

FrancoAngeli

Collana diretta da Giorgio Caviglia

PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA

Competenze psicosociali per la sanità e le professioni d'aiuto

Dotazioni, strumenti e strategie

A cura di Domenico Nardiello,
Giorgio Caviglia



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Comitato scientifico

Gherardo Amadei, Silvia Attanasio Romanini, Vincenzo Caretti, Nino Dazzi, Alessandra De Coro, Adriana Lis, Gianluca Lo Coco, Francesco Mancini, Enrico Molinari, Renata Tambelli, Sergio Salvatore, Cristiano Violani, Alessandro Zennaro

Comitato di redazione

Piera Brustia, Daniela Cantone, Donatella Cavanna, Marina Cosenza, Paolo Cotrufo, Stefania Cristofanelli, Daniela Di Riso, Laura Ferro, Sara Filanti, Maria Francesca Freda, Carmela Guerriera, Claudia Mazzeschi, Fiorella Monti, Laura Parolin, Chiara Pazzagli, Raffaella Perrella, Rocco Quaglia, Emanuela Saita, Silvia Salcuni, Angela Tagini, Alda Troncone

Questa Collana nasce dalla volontà di condividere e diffondere esperienze nate all'interno dell'operatività psicologico-clinica e psicoterapeutica, elaborate – seppur con epistemologie diverse – attorno a nuclei forti di teorie metodologicamente fondate e coerenti, legate alla verifica empirica, all'elaborazione concettuale non autoriferita e alla prassi clinica.

L'approccio psicologico-clinico e l'intervento psicoterapeutico a cui la Collana fa riferimento vogliono essere fortemente collegati a visioni della psicologia clinica esplicite, teoricamente fondate ed argomentate, seppur diversamente declinate, e scientificamente collegate con ricerche e interventi sia nazionali che internazionali.

La Collana intende diffondere e condividere interventi psicologico-clinici e psicoterapeutici rivolti a individui, gruppi e istituzioni – sia nell'ambito pubblico sia in quello privato – utili per l'ampliamento ed il consolidamento delle competenze professionali di psicologi clinici, psicoterapeuti, studenti e specializzandi, guardando a un panorama scientifico sia nazionale sia internazionale.

In quest'ottica la Collana intende proporre differenti tipologie di testi – manuali, saggi, ricerche, traduzioni – di studiosi italiani e stranieri, in grado di portare un contributo professionale e culturale all'interno del dibattito e della pratica psicologico-clinica e psicoterapeutica.

I volumi della Collana sono sottoposti a referaggio in doppio cieco, attraverso l'utilizzo di una piattaforma Open Monograph Press, un software *open source* che consente di gestire le proposte e il loro referaggio attraverso un sito web dedicato.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella homepage al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Competenze psicosociali per la sanità e le professioni d'aiuto

Dotazioni, strumenti e strategie

A cura di Domenico Nardiello,
Giorgio Caviglia

In collaborazione con l'ASL Napoli 2 Nord

FrancoAngeli

PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA

*Si ringraziano, per la preziosa collaborazione e attenta revisione di questo testo,
le colleghe Irene Abbruzzese, Maria Giulia Battiloro, Ilaria Castagna,
Rosarita Parascandola Ladonea.*

Grafica della copertina: Samuel Luke Fildes, *Il dottore*, 1891, particolare

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

*A Riccardo e Ginevra,
nella preziosità del tempo.*

*Ad Antonello Correale,
maestro di competenze psicosociali
individuali e istituzionali nei servizi.*

Indice

Prefazione, di Renato Frisanco	pag.	11
Introduzione, di Domenico Nardiello, Giorgio Caviglia	»	19
<i>Parte prima - Dinamiche psichiche nelle professioni sanitarie e d'aiuto</i>		
1. Perché professione sanitaria e d'aiuto	»	25
1. Riflessioni sulla pratica della cura per la comune condizione di vulnerabilità, <i>di Lucia Nardiello</i>	»	25
2. Le radici di una scelta: vocazione e professioni di aiuto, <i>di Ugo Vuoso</i>	»	30
2. L'altra faccia della relazione: dinamiche psichiche dell'incontro col paziente	»	34
1. Elementi del funzionamento psichico inconscio della mente come ausilio alla gestione delle professioni di aiuto e all'umanizzazione delle cure, <i>di Giorgio Caviglia</i>	»	34
2. <i>La mente in azione</i> e il funzionamento sociale: dagli automatismi della simbiosi all'autonomia consapevole, <i>di Remo Dello Ioio</i>	»	41
3. La dotazione relazionale nel bagaglio del professionista della salute	»	48
1. Empatia e relazione d'aiuto in contesti sanitari strutturati e d'emergenza, <i>di Domenico Nardiello</i>	»	48
2. Fronte-retro: l'aiuto attraverso la rete relazionale tra potenzialità e rischi, <i>di Pietro Crescenzo</i>	»	58

