

# IL NODO group - Centro di Iniziative per il Supporto Psicologico agli Operatori Sanitari e sociali (CISPOS), già Centro Balint

## STORIA

Il Centro Balint è nato a Torino come gruppo di studio in seno all'Associazione IL NODO group ([www.ilnodogroup.it](http://www.ilnodogroup.it)) verso la fine del 2012 con il compito primario di studiare e sostenere il ruolo di cura nelle professioni d'aiuto (quelle sanitarie in primo luogo, ma anche quelle rivolte a problemi e bisogni sociali ed educativi) e con tre obiettivi principali:

- a) la *conoscenza dei costi emotivi delle "professioni d'aiuto"*, mediche, psicologiche, infermieristiche e sociali, attraverso l'organizzazione di gruppi di studio e la raccolta di bibliografia, ricerche, dati e testimonianze;
- b) la *manutenzione del ruolo curante* mediante lo sviluppo e l'applicazione di *metodi di prevenzione e protezione dei curanti rispetto ai fenomeni di malessere organizzativo, burnout e stress lavoro-correlato* (in particolare i Gruppi Balint, ma anche altri metodi, prevalentemente di gruppo), manutenzione focalizzata sull'impatto dei fattori sovra-individuali - relazioni di ruolo e di rete, processi gruppali e dinamiche istituzionali/sociali - implicati nei compiti della cura e dell'aiuto;
- c) la *formazione psicologica dei professionisti socio-sanitari*.

Nel Centro sono confluiti diversi soci e anche alcuni non-soci, professionisti interessati al tema e al compito del gruppo di studio. Negli anni iniziali il Centro è stato animato da un piccolo gruppo di medici (di famiglia e ospedalieri) e di psicologi, con una esplicita apertura inter-professionale ad altre figure, in primo luogo quelle infermieristiche, ed è stato coordinato da Marco Araldi (medico di medicina generale e formatore) e da Daniela Vassallo (medico ospedaliero nutrizionista, con formazione psicoterapeutica), mentre le funzioni di segreteria sono state gestite da Alessandro Siciliano (psicologo e psicoterapeuta).

Nel periodo 2012-2019, dopo una prima fase di assestamento e di condivisione di pensieri e linguaggi, il Centro ha svolto una serie di attività che possono essere così sintetizzate:

1. Organizzazione e conduzione di **Gruppi Balint interprofessionali**, con la partecipazione di medici, psicologi, infermieri, educatori e insegnanti.

2. Eventi pubblici di **presentazione del Metodo Balint** (presso l'Ordine dei medici e l'Ospedale Mauriziano di Torino, la FIMMG, l'Ospedale Santa Giuliana di Verona e altre sedi in Italia).
3. Partecipazione ad **eventi organizzati da altri soggetti** (i Seminari dello CSeRMeG, Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale; le Giornate Balint Parmensi e un Convegno nazionale della SIMP, la Società Italiana di Medicina Psicosomatica; una presentazione a Roma con la Scuola Romana Balint Analitica, una a Milano con l'AMIGB, l'Associazione Medica Italiana Gruppi Balint, una a Savona con l'Associazione Acanto, ed una a Torino in collaborazione con l'Ordine dei Medici e altre partnership).
4. Organizzazione di **un'indagine conoscitiva sul disagio professionale dei sanitari** in collaborazione con l'Ordine dei medici di Torino mediante l'impiego di questionari online elaborati a partire dal Maslach Burnout Inventory.
5. Organizzazione e conduzione di **seminari sulla metodologia Balint** per la manutenzione del ruolo curante come moduli formativi inclusi nei programmi della Scuola Specifica in Medicina Generale della Regione Piemonte (II e III anno) e in quelle di Genova e di Udine.
6. La pubblicazione con l'Editore Fioriti di Roma di una nuova edizione rivista e aggiornata del libro di Michael Balint **"Medico Paziente e Malattia"**, a cura di Francesco Benincasa e Mario Perini e con prefazione di Antonino Minervino. (articolate presentazioni del volume e del metodo sono state recentemente realizzate a Torino e a Roma).

