

Bisogni di cura di sé nei contesti sanitari: come individuarli, come leggerli, come accompagnarli

Lucia Zannini

Università degli Studi di Milano

ABSTRACT

A partire dalla storia di un intervento di formazione continua (intitolato “Dall'altra parte”), svolto, con un gruppo multi-professionale, in un ospedale dell'Italia del nord, questo lavoro propone una riflessione sul processo di analisi dei bisogni formativi dei professionisti della cura. Questo processo è stato ampiamente analizzato anche nella formazione degli operatori sanitari, segnalando la necessità di un approccio multi-metodo per implementare le competenze degli operatori nel garantire la salute dei pazienti e la qualità della vita. Tuttavia, quando il bisogno profondo dei professionisti è la cura di sé, per far fronte a una pratica vissuta come molto problematica, i formatori possono beneficiare dell'approccio fenomenologico, che richiede l'epochè, la capacità di vedere, l'assunzione di responsabilità e l'attenzione ai vissuti degli operatori. L'analisi del bisogno di cura di sé dovrebbe essere intesa come una pratica reiterativa, che prosegue per tutta la durata dell'intervento di formazione continua e che richiede essa stessa un atteggiamento di cura.

Parole chiave: *Analisi dei bisogni formativi - Cura di sé – Fenomenologia - Formazione dei professionisti della cura*

Self-care needs in healthcare contexts: how to gather, read and fulfill them

In light of a continuing education intervention (entitled “On the other side”) conducted with a multi-professional group at a Northern Italian hospital, this paper offers a reflection on educational needs analysis for healthcare professionals. This process has been extensively investigated, including in the context of healthcare training, leading to the call for a multi-method approach to developing professionals' competencies in the interest of optimizing their patients' health and quality of life. However, when professionals' deepest inner need is for self-care to help them cope with the perceived heavy demands of clinical practice, educators may usefully adopt the phenomenological approach, which involves bracketing, the ability to see, taking responsibility and attending to professionals' emotional experience. The analysis of professionals' self-care needs should be viewed as a continuous process, to be implemented on an ongoing basis throughout the entire educational intervention, and as a practice that itself requires a caring attitude.

Keywords: *Educational Needs Assessment - Healthcare Professionals' Training – Phenomenology - Self-Care*

Una storia, innanzitutto

Si aderisce qui pienamente all'idea di un sapere pedagogico che deriva dall'esperienza. Quest'ultima non è, però, quella del laboratorio, sul quale si basano le scienze esatte, che individuano leggi valide per ogni soggetto e in qualsiasi situazione. L'esperienza sulla quale si costruisce sapere pedagogico – anche e soprattutto per la formazione dei professionisti della cura – è quella di chi sta sul campo, l'esperienza dei “pratici” (Mortari, 2003) i quali, attraverso la riflessione, costruiscono un sapere che non è costituito da principi rigidi e leggi deterministiche, ma da *orientamenti* e *direzioni di senso* (Bertolini, 2001), che vengono costantemente rimessi in discussione, in relazione all'azione educativa/formativa stessa.

Si tratta di una riflessione che non si ferma alla superficie, ma che scava nell'esperienza, cercando di individuarne gli aspetti *taciti* e *latenti*, i quali spesso agiscono in modo inconsapevole, ma potente, nelle pratiche educative (Massa, 1992, de Mennato, 2003; Riva, 2004).

All'interno di questa cornice, la narrazione dell'esperienza – orale o scritta – ha un ruolo fondamentale, per costruire sapere pedagogico.

La narrazione è contemporaneamente una metafora di base attraverso cui gli individui comprendono il mondo e quella forma specifica del discorso attraverso la quale ha luogo la conoscenza, all'interno di una tradizione di ricerca etichettabile con molti termini: olistica, naturalistica, qualitativa, etnografica, fenomenologica, biografica (Denzin, Lincoln, 1994). (Piccardo, 2014, p. 24)

Per questi motivi, al fine di parlare di analisi dei bisogni formativi nella formazione dei professionisti della cura, riteniamo sia essenziale partire da una narrazione autobiografica.

Nel giugno del 2010 una studentessa del corso di laurea magistrale per le professioni infermieristiche e ostetriche m'invitò a partecipare a un evento di formazione ECM, presso un ospedale dell'hinterland milanese. Era un'allieva molto cara, anche perché aveva condiviso con me il suo percorso di malattia e di sofferenza, che aveva in parte rielaborato grazie alla sua tesi di laurea. L'evento s'intitolava “Dall'altra parte” e, per un motivo del tutto fortuito, non riuscii a partecipare.