Parte seconda - Operatività e strumenti psicosociali

4. La comunicazione nella relazione d'aiuto: da dotazione a strumento	»	67
1. Elementi di comunicazione efficace in Sanità, <i>di Luca Verticilo</i>	»	67
2. Comunicazione non verbale e stili comunicativi nella relazione di cura, <i>di Domenico Nardiello</i>	»	73
3. Il silenzio come strategia di sostegno, <i>di Luca Verticilo</i>	»	77
4. Saper comunicare la diagnosi e le notizie infauste, <i>di Domenico Nardiello</i>	»	79
5. Lo stress come "termometro" operativo	»	87
1. Stress e burn-out: definizioni e strumenti, <i>di Pietro Crescenzo</i>	»	87
2. Lavorare in osmosi con l'altro, utilizzando lo stress come strumento, <i>di Domenico Nardiello</i>	»	92
6. La riorganizzazione dei servizi e la formazione continua come strumenti	»	98
1. Riformare l'assistenza per adeguarla ai nuovi bisogni della comunità: l'esempio della salute mentale, <i>di Walter Di Munzio</i>	»	98
2. Il ruolo della formazione continua per le professioni sanitarie, <i>di Maria Gabriella Foia</i>	»	102
3. La medicina narrativa e la centralità della persona, <i>di Filomena Basile, Chiara Pontillo</i>	»	104
7. Strumenti di gestione dello stress e di scarico emotivo	»	108
1. La valutazione dello stress lavoro correlato, <i>di Domenico Nardiello, Maria Rosaria Basile</i>	»	108
2. Due tecniche per la gestione dello stress, <i>di Domenico Nardiello</i>	»	112
3. Le emozioni dopo l'aiuto: pratiche personali per prevenire lo stress, <i>di Remo Dello Ioio</i>	»	117
4. Il respiro e l'acqua: elementi naturali per esercizi di rilassamento, <i>di Alessandro Vergendo</i>	»	120

Parte terza - Competenze psicosociali sul campo

8. Processi di umanizzazione delle cure e prevenzione della violenza sugli operatori	»	135
1. Il cuore sotto al camice: lo sviluppo dei processi di umanizzazione, <i>di Leopoldo Vitagliano, Lucia Beneduce, Maria Rosaria Cerasuolo, Erminia Falconio, Antonietta Esposito</i>	»	135
2. Dal curare al prendersi cura, <i>di Lucia Beneduce, Leopoldo Vitagliano</i>	»	143
3. Il processo di <i>nursing</i> come strumento di umanizzazione delle cure, <i>di Domenico Nardiello</i>	»	148
4. La prevenzione dei fenomeni di violenza su operatori sanitari: l'esperienza della ASL Napoli 2 Nord, <i>di Assunta Maiello, Gaetano Schiavone, Maria Rosaria Basile, Domenico Nardiello</i>	»	152
9. Le competenze psicosociali applicate: esempi di operatività	»	158
1. Le competenze psicosociali per il VADO nel contesto della salute mentale, <i>di Luigi Fusco</i>	»	158
2. L'approccio psicosociale all'obesità infantile, <i>di Walter Donato Milano</i>	»	162
3. La violenza domestica: il primo intervento in ospedale, <i>di Irene Abbruzzese, Maria Giulia Battiloro</i>	»	167
4. Diario di bordo: uno strumento per piccoli pazienti all'opera, <i>di Ilaria Castagna, Daniele Di Dio, Maria Rosaria Basile</i>	»	170
5. "Il Club dei Poeti": traducibilità delle competenze psicosociali, <i>di Attilio Graziano, Marina Lanzo, Daniela Monaco</i>	»	173
6. Lavorare con gli utenti LGBTI: il <i>sex orienteering</i> e l'approccio affermativo, <i>di Manlio Converti, Giovanni Capasso, Rosarita Parascandola Ladonea</i>	»	176
7. Strategie di supporto psicosociale in emergenza, nel tempo del COVID-19, <i>di Domenico Nardiello</i>	»	181
8. La deontologia dello psicologo: un esempio di competenza psicosociale, <i>di Raffaella Perrella, Diana Russo</i>	»	185
Postfazione , <i>di Antonio D'Amore</i>	»	191
Riferimenti bibliografici	»	193
Gli autori	»	201

