# Gruppo Piemontese inter-Ordini

**AIUTIAMO CHI CURA!**
**SOSTENIAMO**
**LE/I**




**DEI**

**SERVIZI SOCIALI SANITARI**

**ORDINE DEI FARMACISTI** prov. TO - **ORDINE MEDICI VETERINARI** prov. TO - **ORDINE BIOLOGI** Piemonte, Liguria e VdA - **ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DELLA RIABILITAZIONE e DELLA PREVENZIONE** di Torino, Aosta, Alessandria e Asti - **ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA** di Torino, Asti, Cuneo, Alessandria e Aosta - **ORDINE PSICOLOGI del Piemonte - ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE** della provincia di Torino - **ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI e ODONTOIATRI** della provincia di Torino - **ORDINE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI** del Piemonte e Vda - **ORDINE INTERREGIONALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA di FISIOTERAPISTA** del Piemonte e VdA

# VADEMECUM 2025

# "Aiutiamo chi cura: Istruzioni per l'uso"

***Raccomandazioni alle istituzioni per prevenire lo stress lavorativo e promuovere il benessere organizzativo degli operatori sanitari e sociali***

Ordine della Professione di
Ostetrica interprovinciale di
Torino Asti Cuneo Alessandria e Aosta

OPI
TORINO

ORDINE PSICOLOGI PIEMONTE

OMCeO Torino
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Ordine dei Farmacisti
della provincia di Torino

OFI PIEMONTE VALLE D'AOSTA
ORDINE FISIOTERAPISTI

ORDINE DEI BIOLOGI
Piemonte – Liguria – Valle d'Aosta

Ordine
Assistenti
Sociali

Consiglio
Interregionale
Piemonte e Valle d'Aosta

Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Torino . Aosta . Alessandria . Asti

ORDINE DEI MEDICI VETERINARI
DELLA PROVINCIA DI TORINO

Destinatari

**Regione Piemonte - Aziende Sanitarie ed Ospedaliere - Servizi Sociali Comunali e Consorzi Socio-Assistenziali – Direzioni Sanitarie e Socio-Sanitarie pubbliche e private - Società scientifiche e professionali - Organizzazioni Sindacali – Cooperative Sociali ed Enti del Terzo Settore - Fondazioni**

# Benessere degli operatori sanitari e contrasto allo stress lavoro correlato e al burnout

## PREMESSA

### Le organizzazioni non stanno attraversando un periodo di particolare benessere

Le organizzazioni che fanno capo alle reti sociosanitarie sono organizzazioni speciali da molteplici punti di vista: per la complessità del compito (prevenire e curare la malattia, promuovere la salute e il benessere sociale), per la diversità delle variabili che concorrono al raggiungimento degli obiettivi (variabile etica, sociale, tecnologica, interpersonale, economica), per le conseguenze generate dall'attesa (che a volte diventa una pretesa) di *restitutio ad integrum* che si è affermata in larga parte della società (maggior conflittualità con il personale sanitario e socio-assistenziale, medicina difensiva), per l'elevato grado di **stress** potenziale che comportano la struttura del lavoro (turni frequenti, elevata interdipendenza) e la sua intrinseca natura (esposizione sistematica alla sofferenza, alle perdite, ai traumi).

# I RISCHI E I COSTI DEL LAVORO DI ASSISTENZA E DI CURA

Sono numerose le ricerche che documentano la significativa incidenza di **fattori di rischio** per i lavoratori delle organizzazioni sociosanitarie: stress, disturbi psichici, abuso di sostanze che possono creare dipendenza (alcool, stupefacenti, farmaci), ideazione suicidaria e suicidio.

Una fonte primaria di tensione e di stress per le persone che svolgono professioni di aiuto – infermieri, medici, assistenti sociali, psicologi, tecnici sanitari ecc. – è la loro continua vicinanza a persone molto sofferenti, sul piano fisico o psichico o su entrambi (Obholzer e Roberts 1994), **vicinanza e continuità** che possono essere di grado più elevato per alcune professioni, in particolare per infermieri e OSS, per gli operatori dell'emergenza, delle cure primarie, della salute mentale e dei servizi sociali. Queste tensioni possono essere legate ad ansie coscienti, ad esempio relativamente all'incontro con utenti aggressivi o ad alto rischio o rispetto al pericolo di commettere errori. In questo senso un eccessivo carico di lavoro è un'altra rilevante fonte conscia di stress perché crea negli operatori la preoccupazione circa la qualità dell'aiuto che stanno fornendo e anche la paura di essere responsabilizzati, puniti e persino aggrediti per gli eventuali insuccessi.

D'altra parte il lavoro di cura e di assistenza è un lavoro prezioso e possibilmente gratificante ma comporta anche, in varia misura, dei **costi** per gli operatori, quali:

- fatica
- ansia e angoscia
- sacrificio
- disagio (*discomfort*)
- rinuncia
- rischio, paura e senso di colpa

Questi sono “costi” – fisici, emotivi, sociali – e non valori, anche se spesso come tali li si vuole presentare, e se aumentano oltre una definita soglia di tollerabilità diventano malesseri, penalizzazioni, perdite, espropriazioni, sfruttamenti, ferite e a volte violenze. Potrebbero invece diventare “prezzi” e persino valori, se appropriati e sostenibili e se adeguatamente riconosciuti e premiati. Un’organizzazione che ne valuti il rischio e aiuti gli operatori a tollerarli e si sforzi di ridurli o almeno di contenerli proponendo misure adeguate di prevenzione e protezione può rendere il lavoro di cura una fatica produttiva e non un’indebita missione masochistica e sacrificale.

In questo senso le istituzioni sanitarie e i servizi sociali non possono limitarsi a incoraggiare gli operatori a “curarsi da sé” o ad autoproteggersi, perché eviterebbero la propria responsabilità, etica, politica e normativa, che consiste nel prendersi cura della salute dei propri operatori, promuovendo ambienti di lavoro sani, sostenibili e sicuri e rimuovendo le difficoltà più rilevanti legate al sottofinanziamento del SSN e alle conseguenti carenze di personale. Così come non possono limitarsi a curarli e a risarcirli una volta caduti nel *burnout*, perché vorrebbe dire monetizzare il danno e continuare a mantenere l'insalubrità del contesto lavorativo. Analogamente non ci si può accontentare di ottenere dispositivi di protezione dalla violenza basati solo sulla presenza di qualche agente o sull’offerta di corsi di difesa personale, perché vorrebbe dire ignorare le violenze istituzionali inflitte

quotidianamente dalla carenza di risorse e dalle criticità organizzative.

È cruciale che le istituzioni della salute e della sicurezza sociale riconoscano una volta per tutte che il *burnout* è una "malattia dell'organizzazione" (Maslach e Leiter 1997) anche quando a pagarne i costi sembrano esserne solo i professionisti e gli utenti, e che prendersi cura dei curanti e degli operatori sociali sul piano psicologico e organizzativo è un modo per salvaguardare il sistema socio-sanitario, la sua efficienza, la sua credibilità e anche la sua economia.

# IL GRUPPO INTER-ORDINI

Questo Vademecum intende descrivere e motivare le raccomandazioni che il **Gruppo piemontese inter-Ordini sul "Benessere degli operatori socio-sanitari e contrasto allo stress lavoro correlato e al burnout"** ritiene di dover rivolgere alle istituzioni del Servizio Sanitario e ai Servizi Sociali, oltre che a tutte le organizzazioni operanti come nodi della rete socio-sanitaria e assistenziale, perché affrontino con rapidità ed efficacia le cause più evidenti dell'emergenza sanitaria e sociale, del malessere dei curanti e delle professioni d'aiuto, con chiare indicazioni sulle ipotesi di soluzione o di mitigazione dei problemi.

Per dare maggior eco a queste istanze nel febbraio 2021 si è formato, su proposta dell'Ordine dei Medici di Torino, questo gruppo di lavoro inter-Ordini, che oltre ai medici ha coinvolto tutti gli Ordini delle professioni sanitarie e sociali di buona parte del Piemonte, con l'attuale risultato di vedere impegnati in una inedita

ma fruttuosa reciproca collaborazione i medici e gli odontoiatri, gli infermieri, gli psicologi, le ostetriche, le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, i farmacisti, i fisioterapisti, gli assistenti sociali, i biologi e i veterinari.

Il Gruppo nasce nel contesto degli **Ordini delle Professioni sanitarie e sociali** e quindi svolge il proprio ruolo avendo come riferimento il compito deontologico di garantire alla popolazione professionisti aggiornati, preparati e affidabili. Ma poiché **è un'evidenza innegabile che chi sta male lavora male**, perché stress e disagio aumentano le incomprensioni, i conflitti e il rischio di errori, allora il benessere psicologico e lavorativo dei "curanti" diventa un requisito fondamentale per poter fornire delle cure efficaci e un'adeguata assistenza. Proprio questo obiettivo di tutela degli utenti permette una distinzione ma anche un'integrazione tra il compito del Gruppo inter-Ordini e quello dei Sindacati, che, tutelando le categorie sanitarie e sociali, rappresentano una "sentinella" delle condizioni di disagio lavorativo degli operatori e delle conseguenti ricadute sulla qualità del servizio.

A grandi linee, in termini operativi si è immaginato e si sta seguendo un percorso articolato in tre dimensioni:

1. una **dimensione interprofessionale**, perché nessun problema di salute o di sicurezza sociale può essere affrontato se non nell'interazione e nella collaborazione tra le diverse professioni e discipline coinvolte;

2. una **dimensione specialistica**, perché il gruppo di lavoro per svolgere con efficacia il proprio compito non si limita alla rappresentanza delle varie professioni, ma è composto da persone che hanno competenze ed esperienze specifiche nelle questioni che si vogliono affrontare;

3. una **dimensione istituzionale**, perché lo scopo primario è quello di sensibilizzare e di aiutare le organizzazioni sanitarie e sociali - ASL, Ospedali, medicina del territorio, servizi sociali, enti pubblici e istituzioni varie - a supportare e tutelare i professionisti che operano al loro interno per prendersi cura del loro benessere e offrire loro il necessario sostegno psicologico e organizzativo.

Negli ultimi 2 anni il Gruppo ha partecipato a Torino, sempre nell'ambito di una collaborazione tra i diversi Ordini e con il supporto dell'Ordine dei medici torinese, all'organizzazione di tre eventi pubblici su temi di sua competenza:
- 11 marzo 2023 – Convegno sulla violenza in sanità "Se mi fai male chi ti curerà?"
- 15 dicembre 2023 – Convegno "Creare reti per proteggere il SSN e i suoi professionisti"
- 18 maggio 2024 – Convegno "La fuga silenziosa dalla sanità pubblica"

L'obiettivo principale che ci si è posti è stato quello di aggiornarci sullo stress del lavoro di cura, a partire dalla letteratura più recente e accreditata, e di rivolgere alle istituzioni socio-sanitarie il complesso delle raccomandazioni riunite in questo Vademecum, includendovi dei percorsi formativi e di consulenza centrati sull'offerta di un **supporto psicologico e organizzativo** ai professionisti della cura e dell'assistenza per proteggerli dai rischi dello stress e della "*compassion fatigue*", dalla demotivazione e dai fattori che possono spingerli ad abbandonare la professione, al fine di tutelare in tal modo anche il sistema sanitario e sociale nel suo insieme.

# INDAGINE SUL BENESSERE DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIALI

Il testo delle raccomandazioni contenute in questo Vademecum, anche per evitare convinzioni e soluzioni calate dall'alto, intende tener conto in primo luogo del **punto di vista dei professionisti della salute e della sicurezza sociale**, cioè delle loro esperienze e delle loro opinioni sulle criticità, sulle loro cause e sui possibili rimedi. Questo punto di vista è stato recentemente esplorato da alcune indagini, tra le quali un'inchiesta condotta nel 2022 dall'Ordine dei medici e odontoiatri di Torino presso i suoi iscritti, che ha indicato tra le principali cause di rischio e di malessere il carico burocratico e lavorativo, la scarsa autonomia e la carenza di personale, il rischio clinico, la carenza di posti letto e le liste di attesa.

Nel 2023 il Gruppo inter-Ordini ha elaborato un questionario (cfr. Appendice…) per condurre un'analoga indagine estendendola a tutte le professioni sanitarie e sociali con il coinvolgimento dei diversi Ordini rappresentati nel Gruppo, i quali hanno invitato i loro iscritti a parteciparvi compilando il questionario su una piattaforma digitale predisposta presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino a cura delle prof.sse Daniela Converso e Lara Colombo.

L'indagine si è svolta tra il gennaio e il giugno 2023 e ha coinvolto 2558 professionisti, con una prevalenza del genere femminile (75%), delle persone operanti a Torino (76%) e dei medici tra le diverse professioni (37%). Alla domanda se provavano malessere il 90% degli intervistati ha risposto di sì.

Per quel che riguarda le **cause** principali del malessere lavorativo quelle più menzionate sono state:

- il carico di lavoro [56,6%] e, in particolare, i compiti di tipo burocratico [48%]
- lo scarso riconoscimento del lavoro svolto e delle fatiche del compito di cura [55,1%] e, in stretta connessione con questo, le retribuzioni non adeguate [53,5%]
- il tempo sottratto alla famiglia e alla vita privata [48,5%]

e, in misura minore, la perdita di prestigio della figura dell'operatore sanitario o sociale [43,7%], i rapporti con la propria istituzione [43,5%], con i colleghi [41,9%] e con i superiori [40,8%], i casi difficili [43,4%], la mancanza di spazi di discussione tra pari [40,8%], il lavoro in solitudine [39,6%], l'esposizione alle violenze [39,1%], le scarse opportunità di formazione e aggiornamento [39,1%] e la scarsa autonomia lavorativa [37,2%]. Quanto alle **conseguenze**, quelle indicate come prevalenti sono state:

- lo stress e le patologie correlate [66,4%], l'ansia e la depressione [52,2%], il distacco, la demotivazione e il cinismo [52,2%]
- le tensioni e i conflitti con i colleghi [53,1%], con i pazienti e i loro familiari [50,1%]
- i sentimenti di rabbia, impotenza e inutilità [50,5%],

ma anche la difficoltà a reclutare nuovo personale [50,4%], le dimissioni e i pensionamenti anticipati [43,9%], gli errori, le omissioni e gli incidenti [47,8%], i comportamenti controproduttivi [45%], l'isolamento [41,2%] e, in definitiva, varie ricadute negative sull'organizzazione (come assenteismo [42,3%], conflitti e contenziosi 45,4%], aumento della spesa sanitaria [43%]) e anche sulla vita familiare [40,9%].

