

RICERCHE

Divario tra adulti altamente e poco-qualificati nelle professioni sanitarie e impatto sul benessere pubblico negli ospedali.

The discrepancy between the skill levels of adults in the health professions and its implications for public welfare in hospitals.

Viviana De Angelis, University of Bari "Aldo Moro".

ABSTRACT ITALIANO

Il saggio presenta i primi risultati di una ricerca educativa quali-quantitativa condotta in un'organizzazione sanitaria pugliese, che ha inteso esplorare le dimensioni: dell'autopercezione del benessere e dell'auto-consapevolezza delle proprie capacità professionali da parte di un gruppo di professionisti sanitari, nonché il ruolo dell'universo valoriale e simbolico. L'indagine rivela alcuni fabbisogni formativi emergenti e il divario tra adulti altamente e poco-qualificati nelle professioni sanitarie, con un impatto diversificato sul benessere pubblico. La forbice del divario, investigata attraverso la metodologia dell'intervista e del focus group, getta luce su alcuni gap del sistema del Professional training placement e dell'Adult continuing education delle professioni sanitarie. La riflessione analitica sui dati raccolti suggerisce di attuare un rapido rinnovamento dei programmi didattici, in vista dell'acquisizione di nuove e avanzate competenze umane e professionali per la cura.

ENGLISH ABSTRACT

The essay presents the initial findings of a qualitative-quantitative educational study conducted within a healthcare organisation in Apulia. The research sought to explore the dimensions of healthcare professionals' self-perception of well-being and self-awareness of their professional competencies, alongside the significance of values and their symbolic framework. The study highlights emerging training needs and the disparity between highly skilled and less skilled adults within the healthcare professions, which exerts a differentiated impact on public well-being. This gap, examined through interviews and focus group methodologies, reveals shortcomings in the professional training pathways and continuing adult education systems for healthcare professionals. The analytical reflection on the data collected points to the necessity for a swift overhaul of educational programmes, aimed at fostering the acquisition of new and advanced human and professional skills within the care sector.

Introduzione

In una società, come la nostra, che invecchia rapidamente, in cui la spesa pubblica per le prestazioni sanitarie cresce di giorno in giorno, a fronte di una mancata decrescita di episodi di malasanità, che sovente rimbalzano sulle testate giornalistiche, è necessario comprendere gli impliciti pedagogici, i segnali, ossia gli indizi di possibili lacune formative dei professionisti della salute e quei fattori teorico-pratici che, di fatto, incidono in maniera negativa sulle performance lavorative e sulla soddisfazione dei professionisti della cura.

L'ambiente di lavoro ospedaliero, a partire dalle attuali criticità, dal crescente divario tra adulti altamente e poco-qualificati e dagli esempi di eccellenza e virtuosità sanitaria, rappresenta un ambito pedagogico privilegiato in cui ripensare la formazione iniziale e in itinere, per promuovere la qualità dei servizi sanitari, la dignità e la cura globale di ogni paziente.

L'ambiente di lavoro ospedaliero inoltre è il luogo in cui ri-pensare e ri-costruire le relazioni umane, a partire da uno sguardo e da nuove progettualità pedagogiche, da sviluppare nell'intero percorso formativo e nella formazione continua dei professionisti sanitari, per supportarli e accompagnarli nel loro complesso e mai-concluso apprendistato professionale, e nel continuo sviluppo di nuove competenze specifiche per la cura.

È noto che negli ospedali i professionisti della salute svolgono lavori usuranti, che mettono a dura prova il benessere e la resilienza personali e che espongono al rischio del burn out. Il saggio esplora il contesto lavorativo dei professionisti della cura, ripercorrendo il percorso di ricerca condotto in un'azienda ospedaliera pubblica pugliese, insieme a gruppo di professionisti della cura. Lo studio condotto attraverso focus group su un campione casuale di professionisti della salute, restituisce uno spaccato di vita degli ospedali e del divario tra adulti altamente e poco-qualificati.

Partendo dalla riflessione sui vissuti professionali degli operatori, così come sono emersi nei focus group, il saggio descrive pedagogicamente le traiettorie di sviluppo delle emozioni positive e negative negli intervistati e il loro collegamento con un'inadeguata preparazione, percepita da alcuni intervistati, nel fronteggiare il dolore e la sofferenza altrui. Degne di rilevanza, sono altresì alcune considerazioni, fatte da altri professionisti sanitari, i quali hanno manifestato dubbi sulla possibilità di valutare in modo pienamente positivo una performance professionale sanitaria, quando essa si attiene esclusivamente a un rigido protocollo, in cui non si faccia menzione del rapporto autenticamente umano tra: medico/paziente e/o paramedico/paziente.

Tali sollecitazioni emerse nel corso dei foci, da parte di alcuni medici, con spiccata identità cristiana e fortemente motivati a promuovere un approccio di cura globale verso i propri pazienti, per le ricadute positive che sembra avere in vista del benessere relazionale negli ambienti ospedalieri e nei percorsi di ripresa e/o recupero della salute, solleva ulteriori interrogativi alla pedagogia della salute e apre nuove piste investigative.

Occorrerebbe, infatti approfondire l'impatto qualitativo che una formazione altamente umanizzante e con una profonda coscienza ontologica e axiologica, come quella cristiana, possa avere sul background culturale ed esperienziale e sulle performance lavorative dei professionisti della cura. È necessario, altresì individuare e implementare, nei percorsi formativi del Professional training placement e dell'Adult continuing education delle professioni sanitarie, conoscenze, esperienze professionali e buone prassi di singoli, o di piccoli gruppi virtuosi, capitalizzabili e traducibili in nuovi possibili itinerari pedagogici e didattici progettati per sviluppare competenze universitarie avanzate per la cura globale della persona e il sollievo della sofferenza.

Il saggio evidenzia la necessità di approfondire questo nuovo e affascinante filone d'indagine pedagogica e, attraverso la lettura, l'analisi e la discussione dei dati raccolti nella ricerca sul campo, identifica alcuni bisogni formativi emergenti e alcune piste formative idonee a ridurre la forbice tra adulti altamente e poco-qualificati nelle professioni sanitarie.

