



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**L'ESPERIENZA DI TIROCINIO E IL RUOLO
DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE NEL
SETTORE SALUTE MENTALE:
STRATEGIE DI PREVENZIONE DEL BURNOUT**

Relatore: Chiar.ma
Prof.ssa Daniela Saltari

Tesi di Laurea di:
Massimo Rossi

Anno Accademico 2019 - 2020

Dedico questo lavoro a mia figlia Gioia.....

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1	6
IL RUOLO DELL' EDUCATORE PROFESSIONALE NEL DSM	6
1.1 SETTORE SALUTE MENTALE, RIABILITAZIONE E RECOVERY	6
1.2 STRUTTURE DSM/CSM AREA VASTA 5	9
1.3 RUOLO E FUNZIONE DELL' EDUCATORE PROFESSIONALE NEL SETTORE SALUTE MENTALE	12
1.4 ESPERIENZA DI TIROCINIO AL CSM	13
ESPERIENZA DI TIROCINIO DEL 2°ANNO	19
ESPERIENZA DI TIROCINIO DEL 3°ANNO	22
CAPITOLO 2	27
L'EDUCATORE E LO STRESS LAVORATIVO	27
2.1 IL BURNOUT	27
2.2 FATTORI DI RISCHIO:	30
2.2.1 BURNOUT E REGOLAZIONI DELLE EMOZIONI	32
CAPITOLO 3:	34
STRATEGIE DI PREVENZIONE DEL BURNOUT	34
3.1 LA SUPERVISIONE.....	34
3.1.1 METODOLOGIA DI SVOLGIMENTO.....	35
3.1.2 UN SUPPORTO FONDAMENTALE: L'ÉQUIPE	36
3.2 INTELLIGENZA EMOTIVA	37
3.3 LABORATORIO INTELLIGENZA EMOTIVA	41
CONCLUSIONI	47
BIBLIOGRAFIA	50
RINGRAZIAMENTI	51

INTRODUZIONE

La mia motivazione alla presente TESI è fondata sul tirocinio, parte dell'esperienza presso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) in Area Vasta 5. Il DSM in seguito all'integrazione delle due Presidi di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto è un contesto organizzativo estremamente complesso, costituito da più unità operative rispondenti a funzioni specifiche, all'interno delle quali operano differenti professionalità, con sfondo culturale diverso, che si occupano della riabilitazione della persona affetta da patologia psichiatrica.

Tale cambiamento, ha creato degli squilibri agli utenti e difficoltà nel lavoro collaborativo del personale del Centro di Salute Mentale (CSM) di San Benedetto del Tronto, inoltre il DSM con le sue peculiari caratteristiche, legate alle persone assistite ed alla relazione d'aiuto, può generare al personale, stress e rischio di burn-out, con ripercussione sia sulla comunicazione e relazione con l'utente, sia nel lavoro di equipe. Durante la mia esperienza di tirocinio ho potuto constatare che: Il numero del personale presente nel DSM, è il minimo indispensabile in rapporto al volume delle attività svolte ed ai bisogni sempre maggiori di una popolazione che presenta un incremento del disagio sociale con squilibrio generazionale.

A causa di alcuni sintomi di disagio riferiti dagli educatori nelle riunioni di gruppo di lavoro con aumento delle assenze per malattia, infortuni, viene intrapreso il percorso di approfondire le strategie di prevenzione per garantire il benessere professionale degli educatori, allo scopo di migliorare l'approccio relazionale alle problematiche del paziente. Per questo vengono utilizzati metodologie di prevenzione e monitoraggio che sono l'argomento principale di questa TESI.

La supervisione nel CSM utilizza modelli di intervento incentrati sul “caso clinico” e ha la finalità di migliorare le competenze tecniche di intervento degli operatori e migliorare il funzionamento complessivo dell’*équipe* come gruppo di lavoro. In particolare, poiché in questi servizi la funzione curante non è attribuita ad un singolo bensì ad un’*équipe*, è molto importante una costante “manutenzione” del funzionamento del gruppo, anche nella sua dimensione affettiva ed emotiva.

In questo senso, la supervisione nel “laboratorio di Intelligenza Emotiva”, ho potuto constatare che risulta molto efficace per la migliore organizzazione del servizio e per la programmazione degli interventi educativi.

CAPITOLO 1

IL RUOLO DELL' EDUCATORE PROFESSIONALE NEL DSM

1.1 SETTORE SALUTE MENTALE, RIABILITAZIONE E RECOVERY

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il punto cardine della riabilitazione psichiatrica territoriale, dove le persone vengono accolte, vengono elaborati per queste ultime progetti terapeutico assistenziali personalizzati e dove avviene l'integrazione tra le funzioni del Dipartimento di Salute Mentale e quelle dei medici di famiglia.

Funzioni, (presa in carico del paziente in modo integrato, attività ambulatoriale e territoriale) in particolare il CSM svolge:

la costruzione di percorsi personalizzati terapeutici riabilitativi, per mezzo della previsione di visite psichiatriche, di cure farmacologiche, di assistenza sociale, di supporto psicologico, di riabilitazione e di un servizio di informazione e di assistenza alle famiglie dei pazienti.

L'equipe multidisciplinare del Centro di Salute Mentale (composta da medici psichiatri, assistenti sociali, psicologi, infermieri ed educatori professionali) presta servizio per garantire le seguenti attività:

- Valutazione delle richieste che giungono da utenti, familiari, servizi sociali e medici di medicina generale;
- Visite domiciliari;
- Visite ambulatoriali;
- Colloqui di supporto psicologico;
- Percorsi riabilitativi e risocializzanti;

- Psicoterapie individuali e di gruppo;
- Filtro e prevenzione dei ricoveri psichiatrici in SPDC;
- attività di integrazione con l'ambito Territoriale Sociale;
- attività di valutazione, Unità Valutativa (UVA) del DSM per l'inserimento;
- pazienti in strutture riabilitative convenzionate.

L'equipe multi professionale del CSM si riunisce settimanalmente per la discussione di casi clinici dei pazienti in carico, programmazione attività settimanali, valutazione delle criticità.

LA RECOVERY

Il ruolo svolto dall'Educatore Professionale all'interno del CSM prevede un percorso riabilitativo mediante interventi educativi e terapeutici, che hanno come obiettivo comune il raggiungimento del maggiore livello di autonomia possibile da parte dell'utente.

Il ruolo dell'Educatore Professionale nel CSM si esprime attraverso il processo di riabilitazione.

Il concetto di riabilitazione è fondato sul presupposto che, nonostante il disagio psichico, la sofferenza e la disabilità indotte dalla malattia, il malato mentale possa riacquisire e sviluppare capacità perdute o assopite temporaneamente, che gli consentono di integrarsi nella vita di comunità e recuperare ruoli adeguati nel proprio ambito personale, familiare e sociale. La riabilitazione non punta l'accento sulla patologia ma su ciò che di sano è presente nell'individuo.

IL Piano Educativo Individualizzato (Pei) realizzato dall'Educatore nel suo evolversi, segue metodologie e tecniche specifiche che non possono essere costanti, poiché di volta in volta devono delinearci in relazione alle caratteristiche dell'utente, del suo contesto familiare e sociale. Uno degli aspetti più problematici della malattia PSICHICA è costituito dal fatto che il soggetto perde la capacità di articolarsi in modo armonico con l'ambiente e non è più in grado di soddisfare i propri bisogni, né di rispondere alle richieste e ai bisogni degli altri. Questa incapacità lo espone ad una serie di fallimenti che lo isolano e l'esperienza frustrante che ne deriva va a rinforzare

sentimenti di disistima, inadeguatezza sociale e tendenze emarginanti; eventi di vita questi che vanno ad indebolire le competenze di protezione sociale, e di fronteggiamento (**coping**). In tale ottica, la riabilitazione porta a considerare il concetto di malattia e di cura non più secondo l'obiettivo di una guarigione tout court ma secondo l'obiettivo di una guarigione intesa come ripresa, come recupero (secondo i principi della **Recovery personale**). In tale prospettiva, pur permanendo le alterazioni psicopatologiche che definiscono la malattia mentale, vi è la possibilità di un'integrazione accettabile dell'individuo nella sua realtà contestuale. Nel percorso riabilitativo è da distinguere la Recovery personale da quella **clinica**, poiché quest'ultima è orientata al sintomo e all'esito della malattia mentale. L'educatore, proprio per la specificità professionale, è orientato all'utilizzo degli strumenti della recovery personale.

DEFINIZIONE DI RECOVERY

La recovery "è un processo di cambiamento dei propri valori, sentimenti, obiettivi, capacità e ruoli.

E' un modo di vivere la propria vita con soddisfazione, speranza ed iniziativa, malgrado la sofferenza e le limitazioni causate dalla malattia. .implica il recupero di una condizione di maggior benessere , di un nuovo senso della esistenza nonostante gli effetti a volte catastrofici della malattia mentale." (William Anthony)

L'Educatore diventa un facilitatore del processo focalizzando i punti di forza personali ed ambientali, rispetto a deficit da riparare

1.2 STRUTTURE DSM/CSM AREA VASTA 5

Nel territorio dell'AV 5 sono presenti due CSM, uno ad Ascoli Piceno ed uno a San Benedetto del Tronto, entrambi svolgono attività ambulatoriale (Medica, Psicologica) e Territoriale tramite l'equipe multi professionale delle rispettive sedi.

Operatori: Medici Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Educatori Professionali, Assistenti Sociali.

L'apertura dei relativi CSM è ore 08.00-20.00 dal lunedì al sabato, esclusi i giorni festivi;

Il CSM di SBT dove ho svolto il tirocinio è stato da poco trasferito all' Ospedale

“Madonna del Soccorso” in Via Silvio Pellico.

Nel Centro trovano collocazione:

- sala di attesa;
- due ambulatori medici;
- un ambulatorio di psicologia;
- l'ambulatorio infermieristico;
- una stanza Coordinatore e per riunioni operatori;
- stanza Educatori;
- ufficio assistente sociale;
- bagni per utenti e operatori.



Attività Ambulatoriale

Le **prestazioni mediche** di attività ambulatoriale Psichiatrica, che vengono svolte

sono:

- Dal lunedì al venerdì ore 08.40-13.00 14.30-18.30
- Visita Psichiatrica (1° visite e controlli)
- Consulenze alle UU.OO. Ospedaliere e Pronto Soccorso., Medicina Legale, Medico Competente.