Dopo quell'incontro mancato, tutto tacque fino a settembre, quando si rifece viva l'organizzatrice del percorso, un medico che chiamerò Margherita.¹ Mi scrisse:

Nel 2011 vorrei continuare con il programma di formazione per gli operatori sanitari (sarebbe il quarto anno) e ho pensato a lei. Dalla lettura di alcuni suoi testi, mi ero fatta l'idea che si potesse parlare di medicina narrativa. Il corso, di 4 ore, sarebbe rivolto a 80-90 operatori ospedalieri: i medici sono sempre pochi nonostante la pubblicità che facciamo regolarmente ogni anno (i miei colleghi sembrano spesso molto chiusi a queste cose...); prevalgono gli infermieri, ma abbiamo avuto un buon numero di OSS per i quali raramente sono previsti corsi

¹ Tutti i nomi reali delle persone citate in questa narrazione sono stati cambiati od omessi, al fine di garantirne l'anonimato. I protagonisti di questa vicenda hanno comunque avuto modo di leggerla e di approvarla prima della sua pubblicazione, in ottemperanza dei principi della *Dichiarazione di Helsinki* sull'etica della ricerca umana.

di formazione, almeno nella nostra struttura...Tutte persone molto attente, interessate e anche, per il lavoro che svolgono, molto vicine ai pazienti.

Mi venne data carta bianca e costruimmo – con le mie collaboratrici² – un percorso formativo suddiviso in due fasi: la mattina, aperta a tutti, una parte teorica (tavola rotonda) e il pomeriggio, solo su iscrizione, una serie di workshop per gruppi professionali omogenei, nei quali sperimentare attivamente percorsi di medicina narrativa.³ Il progetto venne approvato, ma, successivamente, emerse che la formazione accreditata era solo quella del mattino (la tavola rotonda). Il messaggio, forse neanche tanto subliminale, poteva essere: vogliamo solo una formazione teorica. Decidemmo di fare un'introduzione di un'ora alla medicina narrativa in aula magna e di partire poi con i workshop paralleli nelle aule. Soprattutto in questi ultimi, con grande sorpresa, ci trovammo di fronte a dei partecipanti molto motivati e attenti. L'evento, dunque, ricevette una buona valutazione e, a settembre 2011, Margherita si rifece viva, scrivendo:

Mi piacerebbe poter parlare ancora di medicina narrativa. Mi affido a lei. Mi faccia qualche proposta. Sarò ben contenta di vagliarla e di lavorare ancora su questo tema che tanto è piaciuto quest'anno.

Ci veniva chiesto di andare avanti, perché l'evento era "piaciuto". Eravamo riuscite a creare una situazione "piacevole". Eravamo perplesse, perché ci avevano insegnato che la formazione "piacevole" è un'arma a doppio taglio, che racchiude in sé l'ambivalenza della seduzione del formatore e del suo desiderio di appagamento narcisistico. Sapevamo bene quanto fosse rischiosa questa formazione, soprattutto in quei contesti, come quelli sanitari, dove la competenza degli operatori fa la differenza sulla salute dei pazienti. Ma decidemmo di proseguire, perché il gruppo si era dimostrato molto motivato.

Da alcuni anni avevamo cominciato a lavorare sul costrutto della resilienza. Sapevamo che esso rappresentava una nuova chiave di lettura non solo nelle pratiche di promozione della salute, ma anche in quelle di cura. Decidemmo dunque di lavorare su questo tema, ritornando al progetto iniziale della tavola rotonda, in aula magna, nella mattinata, e ai workshop paralleli, nel pomeriggio. La tavola rotonda però, non doveva basarsi su contributi teorici, ma su testimonianze o, meglio, su storie di resilienza. Stabilimmo di coinvolgere la mia ex studentessa, una collega che aveva lavorato in un progetto sullo sviluppo della resilienza di famiglie, e la stessa Margherita, in qualità di medico, affinché ci raccontasse le sue strategie di resilienza.

La tavola rotonda fu accolta con rinnovato interesse. Tutti gli interventi furono molto apprezzati, in particolare quello di Margherita, che raccontava il disagio della comunicazione di una diagnosi infausta e la difficoltà di curare, all'interno dello stesso ospedale nel quale lavorava, una collega infermiera malata di cancro.

