

Fragilità, *compassion fatigue* e burnout negli operatori in salute mentale. L'importanza della formazione alla cura della vita emotiva¹

Frailty, *compassion fatigue* and burnout in mental health professionals.

The importance of educating to care for the emotional life

Lucia Zannini

Associate Professor of Education | Department of Biomedical Sciences for Health | University of Milan (Italy) | lucia.zannini@unimi.it

Katia Daniele

PhD Candidate in Education in Contemporary Society | "Riccardo Massa" Department of Human Sciences for Education | University of Milan Bicocca (Italy) | katia.daniele@unimi.it

Professionals provide patients with mental health care mainly through the relationship, which sometimes elicits very intense and destabilizing emotions and feelings. Burnout and compassion fatigue can therefore occur, especially in those who, as the social workers, are in close and constant contact with patients. Compassion fatigue involves reducing the ability of the professional to be empathetic or to stay connected with the patient's grief. On the other hand, according to the literature, perceived quality of meetings and training, in addition to perception of an absence/reduction of risks for the future, seem to be the main factors that influence professionals' satisfaction. Interventions to prevent/reduce burnout and compassion fatigue largely fall within the sphere of awareness and the meaning making process. The latter is mainly pursued through storytelling and writing, which are fundamental strategies in training healthcare professionals to self-care.

Key words

burnout, compassion fatigue, education, emotional life, mental health professionals

Il lavoro in salute mentale viene svolto dai professionisti principalmente attraverso la relazione, che suscita emozioni e sentimenti, a volte molto intensi e destabilizzanti. Possono pertanto insorgere problemi di burnout e compassion fatigue, soprattutto in chi, come gli educatori, sono a stretto e costante contatto con gli utenti. Questa fatigue comporta la riduzione della capacità da parte del professionista di essere empatico o di con-dividere la sofferenza dell'utente. Di contro, fattori che impattano sulla soddisfazione dell'operatore sono, secondo la letteratura, la qualità percepita delle riunioni, la formazione e la percezione di una assenza/riduzione di rischi per il futuro. Gli interventi per prevenire/contrastare il burnout la compassion fatigue rientrano in gran parte nella sfera della consapevolezza e della ricerca di senso. Quest'ultima viene perseguita anche e soprattutto attraverso la narrazione e la scrittura, che sono strategie fondamentali della formazione alla cura di sé degli operatori sanitari.

Parole chiave

burnout, compassion fatigue, formazione, professionisti della salute mentale, vita emotiva

- 1 Il presente lavoro è frutto di un lavoro congiunto delle autrici, che ne hanno discusso insieme ogni sua parte. A titolo puramente formale, il paragrafo 1 e 2 sono da attribuire a Katia Daniele, mentre il paragrafo 3 a Lucia Zannini, che è responsabile della supervisione finale del dattiloscritto.

1. La complessità del lavoro di cura in salute mentale

Che cosa significa per le professioni educative lavorare nei servizi di salute mentale? È da questa domanda che si vuole partire per cercare di spiegare la complessità che caratterizza questo ambito di lavoro. Una complessità che ritroviamo già nel primo tentativo di dare una risposta a tale quesito. Rispondere a questa domanda significa, infatti, immergersi nelle esperienze di diversi professionisti che provengono da storie e motivazioni sfaccettate, da servizi differenti, da formazioni diverse; professionisti, spesso, nati già in un'epoca in cui si parla di salute mentale, di educazione e di riabilitazione; in altri casi, professionisti che hanno iniziato a lavorare in un'epoca in cui non esisteva ancora una visione bio-psico-sociale del lavoro in psichiatria, ma solo il concetto di terapia medica o, peggio, di internamento e isolamento, nonché di intrattenimento (Saraceno, 1995; Delle Fave, Bassi, 2013).

Ovviamente, ogni professionista ha la sua storia, ma alcune caratteristiche del lavorare in salute mentale accomunano tanti operatori; innanzitutto, elemento comune è far parte di quella categoria di lavoratori definiti *helping professions*, ossia professionisti che hanno come obiettivo principale offrire aiuto a persone che ne hanno bisogno (Delle Fave, Bassi, 2013). Ciò presuppone necessariamente che la prima caratteristica fondamentale ad accomunare i professionisti che lavorano nel campo della salute mentale sia la relazione, che si traduce in fondamentale strumento di lavoro (Ba, 2003a). Lavorare anche e soprattutto mediante la relazione implica reciprocità tra l'operatore e l'utente e, quindi, una componente emotiva molto alta che il professionista inevitabilmente mette in campo. Questo vuol dire anche che il lavoro degli operatori, e nello specifico degli educatori, è costantemente accompagnato da emozioni, da quelle più o meno espresse dagli utenti a quelle generate nell'operatore dal contesto o dalla diretta relazione col paziente (Iori, 2006; Zannini, 2020).