Le **prestazioni infermieristiche** che vengono svolte sono:

- Dal lunedì al sabato ore 08.00 -20.00
- Affiancamento attività mediche ambulatoriali
- Compilazione Cartella integrata informatizzata
- Archiviazione cartelle cliniche
- Somministrazione psicofarmaci
- Distribuzione farmaci
- Prelievi ematici per controlli ematochimici
- Inserimento prestazioni nel sistema Regionale Sistema Informativo per i Servizi Psichiatrici (SISP)
- Rilevazione parametri vitali
- Stick glicemici

Attività Territoriale

dal lunedì al sabato ore 08.00 - 20.00

Prestazioni mediche:

- Visite psichiatriche domiciliari

Prestazioni infermieristiche:

- Somministrazione psicofarmaci
- Prelievi ematici per controlli ematochimici
- Attività in equipe con medico
- Collabora con il medico Psichiatra agli interventi di urgenza psichiatrica con attivazione del sistema 118, e agenti polizia municipale per TSO (Trattamento sanitario obbligatorio) ASO, (Accertamento sanitario obbligatorio) su disposizione del sindaco in seguito a proposta motivata di un medico.
- Trasferimento/assistenza di pazienti in Ambulanza da SPDC a SPDC fuori AV5. (due infermieri)
- Trasferimento/assistenza di pazienti con ambulanza o auto medica (da territorio a SPDC) (un infermiere e un educatore)
- Trasferimento/assistenza di pazienti da SPDC nelle strutture riabilitative convenzionate AV 5 e fuori AV5, (un infermiere e un educatore)

Gli interventi domiciliari programmati sulla base del Progetto Individualizzato di trattamento sono effettuabili per disponibilità delle autovetture aziendali del Csm.

Attività Psicologiche Struttura Semplice di Psicologia U.O.C. Territoriale AV5

Attività di valutazione clinica, psicodiagnostica, terapeutica, integrata con il lavoro clinico dell'Equipe multidisciplinare del DSM (ospedaliera e territoriale).

Colloquio psicologico, Valutazione testistica,

Attività delle Assistenti Sociali

Ore 08.00 14.00

Segretariato Sociale: Informazioni, chiarificazioni, consulenze socio-assistenziali

Trattamento Assistenziale: Accoglienza-presa in carico, studio della domanda, indagine giuridica, valutazione sociale del problema, attivazione risorse sociali, inserimenti in borsa-lavoro, indagine per l'individuazione di strutture, contatti con Enti e Servizi.

1.3 RUOLO E FUNZIONE DELL' EDUCATORE PROFESSIONALE NEL SETTORE SALUTE MENTALE

Le prestazioni degli educatori che vengono svolte in ambulatorio sono:

- Briefing di equipe (h 8.00 alle h 9.00) tutte le mattine
- Accettazione/accoglienza utenti e familiari
- Colloquio di sostegno a pazienti e familiari
- Compilazione Cartella integrata informatizzata
- Compilazione degli strumenti messi a disposizione per l'Educatore – per documentare l'andamento dei singoli percorsi di riabilitazione: la cartella educativa, il diario di équipe, la V.A.D.O. (la scala per la Valutazione delle Abilità e Definizione degli Obiettivi).
- Telefonate agli utenti per ricordare l'appuntamento dell'attività, per concordare la visita domiciliare in base all'agenda dei follow-up, oppure per chiedere il motivo del mancato appuntamento.

Attività Territoriale degli Educatori professionali:

ore 08.00-14.00 14.00-20.00 dal lunedì al sabato

- Cura di sé (igiene personale, vestiario) e dell'ambiente (cura, ordine della casa)
- Interventi sulle attività di base
- Coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- Colloquio di sostegno a pazienti e familiari
- Interventi di risocializzazione, (partecipazione ad attività comunitarie e ad
- Attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede);
- Specifici interventi di riabilitazione psicosociale (sulle funzioni cognitive, ...);
- Attività psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- Partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro;
- Supporto ai problemi sociali

- Attività di supporto, per assolvere ad esigenze particolari degli utenti (uffici, poste, banca, o a visite mediche);
- Interventi di rete in collaborazione con altre realtà del territorio (Comune, Consultorio, UMEE (Unità Multidisciplinare dell'età evolutiva e dell'età adulta UMEA) ecc.
- Affiancamento al personale infermieristico e alle Assistenti Sociali

1.4 ESPERIENZA DI TIROCINIO AL CSM

Il mio tirocinio del 2° e 3° anno di corso è stato svolto presso il DSM/CSM area territoriale di San Benedetto del Tronto. La frequenza nella struttura ospitante prevedeva 475 ore di tirocinio al 2° anno, 600 ore di tirocinio al 3° anno ed il raggiungimento dei seguenti obiettivi formativi principali:

Obiettivi 2° anno

- Sperimentare nella pratica professionale l'applicazione delle acquisizioni teoriche di base dell'Educatore Professionale
- Conoscere le procedure e la modulistica in uso nel Servizio e la loro applicazione
- Acquisire la terminologia di base per un corretto rapporto multidisciplinare nelle riunioni d'èquipe
- Saper utilizzare le fonti bibliografiche ed informative, comprese le reti telematiche, per acquisire le conoscenze e la legislazione di riferimento per l'Educatore Professionale
- Esplorare la dimensione relazionale intenzionale dell'intervento educativo nel rapporto con l'utenza
- Rielaborare le proprie reazioni conseguenti all'impatto, teorico e pratico, con i diversi settori di intervento

- Elaborare e svolgere un progetto educativo-riabilitativo rivolto a singoli e/o al gruppo concordato con il proprio referente

Obiettivi 3° anno

- Approfondire la conoscenza dei servizi nel loro assetto organizzativo e funzionale
- Approfondire l'elaborazione, attuazione e verifica di un progetto educativo individuale e/o di gruppo concordato con il proprio referente
- Approfondire gli aspetti relazionali con i fruitori dei servizi sulla base degli obiettivi del progetto degli interventi educativi
- Applicare le competenze educative maturate a fianco di operatori professionalmente qualificati
- Strutturare una valutazione di processo e di esito degli interventi educativi svolti

La tipologia di utenza del CSM è prevalentemente caratterizzata da soggetti psicotici – gravi o meno gravi, schizofrenici, borderline, depressi, disturbi di ansia, con doppia diagnosi; gli Educatori Professionali svolgono i loro interventi per la maggior parte presso il domicilio dei pazienti e accompagnandoli nei laboratori dei Centri Diurni.

Nella mia esperienza di tirocinio sono stato ben accolto dagli Educatori Professionali, dall'equipe e, dagli utenti.

Educatori Professionali mi hanno da subito coinvolto nelle attività, mentre gli operatori dell'equipe mi hanno reso partecipe delle comunicazioni; con il passare dei giorni i momenti di relazione e di scambio sono cresciuti di qualità e quantità, intessendo un rapporto di reciproca fiducia.

Negli interventi relazionali che ho svolto come Educatore Professionale, come tirocinante, alcuni pazienti mi hanno raccontato la loro storia, dei loro rapporti con la famiglia, separazioni, dei problemi economici e legali, dell'esordio della malattia, la perdita del lavoro, perdite di potestà genitoriale dei figli, di una vita sociale, la loro solitudine ed emarginazione a causa di una società non tollerante. Quello che mi ha colpito è vedere persone che rifiutavano contatti di qualsiasi tipo, sia telefonici che

presso il loro domicilio, oppure altre che per ragioni di trattamento farmacologico, risultavano poco inclini alla socializzazione con gli altri.

Questo tirocinio mi ha permesso di acquisire la capacità di osservazione e, di ascolto e di maggiore attenzione alle emozioni umane, dal momento in cui riflettendo sulle mie attitudini di sensibilità e di empatia ho potuto acquisire una maggiore consapevolezza di esse e una maturazione in termini metodologici e professionali.

La parte che più di tutto mi ha coinvolto con entusiasmo e in cui ho potuto partecipare in modo attivo riguarda i progetti che si sono svolti nel turno di pomeriggio.

Nella programmazione settimanale pomeridiana gli Educatori Professionali hanno inserito delle attività inerenti alla vita quotidiana del soggetto che mirano allo sviluppo delle competenze di base, orientate prevalentemente sulla realtà esterna del soggetto, sull'acquisizione o modifica di comportamento di interagire sull'ambiente. Altre attività sono finalizzate al raggiungimento di un miglior livello di consapevolezza ed adattamento. Si rivolgono al mondo interno del paziente, alle ansie, ai conflitti ed alle emozioni. Pertanto hanno suddiviso le attività del CSM in due gruppi:

- **ATTIVITA' DI RISOCIALIZZAZIONE** (Supporto al lavoro, uscite individuali, uscite di gruppo). Le uscite individuali o di gruppo sono svolte in seguito ad una scelta ponderata degli utenti e del luogo, creando un gruppo omogeneo per interessi e patologia, per rafforzare la socializzazione
- **ATTIVITA' ESPRESSIVE LUDICO-SPORTIVE** (Arte-terapia, teatro-terapia, Insieme per la salute (palestra), gruppo bocce, gruppo "ROSA", cineforum, attività di cucina (sia all'interno del gruppo appartamento sia in casa di singoli utenti). Rappresentano una modalità comunicativa ponte tra il verbale e non verbale. Si presentano apparentemente come attività ludiche, ma il loro focus si centra sul processo creativo.

Entrambe le attività sono utili per la promozione delle risorse e la prevenzione, quest'ultime agiscono sulla sfera emotiva-affettiva dell'individuo e possono consentire una modulazione delle emozioni. Sono assenti il giudizio e le problematiche legate alla prestazione.

Tali attività vengono strutturate durante la settimana con continuità (**Vedi tabella**).

PROGRAMMAZIONE SETTIMANALE ATTIVITÀ EDUCATORI

MATTINO

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
Orario	MATTINO	MATTINO	MATTINO	MATTINO	MATTINO	MATTINO
8.00-9.00	Programmazione giornata, Contatti con Utenti, Breafing	Programmazione giornata, Contatti con Utenti, Breafing	Programmazione giornata, Contatti con Utenti, Breafing	Programmazione giornata, Contatti con Utenti, Breafing	Programmazione giornata, Contatti con Utenti, Breafing	Programmazione giornata, Resoconto settimanale, Breafing
9.00-11.00	Progetto Individuale	Progetto Individuale	Progetto Individuale	Progetto Individuale	Progetto Individuale	Progetto Gruppo Rosa (cura di sé)
11.00-13.00	Visite Domiciliari	Visite Domiciliari	Visite Domiciliari	Visite Domiciliari	Visite Domiciliari	Visite Domiciliari
13.00-14.00	Compilazione cartella clinica integrata utenti, riunione d'équipe	Compilazione e cartella clinica integrata	Compilazione e cartella clinica integrata	Compilazione e cartella clinica integrata	Compilazione e cartella clinica integrata	Compilazione e cartella clinica integrata

Inoltre ho partecipato alle diverse riunioni di équipe che settimanalmente si svolgevano e fornivano dei spunti di riflessione dei singoli casi e delle problematiche riscontrate.