² Hanno collaborato a questo progetto formativo, nel 2011, Licia Montagna e Gisella Rossini e, dal 2012 a oggi, Valentina Concia e Gisella Rossini, che ringrazio per la creatività e l'impegno profuso.

³ Si veda Zannini (2008) e Peterkin (2012).

Questi sono due esempi di situazioni che mi hanno messo molto in difficoltà. Cosa ho fatto io? Cosa faccio io in situazioni analoghe a queste? Mi verrebbe da dire che faccio sempre la stessa cosa: “chiamo a raccolta” tutto: i miei sentimenti, le persone a cui voglio bene e che me ne vogliono, tutti i miei “amici”. [...] E poi, una cosa che ultimamente faccio spesso, tanto più quando sono triste, preoccupata, tesa magari la sera delle solite, settimanali, 12 ore di guardia [...] a letto, prima di addormentarmi, ripeto poesie. Quelle che ho imparato, a forza, alle elementari: *Il passero solitario* non manca mai, o *5 maggio*, *10 agosto*, *La cavallina storna*, ma anche altre che ho scoperto, amato e letto dopo. Queste poesie mi danno un senso di calma, mi rafforzano in me, mi danno fiducia.⁴

Questa storia, soprattutto per come venne raccontata, destò una grande commozione nell’aula. Capii che ci stavamo avvicinando al cuore del bisogno di formazione di questi operatori, anche se non mi era chiaro se il bisogno qui in gioco fosse individuale (quello di Margherita) o condiviso. C’era una necessità impellente di “dire la pratica” – e la sofferenza che l’accompagnava – che finalmente aveva trovato uno spazio. Semplice sfogo? Non direi proprio. Dopo alcuni giorni, Margherita mi scrisse:

Ieri sera mi sono ripetuta l’intero repertorio delle “mie” poesie...

Il messaggio della resilienza (e del ruolo della poesia e, più in generale, delle humanities e della narrazione nel suo sviluppo) era passato, ma il dubbio che la nostra formazione rispondesse a bisogni individuali restava.

Per questo motivo, alla richiesta di proseguire l’esperienza formativa, che puntuale arrivò a settembre 2012, decidemmo di fare un’analisi dei bisogni formativi, anche perché ci veniva chiesto di passare a una formazione più “robusta” (per numero di ore complessive), che “accompagnasse” di più i partecipanti, ma più “leggera” (in termini di ore nella singola giornata).

Nel frattempo, Margherita aveva incominciato a condividere con me, via e-mail, emozioni e pensieri – legati anche a vicende individuali e non solo professionali – ai quali io stessa avevo iniziato a rispondere, condividendo la situazione familiare difficilissima in cui mi trovavo. Semplici messaggi, di poche righe, mediante i quali continuava, in qualche modo, il lavoro che avevamo iniziato in aula. Margherita mi scriveva, per esempio, dopo alcune settimane di mio silenzio, con queste parole (ci davamo ancora del lei):

Voglio solo farle sapere che mi sento molto vicina a lei in questo periodo difficile che spero, però, avviato ad un miglioramento.

L’analisi dei bisogni formativi si svolse in due fasi canoniche: un focus group con un piccolo gruppo di operatori, cui fece seguito la stesura di un semplice questionario, per verificare con un numero più vasto di operatori i bisogni che erano emersi in piccolo gruppo. I dati raccolti non risultarono tantissimi, ma decidemmo di partire nel 2013 con un progetto di cinque incontri (per un

⁴ Questa è una classica strategia di cura di sé, come anche: tenere un diario, compiere dei piccoli rituali, soffermarsi a osservare qualcosa nella natura dalla finestra del proprio ufficio, ascoltare il proprio respiro, rispettare un minuto di silenzio ecc. Si veda Kearney et al. (2009).

totale di 20 ore di formazione) sui seguenti argomenti: le emozioni, “dire la verità” al paziente, riconoscere i propri limiti, gestire il disagio organizzativo e, ancora, vivere l’esperienza del paziente. Erano bisogni a volte contraddittori (perché un infermiere sente il bisogno di una formazione riguardo a “dire la verità al paziente” sulla sua diagnosi, quando è il medico la figura deputata a questo compito?) e a volte filtrati da letture⁵ che stavamo facendo su esperienze formative analoghe (per esempio, sul tema del limite nel lavoro di cura)⁶. Tuttavia, non sembravano tanto importanti gli argomenti degli incontri, quanto la possibilità di andare avanti con le metodologie che avevamo sperimentato.

