



Associazione Fortuna

Associazione per lo Studio, la Ricerca e l'Intervento in Psicologia Clinica, Psicoterapia
Psicodinamica, Psicologia di Comunità, del Lavoro e delle Organizzazioni, e delle scienze affini

CORSO DI FORMAZIONE E COUNSELLING PER OPERATORI SOCIO SANITARI

*Dall'analisi della crisi sociale e personale alla consapevolezza personale e
all'umanizzazione dei rapporti all'interno della relazione di cura*

Corso di formazione e counselling per operatori socio sanitari

L'Associazione Fortuna, sodalizio culturale di recente istituzione, nasce dall'incontro di un gruppo di professionisti con formazione e competenze diverse nell'ottica dell'interdisciplinarietà intesa come valore aggiunto all'approccio con le dinamiche sociali.

L'associazione si propone di:

-promuovere studi, ricerche e interventi nell'ambito della psicologia clinica, della Psicoterapia Psicodinamica, delle Psicologie di Comunità, del Lavoro e delle Organizzazioni, delle scienze affini e delle altre discipline;

- indire ed organizzare riunioni, convegni, seminari e congressi scientifici sia di carattere nazionale che internazionale;

- stabilire rapporti professionali e lavorativi con Enti (pubblici e privati);

- stabilire rapporti di reciproca collaborazione con Associazioni, Società ed Istituti, privati e pubblici, italiani o stranieri di discipline affini o complementari;

- promuovere attività formative e didattiche nel settore della Psicologia Clinica, della Psicoterapia, del Counselling e delle discipline affini, rivolte a persone singole o ad Enti pubblici o privati; - favorire la pubblicazione di opere a carattere scientifico, attinenti ai fini dell'Associazione;

- provvedere essa stessa a pubblicazioni periodiche e non, in conformità alle finalità istituzionali;

- stipulare, per le proprie finalità, convenzioni con Enti pubblici o privati;

- promuovere attività di consulenza a costi sociali, rivolte a persone singole o ad Enti pubblici o privati per favorire rapporti di collaborazione con soggetti specializzati e qualificati per la risoluzione di problematiche specifiche;

-provvedere alla messa in rete delle proprie attività con altre Associazioni del territorio italiane o straniere per sostenere la cultura della solidarietà e dell'accoglienza.

Comitato Direttivo

Dott. Claudio Antonio Manfredi (Presidente)

Dott. Vincenzo De Blasi (Vicepresidente, Responsabile del Progetto di Formazione)

Dott.ssa Amanda Musco (Consigliere)

Dott. Alberto Del Duca (Tesoriere)

Dott.ssa Angela Iacovino (Consigliere)

Aspetti generali delle problematiche istituzionali nei contesti di cura e/o socio assistenziali

Tra l'operatore e gli utenti che si rivolgono ad contesti socio sanitari e/o assistenziali si possono presentare malesseri ed inquietudini di natura emotiva, sensazioni piuttosto intense e intricate che a volte generano inquietudine, rabbia e risentimento, andando ad influenzare negativamente la qualità del lavoro del singolo, del gruppo e dell'istituzione. Dal canto suo, il paziente può percepire una forte sensazione di impotenza, di abbandono e di rifiuto all'interno del contesto istituzionale ed umano che accoglie la sua domanda di cura. I vissuti che possono innescarsi nell'operatore sono caratterizzati da una marcata connotazione di tipo emotivo: anche se tale aspetto tende a essere sottovalutato, è invece spesso all'origine di interventi professionali meno efficaci ed attenti ai bisogni del paziente. Non si devono infatti minimizzare i meccanismi psicologici della relazione provati dagli operatori e legati agli aspetti affettivi dolorosi della malattia, all'impotenza, alla rabbia, al senso di colpa, fattori questi che a volte impediscono agli utenti di godere della socializzazione e delle cure fisiche di cui avrebbero bisogno e alle famiglie di ottenere un po' di sollievo dal loro carico assistenziale. Non è inoltre infrequente assistere a dinamiche dove l'operatore viene vissuto dal paziente o si percepisce egli stesso come un "sostituto" familiare. A fronte di simili dinamiche, si verificano negli operatori meccanismi di stress emotivo e di burn-out, spesso causa della difficoltà di erogare un lavoro pienamente efficace: da qui la decisione presso molte strutture assistenziali di stabilire momenti di "ritiro" per l'equipe, dove potersi momentaneamente staccare dal lavoro e riconoscere i successi ottenuti a favore degli utenti. Ciò mitiga gli effetti sugli operatori del senso di "compressione" a fronte, da una parte, delle illusorie aspettative degli utenti e, dall'altra, del desiderio degli operatori medesimi di poter fare "tutto per tutti in ogni momento". Il lavoro di presa di coscienza di sé consente agli operatori di limitare gli effetti collusivi delle eccessive responsabilità che vengono poste rispetto ad obiettivi a volte troppo ambiziosi, riscoprendo la qualità del loro lavoro, della loro professionalità ed il livello di soddisfazione personale ad esse associato.