PROGRAMMAZIONE SETTIMANALE ATTIVITÀ EDUCATORI

POMERIGGIO

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
Orario	POMERIGGIO	POMERIGGIO	POMERIGGIO	POMERIGGIO	POMERIGGIO	POMERIGGIO
14.00-15.00	Organizzazione attività, contatti con utenti, visione progetti con équipe	Organizzazione attività, contatti con utenti	Organizzazione attività, contatti con utenti	Organizzazione attività, contatti con utenti	Organizzazione attività, contatti con utenti	Organizzazione attività, contatti con utenti
15.00-16.00	Gruppo Appartamento. Progetto Benessere (spesa supermercato, ricetta, attività di cucina)	Visite Domiciliari	Progetto in SPDC Progetto Arte per la vita	Visite Domiciliari Laboratorio Teatrale	Progetto in SPDC	Visite Domiciliari
16.00 -18.00	Progetto insieme per la salute, Attività in palestra	Progetto benessere Camminata sul lungomare di SBT	Cineforum Kabina Welcome	Gruppo Appartamento. Progetto Benessere (spesa supermercato, ricetta attività di cucina)	Progetto Gioco Bocce	Uscita sul territorio
19.00-20.00	Compilazione e cartella clinica integrata	Compilazione e cartella clinica integrata	Compilazione e cartella clinica integrata	Compilazione e cartella clinica integrata	Compilazione e cartella clinica integrata	Compilazione e cartella clinica integrata
<p>Tra le attività degli educatori csm sono previsti anche i trasporti andata e ritorno con auto aziendale a domicilio di alcuni utenti.</p>						

GRUPPI PSICOEDUCATIVI CONDOTTI DAGLI EDUCATORI DSM DI SBT



Dalla letteratura scientifica si è evidenziato l'efficacia dei trattamenti psicoeducativi in SPDC (integrati con tecniche cognitive comportamentali) nella riduzione dei tassi di ricaduta. L'obiettivo generale del progetto è l'adesione al trattamento farmacologico. Ho partecipato all'attività di gruppo in SPDC con la mia tutor che conduceva e con altri educatori, sono rimasto colpito dal fatto che i pazienti spesso non hanno la consapevolezza della loro malattia mentale e di conseguenza vi è la mancata aderenza di

questi alla terapia con i psicofarmaci. I pazienti che hanno accettato di partecipare al gruppo hanno ottenuto una migliore comprensione della loro malattia.

DEFINIZIONE DEGLI STRUMENTI DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE

L'educatore professionale realizza le attività utilizzando come strumento operativo le **schede del progetto educativo**, nelle quali vengono programmate una serie di azioni denominate fasi tese a provocare un cambiamento (obiettivo), un sistema ponte che si colloca nello spazio della mancanza, con lo scopo di eliminarla o diminuirla.

Durante l'esecuzione delle fasi del progetto, è necessario effettuare una verifica e quindi una valutazione, che rappresenta l'azione conclusiva con cui è possibile stabilire se il cambiamento prefissato (obiettivo) è stato raggiunto.

La compilazione di un diario educativo permette un costante aggiornamento degli sviluppi e delle abilità del paziente e serve per annotare eventi ritenuti da evidenziare.

Il progetto, viene stilato in accordo con i sanitari di riferimento del paziente, dove verranno evidenziati, obiettivi, strategie educative, modalità di esecuzione, tempi e risorse.

ESPERIENZA DI TIROCINIO DEL 2° ANNO

Nella mia esperienza di Tirocinio del 2° anno ho avuto modo di strutturare un progetto educativo. I momenti più significativi dell'esperienza di tirocinio sono stati: le visite domiciliari nel territorio; percorsi riabilitativi e risocializzanti (progetto passeggiata); attività di supporto, per assolvere ad esigenze particolari degli utenti (uffici, visite mediche, fare la spesa); attività di teatro; partecipazione al progetto Consapevolezza della Terapia Farmacologia presso l'aula educativa nel reparto SPDC di San Benedetto del Tronto.

L'aspetto professionale che ho approfondito è stato l'esplorazione della dimensione relazionale intenzionale all'interno dell'intervento educativo nel rapporto con l'utenza; ho elaborato e svolto un progetto educativo riabilitativo concordato con l'utente ; questo lavoro è stato supportato dalla Tutor di tirocinio del Servizio ; ho sperimentato la pratica professionale e l'applicazione delle tecniche di base dell'Educatore Professionale; ho conosciuto le procedure e la modulistica in uso nel servizio e la loro applicazione.

Le competenze professionali che ho acquisito sono: capacità osservative, di ascolto e di attenzione alle relazioni umane. Sono entusiasta perché sono riuscito ad instaurare un buon rapporto con gli utenti e con gli Educatori Professionali e con l'Equipè.

Gli aspetti che devo invece approfondire sono l'acquisizione di un linguaggio metodologico al fine di avere un corretto rapporto multidisciplinare nelle riunioni di gruppo, e riuscire ad rielaborare con professionalità e competenza le mie reazioni all'impatto con i diversi settori di intervento.

Criticità nel servizio: non sono mancate le difficoltà durante il tirocinio, dovute anche ai diversi tipi di utenza e alle modalità di intervento personalizzato su ogni utente affetto da patologia psichiatrica.

Questo che descrivo è in dettaglio il progetto realizzato al 2° anno insieme alla tutor.

PROGETTO "CUCINA"

DESTINATARIO DEL PROGETTO

Nome G.T. utente del Gruppo appartamento

PREFAZIONE

Il progetto individualizzato condiviso con gli altri utenti del gruppo appartamento, si realizza all'interno di un percorso basato sulla lettura della situazione attuale della persona, sulla valutazione delle sue capacità, sulla definizione di obiettivi realistici ed una previsione dei tempi di realizzazione del programma. In base a ciò, con l'utente, è stato programmato un percorso che comprende sia le attività risocializzanti che promuovono la propria autonomia, sia attività che stimolano le abilità motorie e pratiche relative alla vita quotidiana. Tra queste si è dato particolare importanza all'attività di cucina e la spesa giornaliera: la prima riveste una notevole importanza sociale connessa alla preparazione ed al consumo del pasto, che rappresenta un momento di incontro e condivisione alla quale si associa una rilevante valenza psicologica dell'utente. La seconda rappresenta un momento di vita quotidiana, durante il quale l'utente recupera la propria abilità nella gestione del denaro, nella scelta dei cibi sani e appropriati alla propria salute.

RISORSE PRESENTI (PUNTI DI FORZA)

- Buona compliance farmacologica
- Utenti presenti nel gruppo appartamento
- Equipè

PUNTI DI DEBOLEZZA

- La sua patologia spesso lo porta a trascorrere lunghi periodi di apatia e isolamento

OBIETTIVO GLOBALE

- Autonomia personale

OBIETTIVO A LUNGO TERMINE

- Incentivare la comunicazione con sè stesso e con gli altri
- Ritrovare l'autostima
- Consapevolezza di sé
- Sviluppare la capacità: di concentrazione, di apprendimento, fiducia, senso di responsabilità, senso di appartenenza

OBIETTIVO A BREVE TERMINE

- Creare momenti di aggregazione in un contesto ludico come la cucina

MODALITA' ATTUAZIONE PROGETTO

L'attività si svolge la sera e consiste nel cucinare e mangiare insieme agli altri utenti del gruppo appartamento. Ognuno a turno propone la pietanza da realizzare, provvede all'acquisto degli ingredienti e all'esecuzione della ricetta, mentre gli altri membri del gruppo si occupano della preparazione della tavola e del riordino della cucina al termine dell'attività.

SETTING

- Cucina dell'appartamento (del gruppo appartamento)
- Utenti del gruppo appartamento (sono quattro inquilini)

TEMPI

- Gli incontri si terranno due giorni a settimana (Lunedì, Giovedì) dalle 16,00 alle 18,00 al termine di ogni incontro lasceremo il gruppo appartamento con gli utenti pronti a fare cena con la pietanza cucinata da loro sul tavolo.
- Durata del progetto tre mesi

OPERATORI COINVOLTI

- Due Educatori Professionali e un tirocinante

CONCLUSIONI

Ogni progetto costituisce una storia a sè, ma ogni progetto incontra anche difficoltà che sono caratteristiche del processo educativo. Un ruolo particolare assumono le difficoltà legate alla delega del lavoro in cucina, preparare i prodotti e cucinarli. E 'necessario dare il tempo e le competenze necessarie per svolgere il compito previsto, e quindi la presenza dell'Educatore Professionale è essenziale per completare la cucina quando si tratta di preparare una nuova ricetta.

ESPERIENZA DI TIROCINIO DEL 3°ANNO

Gli strumenti della metodologia educativa e gli ambiti di applicazione dell'esperienza di tirocinio con l'Educatore Professionale tutor guida sono la scheda educativa Assessment dell'utente, l'osservazione, relazione intenzionale (empatia, comunicazione, dimensione del gruppo, spazi, tempo soggettivo, fiducia, intimità), ascolto attivo, diario educativo e progetto.

Uno dei momenti più significativi è stato la festa di Natale, in cui gli Educatori Professionali sono riusciti a coinvolgere e riunire in un locale tantissimi utenti e i loro familiari per un pomeriggio di festa, dove quasi tutti i partecipanti hanno giocato a tombola, tutti hanno ricevuto un regalo, tutti hanno ascoltato musica e mangiato al buffet allestito per la festa, rendendo la serata molto piacevole.

Durante la mia esperienza di tirocinio ho avuto la possibilità di approfondire la conoscenza dei servizi nel loro assetto organizzativo e funzionale; l'elaborazione, l'attuazione e la verifica di un progetto educativo individuale e/o di gruppo concordato

con il proprio referente; gli aspetti relazionali con i fruitori dei servizi sulla base degli obiettivi del progetto degli interventi educativi; e applicato le competenze educative maturate a fianco di operatori professionalmente qualificati; e strutturato una valutazione di processo e di esito degli interventi educativi svolti

L'aspetto sul quale devo porre maggiore attenzione è La rielaborazione delle relazioni, conseguenti alle diverse patologie di utente.

