

La Self-compassion come itinerario di crescita professionale. Un percorso laboratoriale per la Formazione Continua in Sanità¹

Nataschia Bobbo², Paola Rigoni³

Keywords

Bisogni educativi, Silencing Response, Compassion Fatigue, Self-compassion, Emozioni

Abstract

Nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina, appare particolarmente importante occuparsi della personalizzazione delle competenze attraverso una preliminare analisi dei bisogni dei professionisti della cura che non sia funzionale solo alla loro performance assistenziale o clinica. Tra i tanti bisogni educativi e formativi propri degli operatori della salute, alcuni appartengono ad una zona d'ombra inesplorata che grazie alla letteratura possiamo identificare nella capacità di affrontare e accettare da una parte le loro emozioni negative emergenti nella relazione con il paziente e dall'altra i loro errori o passi falsi, professionali o relazionali che siano. Il presente contributo, dopo una disanima volta ad approfondire questo tema, offre una esemplificazione di un possibile percorso formativo orientato ad accompagnare i professionisti infermieri a sospendere il giudizio di valore nei confronti dei loro vissuti indicibili.

1. Introduzione

Nel contesto della formazione continua in medicina, l'analisi dei bisogni di apprendimento, trasformazione e crescita percepiti dagli operatori sanitari spesso viene disattesa in quanto tale, sopraffatta dalla necessità di trasferire ai singoli professionisti in via prioritaria la mole di conoscenze e tecniche che giorno dopo giorno la ricerca scientifica e tecnologica produce e rende disponibili. Ciò, spesso, pone in secondo piano altri obiettivi di apprendimento, inerenti ad esempio all'acquisizione e al rinforzo di quelle che potremmo definire soft-skill, vale a dire capacità riguardanti l'affettività e il pensiero critico e metariflessivo (Education Committee of the General Medical Council, 1993; Gwee, 2009). Tale orientamento spesso finisce con eludere la necessità di qualsiasi analisi dei bisogni intesa come ascolto diretto o mediato delle necessità, delle difficoltà e disagi che appartengono ai diversi gruppi di professionisti operanti nelle unità operative sanitarie o al singolo operatore (Qalehsari, Khaghanizadeh, Ebadi, 2017).

Si è accennato all'ascolto mediato come modalità di analisi dei bisogni dato che, in molti casi, i professionisti non appaiono del tutto consapevoli delle proprie esigenze di crescita e trasformazione: in alcuni frangenti questo è dovuto all'insostenibilità dei ritmi di lavoro che non consentono loro di fermarsi e riflettere; in altri casi, invece, è proprio la sostanza che caratterizza il bisogno stesso a renderlo eludibile, perché difficile da affrontare nella sua indubitabile dolorosità (Bruzzzone, 2021). Analizzando alcuni contributi in letteratura, è possibile scorgere i lati bui che caratterizzano le professioni d'aiuto: ad esempio la paura, il disgusto, il rifiuto per l'altro, la tristezza e il desiderio di fuggire di fronte alla sofferenza e alla morte; ancora, le reazioni ciniche e violente di alcuni colleghi ai quali non si sa porre rimedio, il timore di sbagliare o il senso di colpa per averlo già fatto, etc. (Goergen, 2004; Muggleton, Guy, Howard, 2015; Lima et al., 2014; Hyland, Watts, Fry, 2016; Elkonin, Van der Vyver, 2011; Font-Jimenez et al., 2020; Humpel, Caputi, Martin, 2001). In questo stesso magma indistinto appare dunque possibile identificare almeno due elementi centrali: da una parte le emozioni negative

(quali il rifiuto, la paura, etc.) che allontanano e induriscono nella relazione con il paziente, dall'altra gli errori o passi falsi, professionali o relazionali che siano.

Secondo la prospettiva socio-costruttivista, la conoscenza della realtà, la concezione della vita e l'identità personale e sociale di un individuo vengono a costruirsi nell'interazione dello stesso con il contesto culturale e/o professionale di appartenenza, mediante un processo nel quale il dialogo con gli altri e la metariflessione personale divengono punti centrali (Adams, 2006; Van Dick, 2001). In questo processo, all'interno dell'organizzazione di appartenenza, norme di comportamento da una parte, valori morali ed etici dall'altra descritti dal senso comune come adeguati ad un determinato profilo professionale, contribuiscono a definire la narrazione implicita che agisce nell'influenzare l'identità professionale dell'individuo. Assunto tale paradigma, è dunque ipotizzabile che la fragilità di un operatore sanitario possa emergere proprio in quelle situazioni nelle quali egli percepisca nei suoi gesti, parole o sentimenti una dissonanza irriducibile rispetto alla narrazione corrente sulla sua professione, e rispetto alle aspettative di ruolo definite dall'organizzazione (Steele, 1988).

