

GUIDA ALLA REPLICAZIONE

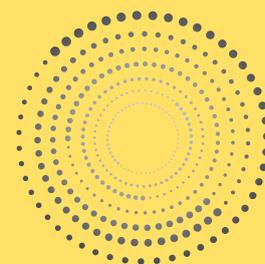
per la metodologia dei Work Group Discussion per supportare la riflessività dei coordinatori nell'assistenza



Co-funded by
the European Union

INDICE DEI CONTENUTI

SCOPO DELLA GUIDA	<u>1</u>
IL PROGETTO COMPASS	<u>2</u>
INTRODUZIONE	<u>3</u>
PANORAMICA DEL METODO WDG	<u>5</u>
OBIETTIVI E FASI DEL WDG	<u>6</u>
CONDUZIONE DEL GRUPPO	<u>7</u>
CONSIGLI PER LA REPLICA	<u>8</u>
ESEMPI DI TEMI PER IL CASO SULL'ASSISTENZA	<u>9</u>
DOMANDE FREQUENTI	<u>10</u>
MATERIALI AGGIUNTIVI	<u>11</u>



SCOPO DELLA GUIDA



Perché è necessaria una guida alla replicazione?

La guida alla replica è essenziale per sostenere l'adozione coerente ed efficace del modello del Gruppo di discussione sul lavoro (Work Group Discussion - WDG) in diversi contesti di assistenza sanitaria e sociale. I care manager, ovvero coloro i quali ricoprono un ruolo di coordinamento, devono spesso affrontare orari prolungati e un lavoro ad alta intensità che ostacolano la pratica riflessiva, ma la riflessione è fondamentale per promuovere lo sviluppo professionale, la resilienza e il successo dell'implementazione dell'assistenza centrata sulla persona (PCC).

Questa guida fornisce un supporto completo, spiegando come i WDG migliorino le pratiche riflessive, promuovano lo sviluppo professionale e costruiscano la resilienza dei care manager. Fornisce agli utenti gli strumenti e le conoscenze per creare uno spazio strutturato per la riflessione e l'apprendimento, consentendo ai care manager di condurre e sostenere meglio le pratiche di assistenza centrata sulla persona (PCC).



IL PROGETTO COMPASS

M I S S I O N E

Il progetto mira a dotare i coordinatori, RAA e RAS di competenze che li rendano più capaci di guidare il cambiamento verso approcci centrati sulla persona (PCC) nei loro contesti lavorativi e su come mettere in pratica la leadership centrata sulla persona nel loro lavoro quotidiano. COMPASS si concentra sull'istruzione e la formazione professionale e, poiché mira a innovare le pratiche di istruzione e formazione professionale nel settore dell'assistenza ma ha il potenziale per essere applicato in altri contesti e per sostenere la creazione di sinergie tra di essi.

T A R G E T

Le risorse sviluppate da Compass sono pensate per i care manager dei servizi di assistenza agli anziani (residenziali, semiresidenziali e domiciliari).

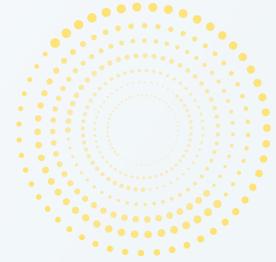
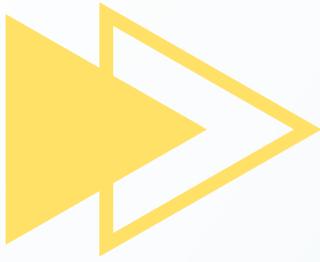
I care manager, ovvero i professionisti che hanno responsabilità di coordinamento nei confronti degli operatori assistenziali, sono stati spesso trascurati dai programmi di formazione volti a promuovere la PCC e sono un gruppo trascurato quando si tratta di ricerche sul loro ruolo e sulle loro pratiche (Orellana, 2009).

R I S U L T A T I

Competenze di leadership per la cura incentrata sulla persona: Un pacchetto di formazione multilingue e blended (ovvero una combinazione di e-learning e sessioni di apprendimento faccia a faccia) rivolto ai coordinatori di servizi assistenziali di tutta Europa.

Supportare le capacità riflessive dei coordinatori: una metodologia per la gestione di riflessivi di care manager impegnati a migliorare le pratiche di PCC delle loro organizzazioni, ispirata alla metodologia dei "gruppi di work discussion" (WDG).

Costruire e condividere pratiche: Una comunità di pratica digitale per i care manager europei impegnati a migliorare le pratiche di PCC nelle loro organizzazioni.

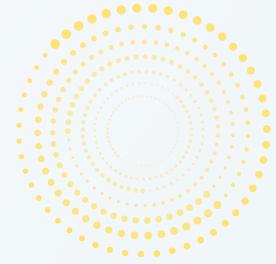


INTRODUZIONE

Secondo Gorman (2003), l'uso di abilità riflessive nella pratica dei coordinatori dell'assistenza rappresenta un valore aggiunto per l'apprendimento, promuovendo un'analisi critica del lavoro svolto e facilitando l'assimilazione a lungo termine dei processi appresi. Questo tipo di apprendimento richiede un impegno trasversale alle dimensioni personali e professionali (Argyris & Schön, 1974). In quest'ottica, nell'ambito del progetto Erasmus+ Compass è stato sviluppato un modello di gruppo di discussione basato sul metodo della Work Group Discussion (WDG). Il partenariato Compass ha ricevuto una formazione ad hoc e ha poi proceduto con l'adattamento, la sperimentazione e la diffusione di una metodologia per la gestione di gruppi di discussione online, coinvolgendo i responsabili dell'assistenza desiderosi di migliorare le pratiche di cura centrate sulla persona (PCC) nelle loro organizzazioni. Il Work Group Discussion (WDG) psicoanalitico è emerso come metodo di gruppo volto ad aiutare i professionisti a confrontarsi con le loro difese rispetto all'impatto emotivo del loro lavoro, soprattutto quando queste difese ostacolano un'adeguata comprensione dei bisogni, delle opportunità e dei limiti del contesto lavorativo. L'obiettivo del WDG è infatti quello di recuperare le esperienze emotive più difficili da tollerare, preparando così i partecipanti ad affrontare la complessità della relazione d'aiuto e tutte le potenzialità che essa comporta.

In questa guida viene presentato e approfondito il quadro metodologico di riferimento del modello Compass, necessario per essere replicato in altri contesti di care management. Quanto segue è stato ispirato ed elaborato dal testo del 2020 "Osservazione, riflessività e apprendimento nelle professioni d'aiuto. Il metodo della Work Discussion psicoanalitica" a cura di Daniele Morciano, con la collaborazione delle socie di Psifia Aurora Polito e Sara Scrimieri per la traduzione di alcuni saggi.





PANORAMICA DEL METODO WDG

Qualsiasi tipo di cambiamento deve essere progettato e applicato con la consapevolezza dei limiti di ciò che è possibile, cioè di quei limiti che fanno parte dell'organizzazione e che impedirebbero agli operatori un cambiamento efficace. Approcci e metodi che non sono possibili possono infatti generare resistenza al cambiamento e frustrazione.

IL WDG è uno dei metodi volti a sviluppare le capacità di osservazione e riflessione degli operatori sulle ansie e le difese nello svolgimento del loro ruolo. Offre la possibilità di trasformare creativamente le incertezze e le preoccupazioni legate al lavoro svolto in opportunità di cambiamento sia per l'utente che per l'operatore. L'assunto di base di questo metodo è che, per mitigare l'effetto negativo delle difese, sarebbe necessario aiutare gli operatori a riconoscerle, tollerarle e trasformarle in risorse utili per il loro lavoro. La prospettiva di questo metodo è quindi quella di non fermarsi all'identificazione e alla rielaborazione delle ansie a livello del singolo operatore, ma del sistema più ampio. La riflessività e l'apprendimento che derivano dalle esperienze di cura possono diventare una risorsa preziosa se questo metodo viene inserito in un processo di valutazione dei servizi o degli interventi attuati dalle organizzazioni delle figure che vi partecipano, secondo un modello di valutazione che si basa sulla partecipazione attiva sia di chi lavora in prima linea (a diretto contatto con utenti, pazienti e beneficiari), sia di chi ha responsabilità di gestione, coordinamento e programmazione.

