 2016) quando nel rapporto con la malattia o con il paziente si rivivono esperienze personali senza possibilità di dare a queste un significato.

***I rapporti tra colleghi.*** Alcuni temi (*'professionalità', 'collaborazione' e 'condivisione'* vs *'non gratificazione', 'svalutazione' e 'disattenzione'*) fanno emergere l'attitudine a cooperare ma anche le insidie del mancato riconoscimento reciproco tra categorie lavorative. Nel gruppo multiprofessionale è possibile esprimersi indipendentemente dall'impostazione meccanica del ruolo con modalità comunicative adeguate al riconoscimento della reciprocità ed alla collaborazione: *“forse la più grande opportunità per migliorare la nostra soddisfazione professionale... consiste nel ripristino delle nostre connessioni tra loro... La nostra professione dovrà ricostruire il senso del lavoro di squadra, comunità, ed i legami che ci uniscono.”* (Rosenthal et al., 2016).

***Le regole di 'setting'.*** I temi relativi agli spazi e ai tempi di lavoro (*'organizzazione'* vs *'disorganizzazione', 'mancanza di regole chiare' e 'mancanza di rispetto delle regole'*) sono tali che l'operatore si riconosce capacità utili a predisporre e garantire ambienti adeguati alle questioni tecnico-specialistiche ma non a supportare la relazione col paziente o tra colleghi. La velocità degli interventi, le tante richieste, la strutturazione degli ambienti e altri ostacoli organizzativi rendono difficile realizzare la riservatezza e l'intimità necessarie al dialogo. A tale proposito si percepisce il disagio degli operatori così come la loro difficoltà a mettere correttivi anche perché manca, a livello formativo e organizzativo, una specifica riflessione.

***La stanchezza professionale.*** Alcuni temi emersi come il *'difficile rapporto con le emozioni'* e il *'non riconoscere la stanchezza'* sono stati associati al malessere professionale. L'operatore può trovarsi a lavorare in situazioni nelle quali i limiti tecnico-organizzativi o la condizione emotiva

generano ‘stress’<sup>3</sup> che, ripetuto nel tempo, provoca tensione e stanchezza. Diventa poi difficile valutare la soglia di attività oltre la quale i segnali psicofisici esigono il riposo necessario a salvaguardare la qualità del lavoro<sup>4</sup> e la salute: *“il senso di invulnerabilità personale sembra essere una caratteristica professionale diffusa... se paragonati con altri gruppi professionali, una maggiore percentuale di medici esprime opinioni poco realistiche sulle proprie capacità, in vari tipi di situazioni stressanti. La metà dei medici sosteneva che la propria capacità decisionale era identica, sia in situazioni stressanti che nelle emergenze”* (Sexton et al, 2000 e Flin et al., 2003 in StPierre et al., 2011).

**La motivazione professionale.** Nelle professioni di aiuto si pensa che la motivazione presente all’inizio degli studi comprenda già le necessarie competenze psicologiche e relazionali, tanto che l’apprendimento nozionistico continua senza che ci sia un ‘allenamento’ alle suddette competenze. Capita poi che nel passaggio dagli studi ad un lavoro che si mostra prevalentemente tecnico possa nascere una delusione perchè le motivazioni, rimaste nell’ombra, rimangono inesprese; può sorgere allora la domanda: *“qual è il vero lavoro di un medico? Gli studenti che entrano nei reparti per la prima volta riconoscono una disarmonia vedendo che il lavoro dei medici ha meno a che fare con i pazienti di quanto avessero immaginato. È improbabile che le competenze apprese nei corsi sulla diagnosi fisica o sulla comunicazione migliorino. Nonostante tutta la retorica sulla ‘cura centrata sul paziente’ il paziente non è al centro delle cose.”* (Rosenthal et al., 2016).

## Conclusioni

È nostra opinione che la formazione nel settore sanitario dovrebbe perseguire due obiettivi: il primo è l’alta qualità dell’aggiornamento tecnico-scientifico unito ad attività utili alla comprensione della relazione con il paziente e con tutta la rete professionale. Come secondo obiettivo si dovrebbe aiutare l’operatore a conoscere se stesso e dare un senso alle scelte professionali ed alle aspettative, per realizzarsi e per migliorare la qualità sia del lavoro che della propria vita.