Contesto socioculturale e modelli teorici

L'esperienza del ricovero in ospedale è descritta, secondo i risultati d'inchieste e di studi recenti effettuati su utenti del servizio ospedaliero, come un evento psicologicamente traumatizzante, caratterizzato da una serie di disagi fisici e psichici che si aggiungono alla sofferenza derivante dallo specifico stato morboso che ha motivato il ricovero. (ISTAT)

I pazienti recentemente dimessi dopo un'esperienza ospedaliera, raccontano di una mancanza d'interesse nei confronti del loro disagio psicologico da parte degli operatori sanitari, riferiscono che spesso hanno visto trascurati aspetti altrettanto importanti come l'ambiente, l'igiene, la facilità di accesso ai familiari e il rispetto dei pazienti da parte del personale sanitario.

La disattenzione verso i bisogni fondamentali della persona, l'incuria, la scarsa gentilezza, l'indisponibilità ad ascoltare pazienti e familiari e, infine, la rigidità di protocolli standardizzati, che non contemplan la specificità di ogni individuo e non concedono remore, sembrano essere le costanti dell'esperienza ospedaliera, fatte salve, ovviamente, le poche eccezioni dovute alla generosità di alcuni professionisti della salute, che si mostrano qualificati, empatici e ricchi di umanità.

Le criticità del Sistema sanitario nazionale italiano sono emerse anche nell'ultimo rapporto OCSE Health at a Glance 2023, il corposo dossier di oltre 230 pagine, recentemente pubblicato che fornisce una serie completa di indicatori sulla salute della popolazione e sulle prestazioni dei sistemi sanitari dei Paesi membri dell'OCSE. L'indagine, basata su statistiche nazionali ufficiali e su altre fonti, ha analizzato: lo stato di salute, i fattori di rischio, l'accesso alle cure, la qualità dell'assistenza sanitaria e le risorse dei sistemi sanitari dei Paesi membri. (OCSE, 2023)

L'Italia, che nell'ultimo Rapporto OCSE è scesa (in un solo anno: dal 2022 al 2023) dal terzo al nono posto nelle aspettative di vita, è chiamata ad investire nella resilienza del sistema sanitario e, soprattutto, in tre settori chiave: personale sanitario, prevenzione primaria e secondaria, vaccinazioni, dotazioni strutturali e tecnologiche, soprattutto digitali e sistemi di raccolta dati e monitoraggio.

La necessità di attuare al più presto politiche di riforma e investimento nella sanità, per far fronte alle minacce al benessere e alla tenuta del nostro sistema sanitario, include doverosamente l'ambito formativo di base e l'alta formazione nelle discipline sanitarie.

Le numerose esperienze virtuose italiane ed estere, attestano, infatti, che la qualità e l'eccellenza di un sistema sanitario sono realizzati, non solo dai mezzi a disposizione, ma altresì dalla peculiarità e dal livello di formazione del personale, ossia dalla buona scuola.

Su tale aspetto, il nostro sistema formativo appare purtroppo ancora troppo lacunoso. La genesi di ciò è da ricercare in una motivazione di matrice culturale. L'attuale formazione nelle professioni sanitarie, infatti, sconta la difficile condizione di derivare da un'epistemologia positivista della pratica. (Gallelli et al., 2017)

Ciò ha comportato, negli ultimi anni, uno sbilanciamento del baricentro formativo sui protocolli procedurali richiesti dalle organizzazioni sanitarie, con l'inaridimento delle pratiche di cura e la necessità sempre più emergente di dover "ricostruire" l'epistemologia delle pratiche educative, in vista della promozione di una medicina all'avanguardia e umanizzata.

La necessità di "ricostruire" l'epistemologia delle pratiche educative, coinvolge tutti gli ambiti formativi e rappresenta attualmente il focus e la specificità epistemica della ricerca pedagogica, che, come afferma Luigina Mortari, (Mortari, 2007) riconosce oramai tutta l'inadeguatezza della lente positivista, per indagare, insieme all'umano, l'educativo.

Gran parte dell'essenza del fenomeno educativo, infatti secondo Mortari, nel suo essere unico e irripetibile, sfugge a dispositivi epistemici di tipo positivista, cioè, sfugge ad ogni tentativo che cerchi di comprenderlo a partire da una procedura messa a punto per indagare un altro fenomeno. (Mortari, 2007)

La ragione di ciò viene ben spiegata da Francesco De Bartolomeis in un'opera del 1953, intitolata *La pedagogia come scienza*. (De Bartolomeis, 1953)

L'educazione, per De Bartolomeis, è un campo aperto ad ogni interesse conoscitivo ed espressivo: la ragione ne è che l'uomo – e quindi il suo educarsi ed essere educato – è strutturalmente il fenomeno più complesso della realtà: "Si riconosce la complessità strutturale dell'uomo e, conseguentemente, l'educazione, ma questa non sembra una ragione sufficiente per scoraggiare la pretesa di dar fondo a tale complessità mediante un'indagine di tipo unico".

Chiarito ciò, è possibile comprendere sia l'irriducibilità dell'umano e dell'educativo a un'epistemologia positivista della pratica, sia la portata di una delle più grandi sfide pedagogiche: quella di "ricostruire" il proprio statuto epistemologico, a partire da nuovi paradigmi multidimensionali e multi-prospettici.

Se si declina tale discorso all'ambito sanitario, si coglie ancor meglio i risvolti che, il cambio di paradigma educativo potrebbe apportare sia in vista della rivitalizzazione della formazione continua e della realizzazione personale dei professionisti della cura; sia in vista della promozione di positivi cambiamenti relazionali e sociali e del benessere negli ospedali. Molti autori sono consapevoli di questa nuova istanza pedagogica. Temi quali la comunità di pratica (Wenger, 1996), il professionista riflessivo (Schon, 1993) e l'apprendimento trasformativo (Mezirow, 2003) animano da diversi anni il dibattito pedagogico e didattico contemporaneo, affidando alla pedagogia il compito di uscire dai tradizionali spazi della trasmissione del sapere, per incontrare "luoghi", persone e discipline differenti e ricever da essi contaminazioni e nuove suggestioni per la ricerca, da mettere a servizio del bene della collettività.

In particolare, nell'ambito della letteratura umanistica, filosofica, pedagogica e persino religiosa (Mortari, 2015; Urso, 2009; Righettini, 2024) non sono mancati, né mancano attualmente modelli teorici e contributi scientifici a sostegno del tema dell'umanizzazione delle cure mediche (1), è pur vero che spesso tali contributi restano su un piano puramente teorico, che prescinde dal confronto diretto con gli attori delle relazioni di cura e che esula dal raffronto con indagini di tipo empirico.