Prefazione

di Renato Frisanco

Questa pubblicazione vede la luce in un frangente delicato per l'Italia alle prese con l'epidemia da coronavirus. Tale situazione mette in luce due aspetti: la fragilità del nostro sistema di salute pubblica dopo i tagli a cui è stato sottoposto negli ultimi due decenni e la penuria di personale sanitario che ne è diretto corollario. Tale carenza diventa ancora più importante nell'emergenza che stiamo attraversando tanto che si è cercato con nuovi bandi di reintegrare gli organici. La condizione epidemica da altresì la conferma che nei servizi alla persona la risorsa umana è fondamentale, nonostante i progressi portentosi della tecnologia, ed è proprio sul grande impegno umano e professionale degli operatori, negli ospedali delle zone più colpite, che ci si è soffermati con senso di gratitudine.

Un altro aspetto consiste nella certezza che una tale emergenza non è sostenibile senza la collaborazione dei cittadini, chiamati a reagire con comportamenti responsabili, da persone informate e consapevoli. È fondamentale considerare la salute un bene comune o, come recita la Costituzione all'art. 32, interesse della collettività oltre che diritto del cittadino.

La centralità della persona è un caposaldo della Sanità pubblica nazionale, insieme alla qualità dei servizi, alla promozione e prevenzione della salute e al carattere partecipativo degli attori del sistema (cittadini, utenti, operatori, volontari, responsabili istituzionali). Sistema che si basa sull'integrazione di servizi e competenze per offrire risposte differenziate che rispettano l'approccio personalizzato alla cura.

Con la più grande riforma del *Welfare*, quella istitutiva del sistema sanitario nazionale del 1978 e poi perfezionata negli anni '90, è cambiato anche il rapporto tra operatore e utente: il nuovo paradigma afferma il passaggio da "*to cure*" – dove l'attenzione è tutta sulla patologia – a "*to care*" – che significa prendere in carico la persona, attuando una relazione di cura, che ha una valenza formativa sia per l'utente che per l'operatore con la riformulazione della canonica asimmetria della loro relazione.

Tuttavia, i servizi sanitari alla persona sono, oggi, alle prese con problemi che rendono difficile l'attuazione dei principi che hanno ispirato quella riforma. È un fatto che il cittadino negli ultimi anni ha perso un po' di fiducia nel nostro sistema dei servizi a seguito di una compartecipazione sempre più onerosa alle spese, per le lunghe liste di attesa o perché in cura da operatori sovraccaricati di lavoro, con tempi di colloquio ridotti e incontri diradati, e alle prese con la complessità di un problema di salute senza garanzia di continuità assistenziale. Egli è spesso anche poco informato sull'offerta e sulle prestazioni dei servizi, cosa che aggrava i limiti dell'accessibilità alle cure, prima condizione per una presa in carico. E poi non sempre l'accoglienza al servizio, in locali spesso inadeguati, è ottimale, a partire da contatti telefonici difficili, attese lunghe, tempi di ascolto scarsi e poca partecipazione umana. Tale problema determina la perdita di casi, che magari arrivano poi, con l'aggravarsi della situazione, alle strutture di degenza che svolgono così un ruolo vicario rispetto all'attuazione di interventi precoci. Questi ultimi, oltre a pagare in termini di riduzione di lungo-assistenze e recidive sono anche più sostenibili in termini di costi. A tale scopo andrebbe favorito il ricorso alle cure primarie e ai servizi specialistici del territorio. Un'innovazione organizzativa importante, ma non ancora radicata nella generalità dei contesti del nostro Paese, è stata negli ultimi dieci anni, la Casa della Salute. Pur nelle sue diverse versioni ha il suo minimo comune denominatore nel nucleo di medici di medicina generale (MMG) che, opportunamente incentivati, attuano una medicina di gruppo garantendo una presenza diurna, in qualche caso anche di 18 o 24 ore, e una serie di servizi e iniziative programmate per la salute della popolazione del territorio. Questi così non operano isolati, privi di quegli strumenti di supporto che possono generare effetti negativi, come ricoveri impropri e uso elevato di farmaci. Nelle esperienze più avanzate i MMG dispongono anche di strumenti per il monitoraggio dei bisogni di salute, come i registri delle patologie, con cui possono realizzare una "medicina d'iniziativa" e hanno un rapporto virtuoso e non più occasionale con i medici ospedalieri con cui scambiano e dialogano in tempo reale, avvalendosi anche dei dispositivi tecnologici della telemedicina.