La struttura dei cinque pomeriggi era sempre la stessa: una parte teorica introduttiva e una parte laboratoriale, con attività di scrittura, visione di film, produzione di disegni ecc. C’era ancora forte in noi la precomprensione che il gruppo necessitasse di un sapere, di qualcosa da “portare a casa”, soprattutto per i medici, molto abituati a percorsi “informativi”.

In seguito realizzammo che le esposizioni con le slides, seppur limitate nel tempo, risultavano lunghe, si faceva fatica a seguire e la stanchezza della notte o della mattinata passata in corsia si rendevano evidenti con sbadigli e sguardi assenti, complice anche il setting buio dell’aula magna.

Il corso comunque proseguì bene e, alla fine, effettuammo, coerentemente con la formazione svolta, un’esercitazione narrativa, chiedendo ai partecipanti di scegliere un oggetto che rappresentasse il percorso del 2013 e di raccontare i motivi della scelta. Il percorso fu paragonato a:

una LAMPADINA. Vedere le stesse cose sotto una luce diversa; illuminare nuove vie; spegnere la luce per riposarsi, accendersi quando ci si è ricaricati; fare luce.

un PENNARELLO. Questo corso mi ha dato la possibilità di parlare e confrontarmi, di condividere emozioni e vissuti con i colleghi e altre figure professionali; esperienza piacevole, da sottolineare.

un DISCO. Un disco è qualcosa che suona e che gira come le emozioni che hanno suonato e si sono mescolate in questo percorso; le mani che si sono idealmente strette hanno creato la colonna sonora di un racconto bellissimo.⁷

Gli obiettivi che ci eravamo preposte – per esempio, lavorare sulle emozioni – sembravano raggiunti e Margherita non tardò a chiedere un nuovo progetto per il 2014, scrivendomi (finalmente eravamo passate al tu):

Cara Lucia, non guardare l’ora [06:04]: al solito faccio notte, non è stata tanto bella e se non faccio qualcosa gli occhi si chiudono da soli, quindi ti scrivo e scusa gli strafalcioni. Ecco, sull’onda dei nostri coinvolgenti incontri, io, per il 2014, ho voglia di fare qualcosa per il mio reparto. Abbiamo un sacco di problemi: troppi pazienti (31), troppi protocolli, un capo che non ascolta, non capisce, grida e sgrida solo, questioni con i pazienti, i loro familiari, con i capi e fra di noi... La maggior parte degli IP e degli OSS è insoddisfatta, si sente mal voluta e ha chiesto il trasferimento. Fra i medici serpeggia la rivalità sotterranea e si fa a gara a chi fa meno... Venire a lavorare è un peso.

⁵ Si veda Iori (2009 e 2010) e de Mennato et al. (2011).

⁶ Si veda Bruzzone (2010).

⁷ Si veda Concia et al. (2014).

C'era un bisogno diffuso di raccontare un disagio crescente nei contesti sanitari – ora lo avevamo capito – che travalicava le esigenze dei singoli. Abbiamo abbandonato la parte teorica degli incontri e, soprattutto, il setting dell'aula magna, decidendo di proseguire con una formazione esperienziale, in una stanza dove potevamo disporci in cerchio. Il progetto presentato, a differenza di tutti quelli precedenti, non enfatizza più specifiche tematiche, ma il lavoro narrativo e di scrittura, finalizzato a un desiderio di cura di sé che finalmente è lasciato emergere.

Si tratta ancora di un work in progress e non abbiamo dati di valutazione di quest'ultima edizione di "Dall'altra parte". Alcuni partecipanti, soprattutto quelli che operano in psichiatria, hanno manifestato un grande interesse per la nostra proposta; altri, specialmente quelli che si sono inseriti nel gruppo quest'anno, hanno dimostrato resistenze. Ad ogni modo, dopo l'ultimo incontro, prima dell'estate 2014, Margherita ha scritto a tutti i partecipanti:

non so voi, ma io sono distrutta. Ma soddisfatta. Le cose che ci siamo detti oggi mi frullano in testa. Ho dimenticato di ringraziarvi del percorso che abbiamo vissuto insieme. Di esserci stati, di aver manifestato le vostre emozioni. Ora desidero solo ritirarmi in me, a pensare, quasi a coccolarmi il pomeriggio di oggi. Grazie ancora. A presto.