I membri del Centro per diversi anni si sono incontrati, con cadenza circa bimensile, presso lo Studio Medico del dr. Marco Araldi, in via Spallanzani 6, Torino.

Nel 2020 con l'irruzione della **pandemia da Covid-19** il Centro Balint ha aperto uno **sportello telematico gratuito per il supporto psicologico agli operatori della salute** che erano duramente impegnati nei compiti di cura, prevenzione e assistenza ed anche agli operatori dell'emergenza e della pubblica sicurezza. L'iniziativa, sostenuta da vari psicologi e psichiatri del Centro, intendeva fornire agli operatori uno spazio di ascolto e di condivisione dell'esperienza, senza escludere eventuali aiuti o suggerimenti di tipo più tecnico-sanitario, in allineamento con le direttive stabilite dagli ultimi Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, dall'autorità sanitaria e dalla protezione civile.

L'estrema scarsità di richieste di supporto giunte allo Sportello nel primo anno della pandemia, insieme alla previsione che dopo una prima fase di emergenza sarebbero seguite per gli operatori future più estese criticità di natura post-traumatica, ha indotto alcuni membri del Centro a decidere di affiancare allo Sportello – che presto si sarebbe chiuso a causa dell'inattività - un nuovo progetto, denominato **Centro di Iniziative per il Supporto Psicologico agli Operatori Sanitari e sociali (CISPOS)**. Questo progetto, oltre a concentrarsi sul post-emergenza, differiva dallo Sportello

anche per il fatto di non basarsi sull'attesa di ricevere delle richieste d'aiuto ma sulla disponibilità a spostarsi sul territorio e nelle istituzioni per intercettare i bisogni degli operatori là dove questi nascevano per poi andarvi a portare o a negoziare le proposte d'aiuto, rappresentate essenzialmente da **gruppi Balint** e da **gruppi di inter-visione e di supporto tra pari**.

Nel periodo 2021-22 anche per effetto della pandemia il Centro Balint ha ridotto drasticamente le proprie attività, mentre il progetto CISPOS ha visto un notevole sviluppo, arricchendosi di iniziative di studio e anche di tipo operativo (seminari, corsi, gruppi di formazione, in presenza e online), oltre ad attrarre nel proprio percorso diverse persone nuove, medici, psicologi, infermieri ed educatori professionali. Parallelamente sono proseguiti i **Gruppi Balint interprofessionali**, sia pure per il momento solo su piattaforma digitale.

Questi sviluppi, accanto ai cambiamenti organizzativi del Nodo group, che nel 2021 si è trasformato in un'impresa sociale, hanno indotto il gruppo di coordinamento del Centro Balint a rifondarlo integrandosi con le attività del progetto CISPOS, assumendone il nome (**Centro CISPOS**) e accomunando le diverse persone che facevano parte delle due entità. Il Centro CISPOS è nato nel 2022 e si è gradualmente orientato ad operare nell'insieme come una componente del NODO group, dove le persone che ne fanno parte o che decideranno di aderirvi, non importa se come soci o come simpatizzanti, hanno modo di svolgere un ruolo importante nel consolidare una filosofia condivisa di lavoro, con relativi approcci, metodi e strumenti, per realizzare una **visione centrata sull'“aver cura di chi cura”**.

## **SVILUPPI**

Il Centro si propone di ampliare e sviluppare le sue connessioni con la rete dei servizi territoriali del welfare, e con le associazioni scientifiche e rappresentative dei medici e delle altre *helping professions*, infermieri, OSS, psicologi, educatori, assistenti sociali, fisioterapisti e tecnici della riabilitazione, ivi incluse quelle professioni d'aiuto non di tipo socio-sanitario che a vario titolo si occupano dei bisogni della persona, come insegnanti, avvocati, magistrati, manager delle risorse umane, operatori della pubblica sicurezza e della protezione civile. L'elemento comune che è ritenuto un **possibile campo di collaborazione inter-professionale** è l'**attenzione per la relazione di cura** (*care*, non solo *cure*, terapia) che lega il professionista al suo cliente, paziente, utente, ma anche le **relazioni di gruppo e di rete** che lo connettono con le altre figure e agenzie, con le istituzioni, con il territorio, con le famiglie e le associazioni, con le regole, le leggi e le strategie di programmazione, in pratica con tutti i portatori di interessi, inclusi quelli dell'economia e della politica.