Lavorare in salute mentale, dunque, ha diverse implicazioni. Comporta, anche secondo la nostra esperienza, conoscere storie uniche che sicuramente arricchiscono la vita del professionista; si tratta di storie in cui, tuttavia, c'è ancora "tanto passato" e molto spesso poca visione del futuro; significa confrontarsi quotidianamente con la sofferenza e con la violenza auto ed eteroinflitta dal paziente; vuol dire lavorare con il costante senso di frustrazione, dovuto al fatto che il proprio lavoro non sia in grado di portare alcun cambiamento, o comunque, a un miglioramento diretto e immediato nella vita del paziente. Secondo molti, infatti, lavorare in salute mentale richiede acquisizione di consapevolezza sul fatto che i propri utenti non guariranno mai, facendo riferimento all'accezione comune del termine "guarire" (Palmieri, Gambacorti-Passerini, 2019). In tale contesto, l'operatore, giorno dopo giorno, lotta, infatti, tra la cognizione di non poter fare di più di quello che ha fatto e il convincimento di non avercela fatta. Rispetto ad altri ambiti di cura e riabilitazione, poi, il proprio lavoro non può essere "dimostrato" concretamente e non produce immediatamente, o alcune volte affatto, dei miglioramenti; questi, comunque, non sono misurabili, come invece accade in

altri ambiti della medicina (Augelli, 2015). Inoltre, quando questi cambiamenti avvengono, essi molto spesso sono quasi impercettibili e instabili e, comunque, mai lineari (Palmieri, Gambacorti-Passerini, 2019).

L'operatore dovrebbe cercare, dunque, di accettare la "non guaribilità" dei pazienti con problemi di salute mentale e mettersi in una posizione di attesa, senza forzare e pretendere un miglioramento, anche quando è convinto che esso sia possibile e "semplice" da ottenere; dovrebbe, quindi, astenersi dal giudizio e accompagnare l'utente nell'affrontare le proprie emozioni; dovrebbe creare le condizioni affinché tali cambiamenti possano avvenire, ma deve saperli attendere e saper accettare i frequenti fallimenti (Charmet, Savuto, 2001; Zannini, 2001).

Anche e soprattutto in questo complesso ambito di cura, gli operatori sono costantemente chiamati a svolgere un "lavoro emotivo" (*emotional labour*) (Zannini, 2020). Esso richiede, in prima istanza, l'imparare ad accogliere la paura di non potercela fare, per non rischiare – negando la conseguente impotenza – di trasformarla in irrigidimento del proprio ruolo e in prescrizioni di "regole assolute".

Per converso, il professionista deve anche riuscire a non arrendersi alla "strada più facile" del cedere a ogni richiesta dell'utente, ma deve saper negoziare costantemente bisogni dell'utente e obiettivi riabilitativi (Charmet, Savuto, 2001).

In questa situazione di grande incertezza, avere un fine e dare senso a tutto quello che si fa è fondamentale, per non ridurre il lavoro in ambito della salute mentale a "mero intrattenimento" (Saraceno, 1995). L'operatore dovrebbe, inoltre, saper gestire le continue provocazioni di alcuni utenti, che nient'altro sono che un modo di metterlo alla prova e, forse, l'unico modo conosciuto da quegli utenti di relazionarsi all'altro, trasformando questi interventi oppositivi nell'incipit per l'avvio di una comunicazione, che è al cuore del processo di cura (Charmet, Savuto, 2001).

Oltre che sulla comunicazione, il lavoro in salute mentale è fortemente basato sulla materialità della quotidianità. Lavorare nei servizi di salute mentale significa, infatti, lavorare con e nella quotidianità degli utenti (Charmet, Savuto, 2001, Palmieri, Prada, 2008). Una quotidianità vissuta maggiormente da figure professionali quali educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica – che fanno di essa il proprio campo d'azione – ma anche da infermieri, che, seppur con funzioni assistenziali, più che riabilitative, trascorrono molto tempo insieme agli utenti. Tale quotidianità è vissuta, invece, solo in parte da figure professionali quali psichiatra e psicologo, il cui lavoro, nel primo caso, è più imperniato sulla diagnostica e sulla terapia farmacologica, oltre che caratterizzato da colloqui individuali, mentre, nel secondo caso, su terapie specifiche, individuali o di gruppo (Palmieri, Gambacorti-Passerini, 2019).

