

L'anima della cura: la vita emotiva dei professionisti della salute come sfida per la formazione

The soul of care: the emotional life of health care professionals as a challenge for education and training

Daniele Bruzzone

Full Professor of Education | Department of Education | Università Cattolica del Sacro Cuore, Milan (Italy) | daniele.bruzzone@unicatt.it

Emotions and feelings have been traditionally excluded from the health care contexts, as they are considered an obstacle to professional impassibility and impersonality. Actually, emotional involvement represents an unavoidable everyday experience for the caregivers and even a genuine professional resource, which allows them to feel and act according to the singularity of each patient and therapeutic situation. This article stresses the need for a special care of the emotional life in the initial and continuing education of care workers, and the importance of an institutional and organizational recognition of emotions as indispensable tools. Some methodological principles are outlined, in order to implement educational settings for the development of the emotional competence of the health care professionals.

Keywords

emotions, health care, organizations, education, method

Emozioni e sentimenti sono stati tradizionalmente esclusi dai luoghi della salute e della cura, in quanto ritenuti un ostacolo a una professionalità intesa secondo i canoni dell'impassibilità e dell'impersonalità. In realtà, il coinvolgimento emotivo costituisce non solo una inevitabile esperienza quotidiana per chi svolge un lavoro di cura, ma anche una indispensabile risorsa professionale che consente di mettere in atto gesti sensibili e adeguati alla singolarità delle persone e delle situazioni. Vengono argomentate qui le ragioni della necessità di aver cura della vita emotiva, in sede di formazione iniziale e continua degli operatori, nonché l'importanza di un riconoscimento delle emozioni sul piano istituzionale e organizzativo. Vengono altresì indicati alcuni principi metodologici per allestire percorsi formativi efficaci per lo sviluppo della competenza emotiva dei professionisti della cura.

Parole chiave

emozioni, lavoro di cura, organizzazioni, formazione, metodo

1. Curare e comprendere

Siamo diventati molto bravi a diagnosticare e curare le malattie. Sappiamo eliminare infezioni un tempo fatali, prevenire attacchi cardiaci, guarire leucemie infantili e trapiantare organi. Ma nonostante un progresso così impressionante, manca spesso la capacità umana di provare empatia per gli ammalati, di accompagnarli con onestà e coraggio verso la guarigione, nella lotta contro la cronicità o alla fine della vita. [...] I pazienti si lamentano spesso: non si sentono ascoltati, trovano insensibilità dall'altra parte. Invece di essere seguiti da una guida fidata, sono sbalottati da uno specialista e da un protocollo all'altro. Magari ricevono cure tecnicamente adeguate, ma sono abbandonati alla paura e alla sofferenza (Charon, 2019, p. 17).

Con queste parole una tra le voci più autorevoli della medicina narrativa nel contesto internazionale, nell'incipit di un suo famoso libro ora edito anche in italiano, denuncia un fondamentale difetto di umanità in un sistema al quale, paradossalmente, le persone si consegnano proprio nell'istante in cui avvertono maggiormente la loro fragilità e la loro impotenza. Non si tratta tanto di mancanza di sensibilità da parte dei professionisti che quotidianamente rendono possibile l'assistenza e la cura – e che in molti casi sono ben capaci di non confondere la competenza clinica con l'impersonalità – quanto piuttosto dei limiti e delle contraddizioni di un paradigma medico che da tempo si è attestato sul piano scientifico e tecnologico (ottenendo peraltro risultati per certi versi prodigiosi) e che in anni più recenti ha sposato logiche efficientistiche senza forse interrogarsi troppo sulle conseguenze di questa scelta; quello stesso sistema adesso con fatica deve riappropriarsi della dimensione tipicamente “terapeutica” e quindi relazionale (*therapeutés* è in greco il servitore, l'assistente e il compagno) che pure lo caratterizza fin dalle origini.