Le criticità nel servizio: gli utenti nel CSM sono in aumento e il personale è poco per il fabbisogno del territorio. Un'altra criticità è l'età degli utenti (difficoltà nel creare gruppi con utenti di diversa età e patologie, molto diverse fra loro)

Le risorse del servizio: tanto entusiasmo e amore per il lavoro che svolgono gli operatori, educatori molto qualificati, equipè funzionale.

Questo che descrivo è in dettaglio il progetto realizzato al 2° anno insieme alla tutor di Tirocinio Dott.ssa Silvia Paniccià.

PROGETTO “BENESSERE”

DESTINATARIO DEL PROGETTO

Nome C.F. utente del CSM

PREFAZIONE

Il progetto benessere si ispira ad un intervento di tipo Psicoeducazionale, che si propone di fornire al partecipante informazioni utili al raggiungimento di uno stile di vita sano, nutrizione, benessere e sane abitudini alimentari e a come uno stile nutrizionale buono possa ridurre i problemi di salute generale e migliorare la qualità della vita

Il nostro compito è stato quello di educare l'assistito (consigli pratici, alimentari, per uno stile di vita sano, formulazione e per il raggiungimento di obiettivi relativi al miglioramento dell'alimentazione, proprietà nutrizionali dei diversi tipi di alimenti; riconoscimento di corrette porzioni alimentari, acquisizione di abilità relative alla preparazione cottura e conservazione dei cibi; sviluppo di reti di supporto di aiuto al mantenimento di un'alimentazione ed un stile di vita sani, riduzione del rischio di sviluppare patologie mediche dovute ad un'alimentazione sbagliata.

RISORSE PRESENTI (PUNTI DI FORZA)

- Buona compliance farmacologica
- Equipè
- Partecipa ad altre attività di gruppo del CSM
- Appartamento di proprietà (vicino casa della sorella)
- Buone capacità nella cura del proprio ambiente

PUNTI DI DEBOLEZZA

- Vive da sola
- Scarsa igiene personale
- Negazione/rifiuto
- Riservata/chiusa/diffidente
- Non ha alcuna relazione sociale al di fuori dell'ambiente familiare.
- Non ha svolto nessun lavoro

OBIETTIVO GLOBALE

- Autonomia personale
- Promozione di uno stile di vita sano
- Ampliare le conoscenze sulla salute per far sì che in uno stile di vita sano si raggiunga un benessere psicofisico

OBIETTIVO LUNGO TERMINE

- Consapevolezza di sé
- Sviluppare le capacità: di concentrazione, di apprendimento, di fiducia, senso di responsabilità
- Miglioramento qualità della vita

OBIETTIVO BREVE TERMINE

- Ampliare le conoscenze sulla salute:
- 1) riconoscimento di corrette porzioni alimentari,
- 2) acquisizione di abilità relative alla preparazione, cottura, e conservazione dei cibi.
- Raggiungere un benessere psicofisico

- Arricchimento del suo menu personale di cibi
- Piacere nel mangiare e cucinare

MODALITA' ATTUAZIONE PROGETTO

- Si svolge nella cucina di proprietà dell'utente, per cucinare e mangiare
- Supermercato Eurospin per fare spesa e comprare materiale fresco
- Consigli pratici per una corretta e sana alimentazione
- Spesa, conservazione e cottura degli alimenti
- Stile di vita sano, formulazione degli obiettivi
- Strategie per migliorare le abitudini alimentari

TEMPI

- Frequenza della spesa una volta a settimana
- Frequenza delle sedute in cucina una volta di settimana
- Durata delle sedute in cucina circa 45 minuti
- Durata del programma 6 mesi

OPERATORI COINVOLTI

- Due Educatori Professionali e un tirocinante

VALUTAZIONE EDUCATIVA

Il paziente ha partecipato alla citata attività con impegno e costanza, ottenendo buoni risultati rispetto alla patologia, agli strumenti e ai tempi di realizzazione. Pur essendo un'attività di cucina e spesa, l'iniziativa ha rappresentato un percorso riabilitativo su misura per l'utente. Tenendo conto della storia personale, familiare e in generale della sua anamnesi. Per questo l'Assessment diventa una tappa fondamentale sia come momento iniziale sia come verifica dei cambiamenti dell'utente, dei suoi progressi in relazione agli obiettivi prefissati. Si è ottenuto grazie alla valutazione, relazione intenzionale, ascolto attivo, verifica e indicatori di verifica, tempo:

- Il potenziamento del sé attraverso la preparazione e cottura dei piatti in cucina con materia fresca comprata al supermercato (accompagnata e seguita dagli

Educatori Professionali), creando la condizioni per svolgere le attività in autonomia.

- La maggior presa di coscienza delle proprie capacità
- Maggior confidenza con il cibo
- Arricchimento della sua lista di cibi e menu nella sua nuova alimentazione, che prima era priva di tante sostanze utili.
- Il piacere nel mangiare e cucinare cibi freschi preparati dall'utente

CAPITOLO 2

L'EDUCATORE E LO STRESS LAVORATIVO

2.1 IL BURNOUT

Il burnout o sindrome da burnout è un processo stressogeno legato alle professioni d'aiuto (helping professions). Tali professioni si occupano di aiutare il prossimo nella sfera sociale, psicologica, etc rientrano in questa categoria: infermieri, medici, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica ecc. Queste figure sono caricate da una duplice fonte di stress: il loro stress personale e quello della persona aiutata. Ne consegue che, se non opportunamente trattate, queste persone cominciano a sviluppare un lento processo di "logoramento" o "decadenza" psicofisica dovuta alla mancanza di energie e di capacità per sostenere e scaricare lo stress accumulato. Letteralmente burnout significa proprio "bruciare fuori", dunque è qualcosa d'interno che esplode all'esterno e si manifesta.

Il termine burnout risale al 1974 per opera di Freudenberger. Ben presto questo termine ha cominciato ad imporsi e svariati sono stati i modelli teorici elaborati nel corso degli anni successivi (Cherniss, Maslach, Pines e Aronson, in Italia Del Rio e Contessa, Sirigatti e Stefanile, ecc.).

DEFINIZIONE:

Il concetto di burnout (letteralmente significa: bruciato, cortocircuitato, scoppiato, esaurito, che non ha più nulla da dare) è stato introdotto per indicare una serie di fenomeni di affaticamento, logoramento ed improduttività lavorativa registrati nei lavoratori inseriti in attività professionali a carattere sociale.

Definizione di Job Burnout Maslach

Nel 1976 Christina Maslach, definisce il burnout come: "la perdita di interesse per la gente con cui si lavora", cioè la tendenza a trattare i pazienti in modo distaccato e meccanico quando le richieste di lavoro diventano eccessive. Nel 1977 lo definisce

come una condizione in cui dopo mesi o anni di impegno generoso, gli operatori “si bruciano”, manifestando atteggiamenti di nervosismo, irrequietezza, o apatia ed indifferenza, fino al cinismo. L’esaurimento fisico ed emotivo consiste nel sentimento di essere emotivamente svuotato ed annullato dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento emotivo del rapporto con gli altri.

DESCRIZIONE:

Burnout è il “non farcela più,” l’insoddisfazione e l’irritazione quotidiana, la frustrazione e lo svuotamento, il senso di delusione e di impotenza di molti lavoratori, in particolare di quelli che operano all’interno delle cosiddette professioni di aiuto, ossia di attività nelle quali il rapporto utente\cliente ha un’importanza fondamentale in termini di significato e di lavoro in sé.

NUCLEO DEL BURNOUT

Tutte le professioni socio-assistenziali implicano un intenso coinvolgimento emotivo: l’interazione tra operatore ed utente è centrata sui problemi contingenti di quest’ultimo (psicologici, sociali o fisici) ed è, perciò, spesso gravata da sensazioni d’ansia e paura.

Il nucleo è dunque un **sovraccarico emotivo**, seguito dall’**esaurimento emotivo**: l’operatore sente di non essere più in grado di dare qualcosa agli altri, per cui reagisce attivando **modalità difensive**: si sottrae il più possibile al coinvolgimento, riduce al minimo i contatti, tende ad assumere un atteggiamento burocratico, ad attenersi rigidamente alle regole o mettendo distanza fra sé e la persona; si sente svuotato, sfinito, gli manca l’energia per affrontare un nuovo giorno, le risorse emotive sono consumate e non trova una sorgente cui attingerle.

In casi estremi tale sindrome può comportare gravi danni psicopatologici (insonnia, problemi coniugali o familiari, incremento nell’uso di alcool o farmaci) e deteriora la qualità delle cure o del servizio prestato dagli operatori, provocando assenteismo e alto turnover. In conclusione, è l’esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le helping profession, qualora queste non rispondano in maniera adeguata ai carichi eccessivi di stress che il loro lavoro li porta ad assumere.

La sindrome del burnout nel personale della sanità, considerato anche la rilevanza sociale del fenomeno, sta riscontrando un notevole interesse da parte della letteratura psicologica e psichiatrica.

Tra le conseguenze della sindrome si descrivono, secondo *l'autore Orłowski*, [alterazioni emozionali e comportamentali, psicosomatiche e sociali, perdita dell'efficacia lavorativa ed alterazioni lievi della vita familiare.

Secondo *l'autore Flórez*, si giustificerebbe inoltre l'alto livello di assenteismo lavorativo tra questi professionisti, tanto per problemi di salute fisica quanto psicologica, essendo frequente l'apparizione di situazioni depressive fino all'autoprescrizione incongrua di psicofarmaci ed aumento del consumo di tossici, alcool ed altre droghe.

Tra gli aspetti epidemiologici della sindrome del Burnout descritti nella letteratura, si riscontra un determinato livello di coincidenza per alcune variabili: età; sesso; stato civile; turnazione lavorativa; anzianità professionale; sovraccarico lavorativo.

- **Età:** pare esista un periodo di sensibilizzazione in quanto, durante i primi anni di carriera professionale, il soggetto sarebbe maggiormente vulnerabile.

- **Sesso:** le donne, rispetto agli uomini, risultano più vulnerabili. Ciò è dovuto a vari motivi, come il doppio carico di lavoro (professionale e familiare)

- **Stato Civile:** maggiormente presente nelle persone che non hanno un compagno stabile. L'esistenza di figli fa sì che queste persone siano più resistenti alla sindrome.