D'altro canto, invece, in maniera opposta, le indagini quantitative spesso condotte valutano il binomio conoscenze-competenze rimanendo su un piano statistico e numerico nel quale non è possibile cogliere la molteplicità dei "bisogni formativi non quantificabili" e delle sfumature comunicative e relazionali che potrebbero essere acquisite e implementate in vista della promozione della salute e di una rinnovata attenzione nei confronti della persona umana, considerata nella sua totalità corpo-mentale (Righettini, 2024).

Tali ricerche hanno ispirato i programmi formativi delle professioni sanitarie e ciò spiega perché l'ambito delle professioni medico-sanitarie non abbia mai esplicitamente contemplato nel proprio curriculum formativo e nei percorsi di tirocinio, l'incontro con saperi umanistici, che potessero potenziare le performance professionali degli esperti della salute e promuovere relazioni umane reciprocamente edificanti dentro e fuori gli ospedali.

Le lacune formative cui si è fatto riferimento continuano a protrarsi, minando la soddisfazione personale dei pazienti e dei professionisti sanitari; a scapito del benessere nelle organizzazioni ospedaliere e a scapito della resilienza del sistema sanitario.

È lecito pensare che un cambio di paradigma formativo e nuove progettualità formative, per rivitalizzare la formazione continua degli adulti e ridurre la forbice tra adulti qualificati e poco qualificati, possano promuovere positivi cambiamenti nelle organizzazioni sanitarie.

All'impegno congiunto di una ricerca pedagogica avanzata e di nuovi audaci investimenti per la formazione, è affidata la possibilità di promuovere la soddisfazione lavorativa negli ambienti ospedalieri e un nuovo umanesimo incarnato. Essi appaiono particolarmente cogenti in un momento storico, quello attuale, caratterizzato da un'insoddisfazione diffusa e dal bisogno di riscoprire relazioni umane autentiche e genuine. (Bellingreri, 2014)

Disegno di ricerca: prima fase e chiave interpretativa

Il presente contributo, a differenza degli approcci a senso unico (teoretici o empirici) comunemente trattati in letteratura, prende avvio dall'ipotesi iniziale dell'esistenza di lacune nella Formazione e nel Professional training placement delle professioni sanitarie e con un approccio multi-metodo presenta un report dell'indagine condotta su un campione di 53 esperti della salute pugliesi.

Il disegno di ricerca ha avuto come focus: l'iniziazione professionale in ambito medico-sanitario e come obiettivo primario l'analisi dei processi impliciti nella transizione dalla formazione professionale all'inserimento lavorativo in vista dell'individuazione di percorsi formativi e dell'attivazione di possibili corsi di Educazione continua in medicina

(ECM) per la gestione critico-riflessiva della transizione, secondo quanto previsto dal sistema nazionale.

La chiave interpretativa del presente disegno di ricerca è rappresentata dall'ipotesi pedagogica, che l'ambito delle professioni medico-sanitarie costituisca un terreno di lavoro dove, in special modo, le dimensioni implicite di sé e la visione dell'altro e del contesto, costituiscono il pattern di elementi che appaiono significativi nel prefigurare e determinare il fare lavorativo concreto.

In particolare, un elemento cruciale che appare denso di significatività, nell'esprimere forme di influenza che informano implicitamente le rappresentazioni del ruolo e del contesto professionale e, di conseguenza, che dirigono l'agire in termini di valutazioni, scelte, comportamenti e azioni, è costituito dal passaggio dalla formazione professionale all'inserimento nel contesto lavorativo concreto.

In tale passaggio, il soggetto impatta con una moltitudine di variabili di sistema (socio-culturali, organizzative, relazionali, emozionali, cognitive), tacitamente riposte e tramandate nel contesto stesso, rispetto alle quali la formazione professionale ricevuta non si mostra potenzialmente in grado di offrire modelli interpretativi e previsionali adeguati, non offrendo in sostanza linee guida e orientamenti all'azione efficaci a fronteggiare la complessità e la variabilità dei contesti lavorativi in oggetto.

Il risultato è che il neoassunto, molto frequentemente, possa avvertire un senso di inadeguatezza e di incongruenza tra le conoscenze disciplinari e la realtà della pratica, rispetto alla quale emerge la necessità di riconfigurare il proprio sé professionale e il bagaglio di conoscenze acquisite, attraverso dinamiche complesse di adattamento e riconfigurazione del sé professionale.

In assenza di sistemi, schemi concettuali, o di figure di tutoraggio che incoraggino e guidino la trasformazione in senso progettuale e regolato, tali dinamiche rischiano di produrre, rispetto al soggetto, effetti disorientanti, demotivanti e destrutturanti, rispetto alle performance professionali.

In tali condizioni, l'operatore sanitario è in grado di realizzare quasi esclusivamente azioni improvvisate, intuitive e spesso inadeguate alla complessità situazionale, tanto da sfociare, talvolta, in situazioni di calo delle performance professionali, di stress-lavoro-correlato, fino ad arrivare al vero e proprio burn-out quale esito di uno squilibrio prolungato tra richieste, risorse individuali e risultati." (Gallelli et al., 2017, p. 7).

Esiste, inoltre un divario significativo tra adulti altamente qualificati e adulti poco qualificati nelle professioni di cura, strettamente correlato: al background personale, all'assiduità nella formazione continua, all'auto-percezione delle performance professionali, al benessere e alla realizzazione personale.

Per comprendere la significatività e l'incidenza di tali variabili nel nostro pattern interpretativo, nel corso della prima fase della ricerca abbiamo realizzato un'intervista on line, e chiesto ai 53 esperti della salute pugliesi (15 medici e 38 infermieri) di rispondere ad alcune domande contenute in un format di Google moduli.

Il grafico rappresentato nella Figura 1 restituisce, in termini qualitativi, la relazione di interdipendenza che intercorre tra i primi due indicatori e i secondi tre.