Il supporto per gli operatori socio sanitari

Chi svolge attività di cura ed assistenza in contesti socio sanitari è esposto quotidianamente a considerevoli carichi di stress tanto fisico quanto psicologico. I pazienti con cui gli operatori socio sanitari entrano in relazione da un punto di vista psicologico sono più facilmente persone dipendenti, a causa di patologie fisiche o mentali, o comunque persone con particolari problemi di risorse, di potenzialità e di comportamento, caratterizzati da una notevole complessità. Tutte queste condizioni creano un forte senso di impotenza negli operatori, spesso dovuto alla limitata capacità di poterli aiutare. Ulteriore fonte di stress per chi lavora in tali contesti è il condividere ogni giorno quei sentimenti legati all'inevitabilità del dolore o della morte. Mantenere un approccio ottimistico nel lavoro socio assistenziale può dunque risultare difficile e non tanto per l'atteggiamento espresso dai pazienti, a volte improntato all'ottimismo nonostante un'idea di futuro complicato. Gli operatori devono possedere un adeguato livello di autoconsapevolezza al fine di monitorare il loro stato emotivo e di comprendere quanto spesso possano essere loro i primi ad aver bisogno di sostegno e incoraggiamento. Inoltre, dovrebbe essere molto più diffusa la pratica di utilizzare le abilità professionali di "aiuto" per sostenere gli altri colleghi: di fatto capita che gli operatori siano in grado di prendersi cura dei loro utenti mentre vivano rapporti poco confortanti con i rispettivi colleghi o collaboratori. La necessità di erogare formazione, sostegno e supervisione

Corso di formazione e counselling per operatori socio sanitari

agli operatori si impone pertanto come azione valida ed insostituibile da fornire a tutti i professionisti che svolgono attività di cura ed assistenza. La supervisione, il counselling, la formazione e il sostegno che traggono origine dalla tecnica psicoterapeutica vengono applicati in diversi enti di lavoro sociale. Sono uno “strumento” flessibile che assicura momenti per riflettere, per la condivisione delle responsabilità nella gestione del lavoro, per il monitoraggio “emotivo”. Il tutto misurato alle esigenze e ai bisogni, al disagio, alle difficoltà nel proseguire lavoro assistenziale. Gli spazi dedicati alla formazione e alla supervisione consentono di rielaborare e di discutere con l'altro i vissuti provati durante il lavoro o le situazioni che si sono rivelate più difficilmente gestibili. E' difficile immaginare elevate prestazioni professionali nell'ambito dell'assistenza e della cura senza che ci sia la possibilità di poter usufruire di un simile supporto. Il fatto stesso di tradurre in parole ciò che viene fatto durante questi momenti permette all'operatore di riorganizzare l'esperienza vissuta e di procedere nel lavoro con maggiore intenzionalità ed interesse.

Verso la formazione di una vera equipe

Accade di frequente che nel lavoro socio assistenziale il termine “equipe” venga abusato: esso in genere indica un gruppo di persone che lavora assieme e che si riunisce a cadenza periodica per discutere gli interventi svolti sino a quel momento sugli utenti. In genere, con tale termine si tende a indicare anche un gruppo in cui vi è un'elevata qualità di interazione. Nella realtà operativa dei servizi socio-assistenziali, tuttavia, il lavoro di equipe è solo “presunto”, e tende invece a presentare elementi potenzialmente degenerativi che si discostano ampiamente dal significato originario del termine. In effetti, perché un'equipe sia efficace deve basarsi sulla spinta al “fare gruppo”, al confrontarsi attivamente, al riconoscere potenzialità, limiti e problematiche di almeno alcuni suoi membri, includendovi se possibile le risorse “comuni” che esercitano un'adeguata influenza su tutti gli altri colleghi. In alcuni casi, quindi, non esiste un'equipe vera e propria. I membri che la caratterizzano, infatti, pur essendo gratificati dal lavorare insieme, non riescono a condividere la medesima “politica” o “filosofia” rispetto al lavoro: per questi gruppi di operatori, gli incontri e i confronti “psicologici” risultano utili al fine di migliorare il senso di coesione tra i membri e di facilitare lo scambio su questioni e punti di vista differenti.

La rete intorno al paziente

La natura, l'estensione e la complessità di alcuni problemi, come del resto la costante presenza del concetto della morte, minano emotivamente le persone comuni esattamente come gli operatori addetti all'assistenza in modo anzi ancor più intenso e marcato. Vi sono poi eccezionali tensioni che insorgono quando il paziente è colpito da malattie fisiche o mentali prolungate nel tempo: se gli operatori hanno trovato modalità di sostegno reciproco e anche gli infermieri ed il personale medico si stanno muovendo nella medesima direzione, non si può dire lo stesso per i parenti che formano la rete intorno al paziente e che rimangono, invece, esposti a stress continui senza poter contare su appoggi di tipo psicologico né tantomeno su alcun contesto di condivisione del problema. Lo stress subito dai parenti, pertanto, è decisamente meno conosciuto ed indagato rispetto al disagio avvertito dagli operatori. La prima area che è importante analizzare nel caso di parenti che assistono il paziente è relativa al tipo di bisogno di cui si fanno portavoce; troppo spesso capita che si inneschino meccanismi psicologici intricati in cui è complicato rinvenire il tema centrale: rabbia, risentimento, sensi di colpa invadono lo spazio emotivo dei parenti impedendo loro di fornire una sana ed adeguata assistenza. Anzi, proprio l'intensità di tali sentimenti è spesso alla base della decisione da parte dei parenti di ricoverare il paziente, senza per questo