L'oggettivismo che ancora impera nella formazione dei professionisti della salute è prova del fatto che lo spirito positivista, ancorché sottoposto a profonde revisioni critiche dall'epistemologia del secolo scorso, rappresenta ancora il pensiero dominante in chi si occupa di salute e malattia. La medicina narrativa intende appunto colmare il divario che permane tra la malattia (o la salute) come *dato* di fatto e il *significato* dell'essere malati (o sani), e di restituire al paziente la sua dignità di soggetto di esperienza. Questo iato rende apparentemente inconciliabili la scienza e l'esistenza: tra la comprensione scientifica e quella esistenziale, infatti, c'è la stessa differenza che intercorre tra spiegare *qualcosa* e comprendere *qualcuno* (Jaspers, 2000), ove comprendere “non significa sapere ciò che so ma sapere che e che cosa *un altro* sa” (Weizsäcker, 1990, p. 90).

2. In prima persona

Questo sforzo di cogliere l'esperienza altrui comporta la capacità di neutralizzare temporaneamente il proprio punto di vista esclusivo, per far posto al-

l'altro e alla sua peculiare prospettiva sulle cose. Si tratta di un atteggiamento fenomenologico che consenta non solo di riconoscere la malattia nella sua oggettività, ma anche di cogliere l'*esperienza viva* che ciascuno ne ha (Bobbo, 2009). La malattia, infatti,

cambia il nostro modo di essere e di sentire, e dopo la malattia non siamo più gli stessi. Cambiamo noi, e cambia il mondo in cui siamo immersi; e allora, quando abbiamo a che fare con la malattia e con il dolore di una persona, se non vogliamo perdere i contatti umani ed emozionali con lei, non dobbiamo dimenticare mai le metamorfosi esistenziali che alla malattia e al dolore si accompagnano (Borgna, 2013, p. 68).

Per questa sua aderenza all'esistenza l'agire terapeutico non può (o non dovrebbe) mai prescindere dall'ascolto del malato (Kanizsa, 1999), al quale soltanto si dischiude la dimensione dei vissuti e dei significati. Ascoltare il malato vuol dire "comprendere il suo essere nel mondo, cioè come la malattia dispone la sua esistenza rispetto al possibile" (Costa, Cesana, 2019, p. 122). Ovvero: se e come sia mutata la sua rappresentazione di sé e la sua percezione della realtà, le sue relazioni con gli altri, il suo orizzonte temporale e progettuale. Altrimenti, i professionisti della cura rischiano di rimanere "al di qua" dell'esperienza di malattia, lasciando i loro pazienti "dall'altra parte" (Bonadonna, Bartoccioni, Sartori, 2006), in un mondo *alieno*, in quanto estraneo e, per di più, misconosciuto. Il terapeuta deve imparare invece a cogliere il dolore dell'altro: "*altro* perché è un altro abitare, permanere, sostare *nel mondo* rispetto a chi abita un tempo che scorre simile, senza alti e bassi, senza smarrimenti e spaesamenti, in un divenire di familiarità" (Contini, 2010, p. 31).

Se il contatto quotidiano con chi soffre non si alimenta di questa capacità di avventurarsi oltre il recinto delle proprie sicurezze per aprirsi al vissuto del paziente (Venturino, 2016), la cura si riduce ad un insieme di protocolli anonimi ai quali sfugge la vita delle persone. A rimanere esclusa o marginalizzata, in tal caso, non è soltanto l'esperienza dei pazienti, ma anche quella dei curanti, che essendo intima e personale viene erroneamente considerata non rilevante.

Viene così interrotta quella reciprocità del *noi* (Bruzzone e Iori, 2005) che della cura è l'anima più autentica e sorgiva. La relazione di cura, infatti, "è tale se dà vita a un intreccio di significati e, quindi, a una condivisione di narrazioni che chiama in causa almeno due soggetti in una relazione di reciprocità" (Alastra, 2019, p. 10). Per questo motivo, accanto ai vissuti dei pazienti e dei loro familiari, non si possono trascurare i vissuti dei medici, degli infermieri e degli altri operatori sanitari, pena uno sbilanciamento che non renderebbe conto della complessità della relazione di cura. Se c'è, anzi, una distorsione che il modello clinico oggettivante produce, non è tanto (o soltanto) la riduzione del paziente ai meccanismi impersonali del suo organismo, ma anche (e soprattutto) la riduzione del terapeuta all'anonima precisione delle sue mansioni.