GLI EFFETTI DELL'ANSIA

L'ansia è un affetto, uno stato di tensione psichica che agisce principalmente a livello inconscio, diverso da un sentimento (legato a una relazione stabile con un oggetto specifico) o da un'emozione (reazione immediata a uno stimolo significativo). È difficile da razionalizzare e può manifestarsi senza una ragione chiara, o con motivazioni intrecciate.

William Halton sottolinea come una cultura manageriale eccessivamente orientata al controllo possa generare ansia negli operatori, attivando meccanismi difensivi come il non assumersi la responsabilità di decisioni. Questo comportamento di evitamento può danneggiare sia la qualità della vita degli operatori sia l'efficacia del servizio e delle prestazioni professionali. Ad esempio, la paura dei rimproveri può indurre gli infermieri a non agire anche quando ritengono che una decisione sensata sarebbe giusta.

L'ansia, quindi, alimenta un rigido attaccamento a protocolli e procedure, ostacolando l'autonomia decisionale e la flessibilità operativa. L'ansia e lo stress possono causare difficoltà nel prendere decisioni e quindi incertezze croniche, anche di scarsa importanza, e portare a un distacco dalla realtà, con scarsa attenzione a fornire cure adeguate e talvolta comportamenti inappropriati.

Le tensioni interne possono essere indirizzate verso altri problemi piuttosto che verso la causa originaria. Secondo William Halton, in contesti con mancanza di leadership, l'assenza di controllo può sfociare in aggressività repressiva, come il maltrattamento dei pazienti.

Il contesto lavorativo è stato trasformato dalla post-modernità, riducendo il legame tra azione razionale e scopo professionale. La professione è sempre più individualizzata, imponendo una maggiore responsabilità personale senza un adeguato supporto.

Due sono le possibili reazioni:

- Subire passivamente questo cambiamento come un destino fatto di perdita di tutela, senso di abbandono, smarrimento e incertezza;
- Cogliarlo come un'opportunità di maggiore libertà e partecipazione nell'esplorare, sperimentare e contribuire attivamente all'evoluzione della conoscenza (Beck, 1986).

Ciò non toglie che questo tipo di empowerment, e qualunque sia la risposta ad esso, possa generare ulteriore ansia negli operatori, indebolendo la coesione e l'alleanza tra i membri dello staff dell'organizzazione e tra i dipendenti e l'organizzazione, ovvero la difesa sociale che tiene insieme l'organizzazione.

LE DIFESE SOCIALI NELLE ORGANIZZAZIONI ASSISTENZIALI



Nel 1953, lo psicoanalista Elliot Jaques ha definito la difesa sociale come una configurazione emotiva che promuove la coesione interna del gruppo e allo stesso tempo la collaborazione con altri gruppi della stessa organizzazione. Secondo Jaques, tutte le istituzioni sono utilizzate dai loro membri come meccanismi di difesa dall'ansia, beneficiando degli effetti protettivi e coesivi. Le difese sociali sono infatti presenti in tutte le organizzazioni e gli individui devono utilizzarle come mezzo "per preservare la propria identità e proteggersi da un conflitto interno intollerabile" (Miller, 1976). La psicoanalista britannica Isabel Menzies Lyth sottolinea che le difese sociali non sono solo la somma delle dinamiche psicologiche inconsce dei membri di un'organizzazione, ma continuano ad agire in modo indipendente una volta inserite in strutture, sistemi, culture e pratiche di lavoro, influenzando i pensieri, le emozioni e i comportamenti di coloro che ne fanno parte. L'autrice afferma infatti che le istituzioni, una volta stabilite, possono essere estremamente difficili da cambiare e contribuiscono a plasmare la struttura della personalità dei loro membri, in modo temporaneo o permanente (Menzies Lyth, 1989), ma per cambiare i membri è necessario prima cambiare le istituzioni (Morciano, 2020). Non si può quindi pensare che il cambiamento debba avvenire solo a livello individuale, sottovalutando l'effetto che la natura e la leadership dell'organizzazione possono avere sugli operatori.

Menzies Lyth ha osservato un ambiente di lavoro pervaso da alti livelli di stress e tensione, sia con i pazienti che tra colleghi e superiori, con alti tassi di abbandono e assenteismo dal lavoro.

Questa situazione era dovuta alla cultura assistenziale dell'organizzazione, che si basava su due principi

- il rispetto rigoroso delle procedure assistenziali
- un sistema pervasivo di controllo della loro corretta applicazione.

La paura di essere rimproverati spingeva gli infermieri a non accettare nemmeno ciò che ritenevano di buon senso nel loro lavoro di assistenza, impedendo loro di deviare dai protocolli rigorosi e di prendere anche le decisioni più banali.

Nonostante l'esecuzione del compito, le condizioni di ansia persistevano. Menzies Lyth sostiene che riconoscere e integrare le emozioni, comprese quelle aggressive, favorisce lo sviluppo professionale e la sicurezza dei pazienti. I sistemi ossessivo-punitivi privi di empatia aumentano il rischio di cure scadenti, negligenza e abusi. Il collasso di questi sistemi porta a un'esplosione di aggressività repressa, mettendo a rischio i pazienti più vulnerabili.

L'APPROCCIO PSICOANALITICO



Un approccio psicoanalitico può aiutare ad approfondire la varietà dei vissuti d'ansia. Ci sono, ad esempio, alcuni aspetti che Mario Perini ha cercato di far emergere attraverso la sua analisi del 2013 volta a mettere in luce alcuni vissuti soggettivi degli operatori assistenziali:

- non riuscire a cogliere il significato di ciò che si osserva (AMBIGUITÀ)
- non sapere se e di chi fidarsi (SFIDA)
- dover correre per stare al passo con cambiamenti rapidi e improvvisi (VELOCITÀ)
- non poter contare su qualcosa di duraturo e consistente (FUGACITA' o VOLATILITA')
- non essere in grado di tenere a mente (IMPENSABILITÀ)

È fondamentale attuare interventi che aiutino i professionisti a gestire i rischi e a vedere l'ampliamento dell'autonomia come un'opportunità di miglioramento. Sono necessari modelli organizzativi in grado di contenere le ansie, ascoltarle e trasformarle in riflessione per migliorare le pratiche e le strategie di intervento. Uno dei pilastri su cui si fonda un'organizzazione funzionante è proprio lo sviluppo di una cultura riflessiva.

In questo senso, il metodo Work Discussion mira proprio a formare e sostenere lo sviluppo di capacità e pratiche riflessive nelle professioni di cura e nelle loro organizzazioni.



La discussione psicoanalitica del lavoro è un metodo che mira a:

- aiutare gli operatori a sviluppare la capacità di osservare, riflettere e imparare dalle esperienze di ansia e dalle difese contro di essa che vengono attivate durante lo svolgimento dei loro compiti;
- sostenere le pratiche di innovazione dei servizi e/o degli interventi attuati dalle organizzazioni, secondo un modello che coinvolge sia gli operatori in prima linea sia coloro che si occupano di leadership, coordinamento e programmazione.

Il Work Discussion si svolge in piccoli gruppi di professionisti omogenei o misti rispetto all'organizzazione di provenienza e/o all'ambito di lavoro. Il gruppo si riunisce in modo permanente per un periodo prolungato, durante il quale ciascuno dei partecipanti porta e presenta a turno un'osservazione in forma scritta su una situazione lavorativa relativa al rapporto con utenti/pazienti, colleghi di lavoro e/o altre figure coinvolte (personale della propria organizzazione o di altre organizzazioni con cui si interagisce, familiari, ecc.)