Alla domanda sui **bisogni di supporto** professionale le risposte più frequenti sono state:
- la riduzione dello stress da sovraccarico [73,1%]
- il riconoscimento del proprio ruolo e del proprio lavoro [68,2%]
- l'opportunità di prendersi cura di sé e della propria vita privata

[60,3%]
- l’aiuto a gestire le situazioni difficili con pazienti e familiari [55,9%] e i rapporti con l’organizzazione [53%] e con i colleghi [51,3%],
e, in misura minore, la riduzione della solitudine lavorativa [52,2%] e la disponibilità di spazi di condivisione [49,9%] e di discussione tra pari [49,7%], l’aiuto ad affrontare le tensioni e i conflitti legati al lavoro di gruppo [49,6%], le opportunità di formazione e aggiornamento [49,4%], la protezione dalle violenze fisiche e psicologiche [46,1%] e il recupero dell’autonomia e del controllo sul proprio lavoro [45,3%]. Tenendo conto che solo il 23% dei rispondenti ha dichiarato di ricevere qualche tipo di supporto professionale, dalla propria organizzazione o per iniziativa personale, ci sono sembrate significative le risposte all’ultima domanda (“Che **genere di supporto** professionale pensa che sarebbe utile?”):

- La dimostrazione che la mia organizzazione di lavoro si preoccupa del mio benessere (18,2%)
- L’identificazione di modalità operative che riducono lo stress (15,4%)
- L’opportunità di discutere di pazienti o situazioni che trovo difficili (9,3%)
- Un aiuto a sviluppare strategie per affrontare situazioni che trovo difficili (9,3%)
- Un ambiente sicuro in cui posso condividere i miei conflitti, insuccessi e timori (8,2%)
- La possibilità di sviluppare e mantenere una consuetudine ad aver cura di sé (6,5%)

Rilevante infine, e a modo suo persino eloquente, ci sembra la percentuale di persone che non hanno risposto a questa domanda (29,8%).

La maggior parte delle risposte alla domanda sul genere di

supporto – soprattutto le prime due - mette l'accento sui "**segnali di attenzione**" (e quindi di riconoscimento, di rispetto e di cura) che ci si aspetta di ricevere dall'istituzione per cui si lavora. Accanto alle esplicite richieste di misure di supporto e di spazi sicuri di condivisione, un'esigenza che ci sembra indifferibile è quella di mobilitare i **CUG**, i Comitati Unici di Garanzia, la cui costituzione in tutti gli enti pubblici è normata dalla Legge 183 del 2010, ma che in alcuni enti semplicemente non sono operanti mentre buona parte del personale ne ignora l'esistenza o le funzioni. Tra i compiti elettivi del CUG rientrano infatti quelli tesi a identificare le situazioni e le fonti di disagio per il personale, promuovendo azioni e iniziative atte a rimuoverle e a favorire condizioni di benessere lavorativo.

Un punto di importanza rilevante riguarda poi i **rapporti del mondo socio-sanitario con la stampa e con la pubblica opinione**, inclusi i "social media", dove la facile retorica dell'era pandemica, con gli eroi applauditi dai balconi, ha presto lasciato il posto ad attacchi svalutativi, a un linguaggio dell'odio e non di rado ad aggressioni violente verbali e materiali.

Tra i fattori di malessere più rilevanti – come è emerso anche dalla suddetta indagine – si evidenziano **i rapporti con i superiori e quelli tra colleghi**, sia di tipo interprofessionale sia all'interno della stessa professione, che quando si caricano di conflittualità croniche finiscono per minare la comunicazione e la capacità di lavorare in gruppo in modo collaborativo e solidale.

Un altro punto riguarda i **giovani professionisti**, che da un lato sembrano in costante riduzione, attratti da altre professioni meno stressanti o più rispettose della vita privata, e dall'altro, quando vengono reclutati nel sistema sanitario o nei servizi sociali, ben presto vanno incontro a malesseri e delusioni tali da minarne la

salute e soprattutto la motivazione a continuare a svolgere un lavoro di cura e di assistenza poco riconosciuto, rischioso e mal retribuito. Di qui il fenomeno del "*quiet quitting*", l'abbandono silenzioso del SSN verso la sanità privata o verso altri Paesi o persino fuori dalle professioni d'aiuto. Anche le **donne** nelle professioni sanitarie e sociali vanno spesso incontro a seri problemi per lo più legati a persistenti discriminazioni di genere, anche di tipo retributivo, alla difficoltà di conciliare l'impegno professionale con la vita familiare e alla maggiore esposizione ad episodi di violenza.

Ma in definitiva ciò che l'indagine ci ha convinti sia ormai veramente urgente richiedere alle istituzioni è in parte già contenuto nella recente "**Carta di Bucarest**" (v. Appendice, pag. ), elaborata nel marzo 2023 dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS (WHO, 2023), che identifica nelle professioni di cura "la spina dorsale di qualsiasi sistema sanitario" e riconosce come i sistemi sanitari nazionali incontrino varie "difficoltà nel soddisfare la crescente domanda di servizi sanitari…". Queste difficoltà, aggravate dalla pandemia del COVID-19 ma ad essa da tempo preesistenti, evidenziano "la necessità di proteggere la salute mentale e fisica e il benessere dei lavoratori, molti dei quali continuano a sperimentare stress, burnout e violenza, e per alcuni l'abbandono del proprio lavoro".

Come ribadisce anche la suddetta Carta, "per compiere progressi significativi è importante **coinvolgere tutte le figure chiave** interessate", compresi i rappresentanti del personale di cura e assistenza. In linea con questa dichiarazione, anche noi riteniamo che sia necessario rivolgere le nostre proposte e le nostre raccomandazioni a tutte le principali parti interessate, a tutto il personale sanitario e socio-assistenziale, ma soprattutto ai suoi rappresentanti, ai suoi dirigenti e datori di lavoro, alle

amministrazioni locali come a quelle governative, alle associazioni scientifiche e alle organizzazioni del terzo settore, ai trust e alle fondazioni, in particolare agli enti che si sono più spesi per la salvaguardia del SSN e dei Servizi Sociali.

In definitiva, se l'obiettivo da perseguire è la difesa della buona cura del paziente (o della sicurezza sociale dell'utente), **la prima raccomandazione alle istituzioni che gestiscono i servizi socio-sanitari è quella di dimostrare agli operatori che l'organizzazione e la sua dirigenza non solo non li hanno abbandonati alla loro sorte ma si preoccupano del loro benessere e della qualità della loro vita lavorativa, adottando nei fatti una cultura organizzativa attenta a prevenire lo stress, il burnout e le aggressioni**, e che non si basi sul primato delle ragioni economiche, sull'imposizione di carichi di lavoro sempre più onerosi, sull'assenza totale di momenti di ascolto e di spazi di supporto e sulla frequente colpevolizzazione degli insuccessi terapeutici o assistenziali.

Non ci sfugge e certamente non sottovalutiamo il fatto che il destino di un Servizio Sanitario Nazionale (e lo stesso discorso vale per i Servizi Sociali) che sia efficiente, accessibile e basato sull'equità, l'eguaglianza e l'universalità dipenda soprattutto dalle decisioni politiche, dagli investimenti economici e da strutture e culture organizzative capaci di riconoscere e salvaguardare l'equilibrio tra gli interessi privati e i bisogni di salute della collettività. Cionondimeno l'evidenza rivela ormai senza ombra di dubbio che le criticità più urgenti e più impattanti sul funzionamento dei Servizi socio-sanitari riguardano la **qualità della vita lavorativa delle professioni d'aiuto,** minata in profondità dal malessere e dallo stress, dalla carenza di personale

e di risorse, dal sovraccarico lavorativo e dalla demotivazione, dagli scarsi compensi e dagli ancor più scarsi riconoscimenti.

Ci si potrebbe chiedere perché le organizzazioni del welfare dovrebbero occuparsi del malessere dei "curanti", dal momento che sono nate per aver cura degli utenti. Ebbene, l'evidenza e la letteratura scientifica dimostrano che "aver cura di chi cura" e promuoverne il benessere lavorativo è un modo efficace per fare anche "manutenzione" del dispositivo di cura e di assistenza e quindi per migliorare sia l'alleanza di lavoro sia la salute - fisica, psicologica e sociale – dell'utente; per questo le argomentazioni del presente Vademecum si concentrano sulla **difesa del benessere psicologico degli operatori sanitari e socio-assistenziali**, difesa che non rappresenta solo una responsabilità sociale e politica inerente alla tutela dei diritti dei lavoratori, ma diventa la **condizione necessaria per difendere anche il sistema sanitario e i servizi sociali ed il loro buon funzionamento**, dal momento che, come dimostra l'esperienza, chi sta male non può lavorare bene; o magari semplicemente smette di farlo.

# Per quanto sopra descritto invitiamo tutte le organizzazioni che lavorano come nodi della rete socio-sanitaria e assistenziale ad accogliere le seguenti

# RACCOMANDAZIONI

***Il benessere è uno stato che coinvolge tutti gli aspetti dell'essere umano e caratterizza la qualità della vita di ogni persona all'interno di una società. Consiste, quindi, nel miglior equilibrio possibile tra il piano biologico, il piano psichico e il piano sociale, in una modalità dinamica in continuo divenire. Il concetto di benessere ha subito numerose modifiche, nel corso degli anni, che ne hanno prodotto una visione più ampia e completa, non più incentrata sull'idea di 'assenza di patologie' quanto, piuttosto, mirata a focalizzarsi su uno stato di 'buona salute', una condizione armonica tra molteplici fattori che incidono sullo stile di vita. (…)***

***Numerosi fattori possono contribuire a minare la condizione di benessere negli ambienti di lavoro: la fatica, i ritmi veloci, l'incertezza relativa al ruolo da svolgere, la mancanza di controllo, le richieste percepite come superiori alle proprie capacità ecc. La realizzazione da parte dell'azienda di 'programmi benessere' comporta un guadagno sia per l'organizzazione sia per il singolo: di carattere produttivo ed economico per l'azienda, di carattere psicologico ed esistenziale per il dipendente.***

(IEP - Istituto Europeo di Psicotraumatologia e stress management, 2024)

# 1. ADOTTARE UNA VISIONE SISTEMICA E NON RIDUTTIVA DEL FENOMENO BENESSERE/MALESSERE AL LAVORO

L'attuale crisi della sanità pubblica tende ad aggravarsi anche per effetto delle visioni riduttive che rischiano di diventare prevalenti nell'interpretazione dei fatti e dei problemi. Come osserva Roberta Villa su *UniVadis*:

> *"Per salvare il Servizio sanitario pubblico non c'è dubbio che per prima cosa sia indispensabile adeguare il finanziamento del sistema in relazione al PIL almeno alla media dei Paesi OCSE. Nemmeno questo, tuttavia, basterebbe se non si cambia approccio. Secondo l'ultimo rapporto FNOMCeO-CENSIS, il Servizio sanitario, infatti, non è minacciato solo da risorse insufficienti, ma anche dall'approccio aziendalista che fa prevalere i vincoli di bilancio su criteri di valutazione basati sulla necessità e l'appropriatezza delle prestazioni per la salute dei cittadini".* (Villa, 2024)

E' davvero urgente un cambio di paradigma, di quella che è la cultura organizzativa corrente nei contesti socio-sanitari, dove ogni componente del sistema (le pubbliche amministrazioni, i manager, i medici, gli infermieri, gli altri operatori, gli utenti) tende ad ancorarsi ai propri punti di vista e ai propri bisogni ignorando o svalorizzando quelli degli altri.
In particolare occorre fare attenzione a non considerare l'aiuto solo/soprattutto in termini concreti e organizzativi (personale, orari e carico di lavoro, retribuzioni, norme, informazioni, dispositivi di protezione ecc.) ma neanche centrando l'attenzione solo sul disagio delle persone.

**Occorre anche aiutare chi pratica una professione di cura a non "bruciarsi", assicurandogli il sostegno necessario per mettere in opera competenze e sensibilità che vanno alimentate, affinate, riconosciute**. **La "cura di chi cura" dovrebbe allora essere sostenuta e messa in campo in maniera sistematica, a tutti i livelli dell'articolazione aziendale, in termini di supporto sia psicologico sia organizzativo**; dovrebbe, con l'apporto di servizi interni altamente qualificati, diffondersi e venire incontro alle peculiarità dei diversi contesti di lavoro, trasformandosi in un **dispositivo ordinario e stabile di manutenzione del ruolo curante**.

Con la stessa specifica e calibrata attenzione si dovrebbero sostanziare le altre azioni in favore delle "risorse umane", non rivolgendole solamente allo sviluppo delle competenze tecnico-specialistiche di singoli professionisti considerati come monadi avulse da un contesto psico-sociale di appartenenza. Una **prospettiva centrata sulla dimensione psicosociale del gruppo** dovrebbe permeare le politiche organizzative percorribili al riguardo, e ciò a partire dai sistemi e dai criteri di **selezione dei "capi"** collocati ai vari livelli dell'organizzazione, valutando e valorizzando quelle **competenze relazionali "trasversali" della leadership** che attengono alla capacità di favorire, all'interno dei team, comportamenti collaborativi, un buon clima relazionale, un atteggiamento empatico tra colleghi e la propensione a socializzare i saperi e a sentirsi parte di un destino comune. Occorrerà, sempre focalizzandosi sulla crescita dei team operativi, **coinvolgere più diffusamente le persone**

**nell'individuazione delle priorità di intervento, delle strategie e degli obiettivi istituzionali**.
Un altro aspetto cruciale della cultura organizzativa che richiede una profonda revisione è la visione del ***burnout*** così come quella dello **stress post-traumatico** come delle "**patologie individuali**", visioni che quindi inducono l'istituzione a chiamarsi fuori dal problema per addebitarlo a vere o presunte vulnerabilità dell'operatore, nella migliore delle ipotesi offrendogli dispositivi di cura individualizzati, e nella peggiore considerandolo responsabile della sua sofferenza per poi rimuoverlo o abbandonarlo alla sua sorte. Da questo punto di vista occorre ricordare come alcuni dei massimi esperti del *burnout* (Maslow e Leiter, 1997) lo descrivano come una **"malattia dell'organizzazione"** i cui effetti nocivi ricadono sulle persone (curanti e utenti) oltre che sulla stessa struttura istituzionale. E poiché anche le parole contano – e producono effetti concreti sul comportamento e sulla salute – vale la pena segnalare una recente proposta di cambiare la denominazione del "Disturbo da stress post-traumatico" (*Post-Traumatic Stress Disorder*) in "Lesione da stress post-traumatico" (*Post-Traumatic Stress Injury*), laddove la "lesione", diversamente dal "disturbo", non pregiudicherebbe la valutazione dello stato di salute generale della persona e quindi non rischierebbe di generare lo "stigma" di una sua presunta fragilità precedente il trauma (Lipov, 2023).

Anche un problema vistoso come la **carenza di personale** - con le sue ricadute sulle liste d'attesa, sulla riduzione delle prestazioni di cura a fronte di un aumento delle richieste dell'utenza, sulle tensioni e sulle violenze nei Pronti Soccorsi o nei Servizi sociali, sul sovraccarico lavorativo e sulle fughe dei professionisti dal welfare - rischia di essere affrontato con soluzioni riduttive

quando non di tipo puramente cosmetico sia dall'organizzazione (che a volte propone misure come l'estensione degli orari di lavoro o l'arruolamento di gettonisti, specializzandi e operatori stranieri), sia dagli stessi curanti (che magari si rifugiano nella sanità digitale o nella medicina difensiva).

**In sintesi, invitiamo le organizzazioni socio-sanitarie ad adottare per i loro operatori idonei dispositivi di promozione del benessere e protezione dal malessere lavorativo, sia sul piano organizzativo, sia sul piano psicologico**, ricordando che una delle prime cause di disagio – come rilevato anche dalla nostra indagine - è il carico di lavoro, di tipo quantitativo ma anche qualitativo.