migliorare le loro condizioni emotive, ma peggiorandole e in alcuni casi incancrenendole. Lo stress vissuto viene poi dai familiari trasferito e proiettato sugli operatori: non è raro infatti che il disagio e la sofferenza dei parenti vengano elaborati da quest'ultimi adottando strategie di critica continua dell'operato degli assistenti professionisti e rendendo ancor più amaramente insopportabile il peso del loro lavoro. La sensazione prevalente tra i parenti dell'assistito è quella di collera: per le condizioni igieniche in cui viene talvolta lasciato l'assistito, per l'ingratitude e per le richieste irrazionali avanzate dal paziente e per il forte senso di responsabilità di cui si fanno carico. Di certo, anche nel caso dei parenti l'intervento più efficace consiste nell'opportunità di tradurre in parole i sentimenti di ambivalenza che vengono sperimentati: non è semplice accettare l'idea di provare sentimenti di collera, rabbia e repulsione verso persone deboli e dipendenti. Il fatto stesso di poter comunicare le sensazioni di cui sopra rende talvolta più tollerabile l'angoscia di molte delle persone coinvolte nelle attività quotidiane di assistenza.

Contrastare il burn-out

Gli operatori che si occupano di assistenza condividono con i pazienti tempi e intimità eccezionali. Tali figure oggi professionali sono quindi uscite dal loro ruolo subalterno per porsi in rilievo con le loro competenze personali a fianco di tutti gli altri operatori della salute. Molti ne hanno sottolineato il rapporto privilegiato e di relazione quotidiana con l'utente mettendone in luce alcune funzioni tra cui quelle di contenimento, di ascolto e di empatia. Con il termine **contenimento** si intende la capacità dell'operatore di comprendere e ascoltare l'anziano nella sua totalità con un approccio umanizzante in grado di accogliere il suo dolore e la sua sofferenza. L'**ascolto** indica invece la capacità di osservare e di esprimersi sospendendo qualsiasi azione che vada dal sentire la necessità di colmare vuoti e silenzi al bisogno di dover dire e fare qualcosa a tutti i costi. Infine per "**empatia**" si indica la capacità dell'operatore di riconoscere i bisogni del paziente in sintonia con quanto quest'ultimo comunica attraverso i gesti e le parole. L'operatore è quindi più di un semplice esecutore: tocca il corpo e la psiche del malato e tale "contatto" è salvaguardato da un rapporto estremamente professionale mediato da un rapporto affettivo intenso. Il termine "sindrome del burnout" fu utilizzato per la prima volta da Maslach per definire gli atteggiamenti di nervosismo, irrequietezza, apatia, isolamento, negativismo e indifferenza di molti operatori sanitari nei confronti del loro lavoro e dei pazienti, in seguito ad un eccessivo accumulo di stress. Nel burnout la vocazione alla professione dell'operatore si deforma e le medesime attività vengono viste dall'operatore steso come un semplice lavoro dove si registra una progressiva perdita di entusiasmo e di interesse e dove prendono il sopravvento sensazioni di tensione e di ansia. Ad oggi il dibattito scientifico intorno alla definizione di burnout non è ancora del tutto risolto, anche se c'è un sostanziale accordo sul modello della Maslach. Quest'ultima, in particolare, definisce il "burnout" come una sindrome psicologica di tipo multidimensionale caratterizzata da alcuni fattori: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e scarsa realizzazione personale.

La sensazione di esaurimento emotivo implica il sentirsi emotivamente prosciugati nelle risorse fisiche ed emotive. L'operatore in burnout si sente svuotato, senza possibilità di ricaricarsi e senza sufficienti energie per affrontare una nuova giornata di lavoro. Con il termine depersonalizzazione, invece, ci si riferisce ad un eccesso di distacco e di negatività da parte dell'operatore verso gli utenti. Talvolta tale atteggiamento sfocia nella disumanizzazione della relazione col paziente o nel più marcato cinismo. Con la scarsa realizzazione personale si indica infine la diminuzione del senso di competenza e di produttività al lavoro. Tale sensazione può essere incrementata dall'assenza di opportunità di sviluppo e dalla carenza di sostegno sociale. Importante è quindi individuare le determinanti