Soddisfazione professionale e benessere personale sono inscindibili. Il lavoro diventa, in questo senso, un’importante esperienza per l’uomo tenendo presente che: *“... un individuo evolve nella misura in cui è in grado di connettere e riconoscere in sé quante più cose possibili, aumentando la propria complessità.”* (Baldascini L., 1993). Diventa necessario, quindi, mantenere l’attenzione a sé e nello stesso tempo l’attenzione e l’apertura verso l’altro. In epoca attuale, parte della sofferenza (professionale e personale) deriva proprio dall’indebolimento dei legami e dalla chiusura all’altro, e questo molto prima che compaia il burnout.

---

<sup>3</sup> Stress acuti e/o cronici sorgono per: *“... complessità dell’ambiente di lavoro, responsabilità diretta per la vita dei pazienti, errori commessi in prima persona, stanchezza, interruzioni ripetute nelle procedure, un pessimo clima di gruppo, insufficiente chiarezza nell’attribuzione di competenze, paura di conseguenze medico-legali, eccesso di ore lavorative, pressione economica e produttiva, eccessiva burocrazia, competizione tra colleghi, errori culturali e dogmi irrealistici: ‘nessun paziente deve morire sul tavolo operatorio’, confronto costante con la morte e con la sofferenza”* (StPierre et al., 2011).

<sup>4</sup> Le strategie con cui si fronteggia lo stress a volte *“possono compromettere ulteriormente la sicurezza del paziente: abbandono precoce della raccolta di informazioni, assenza di riflessione sui problemi, assenza di discussione sugli obiettivi, nessuna ricerca di strategie alternative, pressioni del gruppo per eliminare i disaccordi, mutamento del rischio percepito, dispersione delle responsabilità, mancanza di coordinamento, richiesta di un comando forte”* (Badke-Schaub, 2000 in: StPierre et al., 2011).

Secondo Baldascini, per esercitare l'arte dell'attenzione condivisa occorre una visione più creativa, meno difensiva e reattiva. In questi termini, la 'relazione di cura' è anche cura alla relazione, così come cura di sé, del paziente, del collega, dell'équipe e di tutti i sistemi relazionali dell'operatore, fino al familiare. Ed è proprio con questa 'cura' che l'uomo, il lavoratore, potrà impegnarsi alla cooperazione ed alla responsabilità per un'esistenza più libera e meno conflittuale.