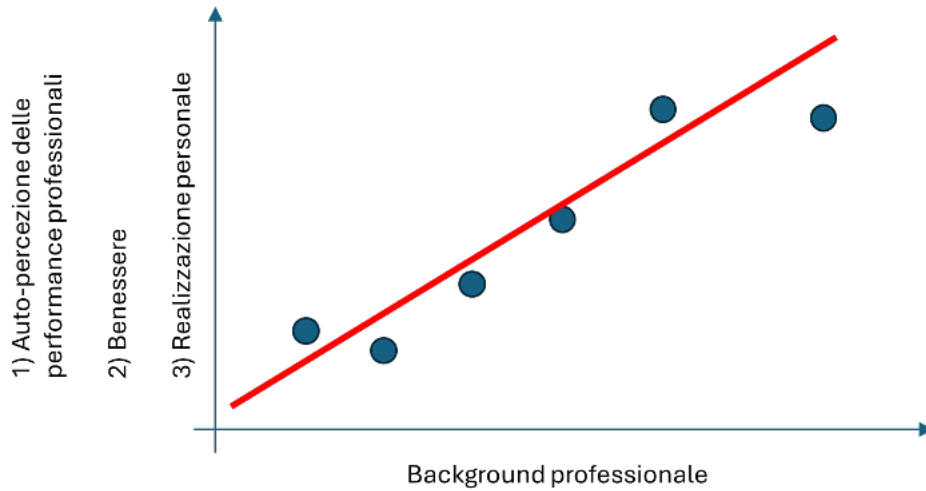


FIG. 1: ANDAMENTO QUALITATIVO DEGLI INDICATORI 1), 2) E 3) IN FUNZIONE DEL BACKGROUND PROFESSIONALE

In particolare, abbiamo notato che, associando l’idea di un livello maggiore di qualifica professionale all’autopercezione delle performance professionali, al benessere, alla riflessività e alla realizzazione personale dell’operatore sanitario, nei dati raccolti si è visto che: ad una formazione di base umanistico-scientifica, corrispondeva una migliore qualifica professionale dell’operatore sanitario, mentre a una formazione tecnico-professionale, corrispondeva per lo più una peggiore qualifica professionale. (Figura 2)

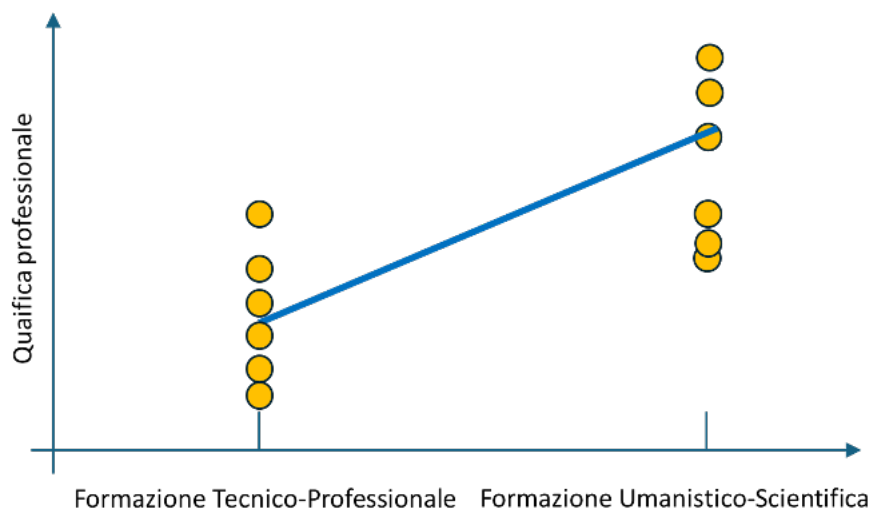


FIG. 2: ANDAMENTO QUALITATIVO DELLA QUALIFICA PROFESSIONALE IN FUNZIONE DEL TIPO DI FORMAZIONE DEI SOGGETTI INTERVISTATI

I dati raccolti nella prima fase della ricerca mostrano, altresì, come all'aumentare delle ore di frequenza dei corsi di aggiornamento, i tre indicatori 1) 2) e 3) aumentino proporzionalmente. Per valutare l'assiduità di frequenza ai corsi di formazione professionale, è stato considerato l'ultimo biennio lavorativo degli operatori sanitari. (Figura 3)

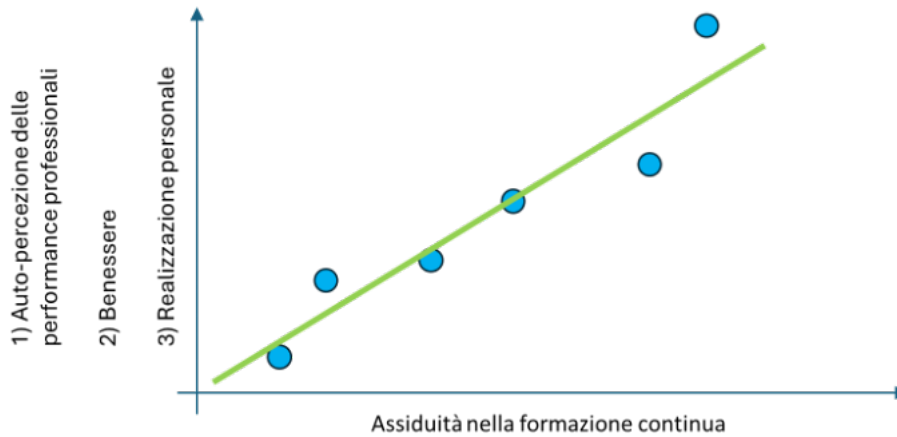


FIG. 3: ANDAMENTO QUALITATIVO DEGLI INDICATORI 1), 2) E 3) IN FUNZIONE DELL'ASSIDUITÀ NELLA FORMAZIONE CONTINUA

Un ulteriore discriminante nella valutazione iniziale è stato rappresentato dal ruolo dall'universo valoriale e simbolico degli intervistati, sulle loro prestazioni professionali. L'analisi delle risposte ottenute consente di associare un miglior livello di motivazione, soddisfazione, ascolto e accoglienza dei pazienti, nei professionisti della cura con profondo background religioso e, in particolare in coloro che si sono definiti "cristiani praticanti"(Figura 4) .