Corso di formazione e counselling per operatori socio sanitari

delle situazioni di burn-out negli operatori. Sembra che alla base vi siano molti fattori istituzionali ed organizzativi. Importante pare ad esempio essere il carico di lavoro, la sua organizzazione e distribuzione tra le varie figure professionali e la presenza di richieste tra loro incompatibili. Può risultare problematico anche un ruolo lavorativo non chiaramente definito, in quanto genera ambiguità rispetto alle responsabilità personali ed agli obiettivi da perseguire. E' ovvio che le conseguenze della sindrome si avvertono sia sul piano della salute degli operatori (con fenomeni di rabbia, irritabilità, fino all'abuso di psicofarmaci e di alcol) sia sul piano della loro prestazione lavorativa verso l'utente. Risulta pertanto essenziale in quelle professioni fortemente esposte al rischio di burn-out monitorare il livello di stress presente tra gli operatori onde evitare il cronicizzarsi di situazioni di disagio e sofferenza fisica ed emotiva. L'ottica psicologica consente di individuare il rischio burn-out all'interno di un'istituzione a carattere socio-assistenziale attraverso l'analisi di due dimensioni: 1) l'angoscia dell'operatore, di essere sopraffatto emotivamente, non elaborata, non affrontata e risolta, incompatibile con l'equilibrio psichico, che determina meccanismi di difesa psicologici non sempre adattivi. Le modalità prevalenti sono in genere il rifugio nel tecnicismo, l'accanimento terapeutico, lo sviluppo di una concezione del lavoro come pura fonte di guadagno; 2) il confronto col tema della separazione, della perdita e della morte che induce a rivedere le pregresse fantasie di onnipotenza e sviluppa nell'operatore dubbi esistenziali sul senso della vita, della morte ma soprattutto sul senso del lavoro scelto.

La sindrome da burn-out sembra dunque iniziare con sentimenti di sconfitta che sfociano nel tempo in una debilitante condizione psicologica che costa anche alla struttura in cui lavora l'operatore in termini di frequenza di malattie cardiache, ansia, nevrosi, depressione e dunque assenteismo. Ciò che nello specifico costituisce una fonte di preoccupazione per le strutture sono i vissuti di aggressività e di rabbia che l'operatore esprime per la perdita di controllo e perché avverte l'ospite come intrusivo e giudicante. Occorre cioè ricalibrare la giusta distanza nella relazione tra operatore e utente in modo che essa risulti orientata all'ascolto, con un approccio empatico ai problemi del paziente, evitando un eccessivo coinvolgimento ma riconoscendo l'altro come persona con bisogni particolari.

Obiettivi del progetto

Le azioni del progetto sono focalizzate sullo sviluppo e raggiungimento dei seguenti macro-obiettivi:

1) **l'agevolazione della comunicazione intragruppale:** in tal senso l'accento si pone sulla facilitazione delle modalità di scambio assertivo tra gli operatori, rispettose dell'interdipendenza di ciascuno all'interno del gruppo di lavoro. Il miglioramento della qualità della dimensione comunicativa persegue a sua volta l'obiettivo di rendere più efficace la relazione con gli utenti e con i familiari in modo da favorire una comunicazione chiara, onesta ed esauriente;

2) **la condivisione:** con l'applicazione delle tecniche attive si persegue l'obiettivo di creare uno spazio d'incontro privo di barriere professionali che possa favorire la formazione di uno spirito di gruppo ed il senso di appartenenza al servizio. In tali momenti vengono affrontati alcuni dei problemi registrati sul piano organizzativo, limitando negli operatori il senso di isolamento e di scarsa partecipazione ai processi decisionali;

3) **il sostegno:** momenti di gruppo il lavoro psicologico è focalizzato sul contenere ed elaborare i vissuti emotivi, analizzando l'utilizzo delle difese non adattive messe in atto nella relazione con pazienti e familiari e come sistema per fronteggiare l'angoscia di malattia e di morte;

4) Il focus di un intervento di **individuazione e prevenzione ai sintomi di stress, burn-out e disagio degli operatori socio-assistenziali:** consiste in programmi di formazione e in interventi di counseling psicologico in quanto mezzi efficaci per riconoscere gli eventuali conflitti emotivi legati alla dimensione lavorativa e tradurre i limiti istituzionali in future risorse, fondamentali per sviluppare l'empowerment (valorizzazione delle risorse e delle potenzialità individuali e gruppali) degli addetti all'assistenza e per favorire il buon funzionamento dei servizi erogati. L'applicazione delle tecniche attive, attraverso momenti di ascolto, di elaborazione delle emozioni e di condivisione, risulta essere la premessa inoltre necessaria per l'integrazione tra professionalità diverse e per la creazione di un lavoro di rete e di un proficuo scambio di competenze che consente di contrastare attivamente e dare significato allo stress proprio delle "helping professions", rilevabile proprio in una tendenza generalizzata da parte degli operatori al disinvestimento emotivo nella relazione ed in una marcata sensazione di inadeguatezza dal punto di vista dei risultati raggiunti.