- **Turnazione Lavorativa:** la turnazione e l'orario lavorativo possono favorire l'insorgenza della sindrome; questo avviene più frequentemente nel personale infermieristico, essendo questo più soggetto ad un dispendio di energie psicofisiche, rispetto al personale medico.

- **Anzianità Professionale:** alcuni autori hanno trovato una relazione positiva tra la sindrome e l'anzianità professionale, altri hanno evidenziato una relazione inversa, individuando nei soggetti con più anni lavorativi un minor livello di associazione con la sindrome.

- **Sovraccarico Lavorativo:** è sicura invece la relazione tra burnout e sovraccarico lavorativo nei professionisti assistenziali, in quanto questo fattore produrrebbe una diminuzione, sia qualitativa che quantitativa delle prestazioni offerte da questi

lavoratori. Anche il **salario** è stato invocato come un altro fattore che determinerebbe lo sviluppo del burnout in questi professionisti, anche se non vi è nulla di chiaro in letteratura.

Nello studio delle possibili cause del *burnout* è fondamentale includere l'analisi del **contesto organizzativo** nel quale l'individuo opera. Quando l'ambiente lavorativo non riconosce l'aspetto umano del lavoro, il rischio di *burnout* cresce, perché oggi le organizzazioni sono messe a dura prova, forzate ad aumentare la produttività, a riprogettare le gestioni.

2.2 FATTORI DI RISCHIO:

1 - Variabili socio-culturali

Fattori che hanno origine nell'organizzazione sociale collettiva, nella storia politica e culturale, nell'evoluzione dei costumi, nella demografia (famiglie ristrette o allargate, alto numero di separazioni e divorzi, allungamento della vita media e ridotto tasso di natalità) ecc., suscettibili di determinare delle situazioni a rischio di stress e burnout.

2 - Variabili organizzative

Oltre alle condizioni ambientali sfavorevoli, alla lunghezza orario, alla bassa retribuzione/prestazioni elevate (carico di lavoro), alle possibilità di carriera limitate, esistono altre variabili altrettanto importanti: isolamento, mancanza di autonomia, mancanza di criteri di misura dell'efficacia dell'intervento, training inadeguato, difficile comunicazione fra colleghi e superiori, bassi livelli di sostegno, stile di leadership autoritario con bassa partecipazione alle decisioni, ecc.

3 - Variabili individuali

Forti entusiasmi iniziali ed aspirazioni elevate: chi è incline al burnout è persona che si sente fortemente impegnata a rispondere ai bisogni delle persone: empatica, sensibile, idealista, ma anche ansiosa, introversa, ossessiva, incline all'identificazione con l'altro. Eccessiva idealizzazione della professione prima dell'ingresso nel mondo del lavoro, la fantasia di poter essere dei "salvatori". Problemi emotivi non risolti, anche non legati alla sfera professionale.

La psichiatria, il CSM, il S.E.R.T, insieme alle terapie intensive ed i reparti oncologici rappresentano le strutture ospedaliere a maggiore rischio di burnout.

CLINICA: esiste un modello principale di interpretazione della sintomatologia del burnout: il modello di Maslach.

FASI DI SVILUPPO DEL BURNOUT

1 – percezione di squilibrio fra risorse disponibili e richieste percepite: all’inizio l’operatore trova nel lavoro stimoli rispondenti alle attese personali, poi prevalgono routine e monotonia, tutto diventa più gravoso e compaiono i primi sintomi;

2 – risposta emotiva caratterizzata ansia, tensione, fatica, irritabilità, esaurimento psicofisico: fase di breve/media durata in cui compaiono i primi sintomi di affaticamento, “vuoto mentale”, sensazioni di perdita di ideali, tendenza all’isolamento e primi sintomi psicosomatici;

3 - cambiamento di atteggiamento verso lavoro e utenti: si concretizza la **depersonalizzazione** (tendenza a trattare gli utenti come cose e non persone, cinismo, aggressività, incapacità di ascolto e di aiuto); comincia una bassa produttività, rigidità e resistenza al cambiamento, ripetitività passiva e acritica nelle procedure, assenteismo.

SINTOMATOLOGIA

- **SOMATICA:** disturbi gastrointestinali; disfunzioni del sistema nervoso centrale; disturbi sessuali; malattie della pelle; asma e allergie; disturbi dell’appetito; artrite, cardiopatia, diabete; diminuzione delle difese immunitarie.
- **PSICOLOGICA:** disaffezione al lavoro, delusione, insofferenza, cinismo, indifferenza, sensi di colpa, depressione; crollo delle energie psichiche, fatica a recarsi al lavoro, apatia e demoralizzazione, mancanza di concentrazione, costante preoccupazione, paure immotivate; crollo della motivazione, il rapporto con l’utenza perde la caratteristica di relazione d’aiuto e si trasforma in una mera relazione “tecnica” di servizio, distacco emotivo; caduta dell’autostima e perdita del controllo; bilanciamento casa-lavoro.

- **COMPORAMENTALE:** disinvestimento sul lavoro come assenteismo, perdite di tempo, scuse per uscire o svolgere attività che non richiedano interazioni con utenti e colleghi, assenze alle riunioni; eventi autodistruttivi come forte tabagismo e/o assunzione di alcool, psicofarmaci, stupefacenti; un aumento di incidenti; atti etero distruttivi come sedazione, allontanamento fisico, espulsione, aggressività verbale, manifestazioni di indifferenza.

Riflessi sulla vita privata

- Ricaduta particolarmente pesante sulle donne: conflitto rispetto ai due ruoli.
- Gli stessi requisiti che spingono le donne a lavorare nelle human service professions e le rendono più qualificate per questo lavoro, le rendono anche più sensibili alle pressioni e allo stress.
- Si ipotizza aumento del tasso di divorzi e di modelli relazionali disfunzionali.

2.2.1 BURNOUT E REGOLAZIONI DELLE EMOZIONI

La conoscenza e la gestione delle proprie emozioni diventa un passo importante nei processi di adattamento del comportamento individuale. Il grado in cui un individuo padroneggia i propri affetti positivi e negativi, assume un ruolo fondamentale nello stabilire un buon rapporto sia con sé stessi che con gli altri e quindi nel preservare il proprio benessere.

Quando la conoscenza degli stati emotivi non è adeguata, si è predisposti maggiormente alle vulnerabilità e ci si percepisce più fragili. Le emozioni e la loro gestione costituiscono un aspetto fondamentale della capacità del soggetto di regolare i rapporti interpersonali. Non riconoscendo il proprio stato emozionale essi non saranno in grado di comprendere le difficoltà che possono incontrare nella gestione dei loro stati emotivi, nell'esprimere agli altri il proprio stato emotivo e stabilire dei rapporti interpersonali soddisfacenti.

Nel burnout esiste la difficoltà nel misurarsi con le proprie emozioni e quindi il non riconoscimento del problema, con conseguente sentimento di rassegnazione rispetto alla vita.

Nella concretezza quotidiana, le capacità personali giocano un ruolo importantissimo almeno come le capacità tecnico-professionali. Per capacità o abilità personali in psicologia si intendono l'empatia, la capacità di adattamento alle diverse situazioni, l'autocontrollo, l'iniziativa e la fiducia in sé stessi, la competenza nella gestione del lavoro e la capacità nel costruire relazioni in modo creativo ed efficiente, ciò che D. Goleman definisce "intelligenza emotiva".

CAPITOLO 3:

STRATEGIE DI PREVENZIONE DEL BURNOUT

3.1 LA SUPERVISIONE

Il lavoro educativo è molto complesso, mette in campo risorse emotive, cognitive, affettive. Rappresenta un lavoro appassionante, ma anche molto faticoso; è importante trovare spazi di ascolto e riflessione che si prendano cura dell'operatore e rappresentino uno strumento per la prevenzione del burn-out

Avere dei momenti di supervisione di gruppo in cui è possibile confrontarsi e ragionare insieme ai propri colleghi. è molto importante.

La supervisione rappresenta un momento formativo a supporto dell'Educatore sia da un punto di vista professionale che emotivo.

Il **progetto “Supervisione”** (incontri d'Equipe settimanali) prevede un ciclo di supervisioni progettate affinché gli educatori possano:

- Sentirsi aiutati nella difficoltà
- Essere riconosciuti nelle capacità
- Essere regolati dalle norme condivise dal gruppo
- Essere stimolati verso la solidarietà, la partecipazione, l'autonomia e la creatività
- Condividere gli aspetti emotivi che possono tanto logorare quanto rinforzare il gruppo di lavoro
- Elaborare gli affetti, condividere le diverse realtà soggettive, nello sforzo di trovare obiettivi comuni verso cui tendere

La supervisione di gruppo è condotta da una Psicoterapeuta esperta, incontri con cadenza settimanale.

La supervisione di gruppo del lavoro svolto dagli operatori delle aziende sanitarie (psichiatri, medici, psicologi, infermieri, educatori.) da pratica eccezionale giustificata da situazioni di emergenza è diventata ormai da anni normale strumento di lavoro.

Quando l'operatore espone ai suoi colleghi nella situazione di gruppo di supervisione il problema insorto con l'utenza, instaura con loro la stessa relazione che ha strutturato con l'utente. Nel gruppo allora è possibile avanzare ipotesi sui significati inconsci che hanno causato difficoltà e punti di arresto, prendendone coscienza. In questo modo la supervisione diviene uno strumento utilizzabile da parte di tutti gli operatori perché fornisce una chiave di lettura del proprio fare, non solo nei confronti del caso in questione, ma anche delle abituali modalità di relazione emergenti in ogni rapporto.

In questo approccio la supervisione è finalizzata a promuovere una presa di coscienza ristrutturante; non si tratta solo di uno strumento di verifica dell'applicazione di regole e tecniche, ma viene a costituire un ambito ottimale per la scoperta della presenza di significati inconsci soggettivi e quindi per la spiegazione di comportamenti, nell'ambito professionale, che da essi inevitabilmente dipendono.

3.1.1 METODOLOGIA DI SVOLGIMENTO

La metodologia di svolgimento del gruppo di supervisione: ai componenti del gruppo viene dato il mandato di presentare a turno per iscritto un caso clinico, inerente la propria esperienza professionale presente

Il gruppo ha il compito di individuare le problematiche proponendo soluzioni concrete, che vengono vagliate dall'intero gruppo.