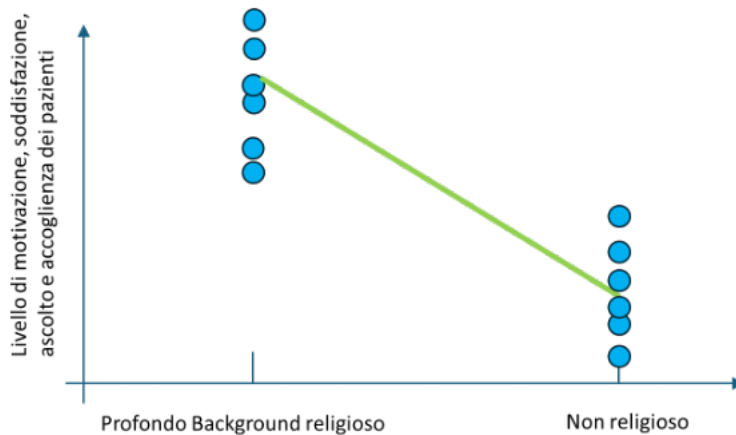


FIG. 4: ANDAMENTO QUALITATIVO DELL'INDICATORE: LIVELLO DI MOTIVAZIONE, SODDISFAZIONE, ASCOLTO ED ACCOGLIENZA (LMSAA) IN FUNZIONE DEL BACKGROUND RELIGIOSO O MENO

Si nota infatti come mediamente, per i soggetti con profondo background religioso l'indicatore LMSAA sia più alto di quello rilevato per i soggetti non religiosi.

Dalla rappresentazione grafica, si nota, altresì, la presenza di casi di professionisti, i quali nonostante il background religioso presentano valori dell'indicatore LMSAA confrontabili con quelli di soggetti non religiosi. (Figura 4)

Seconda fase della ricerca: Focus Group

La scelta di approfondire l'indagine conoscitiva utilizzando la metodologia del focus group, è stata motivata dalla conoscenza delle possibilità che tale strumento offriva di approfondire i temi e le suggestioni provenienti dalla ricerca svolta nella prima fase, attraverso l'intervista semi strutturata on line.

Il focus group, infatti, è una tecnica di ricerca sociale, che ha utilità pratica e implicazioni etiche. Serve ad approfondire un tema o particolari aspetti di un argomento, mediante un'intervista rivolta ad un gruppo omogeneo di persone. La caratteristica (e il pregio) del focus group sta proprio nell'interazione che si crea tra i partecipanti. Un'interazione che, se ben condotta, è capace di generare idee e riflessioni, in misura assai maggiore rispetto alla tecnica classica dell'intervista faccia a faccia o del questionario.

La paternità di tale strumento è fatta risalire da molti autori al ricercatore Robert K. Merton il quale, nel 1941, fu invitato da Paul F. Lazarsfeld ad assisterlo a una sessione di lavoro del Lazarsfeld-Stanton Program Analyzer, finalizzata a verificare l'efficacia di alcuni programmi radio sponsorizzati dal governo. (Di Lellio, 1985, pp. 22-23).

Nacque così, in quell'occasione, la tecnica dell'intervista di gruppo focalizzata: un'intervista collettiva a più persone, riunite in uno studio della radio per ascoltare un programma registrato ed esprimere il proprio parere attraverso due pulsanti posizionati sulle sedie, uno verde per le sensazioni positive evocate dal programma e uno rosso per quelle negative. Al termine di questa fase gli ascoltatori vennero intervistati da Merton sui motivi delle loro scelte. (Di Lellio, 1985)

Tale metodologia nel corso degli anni è stata ampiamente sperimentata: sono state messe a punto una serie di procedure per la sua realizzazione e introdotte molte innovazioni e variazioni rispetto agli obiettivi e al settore in cui è applicata.

Utilizzando tale metodologia, e facendo nostri i suggerimenti di Krueger, il quale ha evidenziato i vantaggi di quelli che egli definisce «mini-focus group», ossia quelli formati da «quattro o cinque soggetti», i quali «possono essere riuniti in ambienti più confortevoli, ad esempio ristoranti, case private, o saloni accoglienti». (Krueger, 1994, pp. 78-79)

Secondo Krueger, il numero limitato è opportuno, in quanto «permette l'esplorazione di diversi argomenti con maggiore possibilità di scambio di esperienze e punti di vista». (ibidem)

In ragione di tali considerazioni, abbiamo deciso di condurre, nella seconda fase della ricerca, cinque diversi focus group, con un coinvolgimento totale di quaranta professionisti della cura pugliesi (quindici medici e venticinque paramedici).

La scelta di coinvolgere nelle interviste di gruppo focalizzate otto professionisti della salute per volta, ha scongiurato il rischio di avere una gamma di idee e opinioni ristrette. I

foci sono stati condotti nella medesima sede, secondo le modalità richieste dalla metodologia di ricerca pedagogica prescelta.

Gli argomenti trattati nei foci sono stati:

1. “L’esperienza lavorativa degli operatori sanitari, in rapporto al proprio background culturale e alle conoscenze/competenze maturate nel corso della formazione universitaria”.

2. “La correlazione tra: universo valoriale e simbolico- competenze relazionali- livello di soddisfazione”.

I partecipanti ai foci, tutti appartenenti alla categoria dei professionisti della salute, sono rappresentati nella Tabella 1.

TAB. 1: COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI PROFESSIONISTI SANITARI CHE HANNO PARTECIPATO AI FOCUS GROUP.

MEDICI	PARAMEDICI
· n° 1 primario	· n°10 infermieri professionali
· n° 1 anestesista	· n° 5 ostetriche
· n° 5 medici di base	· n° 6 fisioterapisti
· n° 1 psichiatra infantile	· n° 4 infermieri pediatrici
· n° 1 cardiologo	
· n° 2 ginecologi	
· n° 1 endocrinologo	
· n° 1 neurochirurgo	
· n° 1 fisiatra	
· n° 1 chirurgo	

I foci si sono attenuti a uno stesso schema di massima in modo da poter aggregare alla fine le suggestioni e i concetti emergenti. Dopo una breve spiegazione del significato di focus group, del tema trattato e delle sue modalità di svolgimento, tutti gli incontri hanno sviluppato i seguenti nuclei tematici:

1. l’orizzonte valoriale, il codice deontologico e l’eventuale background religioso
2. la responsabilità professionale e umana;
3. la comunicazione/relazione con pazienti, colleghi e/o con il personale sanitario
4. la necessità di una formazione continua

Ogni partecipante, messo prima di tutto al corrente della legge a tutela della privacy e del rispetto del segreto professionale posto su quanto sarebbe emerso nel corso dell’incontro, è stato chiamato a raccontare la propria esperienza professionale, in relazione a uno o più ambiti tematici (tra quelli elencati).