## 2. FAVORIRE O ADOTTARE DISPOSITIVI ARTICOLATI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE E PROTEZIONE DAL MALESSERE

**I compiti di cura e di assistenza comportano elevati costi emotivi**. Come abbiamo sottolineato nell'introduzione, l'evidenza dimostra che chi sta male lavora male, e dunque aver cura di chi cura e promuoverne il benessere lavorativo è un modo per fare anche "**manutenzione del dispositivo di cura**" e per migliorare la salute dei pazienti.
A tale riguardo va tenuto presente quanto una componente cruciale dello sviluppo di malessere sia rappresentata dalle **dinamiche emotive dei gruppi di lavoro** (specialmente nei team multiprofessionali), in particolare dalle emozioni di invidia,

rivalità e gelosia, e dalle relazioni conflittuali che da queste vengono a generarsi. I **conflitti** più comuni che occorre considerare per aiutare il personale a prevenirli o a gestirli in modo soddisfacente sono quelli **tra individuo e gruppo** (ossia tra identità e appartenenza) e **tra collaborazione e competizione**, che in modo sempre più evidente intossicano i rapporti tra operatori e utenti, capi e collaboratori, sanitari e amministrativi, così come quelli tra le diverse professioni o tra l'ospedale e il territorio.

Non vanno dimenticati infine alcuni **conflitti "di sistema"** che, pur non essendo specifici per l'ambito sanitario, sono in grado di minacciare in modo rilevante il benessere dei curanti e la loro efficienza. Il più significativo sembra essere quello **tra lavoro e vita privata**, dove sempre più spesso il primo compromette la seconda, che però non di rado rivendicando il proprio spazio può danneggiare il compito di cura o le relazioni lavorative. C'è poi il conflitto **tra desiderio e realtà**, tra quello che si vorrebbe ottenere e i limiti o i vincoli imposti dalle circostanze, che può diventare un generatore di stress ma anche di errori, contrasti e decisioni impulsive. Infine il conflitto "centrale", quello la cui protratta mancata risoluzione sta diventando per i curanti, per gli utenti e per lo stesso SSN una malattia cronica, incurabile e forse persino letale: il conflitto **tra salute ed economicità**, ovvero tra il promuovere l'efficacia delle cure e il perseguire l'efficienza finanziaria, il profitto o il controllo della spesa.

Una fonte primaria di malessere per i curanti, oltre ai citati conflitti, è comunque lo **stress del lavoro quotidiano**, in particolare durante le emergenze ma anche nelle situazioni di routine. Fattori di stress lavoro-correlato che ricadono sui professionisti della salute sono gli **orari di lavoro prolungati**, i

**turni imprevisti**, il **lavoro straordinario**, il carico di responsabilità a fronte di **risorse ridotte**, la **mancanza di una chiara definizione dei compiti** da svolgere, la **scarsa comunicazione** o la **gestione inefficiente**, il lavoro in **aree che non sono sicure** o con **un'utenza sempre più esigente e aggressiva**.

L'organizzazione socio-sanitaria, essendo investita anche per legge (L. 626/94 e Dlg 81/08) del dovere di creare e mantenere benessere tra i curanti, in particolare attraverso il **Comitato Unico di Garanzia,** non deve limitarsi a nominare questo organismo di garanzia, ma è tenuta a farlo funzionare in modo efficiente anche informandone i dipendenti. Così come non deve sottovalutare il ruolo delle criticità organizzative nel generare malessere tra il personale o concentrarsi sulle responsabilità e/o sulle fragilità individuali, invitando i dipendenti a mettere in atto misure precauzionali e di "auto-cura" e tutt'al più offrendo loro dei corsi di formazione o qualche sportello psicologico individuale.

Un'accurata diagnosi organizzativa, quando sia possibile realizzarla, permette in realtà di **riconoscere tutte le ricadute delle criticità istituzionali e gestionali sul clima lavorativo, sul benessere dei professionisti e sulla qualità del servizio prestato agli utenti**. Tuttavia, una volta identificata la quota del problema che dipende dall'organizzazione, spesso questa conoscenza rimane inapplicata perché da un lato il personale non ha quasi mai l'autorità per determinare i cambiamenti necessari e dall'altro i vertici organizzativi per lo più non sono inclini a promuoverli se le risorse scarseggiano e se questo significa assumersi delle

responsabilità per il malessere dei curanti o sentirsi sotto attacco e vedere compromessa la propria autorità.
Non c'è nulla di sbagliato nell'affermazione che **i curanti devono comunque apprendere ad aver cura di sé e a proteggersi** dai rischi e dallo stress lavorativo così come dalle aggressioni e dalla loro stessa inclinazione al superlavoro e al "*workaholism*" (Harpaz e Snir, 2003). In effetti un altro limite che occorre tenere presente e imparare a gestire è quello delle cosiddette **"resistenze" dei professionisti della cura e dell'assistenza** – soprattutto dei medici – **a richiedere e/o a ricevere aiuto psicologico**, non importa se ritengano il proprio malessere legato soprattutto agli "utenti difficili" piuttosto che a un'istituzione "sorda" o indifferente alla loro sorte, o se pensino di dover tollerare qualsiasi cosa in omaggio a una visione onnipotente e sacrificale del ruolo curante. L'importante però è che questa necessità che i curanti riconoscano i propri bisogni di supporto non trasferisca su di loro le responsabilità che devono restare a carico dell'istituzione.
Un'attenzione particolare andrà dedicata agli **operatori che prestano cure e assistenza lavorando con patologie e problematiche ad elevato carico emotivo in aree critiche** quali:

- l'emergenza-urgenza
- le patologie cronico-degenerative
- il percorso nascita
- l'infanzia (in particolare l'oncoematologia e la rianimazione pediatrica, ma anche le situazioni di abuso e maltrattamento)
- l'oncologia, le cure palliative e il fine vita (in ospedale e negli *hospice*)
- la rianimazione e la terapia intensiva

- la salute mentale (in particolare nel lavoro con adolescenti e con autori di reato) e le dipendenze patologiche
- le cure primarie (medici di famiglia e pediatri di libera scelta)
- l'assistenza domiciliare
- la cura e l'assistenza agli anziani fragili (spec. RSA e centri Alzheimer)
- il carcere
- gli *homeless*, i migranti e i rifugiati
- gli eventi catastrofici e quelli legati al terrorismo e alla guerra

Una fonte aggiuntiva particolarmente rilevante di stress lavorativo è rappresentata infatti dagli **eventi critici**.

> *Da operatori, ci si può sentire responsabili della sicurezza e della cura delle persone. Ci si può trovare ad assistere o anche a vivere direttamente cose terribili, come la distruzione, l'essere feriti, la morte o la violenza. Ci si trova anche ad ascoltare storie di dolore e sofferenza di altre persone* (IEP - Istituto Europeo di Psicotraumatologia e stress management, 2024)

Gli eventi critici o comunque traumatici e altamente stressanti a cui il personale socio-sanitario è frequentemente esposto **possono destabilizzare l'equilibrio psico-fisico dei singoli operatori come quello dell'intera équipe**: se non immediatamente riconosciuto e mitigato, lo stress lavorativo (che nell'esposizione a soggetti traumatizzati può diventare un "**trauma vicario**", come se lo stesso trauma del paziente colpisse anche i curanti) tende a provocare un progressivo deterioramento delle risorse individuali, una riduzione dell'efficacia professionale, un aumentato rischio di errore e delle inevitabili ripercussioni a lungo termine sia per il curante sia per l'organizzazione, ripercussioni che vanno dal burnout alla

demotivazione con conseguente assenteismo e aumento delle richieste di trasferimenti, dalle malattie da stress lavorativo ai contenziosi legali e all'abbassamento dell'aspettativa di 'vita professionale' media, con le correlate manifestazioni di "*quiet quitting*", la fuga silenziosa dei professionisti dal servizio pubblico.
Di fronte ai disagi crescenti che gli operatori incontrano in queste "aree critiche" (e in generale nel lavoro di cura) invitiamo le organizzazioni socio-sanitarie a realizzare **idonee politiche di promozione del benessere e di protezione dal malessere lavorativo, sul piano organizzativo ma anche sul piano psicologico, adottando le seguenti decisioni:**

1. **Ridurre** quanto più sia possibile **le componenti stressanti del lavoro** come la fatica, i ritmi accelerati, gli orari di lavoro prolungati e la scarsità di pause, il sovraccarico di impegni e di responsabilità, l'incertezza relativa al ruolo o al compito da svolgere, la mancanza di controllo, la scarsità o l'ambiguità della comunicazione, le richieste superiori alle capacità e alle risorse disponibili, il lavoro in condizioni rischiose o poco sicure, la colpevolizzazione sistematica degli insuccessi e degli errori e il conseguente rischio di sanzioni penali o disciplinari (oltre che di aggressioni da parte dell'utenza).

2. **Chiedere obiettivi realistici** ottimizzando le prestazioni del personale, offrendo compensi più adeguati e dotando i Servizi e i professionisti che vi lavorano delle necessarie **risorse** (umane, materiali, tecnologiche, di spazio e di tempo), migliorando il reclutamento e creando le condizioni per il mantenimento in servizio degli operatori sanitari e assistenziali, anche per eliminare le liste di attesa e preservare la qualità del servizio.

3. **Riconoscere e premiare il buon lavoro svolto** (non solo in termini economici), incentivando e valorizzando chi lavora meglio attraverso un sistema di premialità efficace e non "a pioggia" (proposte di welfare aziendale, benefit, promozioni)

4. **Riconoscere e ridimensionare le fatiche, i rischi e i costi emotivi**, migliorando la pianificazione strategica della popolazione lavorativa e offrendo un'organizzazione lavorativa (tempi, turnistiche, ruoli e mansioni) che permetta di mantenere un sano **equilibrio tra lavoro e vita privata** senza dover sacrificare le relazioni familiari e sociali, che tenga conto dell'età, del genere e delle fragilità fisiche e psicologiche degli operatori e che riduca le aree di conflitto favorendo soluzioni negoziali e confronti rispettosi delle differenze.

5. Rivedere le culture organizzative dei Servizi finanziando **politiche di prevenzione, valutazione e gestione dello stress** e di sviluppo del benessere organizzativo, e svolgendo **periodiche valutazioni preventive dello stress lavoro-correlato** e delle sue ricadute in termini di burnout, incidenti, inefficienze, mobbing, conflitti, controversie e dimissioni.

6. Prendersi cura degli operatori sanitari e socio-assistenziali finanziando delle **pratiche stabili di supporto, protezione e manutenzione del ruolo curante** ed anche eventuali interventi di riparazione del danno e di cura del malessere; in caso di eventi critici avviare delle **valutazioni del rischio traumatico** (diretto, indiretto e da "trauma vicario") del personale esposto, attivando subito le necessarie misure di supporto, rielaborazione dell'evento e stabilizzazione emotiva.

7. Valutare anche il **rischio di genere** adeguando le attività lavorative ed i carichi di lavoro tenendo conto delle differenze di genere e in generale promuovendo tutte le azioni necessarie per tutelare il personale da ogni forma di molestia morale e/o sessuale perpetrata da colleghi, superiori o fruitori dei servizi.

8. Istituire e attivare in tutte le organizzazioni il **Comitato Unico di Garanzia** e il Consigliere di Fiducia, rendendo pubblici e diffondendo tra i lavoratori i report annuali del CUG alla Direzione, la quale dovrebbe poi dichiarare quali azioni intende mettere in campo per superare le criticità riscontrate.

9. Istituire in ciascuna organizzazione un **Osservatorio sullo stress e sui rischi del lavoro di cura e di assistenza**, con la partecipazione del Servizio Prevenzione e Protezione, del Medico Competente, dell'Ufficio Personale e, se presenti, del Servizio di Psicologia e del CUG, con funzione di monitoraggio periodico delle situazioni critiche, degli episodi traumatici e delle ore di lavoro in eccesso, per **contrastare lo stile "*workaholist*"** (il lavoro come droga) invece di incoraggiarlo e premiarlo.

10. Promuovere **sistematiche indagini di clima** presso le/i dipendenti e prevedere idonei meccanismi di valutazione *bottom up* della capacità dell'organizzazione e del management di favorire il benessere lavorativo.

11. Promuovere una cultura del benessere al lavoro adottando **codici di condotta e di buona leadership** che dichiarino e descrivano esplicitamente i comportamenti positivi attesi da parte dei dipendenti e delle figure direttive e di coordinamento, curando

per queste ultime **una selezione e una formazione permanente** al fine di promuovere una leadership motivata sia dalla salvaguardia delle performance tecniche ed economiche sia dalle responsabilità sociali dell'organizzazione, consapevole cioè dell'interdipendenza tra queste due dimensioni e capace quindi di promuovere il benessere lavorativo delle lavoratrici e dei lavoratori e dei gruppi di lavoro non meno della salute dei cittadini e di quella aziendale.

12. Prevedere, tra gli **obiettivi assegnati alle figure direttive** che gestiscono persone e gruppi (Direttori, Coordinatori, Responsabili, Posizioni Organizzative), quello di **contribuire in misura significativa ad alimentare un buon clima di lavoro** con i collaboratori e tra colleghe/i.

13. Costituire dei **luoghi di lavoro più decorosi, più accoglienti, più adeguati e soprattutto più sicuri**, includendo accanto agli ambienti di cura anche gli spazi d'attesa e mettendo in opera tutti i dispositivi necessari per prevenire le violenze e proteggere il personale dalle aggressioni fisiche e verbali, dalle vie di fuga alla presenza delle guardie giurate o delle forze dell'ordine.

## 3. PROMUOVERE I DISPOSITIVI DI PREVENZIONE, PROTEZIONE E SUPPORTO DI TIPO PSICOLOGICO

La letteratura internazionale elenca diversi strumenti sperimentati e convalidati per la prevenzione e il supporto di tipo psicologico (e in certa misura anche organizzativo) destinati agli operatori della cura e dell'assistenza:

- **interventi di *debriefing*** individuale e di gruppo - nei quali il personale sanitario abbia la possibilità di raccontare le esperienze vissute nella giornata, soprattutto quelle a valenza traumatica, dando loro un senso e comprendendole meglio - e di ***defusing***, dove la condivisione in gruppo dell'esperienza emotiva sperimentata come vittime, dirette o indirette, di un trauma sia finalizzata a favorire una breve rielaborazione del significato dell'evento in un contesto di gruppo, in modo da moderarne l'impatto potenzialmente traumatico (SIPEM 2023).
- **sportelli psicologici** per colloqui individuali (anche online o telefonici) e ambulatori specialistici per la salute mentale rivolti a medici, infermieri e personale sanitario e sociale, per aiutarli a non sentirsi sopraffatti dalla pressione e dal sovraccarico emotivo dovuto allo stress e ai vissuti dolorosi
- ***slack management*** : programmazione del lavoro in modo che preveda delle **pause** così che gli operatori possano prendersi del tempo per sé, riflettere sulle proprie esperienze di lavoro, venire a contatto con gli altri (il loro lavoro, i loro bisogni e il loro eventuale supporto) e anche prendersi dei momenti di riposo, in altre parole quegli spazi che consentano la *recovery* necessaria per ripristinare e non esaurire le risorse personali (De Marco 2002)
- **incontri di approfondimento e aggiornamento**, divulgazione di materiali, organizzazione di eventi di sensibilizzazione sul tema dello stress critico
- **gruppi di ascolto, di condivisione e di supporto tra pari**, in cui i partecipanti vengono guidati da un facilitatore (esterno o anche scelto a rotazione tra i membri) ad utilizzare il gruppo per acquisire consapevolezza dei propri vissuti emotivi ed elaborare anche quelli più dolorosi legati a situazioni di difficoltà nel loro lavoro. La creazione di spazi d'ascolto e di gruppi di supporto in un'organizzazione socio-sanitaria mostra anche ai dipendenti che

l’istituzione è realmente interessata alla promozione e alla tutela del loro benessere.