In questa illusoria presunzione di impassibilità si cela uno dei motivi storicamente più pervicaci che affliggono le professioni sanitarie: l'idea, cioè, che il coinvolgimento personale non sia compatibile con l'esercizio della professionalità. Riecheggia, qui, l'antica diffidenza nei confronti della vita emotiva che ha afflitto per secoli la nostra tradizione. Nel sontuoso edificio della cultura occidentale, infatti, emozioni e sentimenti sono stati a lungo estromessi dal "piano nobile" (riservato invece all'esercizio dell'intelletto e della volontà) e relegati ad uno statuto di inferiorità e subalternità, ignorando di fatto la fondamentale compromissione del sentire con il pensare e con l'agire. I moti dell'animo hanno così "recitato il ruolo dell'«altro»: il ruolo di ciò che è confuso, caotico, impuro" (Heller, 2017, p. 5) e, in questa loro alterità, sono stati guardati a lungo con sospetto, come indesiderati "fattori di disturbo" o, addirittura, come qualcosa di imprevedibile e nocivo.

Da Platone in poi, l'impresa della conoscenza viene identificata come appannaggio esclusivo di una mente *s-passionata*, priva di interferenze emotive, che tende alla pura contemplazione di un universo di verità glaciali ed immutabili (il Mondo delle Idee). In questa identificazione tra verità e razionalità, la vita emotiva è persa come l'antagonista della lucidità, il suo opposto inconciliabile: "accanto al mondo luminoso dell'intelletto, rimane solamente l'irrazionale" (Jaspers, 1982, p. 26). Per questo motivo, le emozioni sono state perlopiù considerate un "fattore di turbamento o di perdita temporanea della ragione" (Bodei, 2003, p. 7) e questo giudizio negativo ha giustificato una vera e propria pedagogia del controllo e della repressione delle emozioni.

Soltanto la ragione poetica è riuscita, in qualche misura, a non perdere di vista la "radice comune di *logos* e *pathos*" (Gomarasca, 2007). Giacomo Leopardi, ad esempio, il 20 gennaio del 1820 scriveva nel suo *Zibaldone di pensieri*: "la ragione pura e senza mescolanza è fonte immediata e per sua natura di assoluta e necessaria pazzia" [104]. Non è questa la sede per argomentare l'effettiva veridicità di questa affermazione, in molteplici ambiti dell'azione umana. Ma nel campo delle azioni di cura essa andrebbe assunta quasi come un ammonimento. L'etica della cura, infatti, secondo la tradizione del pensiero femminile che va da Carol Gilligan a Nel Noddings a Jean Watson a Rita Manning (vedi Kuhse, 2000, pp. 157-232), si fonda non soltanto sull'esercizio della logica, ma anche (ed essenzialmente) su quello della sensibilità. L'essenza della cura, anzi, consiste in una particolare disposizione cognitiva ed emotiva in virtù della quale "sentire e pensare sono strettamente legati fra loro" (Mortari, 2006, p. 116; vedi anche Viafora, Zanotti e Furlan, 2007). Secondo questa tradizione di pensiero, ogni separazione tra ragione e sentimento è foriera di ambiguità ed errore.

3. Un agire radicato nel sentire

Il gesto di cura scaturisce dal sentirsi *es-posti* (Papa, 2014) al bisogno dell'altro e dal fatto che, di fronte all'altrui sofferenza, non possiamo restare indifferenti: la comprensione empatica, allora, molto prima di diventare un'abilità rela-

zionale che si può affinare (Cocco, Tiberio, 2005; Anfossi, Verlati, Zucconi, 2008), costituisce la sorgente stessa della cura, senza la quale nessun atto di responsabilità sorgerebbe.

Lo dice, con la semplicità emblematica del Vangelo, la parabola del Buon Samaritano (Lc 10, 25-37), dove è evidente che la “presa in carico” (letteralmente) di chi soffre ha origine da *un sentire capace di vedere* (“lo vide e ne ebbe compassione”). Tale affermazione comporta che senza una risonanza emozionale, senza un coinvolgimento affettivo di qualche tipo, nessuno si trasformerebbe in un soccorritore, né tanto meno in un terapeuta. Quando percepiamo il bisogno dell’altro come un appello alla nostra responsabilità, è perché il suo bisogno ci appare “sul fondo della nostra comune sorte umana” (Binswanger, 2013, p. 39) e pertanto ci tocca e ci riguarda: intuiamo allora che, in un certo senso, dal suo destino dipende anche il nostro. Si tratta, più che di un ragionamento astratto, di un *sentimento* molto concreto, che in virtù del *valore* che ci rivela, ci obbliga in certo qual modo a farci responsabili.