Dopo circa un'ora il gruppo viene interrotto dal supervisore e i singoli membri vengono sollecitati ad operare una riflessione su quanto è avvenuto, attraverso l'esame sia degli aspetti formali (rispetto del mandato), sia degli aspetti di contenuto (tipologia delle soluzioni proposte).

Il gruppo di supervisione si configura quindi come un gruppo di lavoro, il cui obiettivo dichiarato è la soluzione di un compito esterno, cioè il problema reale insorto nel rapporto con l'utenza.

In realtà l'impegno a risolvere un problema esterno attraverso la sua discussione permette l'emersione delle modalità di relazione dei partecipanti, e in particolare quelle di chi presenta il caso. Per essere più precisi, il gruppo, funzionando da cassa di

risonanza per il membro che espone un suo problema di relazione, permette l'emersione e la successiva decodifica dei significati inconsci sottesi ai comportamenti manifesti.

3.1.2 UN SUPPORTO FONDAMENTALE: L'ÉQUIPE

Una dimensione rilevante è l'importanza per l'educatore di trovare un sostegno professionale. Pertanto è fondamentale lavorare in un'equipe che sia capace di sostenerli. Perché il gruppo possa essere operativo ed efficace occorre che diventi équipe, ossia un gruppo organizzato che non sia solo un insieme di specialisti o di operatori tesi a difendere i propri punti di vista, ma un insieme di soggetti in grado di assumere la propria professionalità come capacità di sintesi del sapere, del saper fare e del saper essere; professionalità che da individuale deve diventare collettiva. (...) Diventare équipe vuol dire lavorare in modo che ciascuno si senta, ed effettivamente sia, protagonista e abbia al tempo stesso lo spazio necessario per agire in forma cooperativa.

Avere il tempo di condividere, di ripensare un po' a *“come ci si è sentiti durante una certa situazione”*. È utile farlo con i colleghi perché conoscono il contesto lavorativo e l'ambiente, quindi la loro opinione diventa anche un consiglio utilissimo che permette di rivedere la situazione sotto un'altra visione e fare in modo diverso.

La supervisione permette, il confronto e lo scontro su quegli aspetti più personali ed emotivi che la relazione educativa porta alla luce con lo scopo di andare a sondare la profondità dei vissuti dell'educatore.

Dall'analisi della letteratura scientifica da molti studi emerge che uno dei metodi per prendersi cura delle proprie emozioni è proprio la condivisione, momento fondamentale, per la consapevolezza emotiva.

La funzione del gruppo di lavoro dovrebbe essere quella di luogo dove poter condividere le esperienze emotive (spesso molto intense), poiché viverle nella solitudine è deleterio. Il peso dell'elaborazione dell'incontro con le emozioni dolorose viene alleggerito se condiviso.

I momenti di spazio e tempo per sé e per la comunicazione delle emozioni con i colleghi, come spazi di dialogo non unicamente informativo e tecnico, possono alleviare il sovraccarico emotivo, il senso di solitudine e di impotenza.

Il bisogno di raccontarsi e condividere serpeggia tra gli Educatori non esplicitato, si manifesta talvolta nei luoghi informali: nelle pause, durante l'uscita per un caffè, mentre si raggiunge il parcheggio.

Nel **progetto "Supervisione**, invece si promuovono spazi di incontro in cui potersi raccontare le difficoltà emotive del lavoro, lasciandole uscire e legittimando il vissuto di rispecchiamento. Poter individuare queste emozioni può aiutare a trasformare ciò che potrebbe essere un ostacolo in risorsa per la relazione educativa, oltre a ciò, può aiutare l'operatore a prevenire, possibili situazioni di burn-out.

3.2 INTELLIGENZA EMOTIVA

L'intelligenza emotiva viene definita come la capacità di un individuo di riconoscere, di distinguere, di etichettare e di gestire le emozioni proprie e degli altri.

Il concetto d'intelligenza emotiva (IE o EI, dall'inglese Emotional Intelligence) è relativamente recente; difatti, la prima definizione risale al 1990 ed è stata proposta dagli psicologi statunitensi Peter Salovey e John D. Mayer. Nonostante ciò, il concetto d'intelligenza emotiva ha iniziato a prendere piede e a divenire "famoso" solo fra il 1995 e il 1996, in seguito alla pubblicazione del libro "Intelligenza Emotiva: Che cos'è e perché può renderci felici" da parte dell'autore e giornalista scientifico Daniel Goleman. In seguito alla pubblicazione del libro di Goleman, il concetto d'intelligenza emotiva ha preso forma ed è diventato oggetto di studio sia in ambito psicologico che nell'ambito dell'organizzazione aziendale.

Definizione di Intelligenza Emotiva

L'intelligenza emotiva può essere descritta come la capacità di un individuo di riconoscere, di discriminare e identificare, di etichettare nel modo appropriato e, conseguentemente, di gestire le proprie emozioni e quelle degli altri allo scopo di raggiungere determinati obiettivi.

Intelligenza Emotiva secondo Goleman

Secondo il modello introdotto da Goleman, l'intelligenza emotiva comprende una serie di capacità e competenze che guidano l'individuo soprattutto nel campo della leadership. Nel dettaglio, l'intelligenza emotiva è caratterizzata da:

- **Consapevolezza di sé:** è intesa come la capacità di riconoscere le proprie emozioni e i propri punti di forza, così come i propri limiti e le proprie debolezze; comprende, inoltre, la capacità di intuire come queste caratteristiche personali sono in grado di influenzare gli altri.
- **Autoregolazione:** descrive la capacità di gestire i propri punti di forza, emozioni e debolezze, adattandoli alle diverse situazioni che possono presentarsi, allo scopo di raggiungere fini e obiettivi.
- **Abilità sociale:** consiste nella capacità di gestire le relazioni con le persone allo scopo di "indirizzarle" verso il raggiungimento di un determinato obiettivo.
- **Motivazione:** è la capacità di riconoscere i pensieri negativi e di trasformarli in pensieri positivi che siano in grado di motivare sé stessi e gli altri.
- **Empatia:** è la capacità di comprendere appieno e addirittura percepire e sentire lo stato d'animo delle altre persone.

Secondo Goleman, a ciascuna delle suddette caratteristiche appartengono diverse competenze emotive, intese come le abilità pratiche dell'individuo necessarie all'instaurazione di relazioni positive con gli altri. Tali competenze, tuttavia, non sono innate, ma possono essere apprese, sviluppate e migliorate al fine di raggiungere prestazioni buone lavorative.

Goleman, pertanto, fa dell'intelligenza emotiva uno strumento fondamentale nell'ambito del contesto lavorativo.

L'intelligenza emotiva secondo Goleman può essere misurata tramite l'**Emotional Competency Inventory (ECI)** e l'**Emotional and Social Competency Inventory (ESCI)**.

Effetti e Benefici dell'Intelligenza Emotiva sulla Vita Quotidiana

La presenza di un elevato grado d'intelligenza emotiva - intesa come la capacità di percepire, riconoscere e gestire correttamente le proprie ed altrui emozioni - dovrebbe apportare, teoricamente, effetti benefici in tutti gli aspetti della vita quotidiana dell'individuo.

Nel dettaglio, coloro che sono dotati di intelligenza emotiva dovrebbero:

- Avere **rapporti sociali** migliori;
- Avere **rapporti familiari e sentimentali** migliori;
- Essere **percepiti dagli altri in maniera più positiva**
- Essere in grado di **instaurare migliori rapporti in ambito lavorativo**
- Avere una maggior probabilità di comprendere sé stessi e di prendere decisioni corrette **basandosi sia sulla logica che sulle emozioni;**
- Godere di un benessere **psicologico maggiore.**

Chi presenta un buon livello di intelligenza emotiva, infatti, pare abbia una maggior probabilità di avere soddisfazioni dalla propria vita, di avere un elevato livello di autostima e un minor livello di insicurezza. La presenza di intelligenza emotiva, inoltre, pare che possa essere utile nel prevenire scelte e comportamenti sbagliati, anche inerenti la propria salute (ad esempio, abuso di sostanze psicoattive e dipendenze sia da droghe che da alcol).

Un interessante studio condotto nel 2010 ha analizzato la correlazione fra intelligenza emotiva e il grado di dipendenza da alcol e/o droghe. Da tale studio è emerso che i punteggi ottenuti dai test per la valutazione dell'intelligenza emotiva sono aumentati al diminuire del grado di dipendenza dalle suddette sostanze.

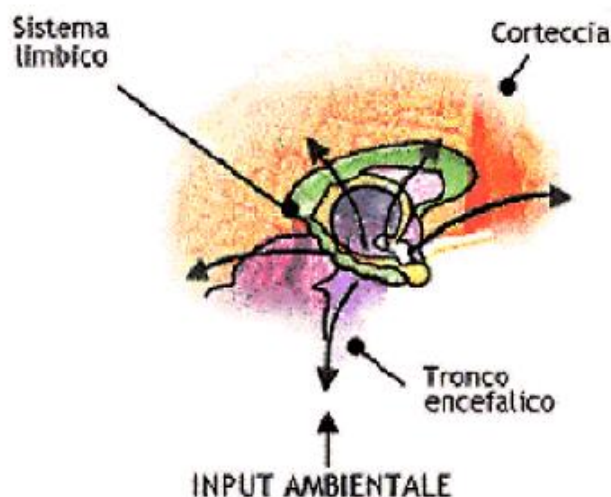
Discorso analogo per un altro studio condotto nel 2012 che ha analizzato la relazione esistente fra l'intelligenza emotiva, l'autostima e la dipendenza da marijuana: i soggetti affetti da questa dipendenza hanno ottenuto punteggi eccezionalmente bassi nei test per la valutazione sia dell'autostima che dell'intelligenza emotiva.

Le recenti evidenze neuro-psicologiche hanno mostrato quali aree cerebrali sono maggiormente coinvolte nella mediazione dei fenomeni emotivi.

Daniel Goleman ha approfondito il rapporto tra mente razionale e mente emozionale, in cui si possono cogliere i presupposti del contributo fornito dall'Intelligenza Emotiva al benessere psicologico.

Infatti, come si può osservare nella seguente sezione celebrale, le basi anatomiche delle emozioni sono rintracciabili nelle strutture più primitive e più interne localizzate nel sistema limbico, a cui giungono gli input ambientali prima di raggiungere le aree superiori della corteccia coinvolte, a seconda del compito di adattamento richiesto, in modo diverso.