Sopravvivere a questo bagno di complessità senza farsi male, senza esaurirsi e diventare cinici e demotivati o abbandonare i servizi sanitari, conservando nello stesso tempo la capacità di pensare, l'integrità, la competenza, l'empatia e la possibilità di provare piacere nel lavoro è un obiettivo ambizioso che pensiamo sia però realisticamente raggiungibile.

Negli anni del post-Covid (2023-24) il Centro CISPOS ha visto l'adesione di diverse decine di professionisti, in prevalenza medici e psicologi, e attraverso l'opera di un **gruppo di coordinamento** ha sviluppato inizialmente due filoni principali di ricerca-azione:

**1. Un'area dedicata ai Gruppi Balint**, che oltre a studiare questa metodologia, organizza e gestisce i GB per i soci del Nodo e per "simpatizzanti", così come per eventuali clienti esterni, ed anche eventi di presentazione del metodo e programmi di formazione.

**2. Un'area dedicata più specificamente al supporto psicologico degli operatori socio-sanitari** che lavorano nelle istituzioni, articolata in due linee di lavoro, una dedicata ai gruppi di riflessione e di supporto tra pari come l'"**Inter-visione**" e l'altra dedicata allo studio delle varianti e delle trasformazioni dei Gruppi Balint ("**Balint e Oltre**").

Occorrerà poi certamente identificare altre aree o singoli progetti nei quali possano confluire e collaborare i vari membri, incluse le persone impegnate nelle due aree sopra descritte. Anche a questo scopo il Coordinamento redige periodicamente una **lista aggiornata dei membri del centro CISPOS** unitamente ai loro curricula e a schede sintetiche che riportino le loro competenze, le loro esperienze e i loro interessi. Nella stessa direzione sono stati organizzati ultimamente dei **percorsi di autoformazione** rivolti ai membri e ai simpatizzanti del Centro, articolati in due sequenze di **riunioni** alternate: una **di tipo teorico**, basata sull'analisi di articoli selezionati dalla letteratura internazionale che dall'abstract sembrano di particolare interesse per il nostro lavoro; l'altra **di tipo esperienziale** costituita da un gruppo di intervizione dove a turno le persone del Centro presentano casi o situazioni lavorative problematiche e apprendono a svolgere il ruolo di facilitatore.

Negli ultimi anni vari membri del CISPOS hanno svolto **attività di formazione e consulenza per diverse istituzioni e gruppi professionali**, sperimentando i metodi dell'intervisione e dei gruppi Balint a favore di servizi di salute mentale e delle dipendenze, medici di medicina generale, hospice per la cura del fine-vita, pronti soccorsi, un servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, una casa di riposo, una comunità terapeutica, una cooperativa sociale impegnata sul gioco d'azzardo patologico, una casa-rifugio per donne vittime di violenza e, recentemente, un gruppo di magistrati di un Tribunale dei Minori.

Si sono inoltre intensificati i **legami con Il Nodo group**, con il suo Direttivo e con la rete che mette in relazione tra loro i diversi gruppi di studio e di lavoro operanti nell'Associazione, attraverso la partecipazione ai periodici **incontri inter-Gruppi** e l'organizzazione di eventi e momenti formativi destinati ai Soci.