Ormai parecchi anni or sono, Darley e Batson (1973), affiancando all’analisi del testo evangelico uno studio empirico su un campione di *caregivers*, hanno tentato di individuare le *condizioni situazionali* e le *variabili disposizionali* che possono incidere sulla capacità etica di rispondere al bisogno dell’altro. Dalla loro analisi emergono alcuni elementi che possono in effetti contrastare o indebolire la risposta morale: la fretta, i condizionamenti sociali (il timore del giudizio altrui, ad esempio) e istituzionali (ruoli, norme o confini prestabiliti); ma anche la rappresentazione soggettiva del proprio ruolo professionale e dei valori su cui si fonda, il proprio livello di autonomia e – non ultimo – il grado peculiare sensibilità ed empatia, ovvero l’inclinazione a lasciarsi interrogare dalla sofferenza dell’altro. Soprattutto questi fattori personali paiono decisivi, dal punto di vista pedagogico, in quanto chiamano in causa la formazione deontologica e affettiva dei professionisti. Nondimeno, è indispensabile che accanto alle disposizioni personali si assicurino le condizioni sociali e istituzionali che, altrimenti, potrebbero interferire negativamente con la loro libera espressione (ad esempio: la mancanza di tempo impedisce oggettivamente di esercitare l’ascolto, anche da parte di operatori disponibili ed empatici; il clima giudicante all’interno di un servizio può incidere pesantemente sull’autenticità dei professionisti, nella misura in cui alcuni comportamenti non siano legittimati; e così via).

Sono dunque in gioco, nell’incontro tra chi cura e chi è curato, i sentimenti di entrambi. Sicché, allo sforzo di decentramento e di comprensione del sentire altrui si deve accompagnare un’attenzione ai propri vissuti altrettanto accurata. La relazione di cura, essendo anzitutto un’esperienza intercorporea, attiva i registri della sensibilità e pertanto esige lo sviluppo di una *competenza estetica* da parte del curante (Bruzzone, 2016; Migliorino, 2019; Padoan, 2019), ovvero una capacità di *sentire* e di *sapere come ci si sente* nel contatto con l’altro. L’attitudine personale, tuttavia, non basta: il contesto istituzionale deve a sua volta fornire una cornice entro la quale l’esercizio della sensibilità non venga scoraggiato o, addirittura, stigmatizzato. Il primo obiettivo formativo, dunque, consiste in una vera e propria operazione culturale:

nel riabilitare, cioè, un “sapere dei sentimenti” (Iori, 2009a) che consenta di concepire il coinvolgimento emozionale, in linea di principio, non come un ostacolo, ma come una indispensabile risorsa professionale (Iori, 2007; Bruzzzone, 2017a; Zannini, 2020).

Che gli operatori della cura provino emozioni e sentimenti, del resto, è fuori di dubbio. Il tema è, semmai, a quali condizioni da tali vissuti dipendano la motivazione e la resilienza e in quale misura, invece, ad essi si possano ascrivere sindromi professionali come quelle dell'affaticamento e dell'esaurimento emotivo (Bobbo, 2015). Se per lungo tempo si è pensato che tra le principali cause del *burn-out* vi fossero un alto indice di stress ed un eccesso di coinvolgimento, si è compreso progressivamente che esso può ingenerarsi anche a motivo di un eccesso di distacco e di cinismo. È quando le persone smarriscono la passione e il senso del proprio lavoro che incominciano ad avvertirne il peso. Pare di poter dire, allora, che il fattore di rischio non sia il coinvolgimento emotivo *qua talis*, ma piuttosto l'incapacità o l'impossibilità di esprimere ed elaborare le proprie emozioni, in particolare quelle meno tollerate nei contesti professionali. Questo chiama in causa la responsabilità organizzativa accanto a quella individuale (Maslach, Leiter, 2013): per favorire il benessere di pazienti e operatori occorre, infatti, fornire spazi, tempi e strumenti per aver cura della vita emotiva.