Risultati e Discussione

Sul primo argomento affrontato, ossia: “L’esperienza lavorativa degli operatori sanitari, in rapporto al proprio background culturale e alle conoscenze/competenze maturate nel

corso della formazione universitaria”, nei foci, in generale, da parte di quasi tutti i partecipanti, indipendentemente dalla categoria professionale (medici o paramedici), è emersa una dicotomia marcata tra: i percorsi di studio frequentati e alcune esigenze concrete, inerenti la specificità delle mansioni sanitarie svolte.

Annotiamo anche una considerazione fatta da alcuni partecipanti, i quali hanno evidenziato come la competenza decisionale, definita anche come “potere decisionale,” sia stata da subito richiesta in relazione ai compiti da svolgere e alle decisioni da prendere.

In merito al percorso di acquisizione della competenza decisionale, alcuni professionisti hanno dichiarato di avere avuto la fortuna di incontrare, in ospedale, bravi maestri, da cui hanno attinto: esperienza, fiducia, professionalità e spirito d’iniziativa. Tra i vissuti positivi emersi nel corso dei foci, segnaliamo le testimonianze di alcuni medici dell’IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG), i quali hanno raccontato di esperienze di discepolato e/o tutoraggio da parte di mentori e colleghi “speciali”, “perle rare di umanità e di professionalità”, da cui hanno imparato: l’arte della cura e della vicinanza al paziente, l’empatia, con i segreti delle tecniche mediche più efficaci e avanzate.

Tali medici apparivano sereni e disponibili al dialogo e si son detti orgogliosi di lavorare nell’Ospedale Padre Pio, una grande struttura sanitaria regionale pugliese storica, di alta specializzazione che, come è stato specificato, si fonda sull’integrazione tra pubblico ed ecclesiastico e che, nell’ultimo ranking nazionale del 2023 – il World’s Best Hospitals redatto dalla rivista americana Newsweek, in collaborazione con la società Statista – si è classificato al primo posto tra gli ospedali del Sud Italia (2).

La peculiarità di tale organizzazione sanitaria, secondo i medici partecipanti ai foci, risiede nello spirito cristiano e nella purezza del cuore del suo fondatore. Un medico ha raccontato come il Santo del Gargano, in un’epoca storica tormentata da: razzismo, pregiudizi, violenza, povertà, odi e sopraffazione dei deboli –che poi sfociò nel secondo conflitto mondiale – commosso e partecipe della sofferenza umana, sognasse, al posto di un’arida e desolata montagna: il Monte Gargano, un luogo brullo e solitario, dal carattere severo, come di una particolare avarizia della natura, di costruire una clinica moderna d’eccellenza per il sollievo della sofferenza e per la cura fisica e spirituale dei malati. Lì si sarebbero dovuti accogliere ricchi e poveri, indistintamente e, senza alcuna discriminazione, in un’epoca in cui solo chi disponeva di mezzi e ricchezze, poteva accedere a cure e prestazioni mediche di qualità.

Tale clinica, che poi è stata realizzata esclusivamente con la carità e la tenacia di Padre Pio e di Guglielmo Sanguinetti, medico cofondatore dell’Opera – secondo quanto ha precisato un altro medico – doveva rappresentare la prima di consimili Opere ed essere l’esempio di una possibile resurrezione: la resurrezione dell’Amore, in un’umanità tanto tormentata dall’odio e dalla violenza, che ha bisogno di fare esperienza concreta di Amore, com-passione e comprensione umana, più ancora che di pane.

I medici, che hanno ricordato la genesi dell’IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG), hanno precisato come, ancor prima dell’inaugurazione dell’Opera, avvenuta nel 1950, il suo fondatore avesse scelto e selezionato con grande saggezza e scrupolosità alcuni dei migliori professionisti sanitari

italiani, europei e americani affinché, condividendo il suo intento, lavorassero generosamente nel suo Ospedale. Per raggiungere tal fine, il Santo aveva chiesto loro di trasferirsi a San Giovanni Rotondo e di essere operatori sanitari esemplari, perché il malato, oltre a soffrire nel corpo, soffre sempre anche nel suo spirito ed ha bisogno di un clima professionale e umano e, per così dire familiare, che gli consenta di recuperare la salute e di ritrovare se stesso, attraverso l'incontro e la carità degli altri.

A partire da queste osservazioni, espresse e da alcuni partecipanti, constatiamo come in un'epoca in cui l'OMS non aveva ancora definito la salute come benessere globale della persona, a San Giovanni Rotondo si facevano già i primi esperimenti pratici, di una medicina umanizzata, capace di promuovere il benessere integrale dei pazienti.

Difatti, negli anni Quaranta e Cinquanta, quando ancora non si parlava di formazione continua degli adulti, Padre Pio sperimentò nella sua Opera le prime forme di tutoraggio e di accompagnamento personalizzato per le professioni sanitarie e i primi corsi di aggiornamento professionale per tutte le categorie di operatori sanitari.

La scelta di dilungarci sul racconto di questi sottotemi, emersi nel corso dei foci, risponde ad una precisa esigenza pedagogica: quella di dare un giusto tributo alla storia formativa delle professioni sanitarie nel meridione, facendo memoria di alcune modalità educative d'avanguardia e di alcune buone prassi formative di ambito sanitario, ancora per lo più inedite e poco conosciute, che meritano di entrare a pieno titolo nell'epistemologia del sapere pedagogico, se non altro per: il rigore metodologico, l'assiduità con cui sono state realizzate, l'ampiezza numerica degli operatori sanitari coinvolti nell'esperienza; l'impatto scientifico e sociale prodotto sul contesto territoriale; e, infine, per la realizzazione personale e professionale e il benessere diffuso che hanno promosso nei territori limitrofi e non solo.

Annotiamo, altresì, l'utilità di tale approfondimento in vista di una descrizione, quasi plastica – in quanto richiama testimonianze personali dirette, esempi vividi e fatti storicamente rilevanti – il ruolo positivo che un orizzonte valoriale e simbolico, come quello religioso, può avere sulla postura identitaria, sulla motivazione e sulle performance lavorative di un professionista sanitario.