Rapporto tra input ambientale, aree anatomiche della mente razionale e strutture anatomiche della mente emozionale.



Questo approccio anatomico-funzionale comporta l'evidenza tangibile della posizione centrale dei circuiti neuronali emozionali, che implica il continuo coinvolgimento delle strutture affettive prima che lo stato di attivazione si propaghi in aree superiori, condizione a cui consegue una concezione dell'Intelligenza Emotiva come meta-abilità, ossia come una capacità che consente di servirsi di altre capacità superiori attraverso la gestione dell'esperienza emotiva. Tale abilità complessa funziona ottimizzando la circolazione emotiva ed è centrale nel quotidiano processo di adattamento che è alla base di una sana vita psichica.

Tutto ciò è possibile perché il nostro cervello è un organo responsivo a stimoli esterni e interni; conseguentemente i modi in cui viviamo i nostri stati d'animo generano modificazioni fisiologiche che possono influenzare la durata e l'intensità dell'attivazione delle aree cerebrali deputate ai vissuti emotivi.

3.3 LABORATORIO INTELLIGENZA EMOTIVA

Con il laboratorio intelligenza emotiva si intende pervenire, attraverso la supervisione ai casi clinici complessi dei Centri di Salute Mentale Area vasta 5 di San Benedetto del Tronto, ad una presa in carico del paziente condivisa ed omogenea tra gli operatori dei servizi.

RISULTATI ATTESI

- Condivisione del significato della presa in carico (complessità, continuità, rapporto con gli altri servizi e le altre istituzioni); Discussione sulla difficoltà di integrazione e continuità dei percorsi di cura tra CSM e SPDC;
- Riconoscimento dell'equipe come strumento di cura (delimitazione delle competenze ma, flessibilità nella collaborazione, importanza della valorizzazione e dell'integrazione di tutte le professionalità, valore del pensiero di gruppo nei casi complessi);
- Condivisione del carico emotivo del lavoro in Salute Mentale: la fatica, le emozioni negative, il rischio di burn-out;
- Condivisione del momento storico di difficoltà del Servizio, la difficoltà di sostenere il cambiamento (cambiamento strutturale del Servizio, cambiamento delle richieste di controllo sociale, cambiamento delle problematiche e dei bisogni dell'utenza)

MODULO 1 CONSAPEVOLEZZA EMOTIVA

Consiste nella capacità di riconoscere le proprie emozioni nel momento in cui hanno inizio. E' conosciuta anche come consapevolezza di sé o autoconsapevolezza e va concepita come una forma di attenzione non reattiva e non critica verso i propri stati interiori. La possediamo quando riusciamo a guardare i nostri stati interni come se stessi guardando il contenuto di un vaso trasparente

La presenza di buoni livelli di consapevolezza emotiva si traduce in buon dialogo con se stessi che rappresenta il primo passo per rispettare le proprie esigenze e i propri bisogni quando si compiono le scelte quotidiane anche piuttosto importanti. Gli individui dotati di buona consapevolezza di sé non tendono a reprimere i loro vissuti emotivi, che

continuerebbero ugualmente a produrre i loro effetti ma, al contrario, fanno il primo passo verso la gestione efficace delle proprie emozioni mediante un'attribuzione di significato a ciò che gli accade, resa possibile dalla mediazione operata dal linguaggio con cui definiamo quello che proviamo.

Questa condotta è positiva perché rispetta il bisogno naturale presente in tutti noi di dare un senso alle nostre esperienze e ai nostri vissuti. L'autoconsapevolezza inoltre, comportando la capacità di riconoscere precocemente i segnali fisiologici che accompagnano un'emozione, risulta fondamentale soprattutto per far fronte a condizioni emotive più intense, come ad esempio l'ansia, in quanto permette di imparare il ricorso precoce a tecniche di rilassamento come il controllo del respiro e il biofeedback. Essa è inoltre determinante per prevenire disturbi psicosomatici di varia natura, come mal di testa, tensioni muscolari, tachicardia, che spesso affidano al corpo il compito di dire le emozioni non espresse utilizzando il sintomo.

La carenza estrema in questa area emotiva coincide con la negazione delle proprie emozioni che può essere la base della tendenza stabile al silenzio emotivo, noto in psichiatria con il nome di alessitimia, che letteralmente vuol dire mancanza di parole per definire le emozioni. Diversi studi hanno mostrato come essa sia una caratteristica che contraddistingue soprattutto i pazienti psicosomatici, i tossicodipendenti, in cui l'azione sostituisce la riflessione su sé stessi, nonché soggetti che hanno subito gravi traumi, che adottano massicci meccanismi di difesa verso la propria realtà interiore che è fonte di sofferenza.

MODULO 2 IL CONTROLLO EMOTIVO

Consiste nell'abilità di modulare le proprie emozioni sia sul versante interno che su quello esterno. Il controllo interno riguarda l'esperienza emotiva e consiste nella capacità di lasciare il giusto spazio alle emozioni, sia nella durata che nell'intensità.

Le persone che riescono a controllare adeguatamente i propri vissuti emotivi sono in grado di non lasciarsi travolgere dalle loro esperienze affettive, evitando il cosiddetto sequestro emotivo. Questa capacità di gestire i vissuti emotivi agisce sulla salute mentale impedendo che delle emozioni negative, quali l'ansia e la tristezza, divengano dei sentimenti stabili e possano trasformarsi in patologie ansiose o depressive. Tale abilità inoltre, consentendo di distinguere le emozioni dalle azioni, è alla base della capacità di concentrarsi nello svolgimento di un compito, di riflettere e di pianificare le azioni, tutte doti importanti per il successo nello studio, nel lavoro, nello sport, ecc. Ad alcuni professionisti, quali ad esempio chirurghi, avvocati, psicologi clinici e dirigenti, questa capacità di gestione del vissuto emotivo risulta di notevole aiuto. Essa risulta altresì fondamentale per affrontare al meglio le sfide agonistiche sportive e quelle che spesso la vita impone a tutti noi.

Come può essere intuito, lo scarso controllo emotivo interno al contrario cronicizza l'azione di emozioni negative che rappresentano veri e propri stressors, ossia stimoli che attivano risposte fisiologiche tipiche delle situazioni di stress, i quali a lungo termine possono rivelarsi tossici e determinare la caduta delle difese immunitarie con conseguenti disturbi psicosomatici di vario genere. Un deficit in questo settore dell'intelligenza emotiva può manifestarsi anche attraverso la tendenza a rivolgere l'aggressività spesso ed eccessivamente verso l'interno.

Questo atteggiamento nel corso delle attribuzioni di causalità degli eventi della vita può determinare un'autosvalutazione più o meno accentuata ed è stato riscontrato frequentemente nelle persone con depressione, in cui la sua massima espressione è manifestata in presenza di ideazioni suicidarie. Il controllo esterno concerne il versante esteriore delle emozioni e consiste nella capacità di esprimere adeguatamente le manifestazioni emotive. Buone capacità di controllo delle manifestazioni emotive rappresentano il fulcro dell'adattamento sociale e quindi sono fondamentali per il successo in tutte quelle attività mediate dalle relazioni interpersonali. La carenza nel controllo delle manifestazioni emotive può generare conseguenze più o meno gravi a seconda del livello di difficoltà presentato. In casi di lievi difficoltà in tale abilità si possono avere problemi relazionali che possono incidere anche sulle prestazioni (esami,

rapporti professionali) che implicano rapporti sociali. I gravi deficit nel controllo emotivo esterno rappresentano invece il nodo cruciale di molte patologie psichiatriche. La tendenza ad agire senza pianificare, ad esempio, è una caratteristica tipica del disturbo antisociale di personalità che viene descritto come caratterizzato da impulsività e incapacità di fare piani, da irritabilità e aggressività con tendenza agli scontri fisici. Un deficit nel controllo degli impulsi è riscontrato frequentemente in giovani con disturbi alimentari come la bulimia nervosa, in soggetti dediti all'uso di sostanze e propensi alla delinquenza. Inoltre, il DSM-V presenta una sezione specifica in cui sono inclusi dei disturbi del controllo degli impulsi che sono patologie frutto dell'estrema incapacità di resistere agli impulsi. Sono compresi in questa categoria, tra gli altri, il gioco d'azzardo patologico, la piromania e la cleptomania.

MODULO 3 LA CAPACITA' DI SAPERSI MOTIVARE

Strettamente connessa alla capacità di controllare le proprie emozioni, coincide con l'abilità di dare una direzione positiva alle proprie emozioni. Essa si traduce nell'ottimismo e nella tendenza all'iniziativa. Una buona dose di questa capacità genera la possibilità di mettere le emozioni al servizio dello svolgimento di un compito, condizione che consente di raggiungere quello stato psicologico definito da M. Csikszentmihalyi flusso (1990).

Nell'ambito della psicologia dello sport questo stato è chiamato anche zona, tendendo a sottolineare figurativamente, in una terminologia da baseball, le caratteristiche mentali di chi riesce a mettersi al posto giusto, ossia al centro dell'esperienza incanalando il flusso delle emozioni, energizzandole e neutralizzando quelle negative al fine di eseguire al meglio una performance. Una buona capacità di auto motivarsi inoltre alimenta la tendenza a reagire attivamente alle frustrazioni che si manifesta con un atteggiamento ottimistico e con uno spirito di iniziativa che si traducono in una capacità di perseverare negli sforzi, organizzando anche piani di azione alternativi per raggiungere un obiettivo quando i risultati tardano ad arrivare. In generale, i costi di una carenza o dell'assenza della capacità di auto motivarsi sono rappresentati da una

tendenza al pessimismo, alla passività di fronte agli ostacoli e alla mancanza di iniziativa che comportano la cronicizzazione dell'insuccesso.

Il venir meno della tendenza a reagire attivamente agli insuccessi inoltre incide negativamente sulla capacità di progettazione a lungo termine, predisponendo a reagire con passività di fronte agli ostacoli che frequentemente si interpongono agli obiettivi desiderati. L'estrema incapacità di auto motivarsi è stata definita da diversi autori nei termini di impotenza appresa, un atteggiamento che comporta una tendenza cronica a considerare in partenza insormontabile qualsiasi difficoltà. L'assenza di tale dimensione anche nel migliore studente o professionista genererà la tendenza alla rassegnazione e alla passività di fronte agli insuccessi intaccando in modo determinante il grado di autostima che è fondamentale per il benessere psicologico.