La cultura organizzativa implica sempre una certa “cultura emozionale”, talora in modo inconsapevole: buona parte delle norme scritte e non scritte che regolano la vita di un'organizzazione servono a monitorare e condizionare – talvolta sollecitare, più spesso sopprimere – determinati stati d'animo, in base a un giudizio di valore o di opportunità che può autorizzarne o vietarne l'espressione. Le organizzazioni, addirittura, adottano dispositivi e meccanismi di controllo deputati, a seconda dei casi, a creare un certo clima emotivo o ad anestetizzare la sensibilità. In tal modo, “l'esperienza organizzativa finisce con il produrre educazione o diseducazione sentimentale, con il nutrire o il soffocare la vita dell'anima e del cuore” (Rossi, 2010, p. 27). Occorre pertanto dare “cittadinanza organizzativa all'emozione” (*ibid.*, p. 65) e ciò non può avvenire se l'attenzione alla vita emotiva non conquista spazio, visibilità e consistenza negli investimenti formativi.

4. Emozioni e sentimenti

Alcuni anni fa Zygmunt Bauman, il teorico dell'“amore liquido” (Bauman, 2006), venne intervistato a proposito della sua lunga convivenza con la moglie Janina: come era possibile che un matrimonio durasse così a lungo in un momento storico in cui tutto passa o si trasforma rapidamente? La risposta del sociologo si potrebbe riassumere in un'affermazione lapidaria: “*le emozioni passano, i sentimenti vanno coltivati*” (De Santis, 2012). Questo principio, a ben vedere, contiene una verità fenomenologica fondamentale: le emozioni, essendo risposte reattive a oggetti o eventi determinati e circoscritti, sono per natura transitorie e relativamente superficiali; i sentimenti invece, nella loro

qualità di atteggiamenti più profondi e persistenti nel tempo, hanno bisogno di cure per radicarsi e fiorire.

Nei contesti di lavoro, dunque, occorre consentire alle reazioni emozionali episodiche di “fluire”, evitando i più consueti errori nella gestione delle emozioni: la negazione, la simulazione/dissimulazione, la manipolazione (vedi Bruzzone, 2018). L’emozione trattenuta e inibita ad esprimersi, anziché scorrere, viene bloccata e ristagna, fino ad ingigantirsi e stravolgere la percezione della realtà: è un *ri-sentimento* rischioso, che se non contrastato può tradursi in un lento e inesorabile “autoavvelenamento dell’anima” (Scheler, 2019, p. 3). Il risentimento produce infatti un progressivo distacco dell’emozione dall’oggetto che l’ha determinata (un evento, un luogo, una persona) e una sua generalizzazione: accade così che un’esperienza di disgusto o di rabbia non elaborata degeneri in uno stato di frustrazione permanente e apparentemente immotivata o in un atteggiamento di ostilità e di rifiuto per un’intera categoria di persone o situazioni.

L’atto di reprimere o rimuovere un’emozione ha, peraltro, un effetto perverso:

i contenuti affettivi già anteriormente presenti allo stato di rimozione esercitano una specie di attrazione sull’affetto che sta insorgendo e lo aggregano alla loro massa: così ogni rimozione precedente rende più facile la seguente e accelera l’ulteriore processo di rimozione (Scheler, 2019, pp. 10-11).

Ciò significa che la negazione delle emozioni può diventare un’abitudine malsana, che si autoalimenta e finisce per ingenerare una “*falsificazione dell’immagine effettiva del mondo*” (ivi, p. 19).

Per contrastare questa deriva, è necessario imparare ad esercitare la condivisione delle emozioni. La competenza emotiva incomincia esattamente laddove si sottraggono i vissuti emotivi all’oscurità dell’implicito e del “non detto” e si trovano le parole per nominarli. Si tratta di una abilità che si può apprendere e affinare, anche attraverso gli strumenti della formazione, per contrastare la reticenza delle persone e delle istituzioni a fare delle emozioni un oggetto di lavoro (Bruzzone, Musi, 2007; Iori, 2009b).

D’altro canto, la competenza emotiva non si esaurisce nella capacità di comunicare le *emozioni*, ma richiede la disponibilità ad investire su alcuni *sentimenti* dai quali effettivamente dipende la stessa motivazione lavorativa. Nel caso della cura, vi sono sentimenti che vanno seminati, coltivati pazientemente e custoditi nel tempo: il rispetto, ad esempio, la fiducia, la speranza, e quella gentilezza che “rinascere dalla vita emozionale, e non dalla vita razionale, dalle pascaliane ragioni del cuore, e non dalla cartesiana ragione calcolante” (Borgna, 2013, p. 144). Poiché da queste virtù dipende in buona parte la qualità umana della cura, è importante *riconoscere i sentimenti come atteggiamenti strutturanti l’identità professionale*, affinché la loro educazione entri a pieno titolo a far parte della formazione iniziale e continua degli operatori (Bruzzone, Zannini, 2014; Zannini, D’Oria, 2018).