I servizi di salute mentale sono, infatti, caratterizzati da una costitutiva multi-professionalità. In questo contesto è fondamentale, più che in altri ambiti, il lavoro d'*équipe*, affinché il percorso terapeutico dell'utente sia considerato nella sua globalità e basato sulla distinzione dei compiti, ma, allo stesso tempo, sulla complementarietà delle diverse figure professionali. Un'*équipe*

deve saper comunicare, collaborare, integrarsi per poter svolgere un buon lavoro multi-professionale, per essere, in tal modo, una risorsa fondamentale per il paziente *in primis*, ma anche e soprattutto per gli stessi componenti dell'équipe. Il lavoro multi-professionale diviene, invece, un ostacolo quando si iniziano ad avere atteggiamenti onnipotenti, quando vengono proiettati sugli altri i fallimenti, quando non vi è il riconoscimento della specificità delle diverse figure professionali, quando non vi è simmetria e partecipazione tra/di tutti i componenti (Ba, 2003a; Gambacorti-Passerini, 2016).

È in questo contesto, così complesso, che sindromi da lavoro stress-correlato, quali burnout e *compassion fatigue*, hanno terreno fertile per svilupparsi e inficiare il lavoro di cura.

2. Burnout e *compassion fatigue* in chi opera in contesti psichiatrici

La qualità della vita lavorativa è caratterizzata da molteplici fattori, tra cui quelli ambientali/organizzativi – come la sicurezza, l'autonomia –, ma anche da componenti individuali e psicologiche, come l'autoefficacia, l'autostima; che inevitabilmente vanno a influenzare la soddisfazione e la qualità della vita extra-lavorativa (Delle Fave, Bassi, 2013). Nell'ambito delle professioni di cura, e soprattutto in ambito psichiatrico, molte di queste dimensioni vengono trascurate e spesso questa incuria si traduce in un dover essere, che da Delle Fave viene definito “credenza comune”, ossia la concezione per cui “[...] l'operatore debba essere dotato di spirito di sacrificio, nonché porre al primo posto gli altri e il loro benessere” (2013, p. 199). Tale credenza “sacrificale” sembra essere confermata anche da scelte economiche e politiche caratterizzanti la nostra società, ossia i continui tagli di finanziamento e la riduzione del personale nei servizi psichiatrici, nonostante le crescenti richieste ed esigenze da parte dell'utenza (Manna, 2018).

Il benessere del lavoratore e l'attenzione alle sue esigenze e ai suoi diritti, anche e soprattutto in ambito psichiatrico, sembrano venir così trascurati, come anche, di conseguenza, il benessere di un intero servizio. È noto, infatti, come la soddisfazione e il benessere dell'operatore incida sulla soddisfazione e sulla salute del paziente, come altresì sulla produttività lavorativa (Rössler, 2012).

Tali condizioni, insieme alle altre descritte in parte nel paragrafo precedente, contribuiscono all'aumento di stress lavorativo che può sfociare in situazioni più gravi e allarmanti. Come è noto, uno dei possibili effetti è il burnout, ossia, “[...] una reazione conseguente all'esposizione prolungata a fattori di stress di carattere emotivo e interpersonale sul lavoro” (Delle Fave, Bassi, 2013, p. 200), contraddistinta principalmente da tre caratteristiche, ossia esaurimento emotivo, depersonalizzazione/spersonalizzazione e ridotta reattività personale (Maslach et al., 1996).

Molti studi in letteratura, soprattutto internazionale, trattano maggiormente il burnout in relazione ad alcune professioni, quali lo psichiatra, lo psicologo, l'infermiere; meno si trova sugli “altri” operatori della salute men-

tale, come educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica, che, come è stato sopra evidenziato, sono coloro che trascorrono più tempo con gli utenti, lavorando “con” e “dentro” la loro quotidianità. Inoltre, studi che indagano il problema del burnout nelle altre professioni della salute mentale utilizzano la dicitura di *social workers*, che può riferirsi agli educatori, ma anche agli assistenti sociali e ai terapisti occupazionali, rendendo in tal modo difficile confrontare diversi contesti e professioni (Di Mattei et al., 2004). Come ipotizzabile, solo in alcuni studi condotti in Italia sul suddetto tema (Rossi et al., 2012; Cetrano et al., 2017) viene specificata nel campione studiato anche la presenza delle due sopracitate figure professionali (educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica), pur sempre, però, come semplice descrizione dei partecipanti e non con l’obiettivo di comparare i diversi profili in relazione al problema del burnout.