In questo contributo si sceglie di soffermarsi sulla figura dell'infermiere professionale e su quella che può essere definita la narrazione compiuta che appartiene a questa professione e che viene presentata, diffusa e condivisa sia tra gli operatori esperti che tra gli studenti di infermieristica. Quanto proposto, generalmente, prevede come oggetto dell'impegno etico e morale dell'infermiere esperto unicamente il paziente, la sua sicurezza e il suo benessere complessivo. Si tratta per lo più, quindi, di valori orientati verso l'altro piuttosto che verso sé stessi: sono attesi cioè da parte del professionista il massimo rispetto per la dignità umana dell'altro, persona sofferente, e la sua volontà, desiderio di fare qualche cosa per offrirgli sollievo o rimedio in modo del tutto disinteressato. Per altro, i valori orientati al sé, vale a dire ciò che ci si aspetta che l'infermiere professionista faccia per sé stesso, sono per lo più caratterizzati da un'esigenza di miglioramento delle proprie capacità e competenze professionali, da porre sempre al servizio del paziente (Fagermoen, 1997).

Oltre all'identità professionale intesa come narrazione di senso comune che definisce l'infermiere come votato ad una mission di solidarietà incondizionata verso l'altro sofferente, il professionista viene influenzato nella definizione della sua identità sociale anche da un sistema di valori e comportamenti attesi proposti dalla sua organizzazione di riferimento, spesso quasi senza margine di negoziazione. Secondo Boje e colleghi (1999) ogni organizzazione può essere definita come uno storyteller collettivo che cioè propone una narrazione ufficiale e ne richiede la condivisione da parte di tutti i membri, pena da una parte la loro possibile esclusione (anche solo mediante fenomeni di mobbing o discriminazione), dall'altra per il singolo che la rifiuti il senso di non appartenenza e quindi di inadeguatezza. Nei sistemi sanitari odierni, nei confronti di tutti gli operatori sanitari, infermieri compresi, a livello organizzativo spesso viene proposto come primo valore essenziale la prevenzione, se non annullamento, di ogni rischio che possa colpire il paziente. Diviene cioè centrale il valore della sicurezza della persona malata una volta che essa sia stata presa in carico dall'organizzazione che diviene responsabile della sua salute (Humphreys, Brown, 2002).

L'eccesso di attenzione per la sola prevenzione dell'errore, al fine di eliminarne qualsiasi evenienza, può non avere alcuna chance di successo, dal momento che l'errore fa parte della stessa natura umana. Sono frequenti cause di errore nello svolgimento di una professione la fatica, i ritmi serrati di lavoro, la paura o il sovraccarico cognitivo, la limitatezza degli scambi comunicativi, i processi di informazione errati, le decisioni sbagliate magari perché compromesse da alcuni bias di giudizio (Helmreich, 2000; Van Dyck et al., 2005).

Questi, quindi, i due elementi centrali: da una parte una narrazione diffusa che vuole l'infermiere capace di esprimere compassione verso l'altro sofferente — come insita nella sua stessa persona e mai vacillante —, dall'altra un'organizzazione che propone una politica interna volta a identificare l'errore come un segno di inadeguatezza dell'operatore, fatto capace di danneggiare l'immagine stessa dell'infermiere e, ancora più gra-

ve, dei suoi colleghi. Entrambe queste narrazioni costringono il professionista a identificarsi con una identità palesemente fasulla, pur nella sua perfezione, e allo stesso tempo a nascondere, negare o comunque a temere di tradire in qualche modo questa identità, fino a biasimarsi laddove non riesca a non farlo. Eppure, tale atteggiamento appare del tutto improduttivo, dato che alla difficoltà che la persona deve affrontare quando commette un errore o prova un'emozione negativa (di rifiuto ad esempio) viene ad aggiungersi la percezione di un biasimo sociale con esiti per lei caratterizzati dal senso di colpa e dall'isolamento e la possibile conseguente esposizione allo sviluppo di disturbi vicari (quali il burnout) in seguito alla perdita della sua *Compassion Satisfaction* (Figley, 1995; Stamm, 1999).

L'unico modo di disinnescare questo meccanismo sembra essere dunque insegnare agli infermieri professionisti, e agli studenti ancora prima, a conoscere e tollerare le proprie mancanze e ad essere gentili con sé stessi oltre che con gli altri.

2. Riconoscere le esigenze latenti degli operatori sanitari

Nell'ambito delle professioni sanitarie il processo di umanizzazione delle cure è uno degli obiettivi del Ministero della Salute e argomento di diversi manuali e programmi nazionali. Questo processo è in primo luogo rivolto al paziente, il soggetto della cura, e a quelle necessità particolari che vanno oltre i protocolli sanitari, e contestualmente al professionista che opera in ambito sanitario (Burrai, Micheluzzi, Apuzzo, 2020).