Nuovi bisogni formativi delle professioni di cura

La storia che ho raccontato segnala, in modo a mio parere evidente, come, nei contesti sanitari, oltre agli ineliminabili bisogni di aggiornamento sulle evidenze scientifiche, prodotte dalla ricerca, e sulle nuove tecnologie, si stia facendo strada un bisogno diffuso e trasversale – anche in unità operative considerate come non particolarmente “esposte” alla sofferenza, come sono invece tradizionalmente considerate le terapie intensive, gli *hospice* ecc. – di lavorare sulle emozioni e sui pensieri che le accompagnano, che il lavoro di cura fa emergere prepotentemente e che è necessario elaborare per poter curare gli altri (Rossi, 2004).

È come se stessero emergendo, non solo in chi chiede cura, ma anche in chi la offre, delle nuove “fragilità”. Nell'analisi delle fragilità degli utenti dei servizi si parla di “disagio affettivo-relazionale, legato anche alle mancate occasioni di apprendimento degli alfabeti della vita emotiva e alla poca consapevolezza di sé” (Iori, 2008, p. 17). Pensiamo che questa fragilità interessi anche gli operatori, soprattutto se lavorano in organizzazioni che non prevedono momenti di condivisione e sostegno. L'impegno sempre più elevato richiesto agli operatori dalle organizzazioni, la continua ricerca della riduzione dei costi, il disagio crescente delle famiglie, nel far fronte ai bisogni di cura di bambini, disabili e anziani, comportano una pressione sui professionisti della cura che sembra essere sempre più difficile da fronteggiare.

Sarebbe a nostro avviso sbagliato pensare a una risposta esclusivamente specialistica a queste “fragilità” dei curanti; in certe situazioni, è ovvio, si rendono necessari interventi e supervisioni cliniche da parte di esperti, ma non si può ritenere che la risposta *formativa* sia questa, in automatico. Si tratta, invece, di un bisogno di apprendimento o di riscoperta degli alfabeti della vita emotiva, della consapevolezza o, più semplicemente, di un ascolto di sé che ha molto a che fare con la *parresia* di foucaultiana memoria, il “dire la verità” (Foucault, 1992), che più autori hanno messo in relazione con

le pratiche autoeducative e di *cura di sé* (Demetrio, 1996; Palmieri, 2000; Mortari, 2003; Mortari, 2009, Cambi, 2010).

Come si può intravedere nella storia di Margherita, questi bisogni non emergono in modo evidente e immediato: il percorso formativo che abbiamo a grandi linee illustrato parte da una richiesta di interventi teorici per comprendere meglio il vissuto del paziente, per provare a stare “dall'altra parte”, appunto, e poi solo col tempo si sposta sul vissuto dei partecipanti, naturalmente, sempre con una finalità di miglioramento della qualità delle cure. Se pensiamo che, nell'esperienza riportata, la formazione iniziale, frontale e molto limitata nel tempo (4 ore), era rivolta a circa 80 partecipanti e che quella del 2014 ha visto coinvolti una trentina di operatori, possiamo comprendere come questi interventi non intercettino il bisogno di tutti, per lo meno consapevole. E ancora, la storia che abbiamo raccontato segnala come questi bisogni di cura di sé non emergano in modo palese e immediato, ma necessitino di tempo, di relazioni di fiducia e, soprattutto, di formatori che sappiano porsi in posizione di ascolto.

“Disfare” l'analisi dei bisogni formativi

Per anni ho insegnato – e tuttora insegno – agli operatori che s'iscrivono alle lauree magistrali per le professioni sanitarie i diversi metodi per effettuare un'analisi dei bisogni accurata, sottolineando con enfasi l'importanza di questa fase cruciale del processo di formazione.

Da molto tempo, l'analisi dei bisogni di formazione non viene più intesa come *gap* da colmare, come “vuoto” di conoscenze e di abilità al quale sopperire mediante attività formative (Quaglino, 2005). In quella prospettiva, considerata dai più riduzionistica, l'analisi del bisogno consisterebbe nel predefinire uno standard di prestazione auspicabile, *misurare* quello effettivo degli operatori e individuare in questo modo il *gap* da colmare. Claudia Piccardo (1988) ha messo in luce la “logica strettamente funzionalista” (ivi, p. 88) di questo modello di analisi dei bisogni, sottolineandone l'impostazione “medica”, perché “deve sempre dare una risposta esplicativa e riparativa e, se possibile, definitiva per tutti i ‘pazienti’ che gli rivolgono delle domande” (*ibidem*).