MODULO 4 EMPATIA

Un'altra dimensione dell'Intelligenza Emotiva è l'empatia che, secondo una definizione più completa, è concepita come la capacità di immedesimarsi con gli stati d'animo e con i pensieri delle altre persone sulla base della comprensione dei loro segnali emozionali, dell'assunzione della loro prospettiva soggettiva e della condivisione dei loro sentimenti (Bonino S., 1994).

Recenti studi hanno mostrato che le forme più mature di empatia presentano tre componenti:

- il riconoscimento delle emozioni;
- l'assunzione della prospettiva e del ruolo altrui;
- la condivisione emotiva.

I vantaggi collegati al possesso di mature capacità empatiche sono riconducibili al fatto che questa forma di empatia è un fattore importante nello sviluppo della capacità di porsi in relazione con gli altri, per la sua frequente tendenza ad alimentare comportamenti pro sociali e per le sue evidenti relazioni con la capacità di cooperazione che agevola l'inserimento sociale. Inoltre, la sensibilità alle emozioni e alla prospettiva

altrui è considerata una caratteristica che connota l'assertività ossia quello stile di comunicazione che caratterizza un individuo socievole, sicuro di sé e aperto al confronto. Grazie all'empatia la condotta assertiva minimizza i rischi di incomprensione promuovendo un contatto che rispetta lo spazio e le esigenze altrui. L'assenza di empatia rappresenta il fulcro di alcuni disturbi della condotta caratterizzati dal ricorso frequente all'esercizio dell'aggressività verbale e fisica anche in presenza di sufficienti capacità di controllare le manifestazioni emotive. L'incapacità a comprendere l'emozione altrui, infatti, può comportare distorsioni nell'interpretazione delle intenzioni e generare comportamenti difensivi fuori luogo. La mancanza di empatia è uno dei criteri che contraddistingue il disturbo narcisistico di personalità e rende gli individui che rientrano in tale condizione incapaci di riconoscere i sentimenti e i bisogni degli altri essendo costantemente assorbiti dalle proprie esigenze. L'assenza di empatia o la presenza di bassi livelli di tale abilità emotiva sono stati rilevati nei profili che contraddistinguono i bulli, negli ultimi anni sempre più presenti nelle scuole italiane. La carenza di questa dimensione agirebbe ponendosi alla base di atteggiamenti aggressivi messi in atto nei confronti delle vittime da quei ragazzi che tendono ad interpretare comportamenti neutri o concilianti dei loro compagni attribuendogli un significato ostile.

MODULO 5 LA GESTIONE EFFICACE DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI

E' l'ultima delle componenti dell'intelligenza emotiva e determina la gestione dei conflitti che mira alla risoluzione delle situazioni, una dote che rende capaci di rimuovere gli ostacoli che impediscono un contatto armonico con gli altri e che produce effetti positivi nell'ambito della vita di coppia e nelle relazioni amicali; inoltre quando tale abilità è predominante in un individuo, rende efficaci nella conduzione di gruppi o nel lavoro in tali contesti. E' per questo che essa, definita anche arte sociale, è considerata la dote emotiva dei leaders in grado di risolvere le situazioni che richiedono il compromesso tra i bisogni delle parti.

Da questa dimensione dipende anche la capacità di comunicare efficacemente che è fondamentale per chi svolge un'attività che concerne le pubbliche relazioni. Gli individui che la possiedono hanno grandi capacità di negoziazione, sono in grado di entrare in rapporto con gli altri con grande disinvoltura e sono abilissimi nel leggere e conciliare i sentimenti altrui. La carenza o assenza di questa dimensione emotiva può generare difficoltà relazionali che possono finire, nei casi più estremi, con l'isolamento.

CONCLUSIONI

L'esperienza di tirocinio nel Settore Salute Mentale e precisamente presso le Strutture del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) Area Vasta 5, mi ha consentito di sperimentare e di approfondire il ruolo e la funzione del Educatore Professionale nei percorsi di riabilitazione e Recovery dell'utente con disturbo psichiatrico.

Il Dipartimento di Salute Mentale svolge il complesso di funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione relative alla salute mentale e di organizzazione degli interventi rivolti alla tutela dei cittadini. E' organizzato in modo da assicurare nella sua articolazione dipartimentale, la gestione in forma unitaria di tali funzioni e opera in stretto collegamento con gli altri servizi socio - sanitari del territorio.

Quello che ho voluto evidenziare nel presente elaborato sono soprattutto i fattori di rischio che l'educatore va incontro a causa dello stress lavorativo; stress lavorativo causato da un forte coinvolgimento emotivo nella relazione con gli utenti.

La sindrome da burnout è l'esito patologico di un processo stressogeno, spesso riscontrabile negli operatori e professionisti che sono impegnati quotidianamente e ripetutamente in attività che implicano le relazioni interpersonali, nella relazione di aiuto per la complessità del lavoro svolto e per le criticità relative alle risorse.

Mi sono impegnato quindi ad individuare le precise strategie di prevenzione del burn out quali la supervisione di gruppo e il laboratorio di intelligenza emotiva.

Ho sempre pensato che la Supervisione è uno strumento di prevenzione dello stress degli operatori che lavorano nelle professioni di aiuto, ma è anche un efficace strumento di promozione del benessere personale, sociale, organizzativo.

Il laboratorio di intelligenza emotiva, ha reso “visibile” la necessità di programmare giornate di “Supervisione” al personale sanitario del CSM improntate su abilità di miglioramento delle componenti emotive, ossia delle competenze personali che determinano il modo in cui riusciamo a controllare noi stessi (dominio degli impulsi negativi e distruttivi) e, conseguentemente l’attivazione e valorizzazione delle risorse a disposizione, sia singole che collettive.

La costruzione di un **teamwork** efficace, si fonda e si sviluppa sulla partecipazione emotiva dei professionisti appartenenti al gruppo, favorita da una leadership in grado di incidere in favore dello sviluppo dell’intelligenza di gruppo, ritenuta il risultato

- delle abilità emotive e sociali acquisite attraverso la conoscenza dei propri stati interiori;
- il riconoscimento delle proprie emozioni e dei loro effetti nonché la conoscenza dei propri punti di forza/limiti; e
- la flessibilità nel gestire il cambiamento.

Naturalmente, esistono numerosi fattori patogeni e stressanti che possono rilevarsi letali per un gruppo di lavoro:

quali l’aumento dei disturbi psichiatrici, i mutamenti epidemiologici delle malattie come l’epidemia da Coronavirus (COVID-19), una visione strategica troppo miope, cambiamenti ai vertici contrassegnati da un clima di ostilità, tecnologie competitive impreviste, e la mancanza di organico di risorse umane.

Un livello di intelligenza emotiva insufficiente può avere un ruolo negativo nel rendere una compagnia vulnerabile agli altri agenti patogeni (equivale, per un’azienda, a un sistema immunitario indebolito).

Per la stessa ragione, l’intelligenza emotiva può essere una sorta di vaccino che preserva la salute e incoraggia lo sviluppo di un’equipe che possiede le competenze derivanti dalla consapevolezza e dal dominio di sé, dalla motivazione e dall’empatia, e che indipendentemente da quanto l’ambiente cambia, dovrebbe dimostrarsi più robusta. Pertanto con il modificarsi del mondo aziendale sanitario, e del mondo esterno cambiano anche le caratteristiche che occorrono agli operatori per sopravvivere e prevenire il Burnout.

Nel mondo del lavoro oggi, è fondamentale essere dei dipendenti capaci di auto motivarsi, di dimostrare iniziativa, di collaborare, di stringere legami, di risolvere i conflitti e di avere dosi di ottimismo per saper prendere con calma insuccessi e situazioni stressanti.

Concludo questa tesi sostenendo che dall'esperienza di tirocinio ho compreso che l'educazione emozionale degli Educatori Professionali del Dipartimento di Salute Mentale in stretto rapporto professionale con pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di supporto sociosanitario, non può essere lasciata al caso, con risultati disastrosi sull'organizzazione e sulla gestione del lavoro. La soluzione, sta in un nuovo modo di lavorare, dove sono inseriti dei spazi di tempo per il laboratorio emotivo degli operatori, allo scopo di aiutarli a gestire le fondamentali abilità umane come l'autocontrollo, l'empatia, e l'arte di ascoltare.

BIBLIOGRAFIA

Ba Gabriella (2014). *STRUMENTI E TECNICHE DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E*. Franco Angeli.

Braidi Giovanni, Cavicchioli Giorgio (2006) *CONOSCERE E CONDURRE I GRUPPI DI LAVORO. ESPERIENZE DI SUPERVISIONE E INTERVENTO NEI SERVIZI ALLA PERSONA* Franco Angeli

Campione Francesco (2017) *LA SUPERVISIONE PSICOLOGICA NELLE ISTITUZIONI SANITARIE*, Armando Editore

Canevaro Andrea (1999) *PEDAGOGIA SPECIALE*, Mondadori

Carozza Paola (2006) *PRINCIPI DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA* Franco Angeli

Contini Gianfranco (1999), *IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ NELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA*, Centro Scientifico Editore

Demetrio Duccio. (1999) *L' EDUCATORE AUTO(BIO)GRAFO. IL METODO DELLE STORIE DI VITA NELLE RELAZIONI DI AIUTO*, Unicopli.

Goleman Daniel (2011) *INTELLIGENZA EMOTIVA. CHE COS'È E PERCHÉ PUÒ RENDERCI FELICI*, BUR Biblioteca Univ. Rizzoli

Lagona Stefano *IL BURNOUT NELLE PROFESSIONI D'AIUTO* Paesi Edizioni

Sidoli Jessica (2016) *IL BURNOUT NELLE PROFESSIONI SANITARIE*, Educazioni Accademiche Italiane

Palmieri Cristina (2014) *LA CURA EDUCATIVA*, Franco Angeli

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare con immensa gratitudine la Prof.ssa Saltari Daniela, relatore di questa tesi di laurea, e la tutor Corso Laurea Educazione Professionale Dott.ssa Flamini Marilena oltre che per l'aiuto fornitomi in tutti questi anni e la grande conoscenza che mi hanno donato, per la disponibilità e pazienza dimostratemi durante tutto il periodo di stesura e di preparazione all'Esame di Abilitazione

Un grande ringraziamento alla mia compagna Maria Luisa e a sua madre, con il loro dolce e instancabile sostegno morale mi hanno permesso di arrivare fin qui davanti a voi oggi, contribuendo alla mia formazione personale.