Chi ne ha qualche esperienza diretta, del resto, sa che la *cura d'altri* esige una costante *cura di sé*, intesa come quella conoscenza di se stessi e quella ricerca della verità senza cui la vita spirituale gradualmente si spegne. Nel quadro di questa esplorazione, perseguire una “autocomprensione affettiva” (Mortari, 2009, pp. 91-122) risulta indispensabile se si vuole cogliere la vita del cuore nei suoi movimenti e nei suoi tumulti, senza limitarsi a subirla passivamente come alcunché di estraneo in noi. Solo la consapevolezza che deriva da questo lavoro permette di appropriarsi di ciò che altrimenti sfuggirebbe e di trasformare il sentire da evento inopinato o addirittura malaccetto in una guida per il pensare e per l'agire responsabile. Chi conosce i propri sentimenti, infatti, si possiede più intimamente; e solo chi si possiede davvero può donare se stesso senza perdersi.

5. Abbozzo di un metodo

La competenza emotiva, naturalmente, non è qualcosa che si possa acquisire istantaneamente e senza fatica. Si tratta di un lavoro che richiede impegno e continuità, in quanto deve poter incidere sul modo di essere di ciascuno e vincere determinate resistenze culturali.

La pedagogia della vita emotiva ha sviluppato ormai diverse tecniche per facilitare la nominazione e l'elaborazione delle emozioni: dal cinema (Iori, 2012) alle arti figurative (Bruzzone, 2017b) al teatro sociale (Tesauro, 2019); dagli strumenti della narrazione e della scrittura autobiografica (Castiglioni, 2016) al variegato spettro delle *medical humanities* (Zannini, 2008). A questi approcci se ne affiancano altri di derivazione psicoterapeutica, come lo psicodramma, il training autogeno, la terapia razionale-emotiva, la bioenergetica, ecc. Ma, al di là dei singoli dispositivi utilizzati e delle loro prerogative particolari, può essere utile rintracciare un *metodo* che offra ai formatori una guida per strutturare in modo efficace situazioni di apprendimento individuale e di gruppo sui temi della vita emotiva.

In base all'esperienza di percorsi formativi ispirati ai principi della fenomenologia e condotti nel corso degli anni in diversi contesti di cura (dall'oncologia alle cure palliative, dalla RSA all'hospice), mi pare di poter dire che il lavoro di acquisizione e affinamento della competenza emotiva si può articolare in diversi momenti:

- *Fase dell'attivazione*: per lavorare sulle emozioni occorre renderle “presenti”. Lo si può fare in modo immediato (per immersione, ad esempio) o, più frequentemente, in modo indiretto (per rimemorazione o immedesimazione o identificazione, ecc.). Si tratta di una fase essenziale per produrre il materiale di lavoro, che per definizione non può essere astratto o generico, ma deve avere la concretezza e la consistenza del vissuto.
- *Fase dell'espressione*: la prima forma di autoappropriazione e di elaborazione dei vissuti emotivi consiste nel trovare i modi per “dirli”. Si può

suggerire all'uopo l'utilizzo di immagini, metafore, gesti o parole. Essenziale è la ricerca della modalità espressiva che descriva più accuratamente ciò che si prova. In tal modo si realizza un primo passaggio cruciale: dall'essere *soggetti a* un'emozione (subita) all'essere *soggetti di* un'emozione (comunicata).