In realtà, il bisogno formativo può essere inteso in modo molto più esteso e complesso, come cioè espressione [...] del più generale stato di relazione tra individuo e organizzazione e può dunque essere definito [...] il *sistema di attese reciproco*” (Quaglino, 2005, p. 36).

In questa logica, l'analisi dei bisogni di formazione viene a essere concepita come vero e proprio *processo di ricerca*, spesso di tipo “multi-method” (qualitativa e quantitativa), nella quale, per esempio, s'incrociano dati provenienti da *focus group* con quelli provenienti dal *clinical audit* (Keister, Grames, 2012). Tuttavia, recentemente si è affermato che sono pochi i formatori che padroneggiano i metodi di ricerca sia qualitativi che quantitativi; inoltre, “sostenere [...] che l'analisi dei bisogni è un processo di ricerca, lascia soli e impotenti i partecipanti” (Benozzo, 2010, p. 71) che, in generale, non occupano la posizione di ricercatori, ma di “ricercati”. Pertanto, si è sostenuto che “sia maturo il momento per trovare nuovi modi di imbastire, anche nuove parole, per immaginare e realizzare la formazione” (*ibidem*).

Questo non significa negare l'importanza degli *audit* clinici, delle osservazioni sul campo, delle interviste ai coordinatori, dei *focus group* coi potenziali partecipanti, dell'esercizio di valutazioni oggettive nei contesti sanitari: tutte queste attività sono indispensabili per indirizzare i processi di sviluppo delle competenze e, dunque, della salute dei pazienti. Ma, al contempo, esse non sono sufficienti per cogliere i bisogni di cura di sé che sempre con più forza emergono in quei contesti. Nell'intercettare questi bisogni degli operatori sanitari, "gli aspetti più rilevanti, che assumono anche il significato di requisiti professionali, sono: la capacità di vedere, l'*epochè*, l'assunzione di responsabilità, l'attenzione ai vissuti" (Iori, 2008, p. 22).

Individuare e sostenere i soggetti nelle organizzazioni che sanno "testimoniare il desiderio"

Massimo Recalcati è uno psicoanalista che, quando parla di educazione, fa spesso riferimento al pensiero di Riccardo Massa. In *Quel che resta del padre* (Recalcati, 2011) affronta un tema di grande interesse pedagogico ossia la possibilità, la necessità, nell'epoca contemporanea dell'"evaporazione dei padri", di ribadire la loro irrinunciabile funzione educativa. Affinché ciò sia possibile, è fondamentale superare un'idea del padre che agisce unicamente nel nome della "Legge", aderendo al solo registro normativo, ma, allo stesso tempo, che non si basi sul solo principio del dare assoluta libertà, ossia su quello che Recalcati definisce il registro del "godimento". Quest'ultimo sembra caratterizzare le nuove generazioni di padri, che aderiscono sempre più a una logica del piacere, anche sulla spinta delle pressioni culturali della società del consumismo. La possibilità, la necessità, di essere padri, nell'era contemporanea, risiederebbe in un equilibrio tra principio di piacere e normatività: "un padre privo di ogni supporto ideale, sa offrire una soluzione possibile e incarnata di come sia possibile unire il desiderio e la Legge" (Recalcati, 2011, p. 23).

Un aspetto fondamentale su cui insiste Recalcati è l'impossibilità, in una prospettiva pedagogica, di limitarsi a *trasmettere* tanto la "legge" quanto il "desiderio". "La testimonianza è innanzitutto testimonianza non di cosa è in essenza il desiderio, ma di cosa può essere un'esistenza di desiderio" (ivi, p. 84, *corsivo mio*). L'essere "capaci di testimonianza" (Corsi, 2006) non consiste tanto nel

riferimento a una Legge ideale universale [...] ma a un qualcosa che resiste, che non cede sul proprio desiderio, a un qualcosa che [...], anche nello sfacelo e nella decomposizione nichilistica di tutti i valori, insiste a trasmettere il fuoco della vita come possibile" (Recalcati, 2011, p. 168).

Riteniamo che le parole di Recalcati siano molto stimolanti anche quando pensiamo a tutt'altra scena formativa: quella che ha luogo nei contesti sanitari. Quando, in questi contesti, si fa avanti una domanda, spesso timida e confusa, di lavoro sui vissuti degli operatori, è molto importante individuare quei soggetti che, come Margherita, sanno farsi testimoni della *legge*, ossia del dover essere nella cura dell'altro, e, parimenti, del *desiderio* di cura di sé.