Il territorio diviene ambito di ricerca biomedica che prima era quasi tutta basata sull'osservazione del malato a letto. Tale infrastruttura sanitaria permette altresì un più facile e tempestivo accesso ai servizi, più visibili al cittadino, la riduzione delle liste di attesa e la continuità assistenziale tra medicina di base e specialistica, tra ricovero ospedaliero e servizio territoriale. Anche gli operatori ne traggono vantaggio: hanno più responsabilità; programmano e valutano insieme sulla base dei bisogni reali; seguono meglio i pazienti, anche a domicilio; affrontano le disuguaglianze della salute

di chi è fuori dal sistema dei servizi; operano in sinergia con altri operatori come gli ospedalieri o gli assistenti sociali del Comune. Inoltre, ne vedono rafforzata la propria funzione anche i servizi integrati, come il consultorio familiare o l'accoglienza del servizio di salute mentale, all'interno del punto unico di accesso (PUA) alla Casa della Salute, che funge da sportello di ascolto e di informazione e orientamento per ogni esigenza di salute dei cittadini. Tra l'altro, la funzione degli sportelli di accoglienza e ascolto nelle strutture di base della Sanità, nei distretti sanitari, hanno un ruolo essenziale sia nell'avvicinare i cittadini ai servizi, che nel dare dignità sociale a problemi che possono essere considerati erroneamente solo "privati" come, ad esempio, la violenza domestica.

Di alcuni servizi specialistici territoriali poi – che affrontano le varie forme di disagio psichico e le crescenti situazioni di dipendenza, vera piaga sociale del nostro tempo – occorre promuoverne, con la maggiore visibilità, il recupero di immagine: questi sono percepiti, spesso, come luoghi connotati solo "sanitariamente", se non addirittura colpiti da uno stigma.

Vi sono, così, svariate categorie di persone con disagio, spesso conclamato, che non arrivano ai servizi in assenza di una funzione proattiva degli stessi, scarsamente compensata da una sussidiaria mobilitazione di risorse capaci di accostarle e accompagnarle alla presa in carico. Sappiamo, ad esempio, che solo una piccola parte delle persone con disturbi psichici viene oggi intercettata dai centri di salute mentale. Tra coloro che rimangono fuori dai trattamenti vi sono le persone più fragili, che restano "invisibili" nelle loro case, a carico delle famiglie. Questo problema tocca anche di altri disturbi come le dipendenze, soprattutto quelle nuove, come il gioco d'azzardo patologico, fenomeno emergente ma largamente sommerso.

È importante per gli operatori fare propria anche la *mission* di servizi che guardano alla persona nella sua globalità e per questo operano con una elevata inter-professionalità interna e interconnessione con le risorse di un territorio da attrarre secondo una concezione di "comunità di cura". Ad esempio, per favorire il recupero sociale, la *recovery* della persona con disturbi psichici o da dipendenza, partendo dalle sue risorse, potenzialità e desideri, da incoraggiare con progetti che portino all'autonomia e all'inclusione sociale possibile, a prescindere dalla sua guarigione. Così, prendere in carico un disabile significa anche accompagnarlo nel suo inserimento scolastico e lavorativo, che sono mete salutari per la persona e tolgono ai servizi una connotazione assistenziale o "coloniale", termine che si legge in un contributo di questa pubblicazione.

Per chi ha, invece, un disturbo da gioco d'azzardo occorre affrontare, magari in rete, anche il suo eventuale problema legale o finanziario dovuto all'indebitamento economico.