Sulla base dell'osservazione presentata da uno dei membri, si attiva una discussione di gruppo, facilitata da un conduttore. Il suo compito è quello di promuovere un'esperienza di apprendimento che parta innanzitutto dalla situazione riportata dall'osservatore/relatore, bilanciando due tipi di funzioni:

- una di tipo protettivo/supportivo, volta a creare un clima di sospensione del giudizio, sciogliendo dubbi e accogliendo paure, incoraggiando il pensiero e facilitando il confronto
- l'altra incentrata sull'incoraggiamento e lo stimolo, verso la partecipazione e la creazione di un clima di rispetto.

La supervisione interna si differenzia dal metodo di discussione del lavoro in quanto si tratta di un controllo formale del lavoro rispetto a compiti, procedure e regolamenti. Sebbene la supervisione possa promuovere un ambiente rispettoso e comunicativo, la discussione del lavoro è caratterizzata da una maggiore solidità metodologica. Infatti, consente un confronto sistematico dei casi, stimolando la partecipazione e lo sviluppo di un pensiero critico sui modelli abituali di azione o sui protocolli previsti.

Questo tipo di apprendimento diventa possibile nella misura in cui il conduttore orienta l'attenzione del gruppo verso la riflessione sulla pratica, distogliendola dal mero accumulo di dati o informazioni.

Inoltre, attraverso la presentazione di casi concreti è possibile identificare le difficoltà e i fallimenti incontrati nel proprio lavoro e trasformarli in punti di partenza per scoprire nuove possibilità di azione. Ad esempio, i partecipanti imparano a tollerare emotivamente le situazioni lavorative che generano ansia, prendendo coscienza delle routine difensive radicate nella cultura della propria organizzazione.

Attraverso questo metodo è possibile sviluppare o potenziare una serie di competenze:

- imparare a tollerare le emozioni che si provano quando si riflette e ci si confronta con situazioni lavorative che generano ansia, paura, angoscia, sofferenza, stress, ecc., evitando reazioni difensive e diventando consapevoli quando queste si scatenano;
- accettare che non esiste un unico modo giusto di svolgere un compito o di affrontare un problema, ma che è necessario costruire soluzioni su misura per le specifiche situazioni con cui si lavora, soprattutto quando queste sono particolarmente complesse e refrattarie al cambiamento a causa dei vissuti d'ansia che attivano;
- applicare l'auto-osservazione e la riflessione sul proprio lavoro mentre lo si svolge, cioè "fare un passo indietro" nella situazione e considerarla da una prospettiva diversa;
- arrivare a una comprensione più ricca delle situazioni lavorative che tenga conto degli elementi emotivi e inconsci che entrano in gioco;
- comprendere le teorie e i concetti psicoanalitici applicati alla pratica lavorativa.

Il WDG è un metodo che offre la possibilità di trasformare creativamente le incertezze e le preoccupazioni legate al lavoro svolto in opportunità di cambiamento sia per l'utente che per l'operatore.

L'innovazione risiede nella capacità di rinnovamento che si verifica ogni volta che una discussione di lavoro viene introdotta in un contesto lavorativo.

Si assiste a situazioni uniche e irripetibili, poiché si attiva un processo creativo che non è mai identico al precedente.

Questo metodo è innovativo nonostante abbia già una lunga storia: Il WDG si è sviluppato come strumento di formazione e pratica professionale in diversi contesti da quando è entrato a far parte sistematicamente dei corsi di formazione avanzata, alla fine degli anni '60, presso la Tavistock Clinic di Londra.

Il metodo Work Discussion è stato creato per gestire i meccanismi disfunzionali legati all'ansia, alla tensione e allo stress nelle organizzazioni sanitarie, soprattutto durante i processi di innovazione. Questi meccanismi derivano da prestazioni altamente richieste, dall'applicazione di protocolli standardizzati e dalla mancanza di supporto, creando condizioni psicologiche ed emotive che compromettono la qualità dell'assistenza e il benessere del personale. Il metodo WDG risponde alla necessità di identificare e affrontare questi meccanismi, che spesso non sono consapevolmente riconosciuti, ma percepiti come problemi tecnici o pratici.

Ciò significa identificare:

- le esperienze di ansia nelle professioni di aiuto
- le conseguenti reazioni difensive messe in atto a livello individuale e organizzativo
- il loro effetto controproducente quando i livelli di ansia diventano eccessivi, creando resistenza al cambiamento.



OBIETTIVI E FASI DEL WDG

La discussione psicoanalitica del lavoro è un metodo che mira a:

- aiutare gli operatori a sviluppare la capacità di osservare, riflettere e imparare dalle esperienze di ansia e dalle difese contro di essa che vengono attivate durante lo svolgimento dei loro compiti;
- sostenere le pratiche di innovazione dei servizi e/o degli interventi attuati dalle organizzazioni, secondo un modello che coinvolge sia gli operatori di prima linea sia quelli coinvolti nella leadership, nel coordinamento e nella programmazione.

Da questa prospettiva, il WDG può aiutare a capire come incoraggiare gli operatori a passare dalle modalità di intervento canoniche a nuove teorie più aderenti alla realtà e quindi più capaci di rispondere ai bisogni reali dei pazienti.

Questi incontri non insegnano strategie specifiche di intervento. I membri del gruppo sono incoraggiati a riflettere e discutere sui significati che le diverse situazioni lavorative possono avere e a trovare modi più appropriati per affrontarle.

Le sessioni di Work Discussions Group sono condotte da uno o due professionisti, a seconda delle necessità, come nel caso di gruppi più eterogenei o per una più ampia divisione del lavoro.

Il metodo WDG è caratterizzato dalla presenza di un coordinatore esperto con responsabilità di leadership, ma può essere condotto anche da un facilitatore o da un consulente, dando luogo a un WDG meno strutturato e più terapeutico.

L'obiettivo delle sessioni è affinare la percezione e sviluppare l'intuizione, migliorando la comprensione delle interazioni sociali attraverso le motivazioni inconsce, con un processo di formazione graduale per aumentare la sensibilità e la consapevolezza.

Il "non accorgersi" è un effetto dei meccanismi di difesa dal dolore psichico percepito in se stessi e negli altri. Il processo può aiutare i partecipanti a diventare più capaci di affrontare tale dolore più da vicino e a rendersi conto che non esiste un esperto abbastanza capace da offrire soluzioni immediate ai problemi che i partecipanti al gruppo si trovano ad affrontare.

I destinatari sono i coordinatori dell'assistenza nei servizi di assistenza (residenziale, semiresidenziale e domiciliare). Può trattarsi di una persona con una qualifica professionale o una qualifica acquisita dopo una laurea in assistenza sociale o infermieristica che ricopre una posizione di middle-management nell'organizzazione.

Il processo si sviluppa in 3 fasi diverse:

- Osservazione (partecipante o meno): le situazioni sono spesso scelte in base alle difficoltà specifiche che nascondono, per sé o per gli altri coinvolti nell'ambiente di lavoro.
- Registrazione: produzione di un rapporto dettagliato di ciò che è stato osservato.
- Lettura e discussione di gruppo della relazione.

OSSERVAZIONE



L'osservazione fornisce gli strumenti per riconoscere e comprendere stati mentali difficili da identificare. Nei gruppi di discussione del lavoro, si usa la libera associazione per esprimere impressioni, sentimenti e pensieri non elaborati, che acquisteranno significato se riuniti.

Secondo Bion, una buona osservazione richiede la "capacità negativa" (capacità di rimanere su una domanda senza cercare risposte) e l'approccio del "non sapere". Il WD è una tecnica di sviluppo professionale continuo che arricchisce la comprensione esistente guidando il gruppo verso un pensiero pratico all'interno dell'organizzazione.