- **misure organizzative che trasmettono attenzione e valorizzazione**, che vanno dai compensi economici a varie altre forme di riconoscimento, dalla moderazione dei carichi di lavoro all’assegnazione di ruoli e compiti congruenti, per fare in modo che il personale si senta considerato, tutelato e competente nell’affrontare le situazioni critiche

Invitiamo quindi le istituzioni della cura e dell’assistenza a promuovere **sportelli clinici e spazi di ascolto e di supporto psicologico individuale e di gruppo** per le lavoratrici e i lavoratori, con la collaborazione dei Servizi di Psicologia ed eventualmente quella dei Medici Competenti e dei Servizi di Salute mentale. Questi spazi, intesi come momenti brevi, protetti, gratuiti di “consultazione psicologico-clinica”, non si configurano come vere e proprie prese in carico psicoterapeutiche, ma possono risultare efficaci per costruire una prima risposta a momenti traumatici vissuti dal personale.

L’esperienza della pandemia, dove molte istituzioni sanitarie hanno istituito sportelli psicologici per il personale, ha rivelato tuttavia un dato inquietante: nonostante gli elevati livelli di stress e malessere, non sono stati molti gli operatori che vi hanno fatto ricorso. In effetti, come si è detto, **i curanti hanno difficoltà a ricevere un aiuto psicologico**, soprattutto di tipo individuale, per lo più a causa del **timore di subire uno “stigma”**, un’etichetta negativa che potrebbe danneggiare la loro reputazione (e la loro autostima) quando manifestino malessere, stanchezza, ansia, indecisione nello svolgimento del proprio lavoro. Anche per questo motivo medici, infermieri e altri operatori sanitari e sociali ben raramente chiedono aiuto in condizioni di stress, soprattutto ad uno sportello di supporto psicologico. Il problema è che questo

“stigma” non dipende solo dai pregiudizi correnti nella pubblica opinione o da quelli di cui possono essere portatori gli stessi curanti, ma risente in larga misura degli stereotipi presenti nell’organizzazione, nella sua cultura e nella sua dirigenza, laddove spesso l’ansia è interpretata come indice di debolezza, il disagio come prova di incapacità e il dubbio come segno di slealtà. Le ricerche sembrano evidenziare una maggior efficacia (e una maggiore tollerabilità per i professionisti della salute), dei **percorsi di supporto di gruppo**, basati su differenti orientamenti teorici (prevalentemente di tipo cognitivo-comportamentale o di tipo psicodinamico e sistemico) e **guidati da un consulente esterno o da un facilitatore interno**, con valenza anche formativa ma soprattutto di “manutenzione ordinaria” del ruolo di cura e di assistenza.

Per questo raccomandiamo alle istituzioni di **prevenire e trattare il malessere e lo stress riconducibile alla fatica della cura e dell’assistenza promuovendo preferibilmente questi spazi di gruppo**, che vanno dal già citato *debriefing* post-traumatico ai **gruppi Balint** (Kjeldmand e Holmstrom 2008, Perini 2015), dagli approcci narrativi ai gruppi di *peer-support* e di auto-mutuo-aiuto. Tra i gruppi più indicati per efficacia e fattibilità, oltre ai gruppi Balint possiamo menzionare quelli di “**intervisione**” o di “**supporto tra pari**” (v. Appendice, pag….; Perini e Pistone, 2022) perché più accoglienti, centrati sulla condivisione scevra da giudizi e sul sostegno collettivo, meno impegnativi sul piano emotivo, e quindi più sostenibili per gli operatori; e poiché si propongono di addestrare il gruppo ad autogestirsi come dispositivo stabile di supporto utilizzando come facilitatore uno dei suoi membri o un professionista dei servizi aziendali e riducendo in tal modo il

bisogno di consulenti esterni, questi gruppi si rivelano in ultima analisi più sostenibili anche per l'istituzione.
Gli obiettivi dei gruppi di supporto sono in definitiva:

- la costruzione di **strategie** per gestire i "pazienti difficili"
- la riduzione del **peso dell'ansia e della fatica del compito di cura**
- l'esperienza del **gruppo come dispositivo di sostegno e spazio di condivisione** delle esperienze di lavoro
- lo sviluppo della **capacità di ascolto**
- l'opportunità di **affrontare dubbi o indecisioni, esprimere timori, raccontare conflitti e insuccessi, ascoltare le proprie emozioni** e i propri vissuti
- la creazione e il mantenimento di una **relazione terapeutica efficace** tra curante e paziente. Questi gruppi non sono alternativi alle sessioni di supporto individuale (come gli sportelli psicologici aziendali) o ai percorsi di supervisione e di discussione clinica sui casi, ma sono con essi pienamente integrabili. Così come si possono ben integrare con le politiche di supporto organizzativo, con i programmi di formazione e con le iniziative destinate a **sostenere le figure dirigenziali** (come le sessioni di coaching o di consulenza al ruolo), che appaiono anch'esse molto bisognose d'aiuto in questi frangenti difficili per i servizi sanitari e sociali.

E' comunque **cruciale che questi momenti siano stabili e regolari**, che vengano sostenuti dai dirigenti (i quali per lo più è consigliabile che non vi prendano parte), che siano inseriti nell'orario lavorativo e resi compatibili con le esigenze di servizio, agevolando la partecipazione degli operatori in modo da evitare loro di dover chiedere aiuto in condizioni di emergenza, esponendosi al rischio di venire etichettati come fragili o incapaci,

oppure di dovervi rinunciare per mancanza di tempo, per inconsapevolezza o a difesa di un'identità "curante" di tipo onnipotente e sacrificale. La messa a disposizione di questi dispositivi di aiuto psicologico da parte dell'istituzione socio-sanitaria, se si traduce in una politica stabile, affidabile, esente da pregiudizi svalutativi verso il personale che ne sente il bisogno, può finire col diventare la risposta positiva più attesa dagli operatori che hanno partecipato alle indagini sul supporto allo stress: "la dimostrazione che l'organizzazione si preoccupa per me e per la mia salute".

Accanto alle iniziative di supporto è necessario offrire a tutti gli operatori una **formazione di tipo psicologico** sulle modalità con le quali gestire momenti di criticità ed emozioni personali e in generale la comunicazione con i pazienti e i loro familiari, con i colleghi e con l'istituzione. In particolare occorre migliorare le **competenze emotivo-relazionali** dei professionisti sociosanitari e la loro capacità di gestire i comportamenti a rischio, di affrontare le reazioni aggressive dell'utenza e di leggere i segnali che precedono le condotte violente, oltre ad aiutare l'eventuale vittima a rielaborare il vissuto traumatico.
Questa formazione dovrebbe essere offerta in modo approfondito già nei corsi di laurea: le **Università** e le scuole di specializzazione devono quindi inserire nei loro programmi moduli e percorsi formativi centrati sulla **psicologia della salute e delle relazioni di cura** destinati ai futuri medici, infermieri, psicologi e a tutte le professioni sanitarie e sociali.

## 4. PROMUOVERE DISPOSITIVI ORGANIZZATIVI PER CONTRASTARE LE AGGRESSIONI E LA VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI

L'INAIL nel 2023 ha registrato come infortuni 3000 casi accertati di aggressioni nei confronti dei professionisti della salute e dell'assistenza sociale e nel 2024 il fenomeno sembra ulteriormente aggravarsi. A tutela giuridica la legge 113 del 2020 ed anche recenti misure governative hanno inasprito le pene per gli aggressori in ambito sanitario e sociale, e in vari contesti ospedalieri è stata organizzata la presenza di guardie giurate insieme a videocamere di controllo, ma è evidente che queste iniziative non sono sufficienti per assicurare ai curanti il diritto di lavorare in un luogo sicuro. In primo luogo occorre che le figure incaricate di mantenere l'ordine e proteggere gli operatori siano in grado di intervenire tempestivamente (cosa che spesso per gli agenti di polizia dislocati in sedi distanti risulta impossibile), che siano autorizzate a fermare gli aggressori quando necessario (cosa che per lo più alle guardie giurate non è permesso) e che siano preparate ad affrontare comportamenti aggressivi che in ambiti di tipo sanitario si rivelano profondamente diversi da quelli abituali nelle culture delinquenziali. Ma se anche in questo caso prevenire è meglio che curare, allora **occorre che l'intera cultura organizzativa della sanità venga rivista alla luce della sua capacità di generare violenza** (o dell'incapacità di contrastarla) negli utenti, nei loro accompagnatori e negli stessi operatori. A partire dal predisporre **luoghi di cura strutturalmente adeguati o non troppo affollati**, fino alla **riduzione effettiva dei tempi d'attesa** per trattamenti ed esami, è necessario che la governance delle istituzioni sanitarie intervenga sui principali fattori di frustrazione e risentimento, che

il pubblico tende a scaricare sui curanti, allo scopo di proteggere questi ultimi dalle aggressioni oltre che di arginare la migrazione verso il privato da parte dell'utenza (e anche dei professionisti).
Una parte di questi interventi dovrà essere certamente di tipo educativo; occorre che i cittadini imparino a interloquire con i sanitari nelle situazioni di criticità chiedendo le cure a cui hanno diritto senza pretendere l'impossibile e senza addebitare loro ogni inconveniente, ritardo o insuccesso, e questa "**educazione sanitaria**" dovrebbe essere impartita già in famiglia e in giovane età, con una inevitabile **collaborazione tra sanità e sistema scolastico**.
D'altra parte anche i professionisti della cura e dell'assistenza hanno bisogno di ricevere una formazione che miri a migliorare in generale le loro **competenze comunicative**, una formazione che, accompagnata dalla rielaborazione dei vissuti dell'eventuale vittima di aggressione, può giovarsi della partecipazione a percorsi di gruppo anche a valenza supportiva. Un danno particolare agli operatori può derivare dallo sviluppo di una **cultura della violenza**, rappresentata non solo dalle aggressioni fisiche, ma anche dalle violenze verbali, che vanno dalle frasi sgarbate ai modi sprezzanti, dalle denunce penali al «linguaggio dell'odio» sui Social Media.
Strettamente connessa a questa è la **cultura della colpa**, che può rivelarsi quasi altrettanto dannosa. La medicina idealizzata come onnipotente e salvifica porta ogni insuccesso ad essere vissuto come una colpa, ma è ben raro che questa venga addebitata al sistema, talvolta viene addebitata agli utenti ma per lo più viene fatta ricadere sui curanti. Il risultato è che questi vengono accusati, denunciati e spesso anche aggrediti, oppure a volte si fanno violenza da soli colpevolizzandosi e sviluppando stress e malessere.

Tuttavia il pericolo più insidioso per i medici e per gli operatori sanitari e sociali non sono tanto le aggressioni fisiche ma ciò che queste rappresentano, ovvero **una cultura corrente della sanità che comporta altre "violenze", più di tipo psicologico e di immagine**, le quali vanno dalla squalifica dei professionisti (ridotti a "funzionari" del sistema sanitario e dei suoi costi e screditati dai media e dalla pubblica opinione) al loro abbandono da parte delle istituzioni, dall'imposizione di carichi di lavoro sempre più onerosi alla colpevolizzazione sistematica degli insuccessi terapeutici, con compensi economici sempre più ridotti e nell'assenza totale di momenti di ascolto e di spazi di supporto.
Per concludere, possiamo chiederci in cosa consista una **adeguata protezione dalla violenza** per gli operatori sanitari. Il tema, come sempre complesso, non tollera sbrigative semplificazioni come dire che basti aprire posti di polizia nei Pronti soccorsi o aggravare le pene per gli aggressori. Queste misure sono senz'altro necessarie ma probabilmente non sufficienti se non si integrano con una serie di altri strumenti che vogliamo raccomandare:

1. Un **cambiamento della cultura organizzativa del sistema socio-sanitario**, che sviluppi una maggiore responsabilità per la salute e la sicurezza dei curanti e una maggiore consapevolezza di come queste si intreccino con quegli aspetti della cura che sono in rapporto con il limite, con la sofferenza e con l'angoscia connessa all'esperienza della vulnerabilità fisica, della malattia, della cronicità e della morte; il tutto alla luce delle difficoltà operative attuali, in parte esplose dopo la pandemia, che vede operatori sempre più stanchi e sovraccarichi e una pressione ad agire sempre più elevata.

2. La **mappatura dei Servizi più a rischio** (Emergenza e Urgenza, Salute mentale, Medicina Generale e Pediatria, Servizi sociali implicati nelle misure di allontanamento dei minori ecc.) e l'adozione di specifici **piani annuali di prevenzione della violenza e di intervento differenziato** per necessità: interventi strutturali, formativi e di supporto psicologico per il personale che subisce aggressioni e/o violenze.

3. Un **modello formativo e preventivo** per gli operatori sanitari che in primo luogo incoraggi le procedure per la "gestione" e la denuncia degli eventi aggressivi e la raccolta di dati e documenti, ma che favorisca soprattutto la **comprensione dei fattori in gioco negli episodi di violenza** (Che cosa rende aggressivo un paziente o un familiare? Che cosa rende aggressivo un curante?), migliorando le competenze emotivo-relazionali dei professionisti nella comunicazione, nella gestione dei comportamenti a rischio, nella lettura dei segnali che anticipano l'agito aggressivo, nelle tecniche di "***de-escalation***" di fronte a sfide e provocazioni e anche in quelle di auto-protezione fisica.

4. Una serie di **misure organizzative che promuovano tanto una sicurezza reale** (dispositivi di protezione, vie di fuga, sistemi di allarme, addestramenti all'autodifesa, gestione degli spazi delle sale di aspetto dei PS, *safety button*, forze dell'Ordine, telecamere) **quanto una sicurezza percepita**, cioè ambienti e contesti operativi sentiti come sicuri – in particolare nelle zone d'accoglienza e nelle sale d'attesa per l'utenza - **e una dirigenza fisicamente e mentalmente presente** che si mostri autenticamente preoccupata di salvaguardare il benessere dei

curanti e l'alleanza di lavoro con i pazienti attraverso un'organizzazione del lavoro più sana e più sostenibile.

5. L'introduzione nel comune orario di lavoro per tutti gli operatori sanitari di **spazi d'incontro stabili, regolari e tutelati**, destinati a promuovere la condivisione, la riflessione, l'apprendimento cooperativo e il **supporto di gruppo** - soprattutto per gli operatori che hanno subito violenze - in un contesto regolato e sicuro, non giudicante ed esente dallo stigma, gestito con metodologie come quella dei **Gruppi Balint** e dei **gruppi di intervisione e di supporto tra pari**.

6. Anche gli **utenti** (pazienti, familiari, caregiver ecc.), come già osservato, andranno in qualche modo istruiti e sensibilizzati sul tema con degli interventi di **educazione sanitaria** da introdurre anche nelle scuole, perché si rendano conto che se la salute è un diritto la guarigione non può diventare una pretesa, che un insuccesso nella cura può non dipendere da un errore o da una colpa, e che spaventare i curanti li può rendere incapaci di curarli.
I risultati attesi sono **lo sviluppo di un clima di lavoro insieme autoprotettivo e protetto dall'istituzione**, dove gli eventi violenti – e lo stress che li alimenta – si riducano per numero e gravità e dove i professionisti della salute non siano costretti a difendersi da soli con meccanismi inadeguati, come la negazione del rischio, la proiezione della colpa, il masochismo sacrificale, la violenza simmetrica o la fuga dalla professione.