## **MISSION STATEMENT**

La filosofia che ha ispirato la nascita del Centro parte dalla constatazione che **prendersi cura delle persone malate o bisognose di cure è un lavoro che comporta rilevanti fatiche, ansie e rischi, che in assenza di adeguate misure di supporto e di protezione possono minare il benessere e la salute fisica e mentale degli operatori così come la qualità dei servizi prestati agli utenti.**

Il Centro ha dunque come **compito primario** quello della **manutenzione dei ruoli di cura**, che si traduce nelle azioni seguenti:

- **studiare le cause e le conseguenze del malessere che il lavoro di cura può generare nelle professioni d'aiuto**, in particolare nel settore socio-sanitario
- **esplorare i metodi e gli strumenti di supporto** – di tipo sia psicologico che organizzativo – che la letteratura qualificata indica come di provata efficacia nel prevenire o mitigare questo malessere
- **elaborare documenti** (indagini, linee-guida, raccomandazioni) **e progetti operativi da presentare alle istituzioni** socio-sanitarie, pubbliche e private, che hanno la responsabilità di tutelare il personale curante, per avviare idonei programmi di formazione e di supporto, collaborando alla loro realizzazione e al loro successo
- **creare spazi di riflessione di gruppo** aperti al confronto e alla condivisione fra le varie professioni di cura per migliorare la qualità della relazione, la gestione dei conflitti e la prevenzione del malessere lavorativo

Oltre alla **sensibilizzazione delle istituzioni** del sistema sanitario e sociale, il Centro si propone anche, attraverso la creazione di appropriati spazi riflessivi, l'obiettivo di **aiutare i professionisti della cura** a sviluppare la capacità di

- riconoscere il proprio malessere e dargli voce
- identificarne la dimensione, le cause, le conseguenze e i rischi correlati
- scoprire il ruolo delle emozioni nel compito di cura
- riconoscere il proprio bisogno d'aiuto nelle situazioni difficili
- chiedere, ricevere e utilizzare qualche forma di supporto
- proporre dei rimedi, dei correttivi e delle misure preventive
- lavorare in gruppo utilizzandone i vantaggi di tipo operativo e lo spazio potenziale di supporto e solidarietà

- proteggersi dallo stress, dal burnout, dagli errori, dai conflitti distruttivi, dai sensi di colpa e di inadeguatezza, dalle accuse ingiuste e dalle etichette denigratorie
- migliorare la salubrità e la sicurezza del contesto lavorativo, la qualità delle cure e l'alleanza di lavoro con il paziente

Il Centro richiede la partecipazione di un gruppo di professionisti della salute e della sicurezza sociale, in prevalenza psicologi e medici, ma anche infermieri, assistenti sociali, educatori e altri operatori del lavoro di cura e di assistenza, che abbiano sviluppato **interessi, esperienze e competenze distintive** in qualcuna delle aree seguenti:

- psicodinamica dei gruppi di lavoro
- gruppi di supporto (Gruppi Balint, gruppi di intervizione, gruppi riflessivi ecc.)
- consulenza organizzativa
- stress e burnout nelle professioni di cura
- psicoterapia di gruppo

e che siano disponibili ad apprendere e ad applicare delle metodologie di supporto per tutelare il benessere dei curanti e la qualità del welfare.

## **AVER CURA DI CHI CURA**

La cura delle persone richiede ai curanti non solo competenze tecniche ma rilevanti **capacità emotive e relazionali** per poter andare incontro alla sofferenza del paziente senza troppa distanza difensiva - che li priverebbe della dose di empatia necessaria a svolgere il compito di cura - ma senza farsene "contagiare" fino a bruciarsi diventando angosciati oppure freddi, distanti, e in definitiva inefficienti e demotivati. È il rischio del *burnout*, che gli inglesi chiamano anche "*compassion fatigue*", la fatica della compassione.