Facendo riferimento a questi due studi, oltre alla dimensione del burnout, viene approfondita un’ulteriore condizione derivante da stress lavorativo, ossia la *compassion fatigue*. Essa viene definita come la riduzione della capacità da parte del professionista di essere empatico o di con-dividere la sofferenza dell’utente (Figley, 2002). Si può, dunque, dedurre da questa definizione la gravità, per un operatore che opera in salute mentale, che lavora quindi soprattutto mediante la relazione, di sviluppare una sindrome, come la *compassion fatigue*, che diventa così invalidante per poter continuare a svolgere la propria professione.

A differenza del burnout, che presuppone una esposizione prolungata a una certa situazione di stress sul lavoro, la *compassion fatigue* può emergere all’improvviso, anche solo dall’esposizione a un singolo evento traumatico (Rossi et al., 2012). Non a caso, infatti, troviamo maggiormente correlata questa sindrome a settori di cura nei quali gli operatori sono impegnati in eventi critici, ma anche in ambito pediatrico, dove la sofferenza e la morte di un bambino possono provocare costante frustrazione e conseguente distacco emotivo (Bobbo, 2015).

Tuttavia, anche in ambito psichiatrico la *compassion fatigue* viene riconosciuta come rischio per i professionisti; si pensi, infatti, agli operatori che assistono al suicidio di un paziente o anche ad atti di violenza auto-inflitta o, ancora, all’ascolto continuo di storie di sofferenza e di violenza. Una revisione della letteratura (Turgoose, Maddox, 2017) ha evidenziato alcuni elementi che sembrerebbero facilitare lo sviluppo di tale sindrome nei professionisti della salute mentale, tra cui traumi precedenti, nella loro vita, e il carico di lavoro elevato. Gli eventi negativi della vita del professionista e la complessità del lavoro sono stati considerati come fattore di rischio anche nello studio di Rossi et al. (2012), per quello che riguarda il primo aspetto, e nello studio di Cetrano et al. (2017), per il secondo. Altri fattori, evidenziati da Cetrano et al. (*ibidem*), associati a tale sindrome, ma anche al burnout, sono problemi di natura organizzativa (tra cui venivano considerati, l’inadeguatezza degli spazi di lavoro, ma anche il rischio di aggressioni), l’impatto del lavoro sulla vita, la fiducia da parte dei responsabili e dei colleghi, la qualità percepita delle riunioni d’*équipe* e i rischi avvertiti per il futuro lavorativo. Altri fattori

di rischio rilevati solo per il burnout sono stati, invece, la ridotta autonomia, la scarsa partecipazione, il ridotto coinvolgimento negli impegni organizzativi e la percezione di una remunerazione insufficiente (*ibidem*).

In una revisione della letteratura, di studi svolti in Inghilterra, riguardante il burnout nei *social workers* operanti in ambito psichiatrico, oltre ad alcuni fattori già emersi, e sopra citati, come il carico di lavoro, sono stati evidenziati altri aspetti come la mancanza di supporto sociale e il conflitto/ambiguità di ruolo (Coyle et al., 2017). L'ambiguità di ruolo è un tema delicato e molto presente in ambito psichiatrico, soprattutto per quello che riguarda le professioni educative e riabilitative (Gambacorti-Passerini, 2016), che spesso in letteratura sono genericamente presentate come *social workers*.

Tale ambiguità, secondo la nostra esperienza, potrebbe derivare, oltre che da una carenza di personale – e quindi da una riduzione di tali figure nei servizi –, anche da un fattore culturale, ossia dalla concezione comune per cui educare e riabilitare in ambito psichiatrico sia un “sapere” e un “saper fare” innato e di molti, che quindi può essere sostituito da altri operatori sanitari senza un’adeguata formazione. Quanto appena precisato non vuole ridursi a una critica volta all’esclusione dalle funzioni educative e riabilitative di altre figure professionali, anzi, al contrario, significa voler tendere a un’integrazione delle diverse competenze per poter svolgere al meglio un lavoro multi-professionale, quindi non per carenze organizzative, ma per un’esigenza dell’aver cura degli utenti ad ampio spettro (Ba, 2003b; Gambacorti-Passerini, 2016).

L'ambiguità di ruolo, come anche la sensazione che il proprio lavoro non sia sufficientemente valorizzato, elemento emerso in altri studi (Evans et al., 2006), sembrerebbe essere una variabile molto collegata alla terza dimensione del burnout, ossia alla ridotta realizzazione personale, che fa riferimento alla riduzione nell’operatore del senso di competenza, di inadeguatezza professionale, di produttività sul lavoro (Delle Fave, Bassi, 2013).