Il percorso di umanizzazione delle cure nell'ambito sanitario viene definito attraverso il costruito teorico del management e riferito a una pratica e a una risposta assistenziali (domanda di umanizzazione, risposta nell'assistenza). Sempre in termini mutuati dalle scienze dell'organizzazione, questo processo è descritto come un "sistema" in grado di contribuire al miglioramento dell'outcome del sistema sanitario e dell'assistenza sanitaria; quindi, un insieme di azioni che dovrebbero produrre dei risultati evidenti e potenzialmente organizzate e codificate in un complesso di regole di comportamento. L'Unità Locale Sanitaria, trasformata in Azienda Sanitaria, ha mutuato alcune prassi tipiche dell'azienda privata, tra le quali il monitoraggio della qualità del servizio offerto. Questa svolta ha implicato da una parte una maggiore opportunità degli utenti di interagire con le dinamiche proprie del servizio sanitario, dall'altra ha anche importato dal modello statunitense la medicina difensiva (Roiati, 2012), con esiti di diffusione di richieste di copertura assicurativa sul rischio professionale. In questo clima appare evidente la difficoltà nel coniugare l'umanizzazione delle cure e la pratica quotidiana nelle corsie e nei servizi territoriali.

Se osserviamo dunque la questione dell'umanizzazione delle cure da un'ottica aziendale, possiamo affermare che questo sistema richiede ai suoi operatori una performance ineccepibile e al massimo della vocazione, non considerando alcuni problemi insiti nel sistema stesso e alla natura umana; mentre secondo l'approccio delle *Medical Humanities* compaiono come essenziali dei percorsi di consapevolezza sulla dimensione olistica della presa in carico del paziente (Marone, 2020; Busch et al., 2019). In entrambe queste visioni vi è un vuoto da colmare: la comprensione dei bisogni latenti di questi stessi operatori e la risposta ad essi. Posto che ci siano alcuni bisogni che i professionisti non esitano ad esprimere (mancanza di risorse umane o economiche), riteniamo che in concomitanza con essi ci sia un universo inespresso di bisogni collegati alla relazione con sé stessi e tra ego e alter e alla elaborazione/rielaborazione delle risonanze interiori date dal rapporto con il paziente e alla complessità dell'ambiente.

Il luogo nel quale potrebbero trovare spazio l'ascolto e soddisfacimento dei bisogni latenti degli infermieri (Marmocchi et al., 2004) potrebbe essere la realtà della formazione continua per i professionisti della sanità. Questi corsi hanno segnato l'inizio di un iter in continuo divenire attraverso il quale le nuove istanze del paziente e dell'operatore sanitario hanno interagito e interagiscono in un continuo dialogo e riteniamo che tali momenti formativi potrebbero costituire anche degli spazi di comunicazione sul benessere degli operatori.

Per comunicazione qui intendiamo un itinerario guidato e focalizzato su temi inerenti alla fatica della cura, sollecitati secondo un processo *tacit dimension* (Polany, 1966; Nonaka, Takeuchi, 1997) incorporando i temi della creazione della conoscenza implicita ed esplicita in una dimensione di consapevolezza di abilità relazionali.

Diverse revisioni della letteratura hanno preso in considerazione lo stress lavoro correlato (Applebaum et al., 2010; Jennings, 2008; Laschinger et al., 2006) che colpisce infermiere e infermieri e nella letteratura internazionale troviamo diversi studi condotti con rigore scientifico (Kim, 2020; Kozlowski et al., 2018; Lamke et al., 2014), alla conclusione dei quali si afferma che gli interventi formativi sull'intelligenza emotiva hanno avuto un riscontro positivo *evidence based*.

Le motivazioni alla base di tali stati di affaticamento sono state altrettanto esplorate dando luogo all'individuazione di alcuni *stressor* che sottendono alla manifestazione più o meno esplicita del logoramento professionale. Tra questi fattori che attivano reazioni avverse possiamo individuare quegli aspetti in ombra del curriculum nascosto degli infermieri che stanno tra le aspettative di ruolo e la fallibilità umana. Per addentrarsi in questa zona non illuminata e per riconoscere i bisogni latenti riconducibili a queste esperienze di biasimo interiore è necessario seguire un itinerario trasversale che conduca gli operatori a ripensare e a dare nuovi significati ad alcune narrazioni interiori.