# 5. SOSTENERE LE CURE PRIMARIE E LA MEDICINA DEL TERRITORIO

## La crisi della Medicina Generale

E' in corso un rapido declino della medicina generale. Dopo anni in cui sembrava che le cure territoriali fossero a un passo da una riforma storica, si assiste ad un progressivo decadimento sia strutturale che dei suoi contenuti ideali. Le condizioni di lavoro sono diventate più difficili a causa della pandemia, dell'aumento delle richieste di cura provocate dall'invecchiamento della popolazione, dalla capillare diffusione di un'idea falsata del concetto di salute, troppo spesso confusa con la necessità sociale di apparire, dal palese intervento di interessi economici in parte legati agli obiettivi di salute perseguiti dagli Enti Assicurativi Privati. A ciò si aggiungano incombenze burocratico-amministrative sempre più invadenti che allontanando dalla missione professionale, annullano la vocazione di chi è interessato a praticare una sanità bio-psico-sociale. Prende piede una medicina difensiva, più legata all'adesione acritica ai protocolli che ad un adattamento ragionato alle esigenze del singolo assistito. I medici di famiglia vivono profondamente questo disagio, sono i più esposti, nella prima linea di ciò che resta del SSN; sono stati messi in difficoltà non solo professionalmente, ma anche dal punto di vista psico-fisico. I medici di medicina generale svolgono il loro lavoro in un ambiente professionale completamente differente da quello dei colleghi ospedalieri. (Benincasa, 2007, 2008, 2023).

## Caratteristiche peculiari della Medicina Generale

La Medicina Generale è una pratica professionale sovente scomoda, imprevedibile, sotto certi aspetti caotica. A differenza di altri colleghi, i medici di famiglia (unici tra tutti i sanitari assieme

ai colleghi dell'emergenza-urgenza e a quelli della salute mentale) sono esposti alla soggettività del paziente, al contatto con la vaghezza delle percezioni soggettive di chi richiede un intervento. E' comune nel medico uno stato d'animo perplesso e incerto, indotto sia dalla variabilità dei quadri clinici e dei sintomi proposti spesso aspecifici e in presentazione iniziale, sia dall'incontro con emozioni grezze, intense, dolorose, che vanno dritte alle viscere e non sono immediatamente traducibili in pensieri razionali. La trattativa che sottende alla relazione terapeutica con l'assistito ha inizio quando si deve accogliere lo stato soggettivo di malessere del paziente prima ancora di verificare se il sintomo è riconducibile a parametri oggettivi. La soggettività dell'assistito e del suo contesto familiare e sociale entra in maniera prepotente nella relazione con il medico di famiglia, mentre ciò non accade nelle strutture ospedaliere, dove la soggettività non viene presa in considerazione se non marginalmente.
Le caratteristiche peculiari della medicina generale rispetto alle altre branche sanitarie sono le seguenti:

- Il luogo fisico in cui il medico di famiglia opera, è costituito da un ambulatorio di cui egli è unico gestore
- Il paziente è un soggetto nel pieno della sua autonomia e della capacità di prendere decisioni che non di rado collidono con le migliori soluzioni proposte dalla buona pratica
- L'arco temporale della relazione con il paziente si svolge in un tempo di solito molto lungo
- Il carico di lavoro è spesso imprevedibile e scarsamente programmabile.
- Le patologie e i problemi che affliggono i pazienti non sono preselezionati. La mutevolezza dei quadri clinici da affrontare è massima

Abituati a lavorare da soli, i generalisti si sono accostati solo da poco tempo alla possibilità di operare in gruppo o in aggregazioni funzionali. Si tratta di dispositivi che finora non hanno richiesto vere e proprie collaborazioni professionali o relazioni personali. Collegare i PC in rete o mettere nello stesso luogo fisico professionisti diversi non crea un gruppo; ciascuno continua a lavorare per conto proprio senza che la condivisione degli spazi influisca sull' adesione a principi, idee o assetto organizzativo.
Il Medico di Medicina Generale (MMG) è abituato a predisporre da solo la propria attività e ad essere il responsabile unico dei tempi e dei modi in cui struttura il lavoro; non possiede in genere una cultura organizzativa, improvvisa o modifica la propria struttura in base alle preferenze personali o in relazione alle esigenze della popolazione di assistiti. Nella maggior parte dei casi pianifica un assetto legato alla necessità di incrementare la lista dei suoi pazienti, a costo di privarsi delle sue esigenze di benessere. E' la situazione tipica dei professionisti che hanno ottenuto la convenzione dagli anni '80 agli anni 2000, quando la componente competitiva nei confronti dei colleghi anziani già convenzionati era al suo apice. Si perpetuava così una tradizione non scritta che induce i medici a sacrificare la propria vita privata e a sopravvalutare i propri limiti psico-fisici.
La responsabilità dell'organizzazione non viene condivisa, la gestione dello stress viene affrontata in solitudine con modi spesso empirici; il confronto con i colleghi è saltuario e scarso.
Allo stato attuale le Medicine di Gruppo si sono limitate a costituire aggregazioni di professionisti che condividono esclusivamente lo spazio di lavoro. Le relazioni personali o il benessere organizzativo e lavorativo non vi hanno trovato sufficiente considerazione.
Il concetto stesso di benessere lavorativo è per lo più sconosciuto alla maggioranza dei MMG. Ciascuno si arrangia come può e sfoga i suoi astratti furori legati al carico lavorativo e alle

emozioni, singolarmente o dentro la famiglia, causando spesso danni non irrilevanti. Un'organizzazione razionale dovrebbe prevedere una riduzione dello stress lavorativo attraverso ritmi di lavoro che concedano spazio a pause, rispettosi della fatica della cura; dovrebbe prevedere protezioni dalle conseguenze dei conflitti interpersonali e dall'incertezza insita nell'attività del generalista, completamente privo di sofisticati strumenti diagnostici e di confronto tra pari.

Esiste tra i professionisti dell'assistenza sanitaria una mentalità della sopravvivenza a partire dai primi anni di training, dove si pensa di poter andare avanti nella fatica della cura con sopportazione fino a quando gli studi – o la specializzazione- saranno conclusi, con l'aspettativa irrealistica che poi tutto cambierà. In realtà si prosegue nello stesso modo, per tappe, fino all'età della pensione stringendo i denti e rinviando all'infinito la cura di sé.

La necessità di padroneggiare le situazioni fa parte dell'identità e della cultura del medico. La sensazione di deragliare e di non poter controllare le circostanze che si sviluppano nell'attività professionale, è una causa notevole di disaffezione dalla professione; nella medicina generale, il senso di solitudine e la responsabilità del controllo ha un importante peso nel determinare sentimenti di distacco e di ansia. Il disagio conseguente non va quindi visto e affrontato soltanto a livello personale, ma a livello sistemico, di organizzazione.

La figura del MMG convenzionato con il SSN solleva l'ASL dalla diretta responsabilità della pianificazione e del benessere del singolo professionista, che dipende esclusivamente dall'inventiva e dalle esigenze personali intese in maniera empirica, soggettiva, spesso improvvisata.

## Il logorio del MMG

Nel corso di ogni contatto richiesto dall'assistito, vengono affrontati una media di tre diversi problemi secondo una scala di priorità stabilita spesso solo al termine della consultazione. Il curante valuta e affronta le questioni in assenza di tecnologia medica, sostanzialmente in base a un'analisi razionale dei fatti, ai dati epidemiologici e anamnestici in suo possesso e ad una relazione emotiva e linguistica.

Il medico può prendere decisioni solo se gli è possibile comprendere e verificare quale idea il paziente si sia fatto sulla sua infermità. Ogni malato porta con sé le convinzioni dei familiari, degli amici, dei vicini di casa, di Google, con le cui convinzioni si è costretti a confrontarsi e a interagire. Solo i MMG, tra tutti i clinici, devono costantemente mediare, per mezzo di metafore, tra le rappresentazioni di salute e malattia proposte al curante e i modelli biologici di spiegazione della malattia.

Il curante deve quindi sostenere per decine di volte al giorno il peso del malessere soggettivo del paziente attivando la propria capacità di ascolto empatico, il coinvolgimento emotivo, l'abilità di valutare e soppesare le parole del malato, subendo il carico di incertezza e preoccupazione legata alla mancanza di dati inoppugnabili, verificando il grado di urgenza che il sintomo comporta e prendendo le decisioni conseguenti.

Un'altra condizione che contribuisce ad un'atmosfera di incertezza e di ansia è determinata dal rapporto di fiducia che senza motivi validi, può dissolversi in un attimo. I medici ambulatoriali ottengono una fiducia che viene loro concessa ogni volta che il paziente entra nello studio, senza ottenere una delega permanente. La percezione è di precarietà: può intervenire un imponderabile cambiamento rapido e irreversibile nonostante venga impiegata la massima attenzione affinché la fiducia venga mantenuta e consolidata.

La perdita della fiducia causa nel curante preoccupazione, senso di inadeguatezza e di colpa, altera in maniera innaturale e artificiosa il rapporto, modifica le decisioni cliniche, trasforma le regole del gioco. Mentre sopportare l'incertezza legata alle multiformi presentazioni dei quadri clinici fa parte del gioco, vivere la precarietà di una fiducia che va conquistata ogni volta partendo da zero o attraverso espedienti, è un peso che deteriora l'impegno lavorativo

L'ansia pervade l'attività, influisce sulla vita personale extra lavorativa, ha conseguenze sulla capacità di giocare, divertirsi, godere degli affetti familiari.

Le reiterate richieste telefoniche o tramite posta elettronica, le code davanti agli studi, la sensazione che ci sia sempre qualcuno in attesa, bisognoso, che elemosina un'elargizione "urgente" indispensabile alla sopravvivenza, produce un senso di oppressione difficilmente sostenibile.

Nonostante quel che generalmente si pensi, il lavoro del MMG si estende nel corso della giornata ben oltre le ore trascorse in ambulatorio. Molto spesso l'attività clinica viene prolungata al di là degli orari formalmente stabiliti, inoltre si trascorrono molte ore al telefono o davanti al PC ad inviare o rispondere a mail. Durante e dopo la pandemia l'attività a distanza tramite mail è stata un fattore chiave che ha contribuito al burnout, che colpisce quasi due terzi di tutti i medici e metà dei medici di famiglia. La pandemia di COVID-19 ha creato una serie di nuove pressioni per tutti i medici, tra cui un aumento del volume di lavoro basato sugli scambi tramite posta elettronica.  A complicare il quadro si aggiungono le visite domiciliari e l'enorme carico burocratico che sottrae tempo ed energie alla relazione clinica.

## I rapporti tra colleghi

All'inizio degli anni '80 non esisteva formazione specifica per la medicina generale. Chiunque, una volta laureato, poteva fare il medico di medicina generale. Questo la dice lunga su quanto poco veniva considerata la professione. Era la pratica che promuoveva sul campo chi la svolgeva.

In quel tempo era normale che si potesse avere il doppio ruolo di medico ospedaliero e di medico mutualista. Al mattino assistente o aiuto ospedaliero, nel pomeriggio medico "di base". Prima dell'ingresso della generazione uscita dall'università alla fine degli anni '70 esistevano già medici che si occupavano esclusivamente di medicina generale, ma erano una minoranza che già all'epoca affrontava coraggiosamente, con sacrifici e senza mezzi tecnologici, la stragrande maggioranza delle patologie esistenti. Il Servizio Sanitario, nato da poco, aveva costituito un cambiamento radicale nell'assistenza pubblica.

La possibilità di svolgere contemporaneamente il ruolo di mutualista e di ospedaliero aveva favorito un'atmosfera di armonia tra colleghi; chi faceva il doppio lavoro faceva comodo ai pazienti perché in caso di necessità, avrebbero trovato dentro l'ospedale lo stesso medico che li seguiva sul territorio e che avrebbe facilitato il loro ricovero.

Eppure le due medicine - quella ospedaliera e quella territoriale - negli anni '70 - '80 dal punto di vista concettuale rimanevano estremamente scisse. La medicina ambulatoriale era una pratica minore che raccoglieva i medici considerati di serie B.

Una parte dei giovani medici per i quali la medicina generale non era un ripiego, ma una scelta ideale, civile e consapevole, erano entrati nel neonato Servizio Sanitario con l'idea di cambiare la rete delle cure territoriali, a quell'epoca praticamente inesistente. Si erano introdotti nell'ambiente proponendo maggiore ascolto del paziente, attenzione alla spesa sanitaria, razionalizzazione delle

terapie, apertura alla letteratura scientifica internazionale, ricerca delle prove di efficacia dei farmaci, discussione sulle derive autoritarie di certa cultura medica.
Ci si trovava in un periodo di rinnovamento sociale e attenzione alla soggettività dal paziente, alla salute pubblica, agli ambienti di lavoro, alla chiusura delle istituzioni totali come i manicomi.
In quello stesso frangente venivano rese esclusive e limitate le doppie attività: i medici ospedalieri non potevano più svolgere il ruolo di medico di base e viceversa.
Fu l'occasione per la nascita di invidie e incrinature nel rapporto tra colleghi. Il MMG divenne lo stereotipo dello sfaticato marpione che con poco lavoro riesce a portare a casa stipendi da favola mantenendo il ruolo del libero professionista; l'ospedaliero divenne l'esempio di chi porta a casa uno stipendio risicato lavorando giorno e notte con tutti gli svantaggi della dipendenza.
Il trascorrere del tempo non ha modificato granché questi stereotipi. I medici di base hanno pensato per molto tempo che gli ospedalieri passassero il tempo passeggiando avanti e indietro nei corridoi d'ospedale e a gustare il caffè nelle cucine dei reparti. Gli ospedalieri hanno mantenuto la loro idea che i MMG lavorino qualche ora al giorno, approfittando del tempo libero per svolgere remunerative attività private.
Anche oggi i rapporti tra colleghi sono di solito freddi e manifestano un senso di superiorità da parte di ospedalieri e universitari nei confronti dei MMG, considerati i paria della sanità.
Si mantengono le tradizionali lotte intestine e gli umilianti stereotipi di cui ciascuno ha sofferto.
La realtà attuale, analizzata con maggiore serenità e senza pregiudizi, esprime anche altro. I colleghi d'ospedale lavorano ore ed ore, sono sottoposti a turni massacranti, sono costretti ai turni di notte anche quando l'età non è più giovanile, sono sommersi anche loro – e sempre di più- da una enorme burocrazia. Non di

rado lavorano in un ambiente competitivo, ostile, dove la collaborazione tra colleghi non esiste, dove i rapporti con il personale sanitario rischiano di diventare un ostacolo invece che un aiuto. La leadership del reparto non sempre è all'altezza, dando a ciascuno un senso di abbandono e di perdita dell'identità di ruolo.
Da parte loro, i medici di famiglia lavorano oltre che in prima linea, anche dietro le quinte un numero di ore straordinario, sopraffatti dalla burocrazia, isolati da colleghi e personale ausiliario, carichi in solitudine della responsabilità e dei dubbi relativi alle loro scelte diagnostiche e terapeutiche.
Lentamente e spontaneamente sembra che le cose cambino. SI tratta di cambiamenti a macchia di leopardo, che dipendono non da scelte istituzionali, ma da esclusivi fattori personali. Chi riconosce le rispettive difficoltà è in grado di collaborare invece che competere in maniera improduttiva e dannosa per i pazienti. Rimane al MMG l'onere di dimostrare di essere diverso da quel tradizionale ciarlatano caricaturale che si vede nei film. La presunta superiorità gerarchica o il senso di inferiorità non sono quindi per nulla esauriti.
Siamo ancora molto lontani dal poter parlare di collaborazione, ma ci sono sempre più spesso situazioni in cui si riesce ad intendersi e a cooperare. Si tratta soprattutto dei frequenti contesti in cui i problemi da affrontare sono di natura socio-sanitaria. È un terreno in cui l'ospedaliero chiede l'intervento del MMG, più abituato alle intricate vicende relative alla collocazione di anziani, all'attivazione di servizi domiciliari, alla gestione delle patologie gravi a domicilio.