Altro tema importante evidenziato nello studio di Coyle et al. (2017), come rischio per il burnout, è il mancato supporto sociale da parte di familiari ma anche dei colleghi. Esso viene indicato nella revisione di Rössler (2012) come risorsa per gestire problematiche o eventi traumatici al lavoro; ciò in linea con la concezione per cui le relazioni e il sostegno altrui contribuiscono alla fiducia e alla promozione del benessere dell’individuo (Delle Fave, Bassi, 2013).

Ulteriori fattori protettivi per lo stress sul lavoro, che contribuiscono alla soddisfazione lavorativa, sembrerebbero essere la varietà di compiti, un coinvolgimento attivo nell’organizzazione, avere un carico di lavoro gestibile; altri fattori di protezione più “soggettivi”, ma pur sempre collegati ai primi, sono: avere una buona autostima e avere un atteggiamento positivo verso i superiori (Rössler, 2012). Fattori associati a quella che viene definita *compassion satisfaction*, ossia la soddisfazione di prendersi cura degli altri, considerata come fattore controbilanciante la *compassion fatigue* (Cetrano, 2017) e il burnout (Rossi et al., 2012), sono, invece, la qualità percepita delle riunioni, la formazione degli operatori e l’assenza di rischi per il futuro (Cetrano, 2017).

Dagli studi menzionati finora, quello che si rileva è sicuramente la presenza sia di dimensioni e attitudini “personali” e “interne” sia di dimensioni “interpersonali” ed “esterne” (queste ultime maggiormente rilevate per il burnout) nello sviluppo di disturbi negli operatori che operano in salute mentale, come anche l’evidenziazione di alcuni fattori protettivi per la loro riduzione e prevenzione.

Bisogna, infatti, tenere sempre presente che la qualità del lavoro non “dipende” soltanto dal soggetto, dalla sua personalità, ma anche dalle molte variabili che lo circondano. Lavorare su problemi quali burnout e *compassion fatigue* significa, infatti, lavorare sia con l’individuo, ma anche e soprattutto con e sui contesti lavorativi, non solo per “curarne” le difficoltà, ma specialmente per cercare il più possibile di prevenire l’insorgenza di problemi.

La considerazione e attivazione dei servizi di salute mentale su queste problematiche non sembra un intervento collaterale e accessorio: lavorare per garantire il benessere bio-psico-sociale dei professionisti in generale, ma soprattutto di coloro per i quali il benessere bio-psico-sociale dei propri pazienti è la propria *mission*, dovrebbe essere considerato necessario e prioritario.

3. Aver cura della vita emotiva di chi opera in salute mentale: il ruolo della formazione

Anche se sembra paradossale, poca attenzione viene data alla emotività e al benessere degli operatori che lavorano nei servizi di salute mentale, come anche evidenziato in letteratura (Morse et al. 2012). Non occuparsi delle emozioni dei professionisti della salute mentale significa, innanzitutto, non occuparsi di risorse cruciali dei suddetti operatori. Il riconoscere le proprie emozioni, siano esse positive o negative, e saperle incanalare nella giusta direzione costituisce, infatti, un vero e proprio strumento per gestire le relazioni, risolvere ed affrontare situazioni e problemi, anche e soprattutto, crediamo, in salute mentale (Iori, 2009a).

Molto spesso, negli ambienti di cura e riabilitazione, le emozioni, soprattutto quelle negative, sono però viste come un qualcosa da evitare, da negare, da nascondere; come un qualcosa di soggettivo, legato esclusivamente alla sfera personale e privata, che, come tale, deve tenersi fuori dalla vita lavorativa (Sità, 2006).

Se trascurate, però, le emozioni dei professionisti che lavorano in salute mentale, da potenziali risorse possono diventare dei potenziali ostacoli nel lavoro di cura e riabilitazione, di cui pazienti e famiglie hanno pienamente diritto di beneficiare. Infatti, quando la reazione alle emozioni è, come nel caso del burnout e della *compassion fatigue*, il distacco da esse, tutto il lavoro terapeutico-riabilitativo ne risente pesantemente. Non prestare ascolto alle proprie emozioni significa, infatti, non poter prestare ascolto alle emozioni altrui (Iori, 2009a; Riva, 2020). Piuttosto che negare le proprie emozioni, allora, quello che bisognerebbe fare è imparare a riconoscerle, comprenderle e

lavorare attraverso esse. Questo un compito cruciale, innanzitutto, della formazione di base di chi si occuperà di educazione/riabilitazione, che deve sviluppare

[...] una capacità di auto-osservazione e di presa di consapevolezza delle problematiche e delle difficoltà che costituiscono l'esperienza soggettiva delle emozioni e degli affetti da parte di tutti – educatori e utenti (Riva, 2020, p. 253).