Col tempo abbiamo imparato che la formazione alla cura di sé imposta da chi, sia per esperienza che per approfondimento scientifico, decide che qualcun altro, in una certa organizzazione, ha bisogno di quel tipo di formazione, non funziona e viene accolta con forte resistenza. Allo stesso modo, non basta l'innamoramento del singolo per gli approcci narrativi, per il lavoro attraverso le

immagini o quant'altro: è necessaria una *testimonianza*, un'apertura alla cura di sé che non sia vissuta dagli operatori sanitari né come sola "legge" né come puro "godimento" del singolo.

Nell'esperienza che abbiamo riportato, è diventato via via sempre più chiaro che, nei protagonisti, il desiderio di cura di sé era inscindibile da una pratica esemplare di cura degli altri, che trasmetteva "il fuoco della vita" e che era riconosciuta e stimata da tutti gli altri partecipanti, anche con profili professionali diversi. Sono questi i soggetti ai quali bisogna prestare particolare attenzione, nell'analisi dei bisogni formativi: sono operatori stimati e riconosciuti, che incarnano, contemporaneamente, tanto il registro del "dover essere" quanto quello del "godimento". Alla stessa stregua della figura di padre auspicata da Recalcati, questi operatori sanitari riescono a far emergere, tra i colleghi, una richiesta di cura di sé, che è, al contempo, un urgente bisogno formativo e un prorompente messaggio educativo, che il formatore non può ignorare.

Allo stesso tempo, sono questi i soggetti da sostenere e accompagnare nel difficile compito, all'interno dei contesti formativi sanitari, di portare alla luce e farsi testimonianza della possibilità di lavorare su questi bisogni "speciali", che sempre più stanno diventando "normali".

Aver cura dell'analisi dei bisogni formativi

L'esperienza che abbiamo raccontato ci ha insegnato come sia importante porsi con un atteggiamento di grande ascolto e apertura quando si lavora sul desiderio di cura di sé. Il sapere pedagogico ricavato con metodi narrativi (quindi non generalizzabile *tout court*), che abbiamo acquisito da questa esperienza, è quindi sintetizzabile nei seguenti punti d'attenzione, da prendere in considerazione, negli interventi per promuovere la cura di sé nei contesti sanitari:

- *rispondere* alle richieste di approfondimento teorico, quando presenti, documentando esperienze di cura di sé svolte in altri contesti – anche internazionali – e gli esiti raggiunti, soprattutto nelle fasi iniziali di questi interventi;
- *sospendere* il giudizio, non essere prevenuti sulle risposte (critiche) dei partecipanti;
- *accogliere* la sofferenza degli operatori, magari inizialmente espressa sotto forma di sfogo, e il vissuto di sollievo e piacevolezza che si può accompagnare a quest'ultimo;
- *cogliere* e valorizzare il contributo di quei partecipanti che sanno testimoniare il desiderio di cura di sé, perché è un messaggio di grande portata educativa;
- *raccogliere* e rispondere, in un *frame* formativo, ai segnali di lavoro su di sé che arrivano dai partecipanti, anche fuori dal contesto d'aula (email, pagine di diario condivise ecc.);
- *considerare* l'analisi di questi fabbisogni come un processo costante, che continua durante tutta la formazione;
- *trasformare* il processo di analisi del fabbisogno in un accompagnamento, nel quale entrare con diverse parti di sé, incluse le proprie emozioni e fragilità.

Vorremmo concludere con un frammento della narrazione autobiografica di un formatore, anche se riferita ad altra esperienza, perché secondo noi ben sintetizza l'atteggiamento che dovrebbe caratterizzare l'analisi del bisogno di cura di sé nei contesti sanitari.⁸

Ho pensato e costruito l'intervento sulla base dell'idea di sedermi insieme a queste persone. Man mano che l'intervento ha preso corpo, si è sempre più definito come un *accompagnamento* al lavoro. Gli "strumenti per l'analisi dei fabbisogni" sono coincisi con il nostro gruppo [...]. Ho indossato panni assai diversi: quelli del *compagno di viaggio*, talvolta del *docente* universitario e dell'*ascoltatore attivo* [...] *ammettendo anche le mie difficoltà ed errori* (Benozzo, 2010, p. 72, corsivo mio).