Un primo indicatore del benessere professionale può essere individuato attraverso l'analisi del livello di *Self-compassion* (Neff, 2003). Una delle abilità cardine di questo costrutto è la capacità di mettere in atto un cambiamento intenzionale del *self-talk* anziché rimanere ancorati a una severa autocritica rispetto alle proprie esperienze negative. La modifica intenzionale prende forma da una volontà razionale di osservare in primo luogo a-valutativamente alcuni eventi e i soggetti coinvolti per poi comprendere con consapevolezza quanto accaduto. Questo significa riconoscere la fallibilità umana e al contempo predisporre all'acquisizione di un vocabolario emozionale accresciuto.

Per rilevare quali circostanze e quali eventi possano avere dato origine ai giudizi negativi sulla propria identità professionale vi è una dinamica definita da Baranowsky (2002) come *Silencing Response*. Questo termine indica un particolare tentativo, deliberato o inconscio, che può essere messo in atto per evitare l'argomento del trauma. La Baranowsky (2002) ha creato un questionario che cerca di indagare questi vissuti di evitamento (*Silencing Response Scale*) e alcuni quesiti che compongono questo strumento possono essere utilizzati, in ambito formativo, come stimoli per sollecitare narrazioni di vissuti di sofferenza e biasimo.

Questo itinerario trasversale di riconoscimento dei bisogni educativi latenti degli operatori sanitari è pensato come momento laboratoriale all'interno delle proposte di formazione continua, con l'intento di dare voce ai professionisti rispetto alle necessità che sottendono alle pervasive richieste di performance che contraddistinguono l'attuale mondo sanitario.

3. Il laboratorio formativo per affrontare le zona d'ombra dei professionisti della cura

Si vorrebbe dunque sviluppare un percorso formativo orientato a stimolare negli infermieri professionisti una maggiore consapevolezza delle proprie difficoltà emotive e dei propri passi falsi unita ad una migliore capacità di accettazione e tolleranza verso gli stessi come strategia di prevenzione rispetto al rischio di sviluppo di disturbi vicari. Per definire tale attività, come anticipato, si è scelto non di realizzare una analisi diretta dei bisogni, quanto piuttosto di costruire le nostre attività formative e didattiche a partire dai due costrutti già anticipati: il costrutto di *Self-Compassion* (Neff, Kirkpatrick, Rude, 2007) e quello di *Silencing Response* (Baranowsky, 2002). Il gruppo di partecipanti dovrebbe essere contenuto (tra gli 8 e i10 professionisti). È necessaria la presenza di due conduttori, preferibilmente due pedagogisti. Il laboratorio è stato pensato per una durata di circa 6 ore da distribuirsi secondo la sequenza illustrata nella figura n.1.