Dalla letteratura si evidenzia come, tra gli interventi individuali sul burnout, quelli che sembrano aver dato maggiori effetti positivi sono per lo più interventi cognitivo-comportamentali di terza generazione, come le tecniche di *mindfulness*; inoltre, viene suggerita l'implementazione di programmi, a livello individuale e organizzativo, di prevenzione dello stress sul lavoro per sviluppare attitudini positive, come programmi per implementare il senso di gratitudine, di realizzazione e di significatività del lavoro (Morse et al., 2012). Notiamo come questi interventi, seppur di stampo psicologico, rientrano nella sfera della consapevolezza e della ricerca di senso, oltre che nella doppia dimensione, individuale e organizzativa. E la ricerca di senso, anche e soprattutto attraverso la narrazione e la scrittura (attivate anche in connessione a testi letterari, filmici pittorici) è uno degli obiettivi fondamentali della formazione alla cura di sé degli operatori sanitari (Demetrio, 1995; Bruzzone, 2007; Zannini, 2008; Demetrio, 2012, Castiglioni, 2014).

Arriviamo, dunque, all'ultima domanda di questo scritto, ossia: come la formazione può intervenire per aver cura dei professionisti che lavorano in salute mentale? Ci pare che la risposta primaria sia: fornendo strumenti per lavorare sulla consapevolezza, in primis quella di essere parte dell'organizzazione. Partire da questo punto significa partire dalla concezione per cui anche i vissuti dei professionisti, “[...] la cura di sé, del pensiero, della vita emotiva, la cura della parola e del punto di vista dell'altro, la ricerca di nuovi significati” sono parte dell'organizzazione (Sità, 2006, p. 235); un'organizzazione, un contesto in cui gli operatori dovrebbero avere l'opportunità di trovare spazio per la condivisione e la comprensione reciproca.

Un contesto in cui riflettere, dunque, sul significato del proprio lavoro, anche nelle sue dimensioni più ambigue e subdole, come per esempio

[...] il proprio egocentrismo e narcisismo, i propri bisogni di sedurre e di esercitare il potere [nei confronti degli utenti psichiatrici] con modalità risarcitorie e di riscatto, rispetto a un passato in cui si era deboli, fragili e in posizione di dipendenza (Riva, 2020, p. 257).

Diversi sono gli strumenti per fare ciò; per esempio, quelli presentati nel testo di Vanna Iori *Quaderno della vita emotiva* (2009b), che riguardano anche i suddetti elementi protettivi e che potrebbero essere trasferiti e implementati nella pratica professionale degli operatori che lavorano nei servizi di salute mentale.

Esercizi di scrittura, di narrazione per dare un nome ai propri vissuti si

rivelano come il primo passo per prenderne consapevolezza (Iori, 2009c); è, inoltre, il primo passo per legittimarne l'esistenza, non solo a se stessi, ma anche agli altri, che, forse, potranno così scoprire, di poter chiamare allo stesso modo emozioni che è normale provare nella propria pratica professionale, soprattutto nei contesti di salute mentale. Si inizia così a condividere i propri vissuti, che rimangono sì soggettivi, ma aperti al mondo esterno. Oltre a dare un nome ai propri vissuti, è importante dare a essi un volto, mediante magari delle immagini, delle forme, degli oggetti, delle metafore, cui associare delle esperienze in diversi contesti, situazioni e tempi; immagini, forme, oggetti e metafore, in cui anche altri partecipanti possono rispecchiarsi e ritrovarsi (Iori, 2009c; Zannini, 2020).

Raggiungere la consapevolezza delle proprie emozioni significa anche dare a esse uno spazio e un tempo, fisico ed emotivo; significa fermarsi a riflettere su quello che accade nella pratica professionale, per far sì che il sentire possa diventare sapere (Mortari, 2013); per far sì che le emozioni diventino risorse e non degli ostacoli nel lavoro di cura. Anche in questo caso, al lavoro soggettivo si associa un lavoro intersoggettivo. Esercizi di riflessione sul tempo e sugli spazi dedicati alle proprie emozioni e vissuti, ma anche alle proprie fragilità, e su quali sono gli ostacoli che lo impediscono, sono utili per iniziare a dare a esse la giusta importanza, spazio e tempo; inoltre, condividere tali riflessioni e interrogarsi insieme ai propri colleghi può far emergere un significato nuovo delle proprie esperienze, da cui, magari, poter imparare (Iori, 2009c).