Il lavoro psicologico e il counselling in gruppo **consentono all'operatore socio-assistenziale** di elaborare:

a) **l'esaurimento psicofisico:** la sensazione di aver esaurito le risorse psico-fisiche è una delle caratteristiche centrali della sindrome. La condizione di esaurimento ha notevoli ripercussioni sia per l'utente, che non riceve cure e sostegno adeguati, sia per l'operatore, che non ha più la capacità per fornire servizi adeguati e comprendere le esigenze ed i bisogni dell'utente;

b) **deterioramento della relazione:** in tal caso la sensazione di coinvolgimento distacco modifica notevolmente nell'operatore la percezione dell'utente. L'operatore diventa incapace nei casi più gravi di prestare attenzione alle reazioni peculiari dell'utente, al suo modo di porsi

Corso di formazione e counselling per operatori socio sanitari

e di esprimere i bisogni. La percezione fredda e disumanizzata dell'utente porta l'operatore a comportamenti di vero e proprio cinismo ed ostilità. E' chiaro che un distacco eccessivo rende il servizio offerto poco adatto a colmare i bisogni e disagi dell'utente;

c) **inefficacia professionale:** la condizione di burn-out rende l'operatore incapace di cogliere i progressi che il suo impegno fa compiere agli utenti, e dunque corre il rischio di sentirsi non gratificato e appagato dal suo lavoro. L'abilità dell'operatore consiste nel cogliere piccoli cambiamenti dato che i progressi spesso raggiunti dall'utente sono quasi impercettibili;

d) **disillusione:** in seguito allo svolgimento di mansioni frustranti o ripetitive e assistendo utenti in grave difficoltà le aspettative iniziali di svolgere una professione educativa e di aiuto tendono a smorzarsi e si scontrano con una realtà troppo dura ed impermeabile agli sforzi individuali di cambiamento, lasciando un profondo senso di delusione.



Caratteristiche e metodologia del progetto

Lo **scenario metodologico** di riferimento del presente progetto **ruota intorno al concetto di counselling psicologico** in ambito sanitario, inteso sia come promozione della salute, secondo un'ottica preventiva, sia come processo volto al miglioramento delle abilità di relazione con il paziente per far fronte al disagio causato dall'elemento malattia.

Il counseling psicologico rappresenta in un contesto socio-sanitario l'opportunità di offrire un servizio efficiente ed efficace che risponda alle richieste di umanizzazione dei servizi cui spesso, per la domanda sempre crescente di prestazioni specialistiche con tempi e costi limitati, è difficile rispondere. Le componenti primarie di un intervento di counseling psicologico soddisfacente devono in particolare enfatizzare taluni aspetti legati al processo di cura, tra cui: la dimensione dell'accessibilità e dell'appropriatezza della presa in carico dell'utente, della sua efficienza ed efficacia, della soddisfazione dell'utente, del grado in cui egli percepisce in misura critica e soggettiva la qualità del servizio offerto.

Un ulteriore riferimento teorico è dato dalla psicologia della salute che ha operato recentemente un'importante accomodamento tra modello biomedico e modello "bio-psico-sociale", superando la storica separazione mente-corpo e promuovendo un approccio integrato tra le due entità. Nella pratica ciò implica che salute e malattia vengano intese come esperienze tangibili che si riflettono nella vita di tutti i giorni: per tale motivo la psicologia della salute si propone di conoscere le emozioni di chi è sotto trattamento o soffre per una malattia particolare. La finalità è quella di prendere in considerazione il senso della malattia e della salute nella vita delle persone attraverso categorie non confinate in quelle biomediche: salute e malattia sono riflesse nella biografia dell'individuo.

Il gruppo, come modalità di intervento, si colloca in uno spazio intermedio tra la metodologia clinica e la consulenza. L'obiettivo è quello di offrire uno spazio di competenza, elaborazione dei vissuti e di formazione psicologica utile alla costruzione di contesti relazionali il più vicino possibile agli utenti e al mondo esperienziale degli operatori che operano nel campo del sostegno alla persona.

La proposta metodologica focalizzata sulla teoria e sulla dinamica del gruppo si sviluppa nell'ottica di un intervento preventivo. Non vuole rivolgersi a soggetti che hanno disturbi di personalità o della condotta, né problemi di tipo psichiatrico, ma viene rivolto a tutti gli operatori che quotidianamente co-partecipano all'attività dell'istituzione che svolge un compito di presa in carico dei problemi esistenziali dell'utenza che vi afferrisce.

Non si tratta dunque di un intervento terapeutico in senso stretto, anche se è difficile escludere una valenza "terapeutica", intesa nei termini di "cambiamento", e un "lavoro in gruppo" che di per se ha un significativo valore "curativo", inteso come presa in carico dei conflitti esperiti.

Il lavoro di gruppo e in gruppo è piuttosto centrato sulla promozione delle competenze psicologiche, sull'empowerment, sulla relazione tra i membri partecipanti ma anche sull'esposizione delle emozioni esperite con l'obiettivo di metterle in campo, riconoscerle e imparare a gestirle; è anche il luogo dove gli operatori si possono confrontare con i dubbi, le incertezze e le paure tipiche della loro professione.

Il gruppo formativo (focus group) e quello esperienziale così intesi sollecitano uno scambio visivo, fisico, emotivo e favoriscono l'interazione e lo sviluppo delle competenze e delle dinamiche interpersonali.