A volte il gruppo è incoraggiato a "disimparare" invece di imparare, per cui si può osservare che questa esperienza è inizialmente scomoda, a causa di nuovi elementi scoperti di un'area di lavoro in cui il datore di lavoro era competente fino a quel momento.

Il suggerimento è di immergersi emotivamente nell'esperienza riportata, invece di attivare una riflessione più intellettuale su di essa.

In conclusione, l'osservazione comprende:

- allenarsi a prendere in considerazione i comportamenti
- considerare le interazioni verbali e non verbali
- non interpretare ciò che viene riferito
- riferire anche ciò che al momento sembra insignificante
- lasciare spazio all'incertezza
- non credere di avere la risposta giusta
- ricordare che ci sono diversi modi di fare le cose e che non esiste un modo giusto di fare le cose
- ascoltare anche emotivamente

REGISTRAZIONE



Dopo la fase di osservazione, è importante trascrivere i dettagli osservati senza far passare troppo tempo. Se ciò non è possibile, è consigliabile prendere appunti prima di scrivere il rapporto completo. È fondamentale rispettare la sequenza degli eventi. Scrivere piuttosto che ricordare a mente permette di cogliere le connessioni tra le parti e di fermarsi a riflettere, anche se all'inizio può essere difficile per i partecipanti che non sono abituati a farlo nella pratica quotidiana.

Quando si scrive una registrazione di ciò che è stato osservato durante le sessioni WDG, si devono prendere in considerazione tutti gli aspetti che possono essere utili per stimolare la riflessione tra gli operatori. Anche ciò che sembra insignificante è comunque importante da registrare.

Questi aspetti potrebbero includere

- cosa ha attirato particolarmente l'attenzione del gruppo
- la reazione dei membri e le eventuali azioni
- l'atteggiamento e il comportamento del gruppo
- gli sforzi compiuti
- di cosa si è parlato e come
- eventuali evitamenti o sensazioni di disagio
- l'interazione tra i partecipanti

LETTURA DI GRUPPO E DISCUSSIONE DEL RAPPORTO



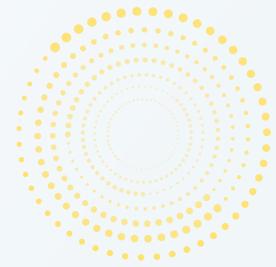
Per facilitare la discussione di gruppo e favorire la serenità della condivisione, prima di iniziare le attività del gruppo è importante che i suoi membri parlino e trovino un accordo sulla natura confidenziale dei contenuti che verranno discussi. Piuttosto che fare un accordo formale, è importante riflettere sul senso di mantenere la riservatezza. I partecipanti sono invitati ad assicurarsi che nulla di ciò che verrà condiviso al di fuori del gruppo possa causare imbarazzo o essere offensivo per qualcuno.

Durante le presentazioni, è utile incoraggiare i relatori a condividere difficoltà o preoccupazioni per ridurre la resistenza a documentare il proprio lavoro. La discussione dei casi condivisi è un aspetto centrale dei WDG e i momenti di libera discussione sono utili per esprimere dubbi, anticipare problemi e discutere soluzioni.

Il gruppo WD non è un gruppo terapeutico ed è importante sottolineare che non esistono soluzioni magiche per ogni problema. La funzione del conduttore, con il supporto degli altri partecipanti, è quella di aiutare a comprendere più a fondo i significati sottostanti ai comportamenti osservati e le componenti emotive coinvolte, sviluppando così una capacità riflessiva più efficace su ciò che accade sotto la superficie, per capire meglio come intervenire.

Si possono proporre altri metodi diversi dalla parola o dalla discussione, ma possono essere considerati solo uno stimolo per la condivisione e l'espressione di pensieri ed emozioni, che devono essere sempre al centro dei WDG. Ad esempio, si può pensare a un'immagine o a un colore e raccontarlo agli altri, oppure presentare un'immagine che può essere discussa dal gruppo. La scrittura può essere utilizzata per annotare ciò che viene in mente durante la discussione, al fine di concretizzare i pensieri e le emozioni e dare loro un ordine.





CONDUZIONE DEL GRUPPO*

La relazione tra il conduttore e i membri del gruppo è centrale per l'apprendimento. Il conduttore deve aiutare il gruppo a comprendere il disagio emotivo comunicato dal lavoratore e dal cliente, a superare le risposte difensive e a capire come la relazione può gestire positivamente la situazione.

Il metodo si concentra sulla comprensione delle cause sottostanti alle situazioni lavorative e sull'aumento della consapevolezza delle esperienze emotive che scatenano le reazioni.

Durante le sessioni è molto importante concentrarsi sull'esplorazione non solo della propria esperienza a livello personale ed emotivo, ma anche del proprio ruolo di operatore e del proprio ruolo all'interno dell'organizzazione. Questo è un passo fondamentale per ampliare la consapevolezza di sé come parte del sistema organizzativo e delle influenze che esso può avere sul proprio lavoro.

Il processo di apprendimento può sembrare inizialmente confuso, poiché non vengono insegnate tecniche, ma stimola una riflessione più profonda sulla pratica.

La stesura del lavoro presentato è generalmente sufficiente, ma il gruppo può sentirsi turbato nel riconsiderare ciò che prima era dato per scontato.

Per consentire il successo dei WDG, è necessario sottolineare che l'obiettivo del metodo è quello di creare un ambiente in cui sia possibile liberarsi dalla pressione di dover eseguire bene i compiti e in modo efficiente, lavorando alla costruzione di un approccio riflessivo e non giudicante verso se stessi e verso gli altri membri del gruppo.

*Bradley, Jonathan (2008) The work discussion seminar. A learning environment. In: Work discussion. Learning from reflective practice in work with children and families. The Tavistock Clinic Series . Karnac Books, London, pp. 22-37. ISBN 1855756447, 9781855756441

Le intuizioni acquisite sulle dinamiche inconse vanno al di là della presentazione specifica e del suo argomento e consentono ai membri di vivere un'esperienza di apprendimento memorabile che può essere applicata a molte altre situazioni. È commovente assistere a un momento in cui l'intuizione viene acquisita dall'intero gruppo. Ma questa non è l'unica possibilità: a volte uno o due membri si distinguono per la loro capacità di comprensione. Altre volte un membro viene lasciato indietro e lotta emotivamente, provocando un sentimento di ansia nel gruppo nel suo complesso.





CONSIGLI PER LA REPLICA

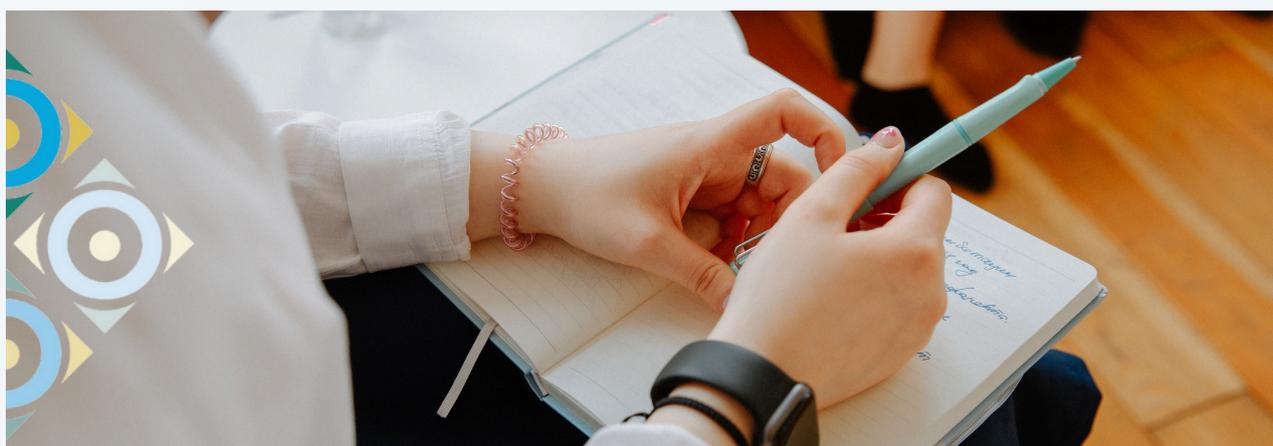
Sebbene il fulcro dei WDG sia l'interazione e i risultati raggiunti durante l'implementazione del gruppo stesso, è anche fondamentale riflettere sulle condizioni e sul contesto del gruppo.