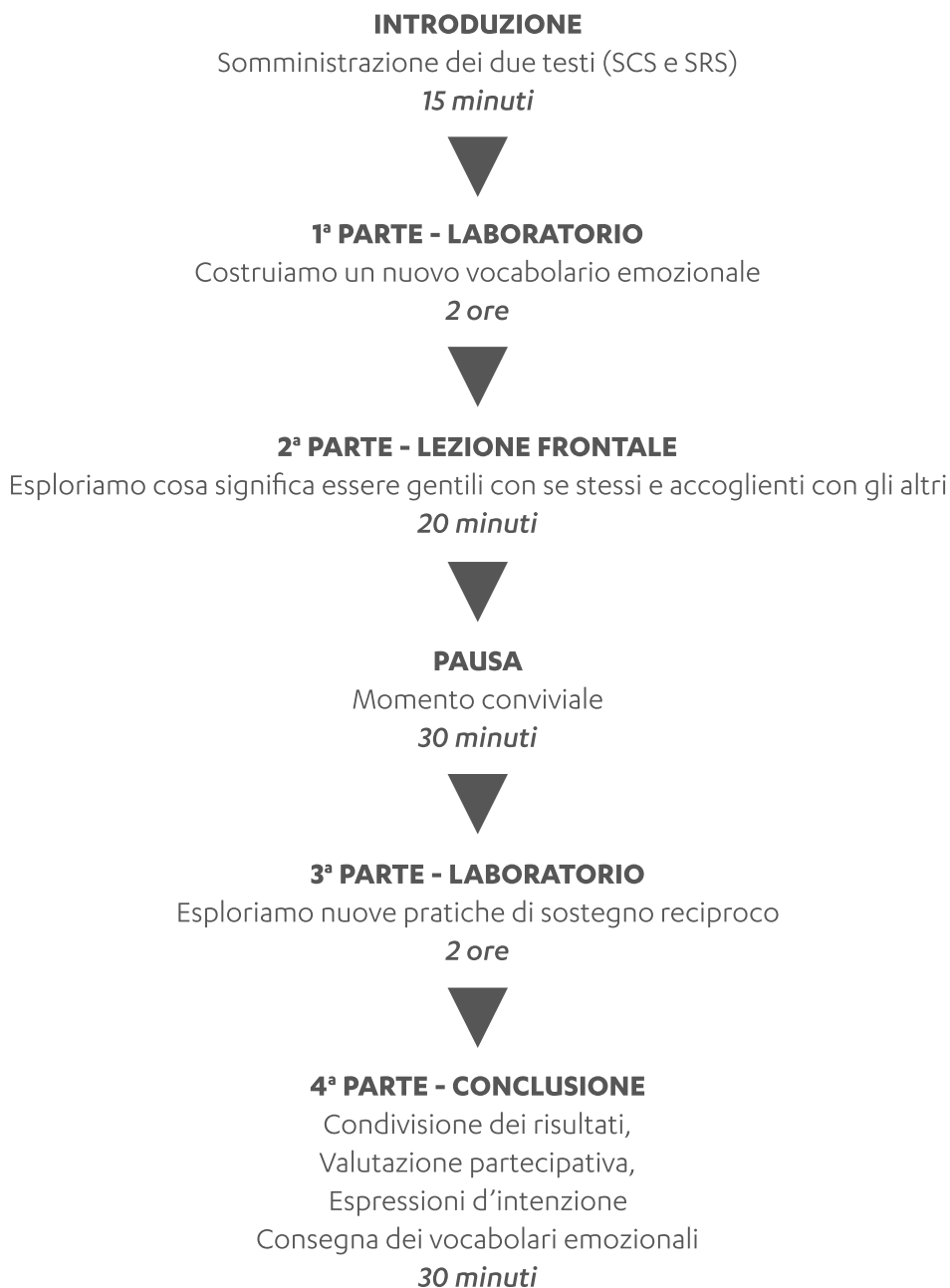


Fig. 1. Struttura del laboratorio formativo

Prima di procedere alla presentazione del laboratorio, si vogliono premettere alcuni cenni teorici indispensabili per capire la ratio degli obiettivi definiti e delle scelte didattiche presentate.

Premesse teoriche

Come già detto, il laboratorio pensato poggia le sue basi su due costrutti teorici definiti dalla letteratura internazionale e sui relativi questionari validati in italiano che verrebbero usati come strumenti formativi per la stimolazione della metariflessione e della consapevolezza autobiografica (Moon, 2004, p. 168). Il primo costrutto, *Self-compassion*, e il relativo questionario, si riferiscono a quella capacità o atteggiamento che contraddistingue la persona in grado di stimarsi, ma allo stesso tempo, volersi bene accettando anche le parti d'ombra del suo sé (Bruzzone, 2021, p. 74). Tuttavia, diversamente da quanto avviene per la sola autostima,

questi sentimenti non scaturiscono esclusivamente da valutazioni comparative delle personali prestazioni attuali con il proprio passato o con gli altri, ma derivano dalla comprensione dell'imperfezione insita in ogni essere umano. La capacità, per altro, di essere gentili con sé stessi sembra essere una condizione minima per poter essere anche gentili con gli altri, le loro imperfezioni o limiti (Neff, Kirkpatrick, Rude, 2007).

Il secondo costrutto, *Silencing Response*, e il relativo questionario, che si prendono in esame sono stati elaborati da Baranowsky (2002) e si riferiscono al comportamento di un operatore che tende a "ridurre al silenzio" il suo paziente mentre questi cerca di esprimergli il suo malessere, la sua tristezza o gli manifesta il suo dolore. Si manifesta attraverso l'adozione di comportamenti quali cambiare discorso, deviare la conversazione verso altri temi, assumere posture che allontanano fisicamente dal paziente, segnalare ai colleghi un determinato paziente descrivendolo come fastidioso, aggressivo o altro termine dispregiativo così che anche questi lo evitino, disconfermare ciò che un paziente dice, fare sentire il paziente come se non avesse alcun ruolo nella conversazione, etc. Si tratta, di fatto, di un meccanismo difensivo che viene messo in atto da soggetti inconsapevoli della propria *Compassion Fatigue* (Baranowsky, 2002).

Di seguito verranno illustrate le diverse parti del laboratorio.

Introduzione e prima parte del laboratorio

La prima parte del laboratorio che si vuole proporre prevederà quindi la somministrazione dei due questionari. Conclusa la compilazione e consegnati i test al facilitatore, i partecipanti saranno accompagnati nella rilettura collettanea di alcune domande che compongono i test al fine di recuperare e condividere quegli stessi vissuti emersi individualmente durante il tempo di compilazione.