Per riflettere su questa triade concettuale, nei cinque foci è stato introdotto il secondo tema: la correlazione tra universo valoriale e simbolico- competenze relazionali-livello di soddisfazione.

Molti partecipanti sono stati concordi nel ritenere importante l'universo simbolico e valoriale, per imprimere l'identità e il carattere professionale, anche se hanno riconosciuto di essere, per difetto di formazione, quasi totalmente a digiuno, su questi aspetti formativi.

Su questo tema, per completezza descrittiva e analitica, annotiamo anche le riflessioni di alcuni partecipanti, i quali hanno lavorato/lavorano in strutture di cura private e che hanno descritto situazioni diametralmente opposte, in cui il neoassunto/lavoratore è stato marginalizzato dai colleghi anziani e quindi escluso da ogni processo/situazione decisionale.

Dalla discussione sono emerse, rispetto alla capacità decisionale e alla responsabilità che ad essa si accompagna, difficoltà imputate a diversi fattori. Per comprendere tali fattori è necessario fare alcune distinzioni.

I paramedici sembrano concordi nel manifestare un comune disagio, legato alla carenza di saperi. Questo primo fattore è stato esplicitato da alcuni infermieri, i quali hanno parlato di una precaria preparazione di base fornita dall'istituzione universitaria, in primo luogo in ragione della brevità del corso di studi seguito.

La mancanza di saperi, spesso lasciata colmare dalla sola iniziativa personale dei professionisti, non è risultata essere fatta oggetto di cura e attenzione da parte di nessuna figura di accompagnamento o accoglienza nel nuovo ambiente di lavoro. Questa figura (questa mansione), che dovrebbe essere specificatamente indicata, è invece completamente assente e, solo nel migliore dei casi, è il singolo professionista, ad individuare tra i colleghi con esperienza e maggiormente disponibili, quello cui far riferimento. Tra le lacune imputabili al background culturale, i medici appaiono in generale concordi nell'individuare un'insufficiente cura per gli aspetti pratico-operativi in tutto il corso di studi frequentato. Alcuni medici si sono spinti ben oltre la sola critica al tirocinio e hanno sollevato perplessità in merito all'intera organizzazione didattico-curricolare, basata su uno strutturale sbilanciamento tra le dimensioni teoriche e pratiche (in tutti gli anni del corso di laurea).

Essi, suggerivano altresì, un rimodellamento dei programmi didattico-disciplinari da parte delle università, in modo da accostare e intrecciare immediatamente lezioni e laboratori, nei medesimi anni e semestri.

Su tale criticità formativa, alcuni infermieri hanno lamentato la penuria di aule, manichini, materiali e strumentazione per condurre le esercitazioni.

Un'ulteriore criticità formativa relativa ai percorsi di formazione universitaria, emersa nei foci concerne la necessità, - sperimentata sul capo lavorativo da parte della maggior parte degli operatori sanitari- di sviluppare rapidamente competenze comunicative e relazionali, indispensabili per svolgere le professioni di cura. Medici e paramedici sembrano concordi nell'imputare questo comune disagio, legato alla carenza di saperi, alla totale assenza di humanities nella formazione universitaria.

Questo gap formativo, che potrebbe essere colmato anche attraverso la formazione continua degli adulti, ma che di fatto, troppo spesso non viene colmato, produce effetti negativi sul benessere negli ospedali e sulla realizzazione professionale.

Diversi partecipanti al confronto hanno ammesso che, in assenza di competenze comunicative e relazionali, comunemente nelle organizzazioni ospedaliere si tende ad assumere atteggiamenti formali ed evitanti con i pazienti e i familiari e a delegare ad altri i compiti e le mansioni imprevedute o scomode. Oppure, si invocano protocolli standardizzati e routine organizzative consolidate e stereotipate, a volte eccessivamente rigide e che non tengono conto dell'unicità e complessità umana, per sfuggire alle richieste di pazienti e familiari.

Il risultato di tali pratiche è spesso una prestazione lavorativa arida, abitudinaria, senza passione e senza amore, fatta per lo stretto-necessario, o la contrario si cade nell'esatto

opposto e si accentrano tutte le responsabilità e decisioni su poche figure professionali, a discapito di un lavoro collaborativo, democratico e partecipativo.

Conclusioni

A conclusione della riflessione condotta, emerge nel campione di professionisti sanitari analizzato, un marcato divario tra adulti altamente e poco-qualificati, in conformità quanto descritto nella letteratura scientifica (Amadini et al. 2023; Benini, 2004; 2005; 2006; 2016; Blezza, 2007; 2008; Bruzzone, 2007; 2012; 2013; Boffo, 2006; 2011; 2012, De Mennato, 2012a; 2012b; 2013; 2024; Bertin, 1986; Franceschetti, 2016; Kanizsa, 2006; 2013). In particolare, l'intervista semi-strutturata, in via del tutto preliminare, ha dimostrato l'esistenza di una singolare correlazione tra background culturale, performance professionali e benessere.

La rappresentazione grafica qualitativa dei dati raccolti, pone in evidenza come, associando l'idea di un livello maggiore di qualifica professionale all'autopercezione delle performance professionali, al benessere, alla riflessività e alla realizzazione personale dell'operatore sanitario, nei dati raccolti si è visto che: ad una formazione di base umanistico-scientifica, corrispondeva una migliore qualifica professionale dell'operatore sanitario, mentre a una formazione tecnico-professionale, corrispondeva per lo più una peggiore qualifica professionale.

Alla luce di ciò e in attesa di concludere e formalizzare in maniera più compiuta i dati dei focus, si sottolinea come appaia di estrema urgenza avviare una riflessione pedagogico-didattica sull'opportunità di inserire nuovi moduli di humanities e di medicina umanizzata nei percorsi formativi universitari e di aggiornamento professionale dei professionisti della salute, per promuovere saperi riflessivi e nuove competenze comunicative e relazionali, ad alto impatto sociale.

Si sottolinea, altresì, la necessità di predisporre nelle organizzazioni sanitarie spazi e momenti di confronto e condivisione su temi di rilevanza pedagogica, guidati da formatori specializzati, per favorire la conoscenza reciproca, lo spirito di appartenenza ad una comune organizzazione e lo scambio di conoscenze ed esperienze virtuose.