Il modello Compass basato sul metodo WDG è stato testato e convalidato per 6 mesi attraverso 12 sessioni ogni 2 settimane di 2 ore ciascuna. È stato progettato e testato un modello adattato, mantenendo la stessa struttura e coinvolgendo 2 gruppi separati che si sono incontrati per 6 mesi attraverso 6 incontri mensili di 2 ore ciascuno.

In entrambi i casi la struttura del programma è stata la seguente:

- primi 1-2 incontri dedicati all'approfondimento del metodo proposto ispirato al metodo WDG
- Incontri dedicati al lavoro su casi forniti dal conduttore (che possono anche includere stimoli come video significativi)
- Incontri centrali dedicati alla condivisione volontaria dei casi da parte dei partecipanti
- Ultimi 1-2 incontri dedicati alla restituzione e alla discussione di gruppo dell'esperienza.

Entrambi i modelli hanno dato risultati positivi, ma per avviare i gruppi basati sul modello Compass è fondamentale considerare gli aspetti logistici e organizzativi, come la programmazione, la durata, la partecipazione volontaria, la dimensione del gruppo e la riservatezza. Trascurare questi aspetti potrebbe compromettere la partecipazione, il coinvolgimento e la sostenibilità del gruppo.



GESTIONE DEL TEMPO



Uno dei fattori decisivi da considerare è la gestione del tempo, ad esempio l'orario, i giorni degli incontri, la durata di ogni incontro, la durata complessiva del percorso WDG. La regola generale è quella di scegliere giorni e durate compatibili con gli impegni dei partecipanti. Non tenerne conto metterebbe a rischio il coinvolgimento e la sostenibilità della partecipazione su base costante.

In questo senso, potrebbe essere utile includere il tempo per gli incontri del WDG nell'orario di lavoro, come si fa in genere con la supervisione, in modo da favorire la partecipazione. In alternativa, si potrebbero organizzare prima o dopo i turni di lavoro. A seconda della durata delle riunioni, si potrebbe pensare di tenere il WDG durante una pausa, se l'orario di lavoro lo consente.

La durata delle riunioni può variare da 30/45 minuti a 2 ore, ma idealmente non dovrebbe essere inferiore a 1 ora per favorire la coesione e la fiducia reciproca. Se questa durata non è possibile, i WDG possono comunque essere efficaci se ben organizzati. Nel caso di riunioni più brevi, è utile pianificare una frequenza maggiore (settimanale o bisettimanale) e coinvolgere i membri in ruoli di leadership. Se le riunioni sono meno frequenti (ogni tre settimane o mensili), è importante che durino almeno 1,5-2 ore.

LUOGO DELL'INCONTRO



I gruppi possono riunirsi ovunque, ma è importante considerare che alcuni luoghi possono avere significati diversi. La composizione del gruppo e la scelta dei luoghi possono influenzare il successo del gruppo, quindi devono essere scelti con attenzione.

PARTECIPAZIONE VOLONTARIA O OBBLIGATORIA



La partecipazione ai WDG dovrebbe idealmente avvenire su base volontaria da parte del personale che si presume abbia compreso il valore di questo tipo di attività. Ciò presuppone che i dirigenti siano in grado di trasmettere l'importanza della pratica dei WDG e che il personale abbia fiducia nelle figure di coordinamento. Infatti, prima di avviare i gruppi, potrebbe essere utile accompagnare il personale dell'organizzazione ad acquisire consapevolezza e comprensione dei fattori emotivi e dei comportamenti che influenzano l'erogazione delle cure. È significativo in questo senso sottolineare che, a prescindere dai risultati, l'obiettivo è quello di stimolare la riflessione sulla pratica per cercare di capire cosa sta realmente accadendo al di sotto di ciò che si può percepire in superficie.

GRANDEZZA DEL GRUPPO



Per avere successo, un gruppo di discussione sul lavoro dovrebbe avere un minimo di 4 e un massimo di 10 partecipanti. Gruppi di grandi dimensioni rendono difficile la partecipazione attiva di ciascun membro e il rischio ulteriore è la perdita di motivazione e l'abbandono del gruppo. D'altra parte, in gruppi troppo piccoli, i membri potrebbero sentirsi troppo sotto pressione per non essere assenti o per portare più situazioni da discutere. Il rischio di un gruppo troppo piccolo è infatti un eccessivo senso di responsabilità e la sensazione che siano loro a servire il gruppo e non viceversa.

REGOLE DI CONFIDENZIALITÀ



All'inizio di un gruppo, è importante concordare la natura confidenziale dei contenuti discussi. Invece di firmare un accordo formale di riservatezza, può essere più efficace riflettere su cosa significhi rispettare questo principio. È fondamentale evitare di condividere al di fuori del gruppo informazioni che potrebbero compromettere o danneggiare qualcuno, incoraggiando al contempo la diffusione dell'apprendimento in modo responsabile.

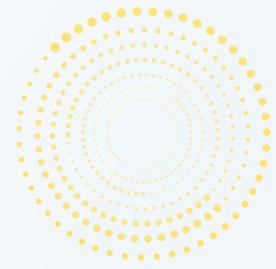
In questo senso, potrebbe essere utile esplorare i timori dei partecipanti riguardo alle possibili ripercussioni di ciò che viene condiviso (ad esempio, il timore che qualcosa possa essere riferito a dirigenti o professionisti). I partecipanti potrebbero essere rassicurati sul fatto che solo i temi generali che emergono potrebbero essere condivisi con i dirigenti, senza entrare nei dettagli dei singoli contributi forniti. Ciò che verrà condiviso con i dirigenti potrebbe essere concordato in anticipo con i partecipanti al gruppo.

METODI DI LAVORO



Sebbene il metodo raccomandato sia quello di avere una rotazione per la presentazione dei casi, potrebbe essere necessario aiutare i partecipanti a scrivere il proprio caso, descrivendo in dettaglio le preoccupazioni e le difficoltà relative alla situazione lavorativa. Tale accompagnamento potrebbe promuovere l'esercizio e lo sviluppo di capacità riflessive.

Un altro metodo di lavoro potrebbe essere una discussione di gruppo sugli argomenti da trattare, piuttosto che un ordine preciso di presentazione. Il gruppo potrebbe iniziare con una discussione aperta in cui ciascuno riferisce le proprie difficoltà o preoccupazioni specifiche sul lavoro e poi decidere in gruppo da quale tema o questione iniziare.



ESEMPI DI TEMI PER IL CASO SULL'ASSISTENZA

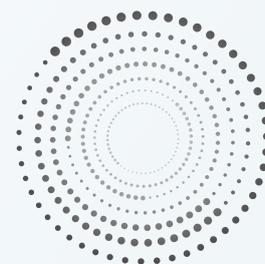
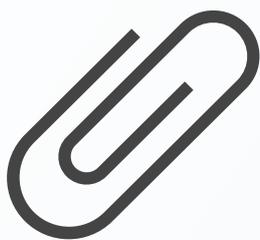
Per sostenere i partecipanti ai WDG basato sul modello Compass, i facilitatori potrebbero fornire alcune idee per lo sviluppo dei casi da portare al gruppo.