Nel dialogo che così si potrà produrre, è possibile e auspicabile emergano alcuni racconti che si chiederà ai partecipanti di cristallizzare in alcune parole chiave da trascrivere su alcuni cartoncini predisposti. Successivamente i cartoncini verranno mescolati e ridistribuiti tra i partecipanti. Attraverso la mediazione del facilitatore si potrà tentare di costruire un nuovo racconto, questa volta unico, collettivo e arricchito da uno specifico vocabolario emozionale: i termini verranno quindi scelti e selezionati attraverso la guida del facilitatore in modo che diventino veicoli per riconoscere i sentimenti che ciascuno ha provato o sta provando. Ogni partecipante potrà così soffermarsi ad osservare i termini usati e condivisi per comprendere le unità di vissuto di cui si compone il continuum unico e indivisibile della vita affettiva che caratterizza il mondo del lavoro d'aiuto (Stein 1922 in Mortari, 2017, p.120). Perché: "...stare in dialogo con altri che hanno esercitato la riflessione sulla vita affettiva aiuta a non rimanere prigionieri nel cerchio della propria mente" (Mortari, 2017, p. 143).

Come momento conclusivo potrà essere consegnato un vero e proprio dizionario emotivo costruitosi durante il racconto collettivo e strutturato come nell'esemplificazione che segue: ansia → aprirsi a nuove esperienze, capacità di affrontare l'imprevisto; paura → messaggio da comprendere, elevazione della consapevolezza di sé.

Seconda parte e pausa di convivialità

Alla fine di questa parte, avrà luogo una sezione più tecnica dedicata alla preparazione delle condizioni per la successiva restituzione dei risultati dei test analizzati dal secondo facilitatore. Questi, in una lezione frontale di massimo 20 minuti, illustrerà i due costrutti e il funzionamento dei questionari. Per quanto concerne la restituzione vera e propria, i risultati dell'analisi dei dati raccolti verranno condivisi con i partecipanti alla fine del laboratorio e solo come dati aggregati.

Al termine di questo lavoro, si concederà ai partecipanti una pausa di venti minuti nella quale sarebbe opportuno creare un momento conviviale per consentire alle persone di gratificarsi per lo sforzo compiuto.

Terza e ultima parte del laboratorio

Alla fine della lezione frontale, si condividono con i partecipanti le due tabelle che seguono contenenti una sintesi dei diversi aspetti che compongono i due costrutti considerati. In particolare, la tabella n. 1 sintetizza i temi insiti nel costrutto di Self-compassion, mentre la tabella n. 2 i temi costituenti il costrutto di Silencing Response.

AUTO GENTILEZZA	AUTO GIUDIZIO	MINDFULNESS	SOVRA IDENTIFICAZIONE	UMANITÀ COMUNE	ISOLAMENTO
Amorevolezza Cura Gentilezza Curiosità e apertura Tolleranza Comprensione	Rabbia Freddezza Intolleranza Durezza Criticità Severità	Equilibrio nelle prospettive e nelle emozioni	Ingigantire Farsi trascinare Logorarsi Rimuginare Fissarsi	Parte della vita Parte della natura umana Condivisione con gli altri	Solitudine Invidia Inferiorità Discriminazione
Verso sé stessi e i propri difetti		Verso le proprie difficoltà, inadeguatezze e fallimenti			

Tab. 1: temi insiti nel costrutto di *Self-compassion* (Neff et al., 2007)

Nel comunicare con l'altro, paziente	Già sentito, non credere, dimenticare, mancanza di concentrazione
Nell'accogliere l'altro, paziente	Rabbia, ostilità, indispettirsi, rifiuto, biasimo, sarcasmo, evitante
Reazioni personali all'altro, paziente Finzione, ascolto non aiuta, ascolto fa male, impotenza	

Tab. 2: temi insiti nel costrutto di Silencing Response (Baranowsky, 2002)

Si procede quindi a dividere i soggetti a due a due chiedendo a ciascuno di scegliere se focalizzarsi sul costrutto di *Self-compassion* o su quello di *Silencing Response*. La consegna per la coppia di professionisti sarà di scegliere uno dei due concetti e procedere, uno per volta, a raccontare un episodio sfidante mentre l'altro sarà in una posizione di ascolto attivo e restituirà solo attraverso un linguaggio non verbale coerente. Subito dopo uno dei due soggetti proverà a stimolare una riflessione sulle alternative alle scelte raccontate dal collega, attingendo alla tabella consegnata. Finito questo passaggio, i ruoli vengono scambiati e la coppia dovrà lavorare sull'altro concetto.