È evidente che l'indebolimento del *Welfare*, la cui spesa è considerata in termini risarcitori piuttosto che di investimento sociale, ha reso fragili anche molti servizi, soprattutto li ha depotenziati di personale non garantendo un adeguato *turn over*. Questo, oltre a pregiudicare il lavoro di équipe, finisce per compromettere la trasmissione del sapere professionale di chi lascia il servizio alle nuove leve, oggi peraltro molto ferrate sull'uso di tecniche ma poco sulla cultura del servizio alla persona con la sua imprescindibile dimensione relazionale. Il problema è più acuto dove gli organici sono al minimo o privi di alcune figure determinando, negli operatori sovraccaricati, stress, se non proprio *burn-out* ed elevata incidenza di malattie. Questi problemi richiedono per altro agli operatori maggiore impegno, creatività e connettività con gli altri servizi e attori del territorio.

Gli operatori più che erogatori di visite specialistiche o di interventi parcellizzati diventano curatori di percorsi che necessitano dell'intervento delle competenze diverse dei servizi, lavorando in un'ottica di collaborazione e integrazione. Per questo è fondamentale lavorare in rete, perché la condivisione è una risorsa aggiuntiva, laddove le risorse sono scarse.

A fronte di questi problemi del sistema delle cure, si riscontra oggi un maggiore protagonismo dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie che fanno sentire la loro voce, si mobilitano, creano associazioni di tutela e di servizio. L'evoluzione del *Welfare* e delle professioni di cura deve tener conto anche del cambiamento antropologico dell'utenza, oggi mediamente più istruita, maggiormente informata e consapevole dei propri diritti e della pari dignità con gli *helper* e quindi più esigente nei loro confronti.

Oggi, la famiglia dell'utente richiede spesso per se stessa una presa in carico, un supporto, il coinvolgimento in gruppi terapeutici o di auto mutuo aiuto, ma essa è anche una risorsa per il servizio, se accompagnata ad essere partner di un'alleanza virtuosa.

Vi sono, poi, innumerevoli associazioni che nascono per la tutela e per l'auto mutuo aiuto. Non solo, esse interpellano istituzioni e servizi pubblici perché siano più responsivi rispetto alla domanda e ai diritti dei pazienti ma anche più attenti ad assecondare proposte, iniziative e servizi. Di fronte ad una famiglia, oggi strutturalmente debole e ad un *Welfare* tradizionalmente propenso a compensare i bisogni dei soggetti fragili con modeste provvidenze economiche piuttosto che con adeguati servizi, i cittadini si auto-organizzano generando una molteplicità di associazioni e fondazioni che realizzano servizi oltre a quelli insufficienti degli enti pubblici. Questi ultimi, peraltro, tendono a delegare i servizi di assistenza a domicilio, la gestione di strutture residenziali e semiresidenziali, la formazione e inserimento lavorativo degli utenti alle unità crescenti del terzo settore come cooperative, imprese sociali e di produzione e lavoro.

Si afferma così un contesto in cui opera una pluralità di soggetti erogatori: pubblico, privato profit, terzo settore, volontariato e associazionismo di utenti e famiglie, *caregivers*, cioè il cosiddetto *Welfare mix*. Questo ha fatto sì che le professioni di cura si siano andate estendendo per numero e tipologia, con ricadute in termini di inquadramento contrattuale e di definizione dei profili professionali e rappresentino anche una notevole domanda di formazione e di aggiornamento. Formazione, possibilmente congiunta e partecipata, da gestire attraverso linee guida unitarie. Una formazione permanente in grado di accompagnare lo sviluppo dei servizi sulla base della lettura dei bisogni e delle nuove modalità operative – nel segno dell’innovazione – e al tempo stesso di sostenere la complessità dei compiti della singola figura che vi aderisce con l’umiltà di mettersi in discussione per continuare ad operare con creatività ed efficacia. Una formazione non solo tecnicistica, ma fondata su contenuti multidisciplinari, per costruire profili di competenze e condizioni capaci di contribuire al cambiamento nei servizi, sulla base di specifici contenuti valoriali.

Servono, ad esempio, competenze che consentano: di individuare precocemente situazioni di rischio o problematiche; di fare prevenzione su specifici *target*; di promuovere stili di vita salutari, lavorando nelle scuole; di operare con i diversi soggetti del territorio che coprono la complessità dei bisogni, stabilendo possibilmente procedure e protocolli operativi; di affinare le competenze relazionali e della comunicazione verbale e non verbale, nei termini ben indicati in alcuni contributi di questo volume.