Corso di formazione e counselling per operatori socio sanitari

Nel gruppo, sotto la conduzione di uno o più psicologi esperti in materia, i membri hanno la possibilità di confrontarsi per il raggiungimento di una maggiore consapevolezza e conoscenza. L'intervento promuove la coesione attraverso tecniche appropriate di dialogo e di comunicazione fra i partecipanti; lavora sull'esame di realtà e pone l'accento sul presente piuttosto che sul passato, e ciò a conferma del fatto che non si tratta di un intervento psicoterapico. Nell'elaborazione del materiale verbale e non verbale viene evitato pertanto l'uso dell'interpretazione secondo il modello psicoanalitico, benché il quadro di riferimento teorico possa rimanere quello dell'approccio psicodinamico.

1. **Focus Group**, caratterizzati da:

a) Lezioni didattiche volte all'apprendimento delle più importanti tematiche psicologiche, individuali, gruppali, istituzionali specifiche al ruolo dei partecipanti; prevedono seminari tematici specifici e materiale didattico.

b) Role playing come esperienza pratica guidata, metodologia e pratica di intervento che si avvale delle molteplici potenzialità espressive e comunicative (musica, film, testi letterari) e che sviluppa e valorizza le varie forme di comunicazione, con particolare attenzione a quelle non verbali. Permette l'accrescimento della consapevolezza di sé e degli altri contribuendo all'inserimento collaborativi e produttivo nel gruppo classe di tutti i partecipanti.

2. **Gruppo esperienziale**, teso ad agevolare, senza scendere nel profondo, il livello di espressione di sé e di comunicazione con il gruppo. In questi termini, l'assetto gruppale si propone come strumento flessibile, utilizzabile a scopi sia didattici che di aiuto per agevolare la crescita di capacità espressive. Ha quindi uno scopo propositivo e promozionale delle potenzialità che ognuno porta dentro di sé, molto spesso tenute nascoste e sconosciute perfino a se stessi.

Il progetto di formazione si sviluppa temporalmente in 2 fasi:

Fase 1: 6 incontri di focus group della durata di 3 ore ciascuno a cadenza settimanale;

Fase 2: 6 incontri di gruppo esperienziale della durata di 2 ore ciascuno a cadenza settimanale.

L'idea di fondo di questo metodo è che l'interazione sociale, continua nel tempo, che si crea durante la realizzazione del *focus group* (fase 1) e del gruppo esperienziale (fase 2) costituisca una risorsa importante non solo nel trasmettere informazioni ma anche nell'elaborare vissuti emotivi spesso conflittuali, al fine di un processo psicologico e sociale volto alla consapevolezza dei rispettivi ruoli e del valore del lavoro in gruppo e alla crescita culturale dei partecipanti.



Fase 1: Focus Groups: didattica e role playing

Il gruppo di formazione, Focus Group, che prevede lezioni didattiche di tipo frontale e role playing, ha un arco temporale di 6 incontri a cadenza settimanale della durata di 3 ore sulle seguenti tematiche:

- **emozioni-motivazioni**
- **conflitto e frustrazione**
- **immagine di sé - autostima**
- **immagine corporea**
- **prospettiva del futuro**
- **il gruppo come strumento di cura**

Alle lezioni didattiche vengono associati inoltre i giochi di ruolo (role playing), che rappresentano una modalità esperienziale basata sull'immaginazione e sulla capacità di immedesimarsi in una situazione-stimolo tratta dalla vita quotidiana (lavorativa o privata). I giochi di ruolo hanno un vasto utilizzo sia in campo terapeutico, formativo e ludico. In campo terapeutico il primo a verificare l'utilità del gioco e dell'azione drammatica nella liberazione dei sentimenti repressi fu Jacob Levi Moreno, uno dei fondatori della psicologia moderna, partendo dal "teatro della spontaneità" da lui sperimentato. Nello psicodramma classico un direttore - che è un terapeuta - con l'aiuto di alcuni assistenti, invita un paziente a rappresentare scenicamente una situazione, di vita reale, per lui conflittuale, mettendosi a confronto con un antagonista. Anche in campo educativo fu Moreno stesso ad avvertire per primo il valore pedagogico della drammatizzazione e chiamò "tecniche di role-playing" le applicazioni del "teatro della spontaneità" a fini formativi. Tale tecnica rientra all'interno del settore delle simulazioni giocate, ossia un modo di apprendere dall'esperienza, basato sulla possibilità di agire in situazioni di vita reale o verosimili, e di ricevere feedback dal formatore e dai partecipanti. Come è facile intuire lo spettro applicativo dei giochi di ruolo è vastissimo ed il segreto delle potenzialità di una tale tecnica risiede nell'avere una struttura operativa comune. Gli elementi fondamentali di una tale struttura riguardano le componenti di base, ossia le parti in relazione, quali la scena, il soggetto, il direttore, gli antagonisti ed un auditorio, e ad alcuni momenti principali, ossia i tempi di relazione, quali, il riscaldamento, l'azione, la partecipazione e il debriefing. Quello che cambia è il fine della tecnica, il modo di utilizzarla e quindi le competenze del direttore di "gioco" ma, a rigor di logica, gioco, educazione e terapia non sono mai state così vicine. Ciò che caratterizza maggiormente la tecnica del role-playing, chiaramente ereditata dallo psicodramma, è la possibilità per i soggetti di sperimentare il cambiamento tramite l'adozione di prospettive, modi di vedere e di sentire le situazioni diversi da quelli sino a quel momento esperiti: la spinta a cambiare, rinnovare e progredire è difficile da accettare poiché contiene in sé l'ansia dell'imprevisto. L'individuo affronta molti cambiamenti durante lo sviluppo esistenziale: a volte accetta di nascondere parti importanti di se stesso che vede disapprovate, o ne adotta altre per imitazione o per intuito nella speranza di sentirsi confermato. Gli adattamenti sperimentati però non portano sempre a una condizione di felicità: talvolta suscitano nell'individuo sentimenti di rabbia, tristezza, disistima che spesso tendono poi a cronicizzarsi nel tempo. Nel contesto lavorativo l'individuo, divenuto adulto, trascorre gran parte della sua giornata e vi trasferisce molto di sé. Per esempio non può evitare di portarvi il modo naturale di mettersi in rapporto con gli altri né la paura di essere disapprovato né le conseguenze del suo precedente processo di adattamento e neanche il desiderio di riconquistare le parti perdute.