Anche ricordare la propria storia professionale significa tentare di dare voce ai vissuti, alle motivazioni che hanno portato l'operatore a intraprendere una certa strada e quindi a comprendere maggiormente il presente. È anche grazie ai ricordi, infatti, che si può dare senso al presente. Esercizi che permettono di guardare al passato, magari partendo da oggetti simbolici che possono aiutare a ricostruire varie tappe professionali, consentono al professionista di rammentare sicuramente i tanti ostacoli e momenti critici, ma anche le difficoltà superate, i motivi di soddisfazione professionale e la motivazione che ha portato l'operatore della salute mentale a scegliere di prendersi cura degli altri in questo ambito (Musi, 2009).

Quest'ultimo punto ci riconduce a un'altra necessità, ossia il prendere consapevolezza della ricaduta che eventi personali e professionali possono avere rispettivamente nella vita professionale e personale. Forte, a questo proposito è l'immagine che ritroviamo nel suddetto testo (Augelli, 2009), ossia dei vasi comunicanti in cui viene chiaramente esplicitata la diretta correlazione tra la cura dell'altro, la cura della comunità e la cura di sé. Riflettere su questo rapporto significa riflettere sull'importanza dell'equilibrio che deve intercorrere tra queste tre dimensioni. Non si può, infatti, pensare e pretendere che la cura dell'altro sia sconnessa dalla cura di se stessi e, di conseguenza, dalla cura della comunità (Formenti, 2009). Una sana organizzazione dovrebbe, infatti, saper creare degli spazi, dei contesti di dialogo, di fiducia, di cooperazione, in cui l'operatore può sentirsi legittimato a esprimere i propri bisogni e a far valere quelli che crede siano i propri diritti.

A tal proposito, un esercizio proposto (Musi, 2009) è quello in cui al-

l'operatore viene chiesto di mettersi nei panni della propria organizzazione ed esprimere le priorità, le possibili risorse e i vincoli, limitando in tal modo un atteggiamento sterilmente critico e l'avanzamento di proposte non realisticamente perseguibili. Tale esercizio non solo può effettivamente trasformarsi in suggerimenti concreti e attuabili, ma potrebbe essere un modo per creare o rinforzare il legame e la fiducia dell'operatore nei confronti della propria organizzazione.

Prendere consapevolezza di ciò che accade dentro e fuori di noi non è un qualcosa di immediato, ma è un processo che richiede impegno costante, che non arriverà mai alla sua conclusione; ciò che è fondamentale è non trascurarne l'importanza e, per alcuni professionisti e contesti, la necessità. Non esiste un manuale per affrontare tutte le situazioni difficili nelle quali ci si imbatte, anche e soprattutto in salute mentale, ma esistono delle emozioni, legittime, che ogni persona, in quanto essere umano, prima di tutto, e come professionista nei luoghi di cura, poi, ha il diritto di sentire e di esprimere, in generale nella propria esistenza e, nello specifico, nella propria professione. Esiste, ed è palpabile nei servizi, la necessità di riconoscere, accettare, condividere, coltivare la propria vita emotiva e dei colleghi, pur sempre nei giusti tempi e nei giusti spazi, e, in questo, la formazione può avere un ruolo rilevante (Alastra, 2016).

Nota bibliografica

- Alastra V. (2016). Formazione e ambienti narrativi nei territori di cura. In V. Alastra (aed.), *Ambienti narrativi, territori di cura e formazione* (pp. 126-140). Milano: FrancoAngeli.
- Augelli A. (2009). Aver cura della comunità. In V. Iori (ed.), *Quaderno della vita emotiva* (pp. 130-136). Milano: FrancoAngeli.
- Augelli A. (2015). All'ombra del limite: il senso dell'errore e del fallimento. In V. Iori, D. Bruzzone (eds.), *Le ombre dell'educazione* (pp. 121-139). Milano: FrancoAngeli.
- Ba G. (2003a). La riabilitazione: aspetti teorici e applicativi. In G. Ba (ed.), *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale* (pp. 17-57). Milano: FrancoAngeli.
- Ba G. (2003b). I percorsi formativi. In G. Ba (ed.), *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale* (pp. 123-146). Milano: FrancoAngeli.
- Bobbo N. (2015). *La fatica della cura*. Padova: CLEUP.
- Bruzzone D. (2007). *Ricerca di senso e cura dell'esistenza*. Trento: Erickson.
- Castiglioni M. (2014). *Narrazione e cura*. Milano: Mimesis.
- Charmet G.P., Savuto G. (2001). *Padre quotidiano*. Milano: Bollati Boringhieri.
- Cetrano G., Tedeschi F., Rabbi L., Gosetti G., Lora A., Lamonaca D., Manthorpe J., Amaddeo F. (2017). How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC Health Serv Res*, XVII, p. 755.
- Coyle D., Edwards D., Hannigan B., Fothergill A., Burnard P.A. (2005). Systematic review of stress among mental health social workers. *Int Soc Work*, XLVIII, 2, pp. 201-211.
- Delle Fave A., Bassi M. (2013). *Psicologia e salute*. Torino: UTET.