Una formazione che abbracci un raggio di competenze a 360 gradi, non più limitata al solo lavoro in ufficio o che prepari ad aspettare passivamente i casi. Quindi, serve una formazione con contenuti culturali, che rafforzino la motivazione vocazionale e lo spirito di squadra che caratterizza il lavoro in *équipe* e che, al tempo stesso, sostenga una funzione proattiva e di collegamento verso l’esterno. Nessun servizio ha infatti, oggi, tutte le risorse e le risposte per affrontare in modo olistico la complessità dei bisogni, soprattutto se con il recupero della salute deve accompagnare l’utenza al risultato aggiunto del recupero di autonomia e inclusione nella cittadinanza.

È evidente che in un’epoca di *Welfare* indebolito non si tratta solo di rivendicare risorse e servizi, ma anche di riorganizzarli sulla base delle nuove esigenze quali, ad esempio: la continuità assistenziale nell’età evolutiva, la contemporaneità di cura e riabilitazione, l’uso di nuovi strumenti di integrazione socio-sanitaria come il “budget di salute”, il potenziamento del lavoro di comunità per l’inclusione sociale delle persone.

Sappiamo che non basta più la sola competenza tecnica dei servizi, con i relativi meccanismi organizzativi: occorre che gli addetti alla Sanità operino in una prospettiva psico-sociale e, se necessario, inclusiva ovvero nella

dimensione della relazione, coinvolgendo la comunità e mobilitando le risorse del contesto territoriale dove si genera il disagio. Altrimenti il rischio per gli operatori è quello di rinserrarsi nella logica formale tipica delle istituzioni, di acquistare una dimensione fredda, fino a limitarsi ad un rapporto superficiale con l'utente e a percorrere la scorciatoia farmacologica.

Per evitare questo, serve la disponibilità ad aprirsi alla comunità e alle persone a cui si rivolgono, potenziandone la soggettività e lo specifico contributo.

Sono tre le dimensioni di questa apertura.

- La qualità della comunicazione con il paziente che viene anzitutto messo al corrente rispetto a quello che sta succedendo, al di là della formale procedura sul consenso informato – come ha ben espresso uno degli autori – e poi interpellato rispetto a che cosa può fare per venire fuori dal suo problema. Attraverso il suo coinvolgimento si può stabilire un'alleanza terapeutica che, a differenza della *compliance*, si basa sulle preferenze degli utenti e sulla loro interlocuzione e co-decisione con gli operatori, nella predisposizione di un piano di trattamento individuale (PTI). Anche le famiglie, debitamente informate e formate, possono collaborare con i servizi, condizione imprescindibile per il successo dell'alleanza terapeutica.
- La sperimentazione di interventi di supporto tra pari, dentro e fuori i servizi, ovvero di gruppi di utenti e/o familiari che, dopo aver fatto un percorso personale nei servizi, nonché formativo, possono condividere attività e obiettivi con gli operatori. Il loro contributo, a supporto e vicinanza ad altre persone con un disagio o una sofferenza che loro ben conoscono, è un "valore aggiunto" che migliora la qualità del servizio, avendo essi un punto di vista complementare a quello degli operatori che affiancano. Laddove operano, per lo più in modo strutturato e continuativo, offrono, ad esempio, "presenziamento" nelle sale di aspetto dei servizi per fare accoglienza, iniziative socio-riabilitative o di accompagnamento, o l'aggancio di eventuali utenti "invisibili" che vivono isolatamente e senza cure. Gli esperti in supporto tra pari, denominati utenti e familiari esperti (UFE), noti soprattutto nel campo della salute mentale, offrono ad altri utenti/familiari una comprensione empatico-relazionale che umanizza i percorsi di cura. Ciò è in sintonia con il concetto di *Welfare* generativo, che altro non è che la restituzione dell'aiuto ricevuto. In altri termini, chi riscuote diritti individuali è chiamato a sua volta a soddisfare doveri di solidarietà verso altri. Ciò rende anche maggiormente sostenibile, in termini economici e qualitativi, il Sistema Sanitario Nazionale.
- Le iniziative dell'associazionismo delle famiglie e degli utenti, del volontariato organizzato, del terzo settore e della società civile come risorse