## Autonomia organizzativa: croce e delizia del MMG

L'autonomia organizzativa del MMG è una gravosa responsabilità; la pianificazione dell'attività serve, tra l'altro, a

definire setting cognitivi migliori, necessari a riconoscere quei fattori di contesto che influiscono sull'espressione del malessere soggettivo da parte degli assistiti.
Gli operatori delle professioni d'aiuto dovrebbero poter lavorare in contesti organizzativi che incoraggino gli scambi, la chiarezza dei risultati, in ambienti dove esista un'adeguata attenzione alla vivibilità degli spazi, una attenzione ai tempi professionali di contatto con i pazienti e ai periodi di riposo, ai rapporti tra i colleghi e alla crescita professionale.
Il MMG che lavora da solo è costretto ad un auto-governo, a un totale auto-controllo e ad una revisione professionale complessiva.
L' autonomia organizzativa implica la capacità di controllare il proprio lavoro attraverso una gestione accorta, tramite gli strumenti e le risorse ritenute più adatte al raggiungimento degli obiettivi professionali; in particolare due gli obiettivi: la soddisfazione del paziente ed una equilibrata sintesi tra benessere e impegno lavorativo.
Ricade quindi su di lui tutta l'attività di valutazione dell'efficacia del lavoro, della gestione delle emozioni e delle relazioni, dello stile di leadership, della gestione delle controversie e della ricerca di un equilibrio tra famiglia e lavoro. Un compito tutt'altro che agevole in mancanza di una struttura gruppale di appoggio e contenimento.
Gli imprevisti -che non mancano- vanno affrontati e dominati; le conflittualità vanno gestite. Nella prospettiva di un cambio di paradigma in senso associativo, queste criticità andranno affrontate in un team in cui ciascuno acquisisca ruoli e capacità di risoluzione dei problemi.

## I gruppi non si improvvisano

Entro il 2026 dovrebbero aprire oltre 1400 case di comunità nelle quali i medici di famiglia lavorerebbero 18 ore a settimana. Non è

semplice passare da un’attività solitaria a un gruppo di lavoro. Il progetto delle case della salute può realizzarsi con maggiore facilità dal punto di vista formale, ma non sembra così semplice organizzare una struttura capace di indurre nel personale sanitario la capacità di lavorare in gruppo. In previsione dell'apertura delle case della salute (in cui i camici bianchi si sentono per lo più deportati), appare indispensabile che le istituzioni prendano contatti con i responsabili dei sindacati, con le equipe territoriali, con le medicine di gruppo e con le poche case della salute attualmente operative.

Le Case di Comunità (CdC) e le future Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dovranno essere luoghi dove trovare risposte e soluzioni alle mille incombenze burocratiche che pesano sul personale sanitario. Tali organismi amministrativi dovrebbero costituirsi non soltanto come struttura fisica, ma come un vero e proprio metodo di lavoro tramite il quale diventi possibile dare forma, sostanza ed efficacia agli interventi sulla popolazione degli assistiti nello stesso momento in cui si prende cura di chi vi lavora.

Chi opera in condizioni di malessere organizzativo dovrà fare i conti con il proprio disagio prima di occuparsi della cura dell’altro (Della Porta 2023). Ciò è particolarmente vero per i MMG, storicamente incapaci e non formati ad inserirsi in strutture di lavoro di gruppo. La novità più critica per il medico di famiglia è costituita dall’ integrazione nelle nuove forme di organizzazione centrate sull’equipe multiprofessionale. Sarà necessario accrescere rapidamente la capacità di collaborazione con altre figure dell’assistenza: specialisti, infermieri, psicologi, operatori domiciliari e delle strutture residenziali, assistenti sociali, caregiver e volontari. Tali capacità sono del tutto da escogitare e da sviluppare.

## L’organizzazione non si improvvisa

I camici bianchi abituati a lavorare in solitudine dovranno quindi modificare la loro autonomia organizzativa abituandosi a far parte di un team. I medici di medicina generale hanno incentivato processi di miglioramento dell’organizzazione dello studio medico anche al fine di incrementare il gradimento da parte dell’utenza, ma hanno sempre trascurato il proprio benessere lavorativo e hanno, per quanto possibile, evitato il lavoro d’equipe.

L’autonomia deregolamentata, come è finora stata quella dei MMG, può rappresentare un problema, mentre un’organizzazione legata a profili di rendicontazione, ad indicatori di processo e risultato, è un valore aggiunto.

Un’ aggregazione di professionisti frettolosa può rendere ardua la convivenza; è quindi indispensabile considerare il benessere fisico, sociale e mentale dei partecipanti un’assoluta priorità attraverso una progettazione, costruzione, manutenzione e collocazione che sviluppi un ambiente sostenibile ed una comunità lavorativa unita. Ci si aspetta che le nuove forme associative migliorino la qualità dei servizi, garantiscano la continuità delle cure extra ospedaliere e incoraggino l’integrazione tra servizi sociali e sanitari, ma soprattutto va posta attenzione agli effetti deleteri dell’accresciuta complessità, dell’imprevedibilità e dell’incertezza che hanno incrementato le emozioni proprie del compito di cura; diventa pertanto più urgente adoperarsi per correggere le disfunzioni organizzative, causa e conseguenza dell’accresciuto carico emozionale di cui soffre sempre più il personale sanitario.

## Dall’autonomia alla condivisione nel gruppo

Il nuovo assetto organizzativo dovrebbe tenere conto dell'intima connessione tra emozione e cognizione tramite la quale ogni

curante raggiunge le proprie decisioni. Il lavoro d'equipe nelle future AFT dovrà pertanto essere organizzato per processi che coinvolgono differenti figure professionali di cura e non soltanto come semplici attività o singoli atti operativi.
In un gruppo tutte le funzioni devono essere messe in comune attraverso la presenza di leader; diventa necessario consultarsi prima di decisioni importanti attraverso riunioni pianificate in cui si valuti lo stato delle cose sia dal punto di vista organizzativo, sia attraverso la condivisione di emozioni. Si pone, tra gli altri, l'obiettivo di incentivare lo sviluppo professionale dell'intero team e di sviluppare un metodo condiviso (Gruppi di riflessione, Gruppi di intervisione, Gruppi Balint) per affrontare, risolvere e mediare gli inevitabili conflitti insiti nel dispositivo organizzativo di gruppo.

## Quale genere di sostegno può fornire un gruppo al MMG

Finora i MMG sono stati soli davanti alla persona malata sentendosi coinvolti emotivamente ma cercando di mantenersi distaccati dai pazienti; sono stati guidati dalla loro competenza, ma messi alla prova da situazioni complesse in cui si intrecciano numerosi fattori emozionali che fanno parte della vita di un individuo. Ora sembra arrivato il momento di dare voce alla frequente e spesso segreta percezione di esaurimento per aver dato troppo alla professione rispetto a ciò che viene offerto alla propria famiglia o alla vita privata.
Prendersi cura di se stessi è una necessaria forma di salvaguardia del curante che ha ricadute positive sulla salute degli assistiti. Un medico disattento, annoiato, arrabbiato, ansioso, impaurito, affaticato, ha maggiori probabilità di effettuare errori sia medici che relazionali. Con opportune strategie di gruppo accuratamente progettate è possibile promuovere il benessere fisico, sociale e mentale di chi opera in una aggregazione professionale.

Partecipare e identificarsi con un gruppo rassicura, riduce il senso di incapacità e fragilità, aumenta la certezza della propria competenza, aiuta a esercitare la funzione riflessiva dell'Io, incoraggia la realizzazione di uno spazio interno di pensiero, la capacità di contenimento, accresce l'abilità di farsi coinvolgere, ma anche di prendere le distanze per non essere travolti nella relazione.
La riflessione collettiva è un metodo potente per garantire che i membri del gruppo acquisiscano ciò che è necessario per rimanere motivati, per risolvere collegialmente i problemi legati al lavoro, per discutere adeguatamente le tensioni tra i membri e per prendere decisioni che possono contare su un supporto sufficiente da parte di tutti i membri. Perché il lavoro di squadra sia sempre una sfida attiva, deve costituirsi un saldo clima di sicurezza psicologica.
Quando un gruppo ben strutturato riesce a procedere nel suo lavoro - tra gli alti e bassi che gli sono propri - migliora la capacità dei clinici di osservare empaticamente, ascoltare e acquisire consapevolezza di sé attraverso l'introspezione. Essere parte di un gruppo interprofessionale favorisce una maggiore comprensione della dimensione psicologica dei problemi dei pazienti, nonché delle reazioni emotive che possono interferire con il ruolo.
Il gruppo mette in moto un processo continuo di riflessione sulle preoccupazioni comuni e mantiene un elevato livello di funzionamento quando avvengono repentini cambiamenti di assetto. Ciò richiede un'attenzione riflessiva dei membri del team che devono concentrarsi sia sulla loro parte individuale che su quella collettiva.
Il difficile, come si è già detto, sarà convincere i medici che di questi apparati hanno estremo bisogno e che non possono cavarsela da soli. Avrà luogo una trasformazione dalla tradizionale relazione diadica con il paziente, ad una relazione in cui saranno inseriti altri soggetti. Il medico si sentirà mutilato da quel regime

di mani libere che è parte della sua identità e che vorrebbe regolato solo dalla sacralità del rapporto con il corpo, con il dolore e con la morte, e dal confronto solitario con scienza e coscienza (Perini 2020).
Numerosi studi hanno dimostrato che frequentare un gruppo permette di condividere le emozioni senza confondere empatia con compassione, favorisce la presa di decisioni, permette di costruire e mantenere la consapevolezza delle potenti spinte inconsce esistenti nella relazione curante/paziente. Il gruppo è stato paragonato a un parco giochi per adulti: un posto sicuro e ricreativo in cui sperimentare e condividere emozioni.

# AUTORI

- **Edi Balagna** (Ordine dei farmacisti della Provincia di Torino)
- **PierPaolo Bertolotti** (Ordine dei medici veterinari della Provincia di Torino).
- **Luciana Bianco** (Ordine dei farmacisti della Provincia di Torino)
- **Alessandro Bondi** (Ordine dei biologi del Piemonte, della Liguria e della Valle d'Aosta)
- **Gabriella Bosco** (Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione di Torino, Aosta, Alessandria, Asti)
- **Mélanie Carmagnolle** (Ordine della professione di ostetrica di Torino, Asti, Cuneo, Alessandria e Aosta)
- **Lara Colombo** (Ordine degli psicologi del Piemonte)
- **Daniela Converso** (Ordine degli psicologi del Piemonte)
- **Daniele Curci** (Ordine delle professioni infermieristiche della Provincia di Torino)
- **Andrea Dotti** (Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della Provincia di Torino)
- **Monica Forno** (Ordine degli assistenti sociali del Piemonte)
- **Enzo Galatro** (Ordine Interregionale della professione sanitaria di fisioterapista del Piemonte e della Valle d'Aosta)
- **Antonella Gurzì** (Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione di Torino, Aosta, Alessandria, Asti)
- **Giusi Medici** (Ordine delle professioni infermieristiche della Provincia di Torino)
- **Maurizio Mellana** (Ordine degli psicologi del Piemonte)
- **Antonina Nicosia** (Ordine della professione di ostetrica di Torino, Asti, Cuneo, Alessandria e Aosta)
- **Francesco Novello** (Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione di Torino, Aosta, Alessandria, Asti)
- **Mario Perini** (Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della Provincia di Torino)
- **Giuseppe Tedesco** (Ordine Interregionale della professione sanitaria di fisioterapista del Piemonte e della Valle d'Aosta)
- **Sabrina Testa** (Ordine degli assistenti sociali del Piemonte)
- **Teresa Zaccaria** (Ordine dei biologi del Piemonte, della Liguria e della Valle d'Aosta)

## Con la collaborazione di:

Commissione OMCeO TO sul disagio professionale del medico, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, IL NODO/ CISPOS (Centro di Iniziative per il Supporto Psicologico degli Operatori Sanitari e Sociali)

# Bibliografia


- Benincasa, F. (2007) “Le due agende della medicina generale: un nuovo modello funzionale”. *Occhio Clinico*, N. 8 XIII Novembre 2007
- Benincasa, F. (2008) “L’equipe multiprofessionale fra esigenze dei pazienti e richieste istituzionali”. XX Congresso CSeRMEG ‘Cure primarie: l’evoluzione della specie’, Costermano (VR), 24-26 ottobre 2008
- Benincasa, F. (2023) “L’ossimoro inaccettabile. Il medico sofferente chiede cure. Documento non pubblicato.
- Della Porta, D. (2023) “Benessere organizzativo. Attraverso la sua promozione si contribuirà a rendere le cure erogate più sicure”. *Quotidianosanità*, 24 aprile 2023
- De Marco, T. (2002) *Slack: Getting Past Burnout, Busywork, and the Myth of Total Efficiency*. Crown Currency
- Harpaz, I. e Snir, R. (2003) “Workaholism: Its definition and nature”. *Human Relations*, 56,3: 291-319.
- IEP - Istituto Europeo di Psicotraumatologia e stress management (2024) – *Programmi di benessere al lavoro*. www.psicotraumatologia.org/ambiti/iep-per-le-aziende/programmi-di-benessere-al-lavoro/
- Kjeldmand, D. – Holmstrom, I. (2008) “Balint Groups as a means to increase Job Satisfaction and prevent Burnout among General Practitioners”. *Annals of Family Medicine*, 6(2):138-145.
- Lipov E (2023) Survey Reveals That Renaming Post-Traumatic Stress ‘Disorder’ to ‘Injury’ Would Reduce Stigma. *Cureus* 15(5): e38888
- Maslach, C. e Leiter, M.P.(1997) *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, Jossey-Bass. (Tr.it. *Burnout e organizzazione: Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro.* Erickson, Trento 2000)
- Moylan, D. (1994) «The dangers of contagion: projective identification processes in institutions». In *The Unconscious at Work.*, ed. A.Obholzer e V.Zagier Roberts. Routledge, London.
- Obholzer, A. - Roberts, V.Z. (eds) (1994) *The Unconscious at Work. Individual and organizational stress in the human services*. London: Routledge (Tr.it. *L’Inconscio al Lavoro. Stress Individuale e Organizzativo nei Servizi alla Persona*. Etas Libri, Milano 1998. - ed.ridotta dell’originale)
- Perini, M. (2015) “I Gruppi Balint: Prendersi cura di chi cura”. *BergGasse 19*, 13, 146-162.
- Perini, M. (2020) “Il medico di medicina generale e il lavoro di gruppo” - Presentazione a un Webinar sui Gruppi Balint della Scuola Specifica di Medicina Generale di Torino (febbraio 2020)- (Non pubblicato).
- Perini, M. e Pistone, A. (2022) “Metodo dell’intervisione guidata” (Non pubblicato.)
- SIPEM – Società Italiana di Psicologia dell’Emergenza (2023) “Tecniche di gestione dello Stress da Evento Critico: Il Defusing e il Debriefing”. web.tiscali.it/SIPEm-Onlus/Defusing.htm

- Villa R. (2024) Sanità, non solo soldi ma un cambio di paradigma. *Univadis*, 16.07.2024 www.univadis.it/viewarticle/si-dice-villa-sanit%25C3%25A0-non-solo-soldi-cambio-paradigma-2024a1000cxy
- WHO European Region (2023) Bucharest Declaration on the Health and Care Workforce. (High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe: Time to Act - 22–23 March 2023, Bucharest, Romania) www.who.int/europe/publications/i/item/bucharest-declaration

# APPENDICE

# 1. Questionario sul supporto agli operatori sanitari e sociali

**SCHEDA DI INDAGINE SUL SUPPORTO IN AMBITO SANITARIO**

**Premesse**

L'indagine – promossa dagli Ordini professionali firmatari del presente documento – si propone di valutare il fabbisogno di un supporto psicologico e organizzativo per gli operatori del sistema sanitario

**Obiettivi**

- Identificare la percezione che gli operatori sanitari e sociali hanno del proprio malessere lavorativo
- Identificare i bisogni prioritari degli operatori sanitari e sociali nei diversi contesti lavorativi
- Identificare il tipo di supporto professionale che risponde meglio ai bisogni individuati

**QUESTIONARIO**

**Età** **……**

**Genere** □ M □ F

**Stato civile**

o Nubile
o Celibe
o Coniugato/Convivente
o Separato/Divorziato
o Vedovo

**Provincia di lavoro**

□ Torino
□ Alessandria
□ Asti
□ Biella
□ Cuneo
□ Novara
□ Verbania Cusio Ossola

□ Vercelli
□ Altra ……..