## Bibliografia

- Badke-Schaub P (2000).** *Dysfunctional processes of information management and decision-making in groups*. In: Mey H, Lehmann H, Pollheimer D (eds), *Absturz im freien Fall oder Anlauf zu neuen Hohenflügen*, vdf, Zurich, 113-130
- Bakker AB, Demerouti E, Burke R (2009).** *Workaholism and relationship quality: A spillover–crossover perspective*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14, 23–33
- Baldascini L (1993).** *Vita da adolescenti. Gli universi relazionali, le appartenenze, le trasformazioni*. FrancoAngeli, Milano
- Baldascini L (1996).** *Il gruppo in formazione: apprendimento e cambiamento*. In: *Terapia familiare*, 52, 45-55, FrancoAngeli, Milano
- Baldascini L (2002).** *Legami terapeutici*. FrancoAngeli, Milano
- Baldascini L (2008).** *L'operatore consapevole*. In: *L'adozione consapevole. La formazione dell'operatore nei servizi pubblici*. FrancoAngeli, Milano
- Benasayag M (2018).** *Funzionare o esistere? Vita e pensiero*, Milano
- Benasayag M (2019).** *Formazione: una scommessa nel mondo post-moderno*. In: *Le conseguenze del futuro*. Coordinamento di Croce C., Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, Milano
- Brandt A, Sokolowski I, Olsen F et al (2008).** *Continuing medical education and burnout among Danish GPs*. *Br J Gen Pract*; 58: 15-19
- Byung-Chul Han (2015).** In: *Elogio della distanza. Informazione, potere, neoliberalismo*. Federica Buongiorno intervista Byung-Chul Han. In Doppiozero.com: <https://www.doppiozero.com/materiali/interviste/elogia-della-distanza-intervista-byung-chul-han>
- Cassaglia B, Salzano AM (2016).** *Lo psicoterapeuta nel setting medico: tra biologia e relazioni*. In: *La cura di sé in contesti terapeutici non convenzionali*. A cura di Baldascini L et al. FrancoAngeli, Milano, 29-40
- Colombo L, Zito M, Ghislieri C. (2012).** *Influenza lavoro-famiglia e supporti sociali: la soddisfazione lavorativa in un'azienda sanitaria del Nord Italia*. *G Ital Med Lav Erg*; 34:41
- CUGOMCeO Napoli (2014).** A cura del Comitato Unico di Garanzia dell'OMCeO (Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Napoli e provincia). Iuppiter Group scg
- Epstein RM, Hundert EM (2002).** *Defining and assessing professional competence*. *JAMA*, 9; 287 (2): 226-235
- Flin R, Fletcher G et al (2003).** *Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety*. *Anaesthesia* 58: 233-242
- Holm HA (1998).** *Quality issues in continuing medical education*. *BMJ*; 316: 621-624
- Kjaer NK, Steenstrup AP, Pedersen LB, Halling A (2014).** *Continuous professional development for GPs: experience from Denmark*. *Postgrad Med J*, 90: 383-387
- Kraider T (2012).** *The 'busy' trap*. *The New York Times*, june 30. <https://opinionator.blogs.nytimes.com/2012/06/30/the-busy-trap/?searchResultPosition=1>
- Jayatilleke N, Mackie A (2012).** *Reflection as part of continuous professional development for public health professionals: a literature review*. *Journal of Public Health*; 35, 2: 308-312
- Joules N, Williams DM, Thompson AW (2014).** *Depression in resident physicians: a systematic review*. *Open J Depress*; 03(03): 89–100
- Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. (2015).** *Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis*. *JAMA*; 314: 2373-2383
- Morgan M, Brindley P (2019).** *Matt Morgan and Peter Brindley: Why it's time we all woke up to the importance of sleep*. *The British Medical Journal Opinion*, July 28

- Regehr G (2006).** *The persistent myth of stability. On the chronic underestimation of the role of context in behavior.* J Gen Intern Med; 21: 544-545
- Rosenthal DI, Verghese A (2016).** *Meaning and the Nature of Physicians' Work.* N Engl J Med; 375,19: 1813-15
- Schostak J, Davis M Hanson J et al (2010).** *Effectiveness of Continuing Professional Development project: a summary of findings.* Med Teach; 32: 586-592
- Shimazu AWB, Schaufeli WB (2009).** *Is workaholism good or bad for employee well-being? The distinctiveness of workaholism and work engagement among Japanese employees.* Industrial Health, 47(5), 495–502
- Sexton JB, Thoma EJ, Helmreich RL (2000).** *Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys.* Br Med J 320: 745-749
- Sibeoni G, Bellon-Champel L, Mousty A et al (2019).** *Physicians' perspectives about burnout: a systematic review and metasynthesis.* J Gen Intern Med, 34(8):1578-1590
- St. Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C, Simon R, Daroui I (2011).** *Gestione delle crisi in medicina d'urgenza e terapia intensiva. Fattori umani, psicologia di gruppo e sicurezza dei pazienti negli ambienti ad alto rischio.* Springer-Verlag Italia, Milano
- Taris TW, Schaufeli WB, Verhoeven LC (2005).** *Workaholism in the Netherlands: Measurement and implications for job strain and non-work conflict.* The Journal of Applied Psychology, 54, 37–60
- van den Homberg P, Kunzi B et al (2009).** *High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practice in the Netherlands.* BMC; 9: 118
- Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N (2006).** *Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature.* Surgery, 139 (2): 140-149