Una fonte primaria di tensione e di stress per le persone che svolgono professioni di aiuto – medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ecc., in particolare nella medicina del territorio, nella salute mentale e nell'emergenza – è la loro **continua vicinanza a persone molto sofferenti**, sul piano fisico o su quello psichico o su entrambi. Queste tensioni possono essere legate ad ansie coscienti, ad esempio relativamente a pazienti ad alto rischio o in fase terminale o rispetto al rischio di commettere errori. Un eccessivo carico di lavoro è un'altra fonte conscia di stress perché crea negli operatori la preoccupazione circa la qualità e la tempestività dell'aiuto che stanno fornendo ma anche per la propria tenuta fisica e mentale. E tuttavia "vi sono altre ansietà che sono inconsce, tenute lontane dalla coscienza non solo dalle difese individuali ma anche da quelle collettive. Queste ansie sono suscitate dalla natura stessa del lavoro, e le difese a cui danno origine possono finire

per esacerbare lo stress invece che alleviarlo” (Obholzer e Roberts 1994). Tra queste ansie la più rilevante è senz’altro quella legata all’**identificazione con il paziente**, cioè al rischio di mettersi nei suoi panni di malato immaginando se stessi come sofferenti, indeboliti e in pericolo di vita. A “proteggere” i curanti da questo rischio operano di solito le “difese di ruolo”, che istituiscono una potente barriera isolante tra chi cura e chi viene curato, lasciando dalla parte di quest’ultimo la malattia con tutto il suo peso e favorendo un’immagine del curante come naturalmente esente da infermità e quasi invulnerabile.

Peraltro accade spesso che i pazienti si liberino dei propri sentimenti penosi proiettandoli nel personale. Ciò può avere profonde conseguenze sul gruppo dei curanti, che vengono per così dire “contagiati” dalle angosce dei pazienti: come questi anch’essi possono allora diventare spaventati, diffidenti o rabbiosi e per difendersi da queste ansie possono finire col trasferirle sui colleghi, sui capi, sull’istituzione stessa.

Ma quando si rompe l’equilibrio ansie/difese, lo stress dilaga trasferendo malessere nei singoli professionisti e nei loro gruppi operativi, nel sistema-cliente (il paziente, i suoi familiari ecc.) e anche nell’organizzazione del lavoro di cura, lavoro che diventa sempre più difficile, logorante e malsano e può condurre al crollo personale, fisico e psicologico, e alla paralisi della funzione curante - il quadro comunemente noto come *burn-out* – oltre a coinvolgere con estrema frequenza anche la vita privata e familiare degli operatori.

È quindi molto evidente come chi presta cure a chi ne ha bisogno abbia altrettanto bisogno di ricevere cure, soprattutto quando opera con “pazienti difficili” o in situazioni precarie, anche perché l’evidenza dimostra agevolmente che chi sta male lavora male. L’ovvia constatazione che, accanto al doveroso monitoraggio della qualità delle prestazioni, occorra istituire a tutela del personale un dispositivo stabile di aiuto, protezione e manutenzione del ruolo di cura, si scontra purtroppo con due ostacoli primari:

1. la ben nota **difficoltà dei curanti di riconoscere il proprio bisogno di aiuto**, di richiederlo quando sia necessario e di accettarlo quando venga loro offerto, una difficoltà che si muove tra i già descritti stereotipi di invulnerabilità e di onnipotenza e il timore di venire etichettati con lo “stigma” della fragilità e dell’incompetenza.
2. la **diffidenza delle amministrazioni delle istituzioni socio-sanitarie nei confronti di ogni iniziativa di supporto di gruppo** che possa apparire come un sistema accusatorio o un gruppo di protesta sindacale in grado di metterle in difficoltà in termini politico-sociali o giudiziari.