**La mia professione**

□ Assistente sanitario
□ Assistente sociale
□ Dietista
□ Educatore professionale
□ Fisioterapista
□ Farmacista
□ Igienista Dentale
□ Infermiere
□ Infermiere pediatrico
□ Logopedista
□ Medico Chirurgo
□ Odontoiatra
□ Operatore Socio-Sanitario
□ Ortottista
□ Ostetrica
□ Podologo
□ Psicologo-Psicoterapeuta
□ Tecnico Audiometrista
□ Tecnico Audioprotesista
□ Tecnico della Prevenzione Ambiente e Luoghi di Lavoro
□ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
□ Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria
□ Tecnico di Neurofisiopatologia
□ Tecnico Ortopedico
□ Tecnico Sanitario di Laboratorio
□ Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
□ Terapista della Neuro-psicomotricità
□ Terapista Occupazionale
□ Altro ……

**Eventuale formazione post-laurea o post-diploma** □ SI □ NO

**Il mio contesto prevalente di lavoro**

□ Ospedale
□ Territorio
□ Altro _____

**In quale area/servizio dell'ospedale?**

□ Area Medica
□ Area Chirurgica
□ Area Cardiovascolare e Toracico
□ Area Oncologica
□ Area Emergenza/Urgenza
□ Area Ortopedica e Riabilitativa

□ Area Malattie infettive
□ Area Neuroscienze e Salute mentale
□ Area Ostetricia e Ginecologia
□ Area Pediatrica
□ Area Tecnica Sanitaria
□ Area Diagnostica per immagini
□ Area Medicina di laboratorio
□ Area Qualità e sicurezza delle cure
□ Altro _____

**In quale area/servizio del territorio?**
□ Cure primarie (Ambulatorio di medicina generale, PLS)
□ 118 / servizio d'emergenza
□ Medicina di gruppo / Casa di Comunità
□ Continuità assistenziale e cure domiciliari
□ Specialistica ambulatoriale
□ Casa di cura
□ RSA o Casa di riposo
□ Hospice e servizi di cure palliative
□ Servizio territoriale di salute mentale
□ Struttura psichiatrica residenziale o semiresidenziale
□ Farmacia
□ Istituto di Ricerca o Università
□ Servizi sociali
□ Altro …….

**Anni di anzianità professionale .....**
**Anni di anzianità nell'attuale servizio .....**

**Quali credo che siano le <u>cause</u> principali del mio malessere lavorativo? (indicare un massimo di 3 risposte, da 1 a 3 in ordine di importanza decrescente)**
□ Il carico di lavoro (ore lavorate, turni, straordinari, carenza di personale)
□ I casi difficili (pazienti e loro familiari)
□ Lo scarso riconoscimento del lavoro svolto e delle fatiche del compito di cura
□ I rapporti con i colleghi e con altri professionisti sanitari
□ La perdita di prestigio della figura dell'operatore sanitario
□ I rapporti con i superiori
□ La retribuzione inadeguata
□ La scarsità di opportunità di formazione e aggiornamento
□ I rapporti con l'organizzazione sanitaria (ASL ecc.)
□ Il lavoro in solitudine
□ I compiti di tipo burocratico
□ La scarsa autonomia riguardo al mio lavoro
□ La mancanza di spazi di discussione tra pari sui problemi di lavoro
□ Il tempo sottratto alla mia famiglia e alla mia vita privata
□ L'esposizione a violenze verbali o fisiche
□ Altro (specificare) ……

**Quali credo che siano, in generale, tra i lavoratori sanitari, le principali <u>conseguenze</u> del malessere lavorativo? (indicare un massimo di 3 risposte, da 1 a 3 in ordine di importanza decrescente)**

□ Stress e patologie correlate
□ Ansia e/o depressione
□ Tensioni e conflitti con pazienti e familiari
□ Errori, omissioni e incidenti nelle pratiche di cura
□ Tensioni e conflitti con i colleghi e con altri professionisti sanitari
□ Assenteismo
□ Conflitti e contenziosi con l'organizzazione sanitaria (ASL ecc.)
□ Isolamento
□ Comportamenti controproduttivi (trasgressioni, abusi, litigi, inappropriatezza di prestazioni a scopo difensivo, danni di immagine ecc.)
□ Dimissioni e pensionamenti anticipati
□ Difficoltà a reclutare nuovo personale
□ Tensioni e conflitti nella vita familiare
□ Distacco, demotivazione e cinismo
□ Sentimenti di rabbia, impotenza e inutilità
□ Aumento della spesa sanitaria (sprechi, medicina difensiva ecc.)
□ Altro (specificare) ……

**Quali sono i miei più importanti <u>bisogni di supporto</u> nel lavoro professionale?**

□ Gestire le situazioni difficili (pazienti e loro familiari)
□ Gestire i rapporti con i colleghi e con altri professionisti sanitari
□ Gestire i rapporti con l'organizzazione sanitaria (ASL, Direzione sanitaria, DIPSA)
□ Ridurre la solitudine (lavoro individuale, carenza di personale, ecc.)
□ Affrontare le tensioni e i conflitti legati al lavoro di gruppo
□ Ridurre lo stress da sovraccarico lavorativo (orari, turni, quantità di richieste, burocrazia)
□ Ricevere un riconoscimento del ruolo, del lavoro svolto e delle fatiche del compito di cura
□ Recuperare autonomia e controllo sul proprio lavoro
□ Disporre di spazi di discussione tra pari per affrontare e risolvere problemi di lavoro
□ Avere spazi di condivisione dei conflitti, dei rischi, degli insuccessi e delle ansie
□ Avere occasioni per prendersi cura di sé e della propria vita privata
□ Ricevere protezione dalla violenza verbale o fisica (dell'utenza, dei media ecc.)
□ Ricevere opportunità di formazione e aggiornamento
□ Altro ……

**Attualmente ricevo qualche tipo di <u>supporto</u> professionale dalla mia organizzazione (Gruppi di discussione casi, supervisioni, seminari formativi, sportelli d'ascolto) ?** □ SI □ NO

**(Se SÌ) Che <u>genere di supporto</u> professionale ho attualmente?**

□ Individuale (colloqui, sportelli d'ascolto ecc.)
□ In gruppo
  o Gruppi di discussione casi

- o Gruppi di supervisione
- o Seminari formativi
- o Altro ……

- È un'iniziativa regolare, continuativa? □ SI □ NO
- È effettivamente d'aiuto? □ SI □ NO
- È sicuro? (gestito in modo confidenziale, da un consulente o facilitatore esperto con cui mi sento a mio agio?) □ SI □ NO

**(Se NO) Che <u>genere di supporto</u> professionale penso che sarebbe utile?**

□ L'opportunità di discutere di pazienti o situazioni che trovo difficili
□ Un ambiente sicuro in cui posso condividere i miei conflitti, i miei insuccessi e i miei timori
□ Un aiuto a sviluppare strategie per affrontare situazioni che trovo difficili
□ L'identificazione di modalità operative che riducono lo stress
□ La possibilità di sviluppare e mantenere una consuetudine ad aver cura di sé
□ La dimostrazione che la mia organizzazione di lavoro si preoccupa del mio benessere
□ Altro ……

**Osservazioni**

……
……
……
……
……
……

**Data**……..

# 2. Carta di Bucarest

## O.M.S. - Carta di Bucarest sul personale di cura e assistenza sanitaria

Riunione regionale di alto livello sulla forza lavoro nel settore della sanità e dell'assistenza in Europa: tempo di agire

22-23 marzo 2023, Bucarest, Romania

1. Noi, partecipanti alla Riunione dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS sulla forza lavoro sanitaria e assistenziale a Bucarest, Romania, riconosciamo che gli operatori sanitari sono la spina dorsale di qualsiasi sistema sanitario.

2. Notiamo che, nonostante il numero storicamente elevato di operatori sanitari nella regione europea dell'OMS, i sistemi sanitari nazionali incontrano difficoltà nel soddisfare la crescente domanda di servizi sanitari a causa dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle malattie croniche, dei ritardi nei servizi a causa della pandemia COVID-19, delle crescenti aspettative da parte degli utenti dei servizi e dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e alle emergenze sanitarie.

3. Prendiamo in considerazione il report dell'Ufficio regionale dell'OMS “Personale sanitario in Europa: tempo di agire”, che identifica le principali difficoltà della forza lavoro che i sistemi sanitari nazionali devono affrontare, tra cui le carenze, la distribuzione irregolare, le discrepanze nel mix delle competenze, l’insufficiente sviluppo della capacità di soddisfare le esigenze sanitarie e assistenziali in evoluzione e le nuove tecnologie digitali

e di altro genere. Anche la forza lavoro sta invecchiando e i mercati del lavoro stanno cambiando, con una sempre più complessa mobilità e migrazione dei lavoratori. Per alcuni Paesi è sempre più difficile attrarre e trattenere i giovani nel personale del settore sanitario.

4. Osserviamo come queste difficoltà di lunga data siano state aggravate dalla pandemia del COVID-19, che ha anche evidenziato la necessità di proteggere la salute mentale e fisica e il benessere dei lavoratori, molti dei quali continuano a sperimentare stress, burnout e violenza, e per alcuni l'abbandono del proprio lavoro.

5. Riconosciamo che i governi sono consapevoli di queste difficoltà e che molti stanno già adottando misure importanti per affrontarle. Riconosciamo che è necessaria un'attenzione costante e chiediamo che misure efficaci siano ulteriormente amplificate e rafforzate in collaborazione con tutte le parti interessate. Chiediamo che l'esperienza nel progettare e realizzare delle soluzioni sia condivisa tra i Paesi.

6. In linea con il report regionale, chiediamo di migliorare l'offerta di operatori sanitari e assistenziali mediante:

- la produzione di evidenze sul fabbisogno attuale e futuro di personale;
- il sostegno alle istituzioni di formazione sanitaria perché adattino i programmi di studio, la selezione degli studenti e le strategie di apprendimento, e rafforzino le proprie capacità formative, includendo l'insegnamento di pratiche sanitarie e assistenziali innovative e rispettose dell'ambiente;
- la costruzione di capacità efficaci di regolamentazione e accreditamento del personale sanitario e assistenziale;
- il rafforzamento dello sviluppo professionale permanente (CPD) adattando gli standard e gli approcci CPD, incoraggiando lo sviluppo della leadership e garantendo che opportunità di apprendimento

permanente siano disponibili per tutto il personale sanitario e di assistenza; e
• ampliando l'uso appropriato degli strumenti digitali per fornire servizi più efficaci, efficienti e accessibili.

## 7. Chiediamo di migliorare la ritenzione e il reclutamento degli operatori sanitari e assistenziali:

• incoraggiando l'uso di misure di mantenimento che dimostrino di funzionare in diverse fasi della carriera e in contesti diversi, compresi quelli che influenzano le condizioni di lavoro, le progressioni di carriera e la fornitura di altri supporti;
• gestendo in modo etico ed efficace le politiche internazionali di assunzione in linea con il Codice globale di condotta dell'OMS sul reclutamento internazionale di personale sanitario, compreso il monitoraggio delle migrazioni;
• prestando particolare attenzione a mantenere e ad attrarre lavoratori della sanità e dell'assistenza nelle zone rurali, remote e in altre aree scarsamente servite; e
• adottando la tolleranza zero per la violenza contro gli operatori della sanità e dell’assistenza.

## 8. Ci impegniamo a ottimizzare le prestazioni della forza lavoro sanitaria e assistenziale:

• creando ambienti di lavoro dignitosi, sicuri e adeguatamente dotati di personale e condizioni di lavoro che motivino e sostengano gli operatori sanitari e assistenziali, garantiscano la loro salute e sicurezza sul lavoro e proteggano il loro benessere mentale - gli utenti e i servizi trarranno beneficio quando i lavoratori saranno meglio sostenuti;
• tenendo conto delle differenze di genere e di età riguardo ai rischi e ai bisogni dei lavoratori, come il burnout, la violenza, la sicurezza sul lavoro e l'assistenza ai bambini e alle famiglie; e
• garantendo che le capacità degli operatori sanitari e assistenziali siano utilizzate appieno nella fornitura di servizi di cura e di assistenza.

## 9. Chiediamo una migliore pianificazione strategica del personale sanitario e assistenziale

• tenendo conto delle dinamiche del mercato del lavoro nel settore sanitario, promuovendo un'azione trasversale intergovernativa e intersettoriale, lavorando anche con i ministeri delle finanze e dell'istruzione per sostenere la futura fornitura di operatori sanitari e dell'assistenza, e garantendo l'impegno delle parti interessate in tutti i processi politici;
• rafforzando i sistemi di informazione del personale sanitario e assicurando che le ricerche e i dati siano utilizzati per informare l'elaborazione delle politiche; e
• riconoscendo che le donne svolgono la maggior parte del lavoro di assistenza e cura retribuito e non retribuito nella maggior parte dei Paesi e che è necessario intraprendere azioni specifiche per eliminare le disuguaglianze di genere, come le differenze retributive di genere, valorizzare il lavoro di cura non retribuito e promuovere l'equilibrio di genere in tutte le posizioni decisionali e di erogazione dei servizi.

10. Chiediamo maggiori e più ponderati investimenti pubblici nella formazione, nello sviluppo e nella protezione del personale mediante:

• lo stanziamento di risorse sufficienti per l'istruzione e l'assunzione di numeri adeguati di operatori sanitari e assistenziali;
• l'ottimizzazione dell'uso degli investimenti pubblici attraverso politiche che promuovano le prestazioni di cura e la loro qualità, compreso l'uso di soluzioni ecocompatibili;
• il delineare una efficiente suddivisione dei ruoli e il sostegno di gruppi multiprofessionali integrati sanitari e assistenziali;
• la crescita delle competenze digitali tra il personale di cura e di assistenza;
• l'elaborazione di accordi di lavoro più flessibili; e
• il miglioramento delle condizioni di lavoro e lo sviluppo di altre politiche per attrarre e per trattenere gli operatori sanitari e assistenziali.