Se l'andamento qualitativo graficamente espresso, della qualifica professionale in funzione del tipo di formazione dei soggetti intervistati, lascia intuire visivamente le lacune dell'attuale sistema formativo universitario dei professionisti sanitari e le possibili traiettorie di sviluppo di progettualità idonee a ri-costruire e migliorare qualitativamente il sistema della Formazione e del Professional training placement delle professioni sanitarie, l'analisi ermeneutica dei dati raccolti nei focus, presenta con chiarezza il presente e il futuro nelle professioni sanitarie.

Il presente è rappresentato dalle criticità, lacune, difficoltà, aridità e insoddisfazioni di molti professionisti della cura. Il futuro si scorge nell'ideale: un ideale non utopico, ma eutopico e ripetibile, che a volte è stato storicamente incarnato, da professionisti non solo competenti, ma anche ricchi di umanità, come si è visto nell'esperienza descritta nel paragrafo precedente.

La scelta di rivitalizzare la formazione continua degli adulti, a partire da pratiche di eccellenza e di virtuosità umana, per promuovere positivi cambiamenti sociali e la

realizzazione professionale, è il miglior investimento per prevenire tanti errori evitabili e per co-costruire un futuro più umano e felice: più a misura delle intime e profonde aspirazioni di ciascuno.

Note

- (1) Il concetto di umanizzazione delle cure va inteso come attenzione posta alla persona nella sua totalità per i bisogni organici, psicologici, relazionali e più ampiamente spirituali.
- (2) <https://press.regione.puglia.it/-/world-s-best-hospitals-di-newsweek-l-irccs-casa-sollievo-della-sofferenza-e-policlinico-di-bari-al-primario-e-secondo-posto-tra-gli-ospedali-del-sud-italia>

Bibliografia

- Amadini, M., Bruzzone, D., Musai, M., Triani, P., Zini, P. (2023). *Pedagogia generale. Temi fondamentali dell'educazione*. Vita e Pensiero.
- Bellingreri, A. (2014). *La sfida dell'educativo nella società liquida*. In Elia, G. (a cura di). *Le sfide sociali dell'educazione*. FrancoAngeli.
- Benini, S. (2004). *Le competenze educative, comunicative e relazionali. Riflessioni pedagogiche per la teoria e pratica infermieristica*. CLUEB.
- Benini, S. (2005). Prendersi cura di chi cura: riflessioni per una pratica formativa alle cure domiciliari. *Pedagogika*, IX, numero 3.
- Benini, S. (2006). *Pedagogia e infermieristica in dialogo. Per uno sviluppo delle competenze educative e formative nella pratica assistenziale*. CLUEB.
- Benini, S. (2016). *Reti di possibilità. Quando la pedagogia incontra le prassi*. FrancoAngeli.
- Bertin, G. (1986). *Decidere nel pubblico. Tecniche di decisione e valutazione nella gestione dei servizi pubblici*. ETAS Libri.
- Bleza F. (2007). Quale pedagogia per le professioni sanitarie. *Tutor*, 7, Numero 1, 18.
- Bleza, F. (2008). *Un pedagogista nel poliambulatorio. Casi clinici*. Aracne.
- Boffo, V. (a cura di) (2006). *La cura in pedagogia. Linee di lettura*. CLUEB.
- Boffo, V. (2011). *Relazioni educative: tra comunicazione e cura. Autori e testi*. Apogeo.
- Boffo, V. (2012). *Work and Person: Sense, Care and Relations*. In V. Boffo, *Glance at Work. Educational Perspectives*, Firenze University Press.
- Bruzzone, D., Musi, E. (a cura di) (2007). *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*. Guerini.
- Bruzzone, D. (2012). *Farsi persona. Lo sguardo fenomenologico e l'enigma della formazione*. Franco Angeli.
- Bruzzone, D., Frankl, V. (2013). *Fondamenti psicopedagogici dell'analisi esistenziale*. Carocci.
- De Bartolomeis, F. (1953). *La pedagogia come scienza*. La Nuova Italia.
- De Mennato, P. (2012a). La formazione iniziale degli studenti di Medicina e delle professioni della cura. *Salute e Territorio*, 191, 92-97.

- De Mennato, P. (2012b). Medical Professionalism and Reflexivity. Examples of training to the sense of 'duty' in medicine. *Educational Reflective Practices*, 2, 15-33.
- De Mennato, P., Formiconi, A.R., Orefice, C., Ferro Allodola, V. (2013). *Esperienze estensive. La formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*. Pensa Multimedia.
- De Mennato, P. (2024). *L'ora di educazione*. Colonnese.
- Di Lellio, A. (1985). Le aspettative sociali di durata, intervista a Robert K. Merton. *Rassegna italiana di sociologia*, XXVI, 1, 3-26.
- Franceschetti, M. (2016). Le professioni sanitarie: dinamiche settoriali, conoscenze e skills da aggiornare. *Osservatorio Isfol*, VI, n. 1-2, 69-83.
- Gallelli, R., Annacontini, G., Gambatesa, M., Renna, P., De Angelis, V. (2017). Formazione e professional training placement nelle professioni sanitarie: un report sugli esperti della salute pugliesi. *MeTis*, 7(2), 504-528.
- ISTAT. (2013). Rapporto annuale del paese. Andamento del mercato del lavoro nel 2012.
- Kanizsa, S. (2006). *La scuola in ospedale*. Carocci.
- Kanizsa, S. (2013). *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*. Raffaello Cortina.
- Krueger, R.A. (1994). *Focus groups. A Practical Guide for Applied Research*. Sage Publications.
- Mezirow, J. (2003). *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Cortina Raffaello.
- Mortari, L. (2007). *Cultura della ricerca e pedagogia*. Carocci Editore.
- Mortari, L. (2015). *Filosofia della cura*. Cortina Raffaello.
- OCSE. Health at a Glance 2023. OECD indicators. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
- Righettini, C. (2024). Umanizzare la cura tra competenza e accoglienza. Una riflessione pedagogica sulla formazione medica. *Journal of Health Care Education in Practice*, 6(1), 71-79. DOI: 10.14658/PUPJ-jhce-2024-1-8, 2024.
- Schon, D. (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Dedalo Ed.
- Urso, F. (2009). *Orizzonti di speranza nel mondo della fragilità e della salute*. Sds Editore.
- Wenger, E. (1996). Communities of practice: the social fabric of a learning organization. *The Healthcare Forum Journal*, 39(4), 20-26.