- *Fase della riflessione*: coincide con l'elaborazione propriamente detta, in cui si analizza il significato di una determinata esperienza emozionale e si tenta di comprendere perché si sia verificata e quali ne siano state le conseguenze. È la fase più "razionale" del processo, in cui si cerca di favorire l'autodistanziamento e l'esplorazione cognitiva di un dato di carattere emotivo.
- *Fase del consolidamento*: consiste nel favorire l'esercizio di modalità empiriche di elaborazione, comunicazione e gestione delle emozioni, in modo da consolidare l'acquisizione di abilità e abitudini la cui efficacia si protragga oltre i confini del setting formativo. In questo senso, si possono sperimentare modalità (tramite simulazioni o role play), fornire strumenti (il quaderno delle emozioni o altri) e, possibilmente, verificarne la tenuta e la ricaduta a distanza di tempo (ad esempio attraverso momenti di follow up, supervisione o altre forme di monitoraggio). Questa fase di "ritorno all'esperienza" dà compimento a quella transizione dalla passività radicale all'autonomia relativa, che permette alle persone di non sentirsi semplicemente "in balia" dei propri stati d'animo, ma di avere strumenti per comprenderli e orientarli.

Sentire, essenzialmente, "significa *essere coinvolti in qualche cosa*" (Heller, 2017, p. 25). La misura del nostro coinvolgimento tende al minimo quando siamo (o diventiamo) sostanzialmente *indifferenti* a ciò che sperimentiamo. Ciò si verifica quando, ad esempio, l'agire quotidiano decade allo stato di pura routine, allorché la ritualità dei gesti consueti intorpidisce la sensibilità e allenta l'attenzione, o quando il senso e il valore delle pratiche di cura viene offuscato dalla loro apparente banalità. Ma può avvenire anche quando l'organizzazione in cui operiamo inizia ad assegnare valore esclusivamente a parametri oggettivi (evidenze, numeri, costi, misurazioni) sottraendo dignità a quelli essenzialmente soggettivi e inter-soggettivi (vissuti e relazioni).

Da questo punto di vista, la formazione alla competenza emotiva ha un obiettivo molto chiaro: evitare, cioè, il dilagare dell'apatia e dell'indifferenza e scongiurare il pericolo che, in assenza di strumenti per elaborarli, emozioni e sentimenti vengano estromessi dai contesti professionali. A ben vedere, il lavoro sulle emozioni ha perfino un'ambizione più alta: fare in modo che il lavoro di cura non smarrisca "l'anima" che lo contraddistingue. Perché, come il genio poetico di Wislawa Szymborska (2009, p. 51) dice in un singolo verso:

*L'anima la si ha ogni tanto.
Nessuno la ha di continuo
e per sempre.*

Nota bibliografica

- Alastra V. (ed.) (2019). *Narrazioni che disegnano mondi. Vivere la complessità fare la differenza*. Lecce-Brescia: Pensa MultiMedia.
- Anfossi M., Verlatto M.L., Zucconi V. (2008). *Guarire o curare? Comunicazione ed empatia in medicina*: Bari: La Meridiana.
- Bauman Z. (2006). *Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi*. Roma-Bari: Laterza.
- Binswanger L. (2013). *La psichiatria come scienza dell'uomo*. Milano: Mimesis.
- Bobbo N. (2009). *La persona e il suo vissuto nell'esperienza di malattia: l'approccio educativo*. Padova: CLEUP.
- Bobbo N. (2015). *La fatica della cura. Dalla compassion fatigue alla compassion satisfaction*. Padova: CLEUP.
- Bodei R. (2003). *Geometria delle passioni*. Milano: Feltrinelli.
- Bonadonna G., Bartoccioni S., Sartori F. (2006). *Dall'altra parte*. Milano: BUR.
- Borgna E. (2013). *La dignità ferita*. Milano: Feltrinelli.
- Bruzzone D. (2016). *L'esercizio dei sensi. Fenomenologia ed estetica della relazione educativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Bruzzone D. (2017a). La competenza emotiva: una indispensabile risorsa professionale. In S. Kanizsa, A.M. Mariani (eds.), *Pedagogia generale* (pp. 147-164). Milano: Pearson.
- Bruzzone D. (2017b). La cura nello sguardo. Arti figurative e scrittura. In L.M. Napolitano Valditara (ed.), *Espressioni di cura. Medicina narrativa in oncologia - V edizione* (pp. 56-64). Aviano: Centro di Riferimento Oncologico.
- Bruzzone D. (2018). Benessere emotivo e ricerca di senso nei contesti lavorativi: percorsi di formazione attraverso il cinema. In L. Fabbri (ed.), *Educare gli affetti. Studi in onore di Bruno Rossi* (pp. 126-139). Roma: Armando.
- Bruzzone D., Iori V. (2005). Un altro modo di scrivere d'amore: il noi della cura. *Adulthood*, 21, pp. 37-57.
- Bruzzone D., Musi E. (eds.) (2007). *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*. Milano: Guerini.
- Bruzzone D., Zannini L. (eds.) (2014). Dossier su "Prospettive fenomenologiche della cura di sé nella formazione continua dei professionisti della salute". *Encyclopaideia. Journal of Phenomenology and Education*, 39.
- Castiglioni M. (2016). *La parola che cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Charon R. (2019). *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cocco G., Tiberio A. (2005). *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito sociosanitario*. Milano: FrancoAngeli.
- Contini A. (2010). *Il dolore e l'incontro*. Recco: Le Mani.
- Costa V., Cesana L. (2019). *Fenomenologia della cura medica. Corpo, malattia, riabilitazione*. Brescia: Scholé.
- Darley J.M., Batson D. (1973). "From Jerusalem to Jericho": A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, pp. 100-108.
- De Santis R. (2012). Bauman: "Le emozioni passano, i sentimenti vanno coltivati". *La Repubblica*, 20 Nov. 2012. https://www.repubblica.it/robinson/2018/08/09/news/bauman_le_emozioni_passano_i_sentimenti_vanno_coltivati_-203757856/ (ultima consultazione: 29 febbraio 2020)