11. Riconosciamo l'esistenza di legami tra queste priorità e che per compiere progressi significativi è importante coinvolgere tutte le figure chiave interessate, compresi i rappresentanti del personale di cura e assistenza, i loro datori di lavoro, i ministeri nazionali

delle finanze e dell'istruzione, e le organizzazioni internazionali non-profit, i trust e le fondazioni. È in questo spirito di cooperazione che abbiamo presentato questa dichiarazione.

## 3. Dal "Manifesto per la difesa e il rilancio della Salute Pubblica"

(Laboratorio Cittadino Per la Salute Pubblica – Bologna, novembre 2024)

**Investire sulle Persone per Garantire il Diritto alla Salute**

*La sanità pubblica è il pilastro fondamentale di una società giusta, equa e inclusiva. Tuttavia, senza un* ***piano strategico e concreto di investimento sul personale sanitario****, è compromesso il diritto alla salute di milioni di cittadini. La crisi del personale non è soltanto una questione organizzativa:* ***è una sfida politica e morale*** *che richiede scelte coraggiose e visione a lungo termine.*

**IL PERSONALE SANITARIO ESISTE PER RISPONDERE AI BISOGNI DI SALUTE**

**Valorizzare il ruolo dei Distretti Sanitari** come cabina di regia per la programmazione del fabbisogno del personale: è necessario superare una pianificazione basata esclusivamente su numeri e orari. Serve una visione integrata che tenga conto delle esigenze specifiche di ogni comunità.

**Superare la logica del mero "monte ore"**: è ora di ripensare le piante organiche includendo parametri di qualità, umanizzazione e impatto sociale. Il personale sanitario non è

soltanto una risorsa produttiva: è il ruolo umano e sociale del sistema sanitario.

## UMANIZZARE I SERVIZI INCLUDENDO CHI LI REGGE IN PIEDI

**I professionisti sono anche cittadini**: hanno fragilità, responsabilità familiari e bisogni che non possono essere ignorati. I bisogni dei lavoratori comprendono la necessità di accudire anziani, malati o figli. **Un sistema sanitario pubblico deve essere anche un sistema di welfare**

Investire in politiche concrete come **asili nido aziendali, spazi di socialità, dormitori** e **strumenti contro l'isolamento sociale**. Questi non sono lussi, ma strumenti indispensabili per garantire dignità e sostenibilità.

## SALUTE MENTALE ED EQUILIBRIO VITA-LAVORO: UNA PRIORITÀ POLITICA

**Il benessere del personale sanitario è una questione di salute pubblica.** Il carico emotivo e la pressione costante stanno erodendo il capitale umano del Servizio Sanitario.
Serve un'azione politica decisa per:

- **Bilanciare i carichi di lavoro** tra unità operative
- **Potenziare i servizi che richiedono risposte continuative**, evitando che le chiusure ricadano su altre strutture (es. Pronto Soccorso)
- Promuovere **momenti di aggregazione e sostegno** per i professionisti, riconoscendo l'importanza del lavoro di squadra.

## UNA NUOVA VISIONE DEL CAPITALE UMANO

**Formazione e lavoro devono essere un *continuum*.** Bisogna partire dalla definizione e dalla valutazione delle competenze teoriche, pratiche e relazionali dei professionisti, per garantire che ogni cittadino abbia accesso a servizi di qualità.
Riconoscere che la professionalità sanitaria necessaria oggi è composta da un **equilibrio tra competenze sanitarie e sociali**, indispensabili per promuovere la salute e il benessere.

## ORGANIZZAZIONE FLESSIBILE E LOTTA ALLE DISUGUAGLIANZE

Serve un cambiamento strutturale nelle politiche del personale: strutturare **turni più flessibili, modelli organizzativi transmurali e mobilità tra ospedale e territorio** per rispondere meglio ai bisogni della società odierna.
È il momento di eliminare le **duplicazioni e i verticalismi organizzativi,** promuovendo una reale integrazione multi-professionale e linee di responsabilità chiare negli organigrammi.

## LOTTA AL LAVORO POVERO E DIGNITÀ PER TUTTI

**Un salario da 1500 euro è lavoro povero.** I professionisti che garantiscono il diritto alla salute non possono vivere in condizioni di precarietà economica, soprattutto nelle città con un alto costo della vita. È necessario:

- Adeguare i salari al potere d’acquisto

- Introdurre incentivi specifici per il personale sanitario
- Combattere lo sfruttamento e le esternalizzazioni, vigilando sulla qualità e la dignità del lavoro

**Non esiste eccellenza se i Servizi si reggono sullo sfruttamento.**

### LA GENITORIALITÀ NON PUÒ ESSERE UN OSTACOLO

Le professioniste e i professionisti che diventano genitori devono trovare sostegno, non barriere. Attraverso strumenti concreti (sostituzione delle gravidanze e della maternità, turni flessibili) si devono **rimuovere gli ostacoli** che costringono le persone a subire il peso sociale delle questioni riproduttive.

# 4. Intervisione o gruppo di supporto tra pari

Da “Metodo dell’intervisione guidata”
(a cura di Mario Perini e Andrea Pistone, 2023)

L’intervisione è un **metodo di supporto di gruppo** che può fungere da sostegno psicologico e operativo per i professionisti della salute e dell’assistenza psico-sociale operanti sul territorio o nelle istituzioni, avendo la potenzialità di mobilizzare nel gruppo un clima di apprendimento cooperativo capace di offrire valide strategie di ricerca e di intervento sui casi in carico e sulle situazioni di criticità, oltre che di promuovere un accrescimento dell’esperienza e una crescita professionale e personale.

Nel gruppo di inter-visione guidato i partecipanti, affiancati da un consulente nel ruolo di **facilitatore**, hanno la possibilità di raccontare i "casi scottanti" in un clima di attenzione, rispetto e benevolenza, e di utilizzare le opportunità di confronto, mentalizzazione e supporto tra pari per imparare ad affrontare quei casi in modo più efficace e consapevole, con meno stanchezza e con minori costi emotivi. Questo metodo si fonda su 3 pilastri:

1. **Verbalizzazione**: mettere in parole l'esperienza di disagio o la vicenda traumatica le rende più tollerabili e più trattabili (cfr. le ricerche sulla "medicina narrativa" e gli studi delle neuroscienze sugli effetti delle parole su struttura e funzione cerebrali)
2. **Condivisione**: parlare dell'esperienza in un gruppo di colleghi permette il confronto con le esperienze altrui, la riduzione della vergogna, della colpa, della solitudine o della rabbia (anche solo col rendersi conto che non si è gli unici ad aver provato quelle cose) e anche il trasferimento di soluzioni e strategie di coping.
3. **Apprendimento sull'uso delle emozioni** nella pratica clinica: il lavoro di gruppo aiuta a scoprire che le emozioni (del paziente come del curante) anche se possono creare problemi sono "intelligenti", cioè che se si riesce a tollerarle e ad esplorarle forniscono orientamenti e informazioni preziose su ciò che sta accadendo nella relazione di cura

## Caratteristiche e compiti del gruppo

- Partecipanti: da un minimo di 6 a un massimo di 12 (gruppi più numerosi rischiano di essere dispersivi o difficili da gestire).
- Il gruppo sarà a struttura omogenea per il comune lavoro di aiuto a persone malate o in difficoltà, e potrà esserlo anche quando abbia una composizione eterogenea per la presenza di diverse figure professionali.
- Il gruppo sarà preferibilmente chiuso, con un turnover molto limitato e a scadenze prefissate (ad es. dopo 6 mesi); un gruppo

aperto, dove le persone possono uscire o entrare in qualsiasi momento, rischia di non permettere che si creino legami di fiducia e sentimenti di sicurezza e stabilità.

- La continuità del gruppo è essenziale per lo stabilirsi di un clima di stabilità e di fiducia: vanno previsti cicli, anche ripetuti, di 6-10 incontri come minimo, con cadenza da settimanale a mensile, della durata di 1 ora e mezza / 2 ore
- Nel gruppo non c'è un supervisore o un conduttore esperto; al loro posto è presente in affiancamento ai membri del gruppo un facilitatore, ruolo che può essere svolto da un membro del gruppo stesso oppure da un consulente esterno.
- Al suo esordio il gruppo inizia con una presentazione del metodo da parte degli organizzatori o dei facilitatori, e una presentazione dei partecipanti quando non facciano tutti parte di uno stesso team operativo.
- In ogni singola sessione un componente del gruppo a rotazione espone un caso/problema di particolare rilevanza in quel momento del proprio lavoro, privilegiando casi clinici problematici o situazioni critiche che hanno creato al presentatore stress e difficoltà, di tipo sia tecnico che emotivo. La presentazione, nel totale rispetto della privacy dei pazienti, sarà di tipo narrativo, basata sulla memoria del presentatore e fuori dagli schemi tipici del report sanitario, senza supporti come cartelle cliniche o slides.
- La presentazione fruisce di una finestra temporale ben definita, durante la quale chi presenta il caso deve poterlo fare senza essere interrotto da osservazioni o domande, per le quali ci sarà tempo in seguito. Gli altri membri del gruppo sono chiamati ad ascoltare e, terminata la presentazione, a intervenire condividendo le proprie fantasie e risonanze emotive, le proprie opinioni e le proprie ipotesi di lavoro. Ci si attende che ogni membro del gruppo esprima il proprio punto di vista ed ascolti

quello altrui, portando la propria esperienza emotiva ed accogliendo quella degli altri.

- Il gruppo di intervisione è strutturato come un confronto e un supporto "tra pari", dove la pariteticità – che non vuol dire eguaglianza dato che nel gruppo ci sono spesso professioni ed esperienze diverse – è una condizione più mentale che concreta perché implica per i partecipanti il porsi sullo stesso piano senza gerarchie professionali o il potere degli "esperti".
- Il gruppo è quindi autogestito dai partecipanti con una responsabilità condivisa per il suo funzionamento: ogni membro del gruppo si assume la responsabilità di prendervi parte attivamente e con assiduità.
- Il gruppo è un aiuto a pensare, un contenitore dedicato alla riflessione, alla discussione, alla condivisione e al confronto, che offre stimoli, possibilità di sostegno e di sperimentazione di possibili idee e progetti. Ciò è reso possibile dall'accordo collettivo ad astenersi da giudizi, critiche ed interpretazioni, che trasforma il gruppo in uno spazio protetto e sicuro.
- Il focus del discorso è posto sulle emozioni legate alla relazione con il paziente ed al lavoro di cura, quelle negative e dolorose ma anche le emozioni positive e le esperienze piacevoli. In ogni caso la negatività dell'esperienza riportata (errori, insuccessi, crisi, impasse emotive ecc.) non è un impedimento o un motivo di biasimo: la sua condivisione in assenza di giudizio la trasforma in un'opportunità di apprendimento collettivo, così come sono occasioni di apprendimento anche le differenze di esperienza, di punti di vista, di orientamento teorico.

## Obiettivi del gruppo di inter-visione

- Scambio di conoscenze ed esperienze attraverso il rispecchiamento nell'esperienza dell'altro (v. empatia, neuroni-

specchio), che favorisce per i membri del gruppo un percorso di crescita sia professionale sia personale

- Co-costruzione di un “disegno del problema”, grazie all’allargamento della cornice di osservazione legato alla molteplicità dei punti di vista, che consente uno sguardo d’insieme sul problema da parte del gruppo e una riflessione orientata alla ricerca di soluzioni alle difficoltà riportate
- Accoglienza, ascolto e sostegno reciproco (una specie di auto mutuo aiuto tra professionisti) attraverso lo sviluppo di sentimenti di unione e comunanza che aiutano a non sentirsi soli nella gestione delle emozioni proprie e altrui o a rassicurarsi sul proprio valore professionale
- Aumento della consapevolezza su ruolo, contesto e problema, in particolare per quel che riguarda i limiti, i vincoli, le possibilità di interventi e di soluzioni
- Aumento del benessere per riduzione dello stress e della fatica del compito di cura e per effetto della creazione di una rete professionale e culturale.

Gli incontri di intervisione sono momenti di particolare utilità, in cui i vissuti emotivi e gli aspetti teorici e tecnici emersi dalla condivisione di un caso clinico trovano nel gruppo un luogo di approfondimento e di creazione di senso. Il presentatore ne trova giovamento e di conseguenza questo ha effetti positivi sul paziente e sulla relazione terapeutica. Ma anche tutti coloro che partecipano agli incontri ne escono arricchiti e con spunti di riflessione importanti da tenere in considerazione nella propria esperienza professionale.

In definitiva questi gruppi sono un’occasione importante per

- sperimentare nuove possibilità di autoformazione
- ridurre la solitudine professionale
- arricchire la pluralità dei punti di vista
- apprendere tecniche e strumenti dai più diversi orientamenti teorici

- migliorare la capacità di stare in ascolto dei propri clienti/pazienti e di stabilire e mantenere una efficace alleanza di lavoro
- costruire e condividere strategie per gestire i “pazienti (o le situazioni) difficili”
- ridurre la fatica del compito di cura, contenere lo stress e prevenire il burnout.

I gruppi di intervisione qui descritti, basati su un approccio di tipo psicodinamico /sistemico, si differenziano da quelli noti come “gruppi di supervisione”, con i quali sono peraltro pienamente integrabili.

## Differenze con la supervisione

È esperienza comune, per un terapeuta che si trovi ad affrontare un caso complesso, richiedere un confronto ad altri colleghi. Questo confronto può avvenire secondo due modalità: la supervisione e l’intervisione. Quando si parla di supervisione, in genere si fa riferimento a una relazione tra due o più professionisti, uno dei quali è più esperto, che riflettono insieme riguardo al lavoro del meno esperto (o di un gruppo di meno esperti), con l’obiettivo di migliorare la qualità delle cure prestate e le capacità professionali del terapeuta (o del gruppo di terapeuti). Il concetto di intervisione implica invece un contesto nel quale più professionisti, con un livello di preparazione equivalente o anche diverso, riflettono intorno alle loro prassi, supportandosi reciprocamente nel miglioramento delle proprie competenze e nella qualità della vita lavorativa, eventualmente con l’aiuto di un facilitatore, che però non si pone come “l’esperto”. Le caratteristiche distintive della supervisione, che la differenziano dall’intervisione sono:

- Nella supervisione esiste una figura sovraordinata, il supervisore, concepito come “esperto” e ritenuto in grado di aiutare il terapeuta (o il gruppo) da un punto di vista tecnico-diagnostico.
- Il processo di supervisione in teoria si può esaurire in un singolo incontro o in 2-3 sedute, a fronte di un bisogno specifico ed episodico, e quindi può anche non assumere quella dimensione di continuità che è invece caratteristica dei gruppi di intervisione.
- Nella supervisione di gruppo il supervisore si basa sulle proprie teorie di riferimento che vengono accettate dal gruppo.
- Nella supervisione c’è una maggiore attesa di risoluzione dei problemi da parte dei partecipanti che possono avere nei confronti del supervisore delle aspettative magiche e un atteggiamento di dipendenza.
- Il supervisore ha anche un ruolo di moderatore/interprete delle dinamiche interpersonali che si possono creare all’interno del gruppo e può accadere che il supervisore dia un giudizio valutativo dell’operato di un membro del gruppo.