Alcuni esempi sono:

- Dilemmi etici
- Problemi all'interno del personale (ad esempio, discussioni, relazioni, problemi di comunicazione, ecc.)
- Relazioni con i parenti degli utenti/pazienti
- Cambiamenti pre/post-Covid-19
- Motivazione e impegno del personale
- Autonomia vs. controllo

Queste aree potrebbero essere condivise e discusse all'interno del gruppo per raccogliere feedback e condividere altre idee.





ALLEGATO 1 - ESEMPIO DI CASO DI WDG E DI SPUNTI PER LO SVILUPPO

***CASO ISPIRATO DA:
IL SEMINARIO DI DISCUSSIONE SUL LAVORO - UN AMBIENTE DI
APPRENDIMENTO.***

JONATHAN BRADLEY*
Caso: curare un'insufficienza renale

Un'infermiera presentò il caso di Giuliana, un'anziana di 77 anni che stava affrontando le terribili conseguenze di una diagnosi tardiva di meningite. Non solo Giuliana soffriva di una cronica insufficienza renale ma, a causa di un problema nell'afflusso di sangue, aveva entrambe le gambe amputate fino alle ginocchia, oltre ad aver perso le punte delle dita di una mano e tutte dita dell'altra, ad eccezione del pollice. Aveva avuto un trapianto di pelle a dall'addome e un intervento chirurgico necessario per agevolare il passaggio delle feci e dell'urina. Nonostante ciò, Giuliana era in grado di frequentare il centro sociale per anziani e di svolgere semplici attività quotidiane, coltivando relazioni con amici e familiari. Questa presentazione colpì in modo particolare il gruppo. Si stentava a credere che la vita di una persona potesse essere stravolta in un modo simile. Come gruppo - me incluso nel ruolo di conduttore - incontrammo difficoltà a raccogliere informazioni sull'insufficienza renale e sulle diverse tecniche adottate per la cura dei reni. Ci ritrovammo ad essere persone comuni in cerca di informazioni in un momento molto stressante, per via della difficoltà a mettersi nei panni di quella donna così sfortunata. Ma questo processo cognitivo di raccolta di informazioni non bastò per contenere i nostri sentimenti. Per esempio, si parlò di una delle conseguenze della dialisi, ovvero la necessità di limitare di molto l'assunzione di liquidi. I pazienti, infatti, dovevano abituarsi a sentirsi "assetati" per tutto il tempo, accusando spesso forti mal di testa come conseguenza di un regime così restrittivo. Nonostante ci fosse molta differenza tra ascoltare la relazione di un'osservazione e trovarsi realmente in un reparto di nefrologia, la presentazione riuscì a far passare potentemente come ci si può sentire in una condizione simile.

*Citazione originale: Bradley, Jonathan (2008) The work discussion seminar. A learning environment. In: Work discussion. Learning from reflective practice in work with children and families. The Tavistock Clinic Series . Karnac Books, London, pp. 22-37. ISBN 1855756447, 9781855756441

Le prime reazioni del gruppo furono di tipo somatico più che riflessivo. Qualcuno iniziò a cercare nella propria borsa la piccola bottiglia d'acqua portata con sé (l'equivalente di una quantità giornaliera d'acqua per un paziente con problemi renali) per assicurarsi di averla ancora. Diversi partecipanti, inoltre, andarono al bagno. Inaspettatamente, il gruppo affrontò in modo istintivo una situazione di sofferenza. La risposta somatica fu il prezzo che il gruppo si trovò a pagare nel suo sforzo di affrontare con sensibilità e presenza emotiva questo caso così doloroso. Ricordo che, come conduttore del gruppo, fui molto preoccupato, chiedendomi se fosse stato troppo chiedere ai partecipanti di affrontare una simile situazione. Tuttavia, dopo una breve pausa, il gruppo ritornò decisamente sul compito. La mia preoccupazione nei loro confronti, quindi, era eccessiva.

Quanto segue è un'osservazione di uno dei turni serali dell'infermiera. L'anziana donna le aveva chiesto se poteva restare a guardare la televisione con lei la sera del giorno prima un altro importante intervento chirurgico. L'infermiera passò da diversi altri pazienti prima di andare da Giuliana.

- *Giuliana si alzò dal letto e andammo davanti all'armadio dei film. Le chiesi che genere di film preferiva. Ebbe difficoltà a rispondere. Così, presi a caso*
- *alcuni video e glieli mostrai. Dopo che ne ebbi suggerito qualcuno, Giuliana chiese a me quale avessi preferito. Le risposi che avrei visto con lei qualsiasi*
- *film a condizione che non fosse troppo pauroso. Scegliemmo, quindi, cinque film e tornammo nella stanza. Giuliana scelse "Rain Man". Si levò le protesi*
- *e urtò la gamba destra in un punto in cui c'era una benda. Le chiesi se era tutto ok, lei rispose che stava bene. Dopo aver guardato il film per 20 minuti*
- *circa, Giuliana lo trovò noioso, per cui cambiai video scegliendo "Io e Annie" di Woody Allen.*
- *Giuliana mi chiese se poteva avere un succo di frutta al posto dell'acqua. Avrebbe dovuto subire un'operazione all'apparato digerente, il che*
- *richiedeva di non assumere cibo nelle 24 ore precedenti e bere solo liquidi chiari fino alle 10.30 della mattina dell'intervento. Mi consultai una seconda*
- *volta con l'infermiera di turno e le presi un bicchiere di succo d'arancia. Quando glielo portai, decise che anche il secondo film era noioso. Per cui*
- *cambiammo il film con "Thelma & Louise". Guardammo il film qualche minuto, fino a quando mi dovetti spostare da un altro paziente. Tornai da*
- *Giuliana, che nel frattempo aveva indossato il suo catetere per urinare, come da routine. Si grattava le braccia e l'addome. Le chiesi se era tutto ok, lei rispose che sentiva un po' di prurito. Le suggerii che era il momento di*
- *prendere le sue medicine, ma mi disse che preferiva farlo tra un po'. Mentre guardavamo il film iniziò questa conversazione.*
-

- *G[Giuliana]: Mi farà male? Che cosa faranno domani?*
- *I[Infermiera]: Non so molto sull'operazione ma, siccome sarà fatta all'altezza del tuo addome, penso che farà un po' male. Ma sono sicura che ti faranno l'anestesia.*
- *G: Che cos'è la morfina?*
- *I: È una medicina per non sentire il dolore che potrai prendere per bocca o attraverso una cannuccia, così potrai premere un bottone e ricevere una dose quando sentirai male. Si chiama PCA e lo controlli tu.*
- *G.: Cosa accadrà più giù?*
- *I: Ti riferisci al passaggio delle feci?*
- *G: Sì.*
- *I: Penso che non ti farà male, non penso che toccheranno nulla in quella zona. L'intervento riguarderà solo il tuo stomaco.*
- *G: Quando potrò mangiare?*
- *I: Penso che potresti farlo il giorno dopo.*
- *G: Cosa? Dovevo stare a digiuno per due giorni. Non è possibile. Io mangerò.*
- *Non mi importa cosa diranno i dottori!*
- *[In questo momento pensai di dover riprendere la spiegazione e rassicurarla, essendo stata un po' vaga]*
- *I: L'intervento interesserà anche il tuo intestino, per questo motivo non potrai mangiare subito.*
- *G: Ma l'intestino riguarda la cacca, non il cibo.*
- *I: Sì, ma dalla tua bocca al tuo sedere è tutto collegato.*
- *G: Lo sai che è lungo un chilometro, un chilometro tutto qui dentro. [indicò lo stomaco]*
- *I: Dici bene. Come mai non sei stata informata sull'intervento?*
- *G: Il dottore che è venuto a dirmelo è stato sgarbato e odioso.*
- *I: Questo non è giusto nei tuoi confronti. Ascolta, mentre ti porteranno in sala operatoria dirò che il chirurgo ha bisogno di parlare con te, così potrà rispondere alle tue domande. E una di noi starà con te se lo vorrai.*
- *G: Ok.*