Conclusa questa fase, alla fine del percorso, il secondo conduttore presenterà i risultati collettivi a tutto il gruppo. Alla luce dei laboratori svolti, verrà data l'opportunità di confrontarsi sui risultati attraverso una discussione collettiva modulata dai facilitatori allo scopo di dare luogo ad una sola valutazione partecipativa da parte di tutto il gruppo sull'esperienza affrontata (Boudon, Serbati, Milani, 2021). Al termine della discussione, verrà consegnato ai partecipanti il vocabolario emozionale costruito insieme nella prima parte del laboratorio. Un follow-up a sei mesi con nuovo incontro del gruppo per un momento di riflessione collettiva consentirà di verificare gli effetti del percorso. In tale contesto, sarà eventualmente possibile una nuova somministrazione dei test, per valutare insieme al gruppo, i risultati raggiunti riflettendo sulle dimensioni e gli atteggiamenti migliorati o ancora da affrontare.

4. Considerazioni finali

Nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina, appare particolarmente importante la personalizzazione delle competenze attraverso un'analisi dei bisogni dei professionisti della cura che non sia funzionale solo

alla performance assistenziale o clinica. All'interno della formazione continua possono trovare spazio, infatti, percorsi di stimolazione e apprendimento di specifiche competenze meta-riflessive ed emotive orientate allo sviluppo dell'infermiere in quanto persona e non solo operatore sanitario. Date le specifiche difficoltà dovute all'ambiente lavorativo è necessario ripensare la formazione continua anche come momento e spazio nel quale trovare ascolto ed accoglienza ai propri bisogni di crescita umana e di conseguenza di miglioramento della soddisfazione nell'esercizio del proprio ruolo professionale. Come illustrato in questo contributo, non sempre l'analisi dei bisogni formativi può e deve partire dall'ascolto diretto dei professionisti, soprattutto nel momento in cui tali bisogni appaiono appartenere a quell'ambito di indicibilità nel quale poco i professionisti sarebbero in grado o disposti ad esprimersi. In tali situazioni occorre allora ancorare la propria intenzionalità educativa e formativa a quanto la letteratura è in grado di portare alla luce, in particolare quella psicologica e pedagogica perché capaci di un pensiero non solo riflessivo, ma anche interrogativo. Colta una necessità sopita, la pratica educativa deve farsene carico, esplorando le modalità per poterla trasformare in procedure didattiche e laboratoriali che accompagnino i professionisti a confrontarsi con le loro zone d'ombra, per esplorarle, comprenderle e accettarle.

Note

¹ Il contributo è stato redatto a quattro mani: Natascia Bobbo ha scritto e curato i paragrafi 1, 3.1, 3.3; Paola Rigoni ha scritto e curato il paragrafo 2, 3.2. Il paragrafo 4 è stato scritto e curato in collaborazione.

² Natascia Bobbo, Professore associato presso Università di Padova, Dipartimento Filosofia, Sociologia, Pedagogia, Psicologia Applicata.

³ Paola Rigoni, Phd student, Università di Padova, Dipartimento Filosofia, Sociologia, Pedagogia, Psicologia Applicata.

Riferimenti bibliografici

- Adams, P. (2006). Exploring social constructivism: Theories and practicalities. *Education*, 34(3), 243-257.
- Applebaum, D., Fowler, S., Fiedler, N., Osinubi, O., & Robson, M. (2010). The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. *Journal of Nursing Administration*, 40, 323-328.
- Baranowsky, A. (2002). Silencing response in clinical practice. On the road to dialogue; in R. Figley (editor), *Treating Compassion Fatigue*, Bruner-Routledge, New York NY, pp. 155-170.
- Boje, D. M., Luhman, J. T., & Baack, D. E. (1999). Stories and encounters between storytelling organizations. *Journal of management inquiry*, 8(4), 340-360.
- Boudon, D. M., Serbati, S., & Milani, P. (2021). Affrontare l'invisibilità dei bambini tra 0 e 3 anni per i servizi sociali attraverso la valutazione partecipativa: appunti da uno studio pilota. *Encyclopaideia*, 25(60), 107-120.
- Bruzzone, D. (2021). Insieme fragili: vulnerabilità e ricerca di senso nel lavoro di cura; in D. Bruzzone, L. Zannini (a cura di), *Sfidare i tabù della cura. Percorsi di formazione emotiva dei professionisti*. Milano: Franco Angeli, pp. 72-87
- Burrai, F., Micheluzzi, V., & Apuzzo, L. (2020). Umanizzazione delle cure: innovazione e modello assistenziale. *Giornale di Clinica Nefrologica e Dialisi*, 32(1), 47-52.
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of care: key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 12(5), 461-474.
- Education Committee of the General Medical Council of U.K. (1993-2003). *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate Medical Education*, General Medical Council, London.
- Elkonin, D., & Van der Vyver, L. (2011). Positive and negative emotional responses to work-related trauma of intensive care nurses in private health care facilities. *Health SA Gesondheid*, 16(1).
- Fagermoen, M. S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 25(3), 434-441.

- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York London: Routledge.
- Font-Jimenez, I., Ortega-Sanz, L., Acebedo-Uridales, M. S., Aguaron-Garcia, M. J., deMolina-Fernández, I., & Jiménez-Herrera, M. F. (2020). Nurses' emotions on care relationship: A qualitative study. *Journal of nursing management*, 28(8), 2247-2256.
- Goergen, T. (2004). A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *The Journal of Adult Protection*, 6(3), 15.
- Gwee, M. C. E. (2009). Problem-based learning: A strategic learning system design for the education of healthcare professionals in the 21st century. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 25(5), 231-239.
- Helmreich, R. L. (2000). On error management: lessons from aviation. *Bmj*, 320(7237), 781-785.
- Humpel, N., Caputi, P., & Martin, C. (2001). The relationship between emotions and stress among mental health nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(1), 55-60.
- Humphreys, M., & Brown, A. D. (2002). Narratives of organizational identity and identification: A case study of hegemony and resistance. *Organization studies*, 23(3), 421-447
- Hyland, S., Watts, J., & Fry, M. (2016). Rates of workplace aggression in the emergency department and nurses' perceptions of this challenging behaviour: A multimethod study. *Australasian emergency nursing journal*, 19(3), 143-148.
- Jennings, B. (2008). Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Publication No. 08-0043). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/> [15.04.2022].
- Kim, J. S. (2020). Emotional labor strategies, stress, and burnout among hospital nurses: a path analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(1), 105-112.
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., & Browne, G. (2018). Increasing nurses' emotional intelligence with a brief intervention. *Applied Nursing Research*, 41, 59-61.
- Lamke, D., Catlin, A., & Mason-Chadd, M. (2014). "Not just a theory": the relationship between Jin Shin Jyutsu® self-care training for nurses and stress, physical health, emotional health, and caring efficacy. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 32(4), 278-289.
- Laschinger, H. K. S., & Leiter, M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36, 259-267.
- Lima, P. C., Comassetto, I., Faro, A. C. M., Magalhães, A. P. N. D., Monteiro, V. G. N., & Silva, P. S. G. D. (2014). Being nurse at a chemotherapy center with the death of an oncologic patient. *Escola Anna Nery*, 18, 503-509.
- Marmocchi, P., Dall'Aglio, C., & Zannini, M. (2004). Educare le life skills: come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'Organizzazione mondiale della sanità. Trento: Edizioni Erickson.
- Marone, F. (2020). Relazioni che curano e umanizzazione delle pratiche medico-assistenziali. *MEDICAL HUMANITIES & MEDICINA NARRATIVA Rivista di pedagogia generale e sociale*, 83-98.
- Moon J.A. (2004). *A Handbook of Reflective and Experiential Learning: Theory and Practice*. Abingdon (UK): Routledge.
- Mortari, L. (2017). *La sapienza del cuore. Pensare le emozioni, sentire i pensieri*. Milano: Raffaello Cortina Editore .
- Muggleton, J., Guy, H., & Howard, R. (2015). Breaking the taboo: an interpretative phenomenological analysis of healthcare professionals' experience of caring for palliative patients with disgusting symptoms. *BMJ supportive & palliative care*, 5(2), 189-195.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154.
- Nonaka I, Takeuchi H. (1997). *The knowledge-creating company: creare le dinamiche dell'innovazione*. (A cura di Umberto Frigelli e Kazuo Inumaru). Milano: Guerini e Associati.
- Polanyi M. (1966). *The tacit dimension*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Qalehsari, M. Q., Khaghanizadeh, M., & Ebadi, A. (2017). Lifelong learning strategies in nursing: A systematic review. *Electronic physician*, 9(10), 5541.
- Roiati, A. (2012). *Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale. Tra teoria e prassi giurisprudenziale* (Vol. 40). Milano: Giuffrè editore.
- Stamm, B. H., (1999). *Secondary Traumatic Stress Self-Care Issue fof Clinicians, Researchers & Educators*. Baltimore-Maryland: Sidran Press.

- Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. Vol. 21. *Social psychological studies of the self: Perspectives and programs* (pp. 261-302). Academic Press.
- Van Dick, R. (2001). Identification in organizational contexts: Linking theory and research from social and organizational psychology. *International Journal of Management Reviews*, 3(4), 265-283.
- Van Dyck, C., Frese, M., Baer, M., & Sonnentag, S. (2005). Organizational error management culture and its impact on performance: a two-study replication. *Journal of applied psychology*, 90(6), 1228.