Riferimenti bibliografici

Benozzo, A. (2010). Disfare l'analisi dei bisogni. *Spunti*, 11, pp. 71-73.

Bertolini, P. (2001). *Pedagogia fenomenologica: genesi, sviluppo, orizzonti*. Scandicci: La Nuova Italia.

Bruzzone, D. (2010). La coscienza del limite. In Iori, V., Augelli, A., Bruzzone, D. & Musi, E., *Ripartire dall'esperienza. Direzioni di senso nel lavoro sociale* (55-64). Milano: Franco Angeli.

Cambi, F. (2010). *La cura di sé come processo formativo: tra adultità e scuola*. Bari: Laterza.

Concia, V. et al. (2014). Vivere l'esperienza "dall'altra parte". Un percorso di formazione permanente *narrative-based* per i professionisti della cura presso l'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Melegnano. Comunicazione al convegno *Pensieri circolari. Narrazione, formazione e cura*. Biella: ASL di Biella.

Corsi, M (2006). *Il coraggio di educare. Il valore della testimonianza*. Milano: Vita e Pensiero.

de Mennato, P. (2003). *Il sapere personale. Un'epistemologia della professione docente*. Milano: Guerini.

de Mennato, P., Orefice, L., Branchi, S., (2011). *Educarsi alla cura. un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Lecce: Pensa Multimedia.

Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina.

Denzin, N.K. & Lincoln Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

⁸ Desidero ringraziare di cuore tutti gli operatori che hanno preso parte, dal 2011, al percorso formativo *Dall'altra parte* dell'AO Ospedale di Circolo di Melegnano (MI). Un grazie affettuoso anche ad Adriana Dalponte per i suoi suggerimenti bibliografici.

- Foucault, M. (1992). *Tecnologie del sé*. Milano: Feltrinelli.
- Iori, V. (2008). Fragilità invisibili e rischi di esclusione sociale: nuove sfide per i servizi. In V. Iori & M. Rampazi (eds.), *Nuove fragilità e lavoro di cura* (13-34). Milano: Unicopli.
- Iori V. (a cura di) (2009). *Quaderno della vita emotiva. strumenti per il lavoro di cura*. Milano: Franco Angeli.
- Iori, V., Augelli, A., Bruzzone, D. & Musi, E. (2010). *Ripartire dall'esperienza. Direzioni di senso nel lavoro sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Kearney, M.K. et al. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life – “Being connected... a key to my survival”. *Journal of the American Medical Association*, 301 (11), pp. 1155-64.
- Keister, D, Grames, H. (2012). Multi-method needs assessment optimizes learning. *The Clinical Teacher*, 9(5), pp. 295-8.
- Massa, R. (1992)(a cura di). *La clinica della formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Mortari, L. (2003). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Carocci.
- Mortari, L. (2009). *Aver cura di sé*. Milano: Bruno Mondadori.
- Palmieri, C. (2000). *La cura educativa*. Milano: Franco Angeli.
- Peterkin, A. (2012). Practical Strategies for practicing narrative-based medicine. *Canadian Family Physician*, 58, pp. 63-64.
- Piccardo, C. (1988). L'analisi della domanda di formazione. In U. Morelli (a cura di), *La formazione: modelli e metodi*. Milano: Franco Angeli.
- Piccardo, C. (2014). Autocasi. In G.P. Quaglino (a cura di), *Formazione. I metodi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rossi, B. (2004). *L'educazione dei sentimenti: prendersi cura di sé, prendersi cura degli altri*. Milano: Unicopli.
- Quaglino, GP (2005). *Fare formazione. I fondamenti della formazione e i nuovi traguardi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Recalcati, M. (2011). *Quel che resta del padre*. Milano: Raffaello Cortina.
- Riva, M.G. (2004). *Il lavoro pedagogico come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni*. Milano: Guerini.

Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina.

Lucia Zannini è dottore di ricerca in Metodologie della formazione del personale medico e infermieristico. Ha insegnato Promozione della salute ed Educazione degli adulti presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Milano Bicocca. Dal 2006 è professore associato di Pedagogia presso l'Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, dove svolge attività di ricerca sul significato dell'educazione nella relazione terapeutica, sulla medicina narrativa e la narrazione autobiografica di pazienti/operatori, quale fondamentale strategia educativa e auto-educativa, e sulle metodologie innovative nella formazione dei professionisti della cura.

Contatti: lucia.zannini@unimi.it