Per questi motivi la filosofia di lavoro che ispira il nostro Centro ci induce a ritenere necessario non investire primariamente nell’offerta di supporti individuali, aprendo

sportelli o attendendo di ricevere richieste d'aiuto, ma semmai portare il supporto e la consulenza psicologica là dove servono, ovvero dove lavorano i medici e gli altri operatori sanitari, negli ospedali, nei servizi del 118 e della guardia medica, nella rete delle cure primarie, nei servizi di salute mentale, nelle RSA e nelle altre strutture residenziali. Per realizzare questi obiettivi occorre prima di tutto affrontare e superare i due ostacoli sopra menzionati

- da un lato con l'individuare modalità per incoraggiare i curanti ad avere cura della propria salute, imparando a chiedere aiuto e protezione e ad accettarli senza vergognarsi o temere giudizi negativi;
- e dall'altro negoziando con i vertici sanitari la possibilità di avviare programmi di supporto psicologico e organizzativo per il personale, convincendoli delle verosimili ricadute positive sul piano politico, economico e di efficienza e sostenibilità del servizio.

## **METODOLOGIA**

Ma, in pratica, quando un curante si sente sovraccarico ed esaurito, prima che giunga al punto in cui non ce la fa più e abbandona il campo, presentando le dimissioni o scivolando nella malattia o congelando la sua umanità, che genere d'aiuto gli si può offrire?

Il primo passo previsto dalla metodologia del Centro è rappresentato dalla **"diagnosi"**, dal **riconoscimento** e dalla **condivisione del problema**, che ci obbligano a interpellare sia gli operatori che gli amministratori per identificare le criticità in atto, le ipotesi sulle loro cause e le opinioni sulle modalità per affrontarle e risolverle. A questo scopo si è individuato un approccio multi-fasico, che comprende potenzialmente 4 fasi successive, ciascuna con delle specifiche metodologie.

### **1. La diagnosi**

L'identificazione del problema, della sua natura e della sua genesi, oltre che della rappresentazione che di esso ne hanno gli operatori, può richiedere un iniziale percorso di **"osservazione istituzionale"** da svolgersi in uno dei contesti abituali di lavoro dei medici e degli altri operatori sanitari e in orario di servizio. Gli **"osservatori"** – che utilizzano il metodo dell'osservazione partecipe non-interferente (cfr. Hinshelwood e Skogstad, 2000) – negozieranno con le amministrazioni e con gli interessati gli spazi, i tempi, i modi e la sequenza delle osservazioni; un vantaggio è che andranno da **"invitati"** che si recano in luoghi e momenti già abitati dai sanitari (es. la periodica riunione dell'équipe territoriale dei MMG, un incontro in una Casa della Salute o una RSA, uno sguardo sulle normali attività di un Pronto Soccorso, un reparto ospedaliero, la Centrale del 118, un ambulatorio psichiatrico) e non da **"convocatori"** che costringono i sanitari a trovare tempo, modo ed energia per presentarsi alla riunione. Scopo dichiarato dell'osservazione è una diagnosi

organizzativa per l'avvio successivo di un piano di lavoro finalizzato alla manutenzione del ruolo curante e alla prevenzione dello stress e del burnout. Un necessario secondo step del processo diagnostico - che può rivelarsi necessario per evitare che le persone si sentano oggetti passivi di opinioni, decisioni e iniziative preconfezionate e calate dall'alto – è un'**indagine sulla percezione soggettiva del problema (e delle possibili soluzioni) che ne hanno gli operatori**, indagine che può realizzarsi con questionari o interviste, e i cui risultati – finalizzati più a dar voce agli operatori che non a scopi statistici - andranno integrati con quelli dell'osservazione.

## 2. La condivisione

Dopo l'esecuzione delle sessioni osservative e dell'eventuale indagine sui problemi percepiti, i consulenti ne restituiranno i risultati agli operatori e agli amministratori in apposite riunioni, aprendoli alla discussione finalizzata a una definizione condivisa del problema ed alla formulazione di ipotesi sulla sua natura e su eventuali strumenti per affrontarlo. Il metodo è la **discussione aperta** con le persone interessate, che può essere integrata con qualche evento di sensibilizzazione, come delle **presentazioni** (preferibilmente gratuite) **su temi e metodi pertinenti al problema dei "costi emotivi del compito di cura"** (ansie e stress nella medicina del territorio, in quella ospedaliera e nell'emergenza/urgenza, burnout e "compassion fatigue", gruppi Balint e altri gruppi di supporto), con un'alternanza tra momenti teorici, momenti esperienziali e testimonianze.