Dettaglio Programma Fase 1 – Focus Group -

Modulo 1

Il contesto socio-sanitario: un sistema relazionale complesso

Dott.ssa Maura Ianni; dott. Claudio Manfredi

Modulo 2

La relazione operatore-utente

Dott. Gianuario Buono; dott.ssa Anna Franca De Gennaro

Modulo 3

Le emozioni nel lavoro degli Operatori socio sanitari

Dott.ssa Maura Ianni; dott. Claudio Manfredi

Modulo 4

La comunicazione

Dott. Gianuario Buono; dott.ssa Anna Franca De Gennaro

Modulo 5

Il Gruppo come strumento di lavoro per l'Operatore socio sanitario

Dott.ssa Maura Ianni; dott. Claudio Manfredi

Modulo 6

Specifiche cognitive ed emotive del paziente in contesto socio sanitario

Dott. Gianuario Buono; dott.ssa Anna Franca De Gennaro

I 6 incontri di focus group, per una durata totale di 18 ore, saranno svolti per ogni modulo da 2 psicologi esperti in materia e di comprovata esperienza.

Referenti della Fase 1

Dott. Gianuario Buono

Dott.ssa Anna Franca De Gennaro

Dott.ssa Maura Ianni

Dott. Claudio Antonio Manfredi

Fase 2: Il gruppo esperienziale

Il Gruppo esperienziale prevede 6 incontri a cadenza settimanale della durata di 1 ora e 30 min. Questo assetto si configura come uno strumento formativo innovativo, volto alla dimensione del “saper essere”, che dà la possibilità agli attori organizzativi di riflettere sui loro comportamenti per cambiare e migliorare se stessi e l’organizzazione in cui lavorano. Per la maggior parte degli individui inseriti nelle organizzazioni può essere difficile accettare osservazioni dirette sui propri comportamenti lavorativi; per molti può essere anche un ostacolo comprendere l’impatto dei propri comportamenti su colleghi e collaboratori. Attraverso il gruppo esperienziale gli individui riescono a rivedere loro stessi ed i loro comportamenti da un nuovo punto di vista, quello degli altri, rispecchiandosi in questi, superando le resistenze legate ai rapporti personali. Tale strumento, coinvolgendo la sfera emotiva degli individui, i partecipanti a rielaborare atteggiamenti e comportamenti, valutandoli con maggiore obiettività e complessità psicologica. La nuova distanza acquisita permette l’accettazione delle critiche e la sdrammatizzazione delle situazioni. Questo metodo alimenta un importante processo di consapevolezza rispetto alle aree di miglioramento di ognuno, sviluppando di conseguenza nei partecipanti una reale motivazione al cambiamento. Adeguandosi sempre alle esigenze della committenza, il gruppo esperienziale può fornire spunti di riflessione, aiutare gli individui ad affrontare e risolvere eventuali difficoltà presenti all’interno dell’organizzazione, attivare e coadiuvare processi di cambiamento organizzativi. Il gruppo esperienziale può naturalmente essere inserito all’interno di un processo di intervento più complesso, che prevede interventi formativi d’aula. Una sua fondamentale caratteristica è la possibilità di dosare il livello di coinvolgimento dei partecipanti all’esperienza, sulla base del contesto istituzionale di riferimento, dei partecipanti e dell’obiettivo da raggiungere. Con il gruppo esperienziale è possibile intervenire su più livelli organizzativi/istituzionali (individuale, di squadra, interfunzionale ed intrafunzionale, organizzativo). A livello individuale il gruppo esperienziale consente di sviluppare competenze di comunicazione verbale e non verbale, di creatività, di gestione dei conflitti, di presa di consapevolezza e consolidamento del ruolo professionale, di motivazione al lavoro. A livello di equipe si possono incrementare lo spirito di gruppo e sviluppare le competenze per un efficace “lavoro in squadra”; sviluppare le competenze in tema di leadership professionale; sviluppare le competenze nel processo comunicativo e negoziale. A livello organizzativo si possono agevolare la diffusione della vision e della mission organizzativa, la sensibilizzazione sui valori dell’istituzione di riferimento, l’agevolazione del cambiamento culturale ed organizzativo, la gestione del processo creativo, innovativo e qualitativo in tema di orientamento all’utente.