- Gomasasca P. (2007). *La ragione negli affetti. Radice comune di logos e pathos*. Milano: Vita e Pensiero.
- Heller A. (2017). *Teoria dei sentimenti*. Roma: Castelvecchi.
- Iori V. (2007). Le emozioni non sono una interferenza. Come difendere un'intelligenza del cuore nel lavoro di cura. *Animazione sociale*, 6/7, pp. 10-18.
- Iori V. (aed.) (2009a). *Il sapere dei sentimenti. Fenomenologia e senso dell'esperienza*. Milano: FrancoAngeli.
- Iori V. (ed.) (2009b). *Quaderno della vita emotiva. Strumenti per il lavoro di cura*. Milano: FrancoAngeli.
- Iori V. (ed.) (2012). *Guardiamoci in un film. Scene di famiglia per educare alla vita emotiva*. Milano: FrancoAngeli.
- Jaspers K. (1982). *La mia filosofia*. Torino: Einaudi.
- Kanizsa S. (1999). *L'ascolto del malato. Problemi di pedagogia relazionale in ospedale*. Milano: Guerini.
- Kuhse H. (2000). *Prendersi cura. L'etica e la professione infermieristica*. Torino: Edizioni di Comunità.
- Maslach C., Leiter M.P. (2013). *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Trento: Erickson.
- Migliorino N. (2019). *Il sentire espressivo. Verso un'estetica dell'esperienza terapeutica*. Padova: CLEUP.
- Mortari L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori.
- Mortari L. (2009). *Aver cura di sé*. Milano: Bruno Mondadori.
- Padoan S. (2019). *Senza toccarne l'ombra. Estetica ed etica della cura per i professionisti della salute*. Roma: Alpes.
- Papa A. (2014). *L'identità esposta. La cura come questione filosofica*. Milano: Vita e Pensiero.
- Rossi B. (2010). *Lavoro e vita emotiva. La formazione affettiva nelle organizzazioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Scheler M. (2019). *Il risentimento*. Milano: Chiarelettere.
- Szymborska W. (2009). *Attimo*. Milano: 24 ORE.
- Tesaro T. (2019). *Trame. Il teatro sociale e la formazione degli operatori socio-sanitari*. Milano: FrancoAngeli.
- Venturino M. (2016). *Che cosa sognano i pesci rossi*. Milano: Mondadori.
- Viafora C., Zanotti R., Furlan E. (eds.) (2007). *L'etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Von Weizsäcker V. (1990). *Filosofia della medicina* (a cura di T. Henkelmann). Milano: Guerini.
- Zannini L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Zannini L. (2020). Le emozioni nel lavoro di cura. In D. Bruzzone, E. Musi (eds.), *Aver cura dell'esistenza. Studi in onore di Vanna Iori* (pp. 243-251). Milano: FrancoAngeli.
- Zannini L., D'Oria M. (eds.) (2018). *Diventare professionisti della salute e della cura. Buone pratiche e ricerche*. Milano: FrancoAngeli.