- *Giuliana mi chiese di prendere il suo pigiama fortunato. Mentre glielo davo, le chiesi di prendere le sue medicine perché il suo prurito si era aggravato.*
- *Si mise seduta, mise otto pastiglie in bocca tutte in una volta, bevve dell'acqua e le ingoiò tutte.*
-
-
-

DISCUSSIONE

La presentazione riportata sopra conteneva un insieme di aspetti molto impegnativi a livello emotivo pur nella loro semplicità. Si trattava, infatti, del lavoro di routine volto a rassicurare il paziente e facilitare lo svolgimento di un intervento difficile. Diversi dettagli sulla vita in ospedale emersero durante la discussione. Alcune procedure mediche necessitavano di essere svolte in altre sale attrezzate, ciò che richiedeva di allontanare il paziente dal reparto. Cosa può scatenare di più le ansie di una persona prossima ad una pratica medica se non la decisione su dove localizzare la ferita provocata dall'ago della macchina della dialisi? Si potrebbe fare dietro la nuca o sotto il gomito, così da poterla nascondere? Che cosa fare del conflitto che può sorgere in merito tra personale, adolescenti e loro genitori? Potrebbe essere rischioso riconoscere l'importanza di una simile decisione in un reparto in cui si lotta ogni giorno tra la vita e la morte? Per esempio, spesso si sceglieva di collegare l'ago della dialisi nella parte inferiore del gomito, in modo che, qualora la ferita si fosse infettata, era ancora possibile inserirlo nella parte superiore. Il prezzo di un fallimento, infatti, sarebbe stato altissimo.

Sembrava che queste semplici quanto dolorose domande venissero evitate. Si temeva, infatti, che rispondere a simili domande avrebbe spinto Giuliana a fame altre, ad esempio "Come diavolo ho potuto perdere le braccia, la possibilità di andare normalmente al bagno, la possibilità di avere una vita sessuale a causa di una diagnosi errata di un mio mal di testa?". Sforzi enormi furono fatti per tenere in vita Giuliana e aiutarla a conservare il desiderio di continuare a vivere. Sembrava ci fosse una linea molto sottile tra il sostenere i suoi sforzi di sollevarsi da una condizione di ritiro dalla vita e permetterle di parlare del suo dolore e della sua rabbia per quanto accaduto e per le sue orribili conseguenze.

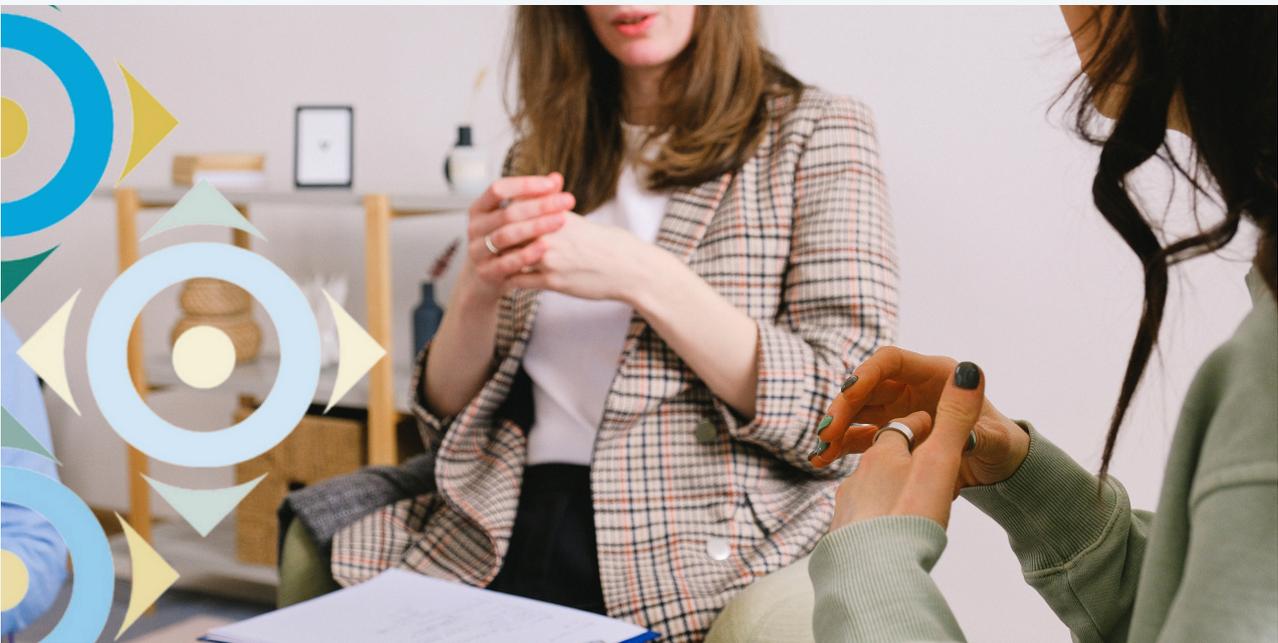


Mi sembrava chiaro come ci fosse in certi momenti una forte tensione tra i partecipanti. Il gruppo sembrava angosciato a parlare del ritrovarsi drammaticamente in bilico tra la vita e la morte, pur all'interno di una scena fatta anche di questioni o faccende normali. In che modo un'amputazione bilaterale, la perdita delle dita, l'inserimento di cateteri e l'ansia per un'imminente operazione potevano conciliarsi con l'immagine di una donna impegnata a mandare avanti la sua vita, o con la richiesta apparentemente banale di un succo d'arancia al posto dell'acqua? Sembrò chiaro come i membri del gruppo, man mano che seguivano la conversazione in tutta la sua ordinarietà, si ritrovassero gradualmente pieni fin quasi a scoppiare dell'intensità del dramma di quella donna. Fu come chiedere loro di tollerare qualcosa che apparentemente mancava nelle interazioni quotidiane in reparto. Come si spiegava un così netto contrasto tra le condizioni di acuta sofferenza dei pazienti e la reazione pacata del personale medico-sanitario che affrontava su un piano prevalentemente pratico e concreto situazioni così tragiche? Questo interrogativo animò la discussione, in particolare negli scambi tra l'infermiera che aveva presentato il caso di Giuliana e il resto del gruppo. Il dialogo fu per un po' di tempo difficile. Sembrò come se l'infermiera sentisse di dover difendere la buona reputazione dell'ospedale e mantenere una rigida interpretazione del suo lavoro.

Se da una parte ero consapevole dell'impazienza del gruppo di elaborar qualche interpretazione sul caso di Giuliana, dall'altra comprendevo la difficile situazione della sua infermiera, la quale sembrava chiaramente a disagio nella sua incapacità di andare oltre un'interpretazione restrittiva del proprio ruolo. Infatti, ricordavo bene una situazione simile in una precedente esperienza con un gruppo di infermieri di un reparto ospedaliero dove erano ricoverati bambini veramente malati, molti dei quali inguaribili. Questo ricordo mi aiutò molto quando mi trovai intrappolato tra le due opposte posizioni dell'infermiera di Giuliana e del resto del gruppo, non avendo idea di come far andare avanti la discussione. Quanto segue è quello che ricordai di quella precedente esperienza di Work Discussion.