## 3. Le iniziative di supporto

Sulla base dei risultati emersi dall'osservazione e dall'indagine e soprattutto delle decisioni condivise sulla natura del problema e dei modi per affrontarlo si negozieranno<sup>1</sup> con l'amministrazione e con gli operatori dei **programmi di supporto di gruppo**, di tipo sia psicologico sia organizzativo, che saranno basati su diverse metodologie, tutte comunque ispirate alle dinamiche dei gruppi di lavoro (Bion), al metodo Balint e all'approccio sistemico-psicodinamico. Queste comprenderanno:

- I gruppi Balint (e le loro varianti, come lo psicodramma Balint)
- I gruppi di riflessione
- I gruppi di inter-visione e di supporto tra pari
- Il coaching sistemico-psicodinamico

---

<sup>1</sup> Per la Medicina generale (e pediatria di libera scelta): nella riunione d'équipe di distretto o in una riunione dei sanitari di una Casa della Salute uno dei medici – in connessione con il Coordinamento del Centro – presenta ai colleghi il progetto, che il Centro avrà preventivamente formulato.

Per le Strutture territoriali (es. RSA, Servizi di emergenza, Servizi di salute mentale, ecc.): previ accordi con i responsabili delle strutture, nella riunione organizzativa un rappresentante del Centro presenta il progetto e il suo razionale.

Per gli Ospedali: previ accordi con la direzione sanitaria e con i responsabili delle Unità interessate, nella riunione di reparto un rappresentante del Centro presenta il progetto e il suo razionale.

- Il “disegno dell’organizzazione”
- Il Social dreaming
- Le tecniche osservative (osservazione in gruppo, osservazione istituzionale)
- Il role-playing
- La tecnica dell’“acquario” (fishbowl)
- Le Group Relations Conferences

In ogni caso i percorsi di supporto dovranno concludersi con delle sessioni di sintesi e di “assessment” che permettano di valutarne gli esiti.

#### **4. Le iniziative di formazione**

A partire dagli esiti dell’osservazione e dell’indagine, ma soprattutto da quanto sarà emerso dalle iniziative di supporto, si potranno avviare dei programmi di formazione centrati sul lavoro di gruppo e sul benessere organizzativo.

Pur essendo strutturati come degli iter formativi, questi programmi possono avere in effetti una valenza consulenziale e di supporto, integrandosi con le iniziative già avviate di supporto propriamente detto. Il loro scopo è quello di promuovere nelle équipes operative quelle esperienze e consapevolezza che sono necessarie per aumentare non solo le capacità di lavorare in gruppo (soprattutto nei team inter-professionali) ma anche le competenze emotivo-relazionali essenziali per affrontare ansie e stress legati al lavoro di cura, migliorando sia la qualità delle prestazioni sia quella della vita lavorativa degli operatori.

Il Centro (eventualmente in partnership con gli Ordini e le Associazioni professionali, con i Sindacati e con le Università) formula un progetto di formazione, lo condivide con gli operatori e i dirigenti coinvolti e lo negozia con le direzioni delle ASL, con i dirigenti delle Unità interessate e con i funzionari delle aree di competenza (psicologia, formazione professionale, risorse umane, benessere organizzativo), e dopo la sua approvazione organizza il calendario, il piano di lavoro dei docenti/consulenti, il *budget* e le verifiche finali sugli esiti e sulla soddisfazione dei partecipanti.

#### **Coordinamento:**

- Mario Perini (Coordinatore)
- Francesco Benincasa (Referente archivio e riunioni scientifiche)
- Alessandra Lugli (Referente psicologia aziendale)
- Andrea Pistone (Referente gruppi di intervizione)
- Alessandro Siciliano (Referente inter-gruppi)
- Daniela Vassallo (Referente sanità ospedaliera)