- Demetrio D. (1995). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina.
- Demetrio D. (2012). *Educare è narrare*. Milano: Mimesis.
- Di Mattei V., Prunas A., Sarno L. (2004). Il burnout negli operatori della salute mentale: quali interventi? *Psicologia della salute*, II.
- Evans S., Huxley P., Gately C., Webber M., Mears A., Pajak S., Medina J., Kendall J., Katona C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *Br J Psychiatry*, CLXXXVIII, 1, pp.75-80.
- Figley C.R. (Ed.) (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Formenti L. (2009). Com-posizioni: Percorsi di ricerca-formazione alla relazione di cura. In L. Formenti (ed.), *Attraversare la cura* (pp. 21-44). Trento: Erickson.
- Gambacorti-Passerini M.B. (2016). *Pedagogia e medicina: un incontro possibile*. Milano: FrancoAngeli.
- Iori V. (2006). Per una pedagogia fenomenologica della vita emotiva. In V. Iori (ed.), *Quando i sentimenti interrogano l'esistenza* (pp. 17-104). Milano: Guerini.
- Iori V. (2009a). Il sapere dei sentimenti: esperienza vissuta e lavoro di cura., In V. Iori (ed.), *Il sapere dei sentimenti* (pp. 15-41). Milano: FrancoAngeli.
- Iori V. (2009b). *Quaderno della vita emotiva*. Milano: FrancoAngeli.
- Iori V. (2009c). La fenomenologia in pratica. In V. Iori (ed.), *Quaderno della vita emotiva* (pp. 19-46). Milano: FrancoAngeli.
- Manna V., Dicuonzo F. (2018). Burnout dello psichiatra o burnout dell'assistenza psichiatrica? *Riv. Psichiatri*; LIII, 2, pp. 65-79.
- Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Mountain View, California.
- Morse G., Salyers M.P., Rollins A.L., Monroe-DeVita M., Pfahler C. (2012). Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Adm Policy Ment Health*, XXXIX, 5, pp. 341-352.
- Mortari L. (2013). *Aver cura della vita della mente*. Roma: Carocci.
- Musi E. (2009). Tempo e vissuti. In V. Iori (ed.), *Quaderno della vita emotiva* (pp. 81-90). Milano: FrancoAngeli.
- Palmieri C., Gambacorti-Passerini M.B. (2019). *Il lavoro educativo in salute mentale*. Milano: Guerini.
- Palmieri C., Prada G. (2008). *Non di sola relazione*. Milano: Mimesis.
- Riva M.G. (2020). Ripensare la formazione degli educatori: l'approccio alla vita emotiva tra naturalità e competenze. In D. Bruzzone, E. Musi (eds.), *Aver cura dell'esistenza. Studi in onore di Vanna Iori* (pp. 252-260). Milano: FrancoAngeli.
- Rossi A., Cetrano G., Pertile R., Rabbi L., Donisi V., Grigoletti L., Curtolo C., Tansella M., Thornicroft G., Amaddeo F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Res*, CC, 2-3, pp. 933-938.
- Rössler W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, CCLXII, pp. 65-69.
- Saraceno B. (1995). *La fine dell'intrattenimento*. Milano: Etas.
- Sità C. (2006). Legittimare i sentimenti nelle organizzazioni. In V. Iori (ed.), *Quando i sentimenti interrogano l'esistenza* (pp. 222-244). Milano: Guerini.
- Turgoose D., Maddox L. (2017). Predictors of Compassion Fatigue in Mental Health Professionals: A Narrative Review. *Traumatology*, XXIII, 2, pp. 172-185.
- Volpe, U., Luciano M., Palumbo C., Sampogna G., DelVecchio V., Fiorillo A. (2014).

Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Hlt*, XXI, pp. 774-781.

Zannini L. (2001). *Salute, malattia e cura*. Milano: Franco Angeli.

Zannini L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa*. Milano: Raffaello Cortina.

Zannini L. (2020). Le emozioni come risorsa 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.