se complementari umanizzando servizi e reparti ospedalieri, con attività di sostegno, progetti riabilitativi e di socializzazione dei pazienti. Se da un lato è evidente l'importanza di queste realtà nel contribuire a portare elementi di normalità nella vita dei pazienti e come risorsa cruciale per qualsiasi progetto di integrazione sociale, dall'altro esse sono ancora poco valorizzate dagli stessi operatori. Si sa che ad un più spiccato orientamento alla *recovery* dei servizi corrisponde una maggiore e più attiva presenza di associazioni, comprese quelle degli utenti. Occorre, oggi, ripartire da tavoli di confronto con tali risorse, da momenti di formazione congiunta, alla sperimentazione condivisa di progetti di presa in carico o accompagnamento dei pazienti.

Gli operatori devono avere anche una *forma mentis* orientata alla verifica continua dell'operato del proprio servizio. Anche questo è oggetto importante dei loro processi di formazione. Si tratta di definire insieme un pacchetto di alcuni essenziali indicatori di processo e di esito; di stabilire le procedure di valutazione e di organizzazione; di effettuare la raccolta sistematica dei dati su utenti e prestazioni, con l'uso di cartella clinica informatizzata; di aprire la discussione interna, partecipata e periodica, dei risultati.

Senza una riflessione costante che nasce dalla ricerca, unita all'individuazione di modelli e strategie operative intese come "buone pratiche" a cui fare riferimento, nell'ambito della progettazione organizzativa e socio-terapeutica, si rischia di perdere di vista il *target* di riferimento e di non riuscire a fare innovazione, divenendo autoreferenziali e chiusi nel proprio perimetro operativo.

In conclusione, i servizi della Sanità hanno bisogno di operatori professionalmente preparati e con attitudini culturali ed emozionali, ovvero dotati di sensibilità aperte ad entrare in relazione con gli utenti, a partire da un ascolto attivo e comprensivo. Ciò li rende capaci di operare con spirito di solidarietà (artt. 2 e 4 della Costituzione), ovvero di applicare nella loro professione la "gratuità del doveroso".

Si tratta di competenze e doti che attraversano i diversi contributi di questo importante testo, di cui si sentiva sinceramente la mancanza.

Introduzione

di Domenico Nardiello, Giorgio Caviglia

Caro lettore, dovendo porre alla tua attenzione questo testo ci sembra giusto cominciare rivolgendo la nostra attenzione a te.

Il punto dal quale partiamo è proprio questo: l'attenzione all'altro.

Se avessimo la possibilità di fermare per un minuto le nostre attività e porci di fronte al titolo di questo libro, potremmo avere l'occasione di vederne l'aspetto imbarazzante e, insieme, quello della necessità. All'inizio del nuovo millennio ci troviamo a riflettere su questioni e aspetti che dovrebbero essere lineari e consolidati per una civiltà che si definisce evoluta: la capacità, cioè, di prendersi cura del nostro simile senza trascurare gli aspetti umani della relazione. Questa modalità, basata sulla reciprocità, sulla mutualità, utile al senso di sicurezza, che è strutturale per il gruppo sociale, oggi vacilla. L'attenzione all'altro trova poco spazio nel tempo della performance, nell'epoca dell'individualismo ultra-edonistico, nell'era dell'isolamento digitale: l'altro "vero", concreto, reale, è antieconomico per la contemporanea dinamica relazionale; anzi, è faticoso, quasi inutile o superfluo e pertanto è tagliato fuori dal discorso relazionale e dialogico.

L'ambito della Sanità e delle professioni d'aiuto rappresenta, in questo scenario, una stridente eccezione. Probabilmente, il bisogno di salute e la necessità di cure sono dimensioni che, più di tante altre, fanno "urlare" l'altro accanto a noi, lo presentificano, lo rendono visibile. La condizione dell'incontro tra il personale sanitario, il paziente e i suoi familiari è quella che, oggi, pone fortemente la questione del rapporto con l'altro, e la pone in una maniera imprescindibile, in quanto è una condizione nella quale il bisogno che l'altro porta è un bisogno fondamentale, primario, di necessità assoluta. È la condizione, potremmo dire, che non dà scampo all'interlocutore: il medico, l'infermiere, l'assistente sociale, devono raccogliere quel bisogno, devono analizzare quella necessità, in una parola devono considerare l'altro, corollario questo che dovrebbe essere implicito e scontato nello stesso mandato sociale istituito il ruolo.