Nella specificità dello spazio psicologico individuato dal gruppo esperienziale generalmente vengono discusse ed elaborate su un piano emotivo tematiche istituzionali quali:

- il fatto di possedere aspettative realistiche nei confronti delle personali capacità e delle caratteristiche dell’utenza;
- la possibilità di vedere riconosciuti i personali sentimenti da parte delle altre colleghe o addirittura da parte della Direzione;
- l’aver sviluppato una filosofia di vita forte che conferisca un senso al valore del lavoro svolto;
- la possibilità di ritagliare tempo per sé stessi al di fuori del lavoro e dunque di poter contare su aspetti di vita personali compensativi e gratificanti;

Corso di formazione e counselling per operatori socio sanitari

- il fatto di possedere una struttura di personalità con una marcata predisposizione al controllo, alla sfida e all'impegno (cosiddetta personalità hardy) capace di contrastare gli effetti dello stress lavorativo;
- la possibilità di poter contare su un gruppo di lavoro collaborativo e unito, in grado di fornire sostegno e confronto a fronte di situazioni difficili da gestire;
- la disponibilità a frequentare corsi di formazione alla comunicazione, alla relazione e/o gruppi di sostegno e ascolto psicologico organizzati ad hoc per gli operatori;
- il desiderio di conoscersi meglio in modo da riflettere sui personali pregi e difetti, aspirazioni e limiti nell'ottica di poter capire meglio sia gli utenti sia i parenti ed i colleghi;
- la volontà di migliorare le modalità di comunicazione per potersi esprimere senza fraintendimenti e per comprendere il vero messaggio degli altri;
- il bisogno di mantenere la giusta distanza sia con l'utente sia con i parenti in modo da non perdere di vista i bisogni personali;
- la curiosità di osservare le caratteristiche degli altri per valorizzarle e per evitare gli scontri, rispettandone le qualità e le aspirazioni;
- la possibilità di migliorare la gestione del limite tra vita personale e vita professionale.

Dettaglio Programma Fase 2 - gruppi esperienziali -

Modulo 7

Gruppo Esperienziale con Oggetto di Mediazione: fotografia
Dott. Vincenzo De Blasi; dott.ssa Roberta Chieppa

Modulo 8

Gruppo Esperienziale con Oggetto di Mediazione: sogni
Dott. Vincenzo De Blasi; dott.ssa Roberta Chieppa

Modulo 9

Gruppo Esperienziale con Oggetto di Mediazione: ideale dell'Io
Dott. Vincenzo De Blasi; dott.ssa Roberta Chieppa

Modulo 10

Il gruppo in Equipe, prima parte
Dott.ssa Amanda Musco; Dott. Vincenzo De Blasi

Modulo 11

Il gruppo in Equipe, seconda parte
Dott.ssa Amanda Musco; Dott. Vincenzo De Blasi

I 6 incontri del gruppo esperienziale per una durata singola di 2 ore e complessiva di 12 ore saranno condotti da 2 psicologi esperti in materia e di comprovata esperienza.

Dott. Vincenzo De Blasi
Dott.ssa Roberta Chieppa
Dott.ssa Amanda Musco

Tempi e costi del percorso formativo

L'attività formativa li vedrà impegnati in un arco di tempo di **3 mesi, da settembre a novembre 2018, per un totale di 30 ore (18 ore fase 1 e 12 ore fase 2) con frequenza settimanale, il sabato mattina.**

Il costo complessivo del corso di formazione è di 200 euro da pagare in due rate.

Al termine dell'esperienza formativa verrà rilasciato un **attestato di partecipazione** (ai partecipanti che non avranno superato il numero massimo di 2 assenze).

Docenti del corso

Dott. Gianuario Buono (Psicologo clinico, Psicoterapeuta)
Dott.ssa Roberta Chieppa (Psicologo clinico, Psicoterapeuta)
Dott. Vincenzo De Blasi (Psicologo clinico, Psicoterapeuta)
Dott.ssa Anna Franca De Gennaro (Psicologo clinico, Psicoterapeuta)
Dott.ssa Amanda Musco (Psicologo clinico, Psicoterapeuta)
Dott. Claudio Antonio Manfredi (Psicologo clinico, Psicoterapeuta)
Dott.ssa Maura Ianni (Psicologo clinico, Psicoterapeuta)



Associazione Fortuna

Associazione per lo Studio, la Ricerca e l'Intervento in Psicologia Clinica, Psicoterapia
Psicodinamica, Psicologia di Comunità, del Lavoro e delle Organizzazioni, e delle scienze affini