- *Questo lavoro iniziò su iniziativa di un consulente medico convinto che le infermiere del reparto potessero essere aidate dalla possibilità di usufruire regolarmente di uno spazio in cui parlare e riflettere sulle situazioni strazianti con cui avevano a che fare. Fui impressionato dalla qualità del lavoro che si svolgeva in ospedale ma, fin dall'inizio, sembrò come se ci fosse un sentimento ambivalente nel gruppo. Le infermiere del gruppo non riuscivano né a frequentare regolarmente i seminari, né a scrivere e presentare una relazione osservativa. Le presentazioni erano normalmente verbali. Molti membri del gruppo dissero che non si sentivano capaci di fermarsi e scrivere. Sentivano come se quello che accadeva in ospedale era già abbastanza tragico, per cui scrivere qualcosa in merito sarebbe stato come far rie mergere sentimenti indesiderati, che tutti preferivano invece dimenticare.*
- *Un caso esemplare fu quello di un'infermiera che parlò del tempo trascorso con una bambina di soli 4 anni che soffriva a causa degli effetti di un tumore aggressivo. Come si sedette vicino a lei, si ritrovò a sperare che morisse. Lo staff medico non era dello stesso parere.*

- Infatti, le condizioni veramente precarie della bambina avevano spinto i medici a intraprendere nuove iniziative. I genitori diedero il permesso di adottare una nuova terapia che avrebbe potuto fermare l'avanzamento inesorabile del tumore. La cura non ebbe successo e la bambina morì alle tre in punto del mattino. L'infermiera che presentava al seminario sembrò chiaramente scioccata dal sentimento che provò vicino a quella bambina. Disse che era la mattina di Natale e che aveva ancora altre tre ore di servizio dopo il decesso della bambina. Infatti, poco prima aveva fatto volontariato come Babbo Natale, sforzandosi di recitare la parte; la sua bocca esclamava "Ho, Ho, Ho" mentre la parte rimanente di lei si sentiva "nello stesso posto in cui si trovava quella piccola bambina" (sue parole).
- In altre parole, sentiva che la vita stava finendo. Più tardi, provando successivamente un certo imbarazzo, si rivolse in modo veramente irritante verso i genitori di un altro bambino: si stavano lamentando perché la scarsa ricezione della TV dell'ospedale non gli stava permettendo di seguire il loro programma preferito. Fu così arrabbiata verso quei genitori e il loro egoismo che riuscì a malapena a resistere fino alla fine del suo turno, quando riuscì a liberarsi dalla rabbia praticando kick-boxing. Quando l'infermiera terminò la sua presentazione, la maggior parte del gruppo fece un gesto di assenso con il capo. A questo punto, qualcuno del gruppo disse che ora avrei senz'altro avviato una discussione sull'importanza di rielaborare e di non rimuovere gli eventi che ci turbano. Mi sentii come attaccato dal gruppo. A meno che non fosse stato il gruppo a voler continuare, quindi, pensai che eravamo giunti alla conclusione.
- Queste parole, sentite nel profondo, emozionarono l'intero gruppo. Successivamente, riflettevo su come il gruppo aveva reagito diversamente alla presentazione, alcuni per difendersi dalla sofferenza emotiva, altri accogliendola come il prezzo necessario per restare in contatto con qualcosa di importante, senza il quale si rischia di restare tagliati fuori dai propri stessi sentimenti.



Questa digressione può essere utile a descrivere la situazione che incontrai nel seminario in cui si discuteva sull'osservazione fatta nel reparto di pediatria renale. La posizione dell'infermiera che aveva presentato il caso di Giuliana era complessa. La questione emersa riguardava in che modo gestire la routine della vita e della morte nel reparto e, allo stesso tempo, riuscire ad aiutare i pazienti a desiderare di vivere, anche di fronte alle malattie o le ferite più incurabili.

Quale fu la risposta del gruppo?

Il gruppo si rese conto di essere in contatto con un senso di tristezza e disperazione - sentimenti che non potevano essere messi in parola facilmente da Giuliana e gli infermieri nel reparto. A questo punto, alcuni concetti che avevo menzionato durante la discussione, come "evacuazione", "proiezione" o "scissione", acquisirono un significato molto diverso. Il gruppo, pertanto, fece esperienza di qualcosa di veramente profondo.

Sono stati in grado di applicare i concetti psicoanalitici alla loro comprensione in modo esperienziale. Era chiaro che imparare in questo modo era molto diverso dall'imparare semplicemente qualcosa, come se fosse un processo meramente descrittivo.

La presa di coscienza da parte del gruppo delle grandi forze scatenate da queste tragedie ha permesso di allargare gli orizzonti e di prendere in considerazione altre questioni. È stato possibile, ad esempio, considerare alcune questioni istituzionali più ampie. La consulenza in reparto doveva essere considerata solo come un'opzione di riferimento formale o era possibile pensare ai bisogni emotivi dei pazienti in modo meno formale e in un contesto quotidiano? Questa domanda ha portato a una discussione riflessiva sul tipo di commenti che si potrebbero fare in reparto e a una maggiore comprensione dell'importanza delle relazioni continue all'interno del contesto del reparto.



In definitiva, la stessa infermiera che aveva presentato il caso di Giuliana si sentì abbastanza incoraggiata dal gruppo nel sollevare le seguenti domande su lavoro di cura in ospedale:

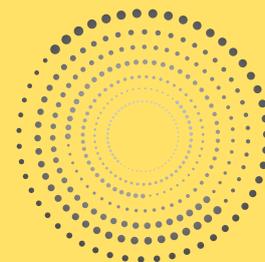
- **Perché quando ci si occupa di una persona malata è così difficile andare oltre i suoi bisogni fisici?**
- **Perché è così difficile organizzare un gruppo di discussione, comunicare in modo efficace e ascoltare?**
- **In che modo si può aiutare una persona ad affrontare la morte?**
- **L'impossibilità di andare oltre i problemi fisici deriva dai limiti imposti formalmente al ruolo di un infermiere?**
- **La difficoltà di affrontare questioni di natura psicologica ed emotive deriva dalla mancanza di tempo o dalla paura di ciò che potrebbe venire fuori?**

Questi interrogativi erano collegati ai seguenti ulteriori punti discussi durante il seminario:

- Le conseguenze del trovarsi a lavorare in un ambiente altamente stressante e pressato da molte richieste;
- Affrontare la vita e la morte ogni giorno;
- La difficoltà di offrire un autentico supporto emotivo a pazienti e genitori; un contesto prevalentemente concentrato sugli aspetti fisiopatologici, con un tempo relativamente ridotto dedicato agli aspetti psicologici ed emotivi della cura;
- La scarsità di risorse fuori dall'ospedale per continuare a offrire supporto ai pazienti una volta dimessi.

Sarà evidente l'ampiezza delle questioni che i membri del seminario potrebbero gradualmente affrontare in risposta a questa particolare presentazione.





? **Cosa succede se i partecipanti sono riluttanti a condividere le sfide personali?**



Iniziate discutendo di argomenti meno personali o di casi generali. Costruite la fiducia nel tempo e rafforzate la riservatezza per creare uno spazio sicuro in cui i partecipanti si sentano a proprio agio a condividere.

? **I WDG possono essere condotti efficacemente online?**



Sì, i WDG online possono essere molto efficaci. Utilizzate funzioni interattive come le breakout room e la chat per coinvolgere i partecipanti e considerate l'opportunità di ricordare prima della sessione il galateo online per garantire che tutti si sentano connessi.

? **Cosa devo fare se le discussioni si concentrano troppo sulle soluzioni invece che sulla riflessione?**



Si potrebbe provare a reindirizzare delicatamente i partecipanti ricordando loro che i WDG servono a esplorare le emozioni e le dinamiche sottostanti. Porre domande che inducano a riflettere su sentimenti, prospettive e implicazioni più ampie piuttosto che su soluzioni dirette.



? **Come si può mantenere la continuità tra le sessioni?**



Iniziate ogni sessione con un rapido riepilogo delle discussioni precedenti o delle intuizioni chiave e incoraggiate i partecipanti a pensare a come hanno applicato le riflessioni precedenti. Questo rafforza un processo di apprendimento continuo.



? **Come si possono ridurre al minimo i conflitti di programmazione per garantire una presenza costante?**



Considerate la disponibilità dei partecipanti quando stabilite il programma e offrite opzioni flessibili come registrazioni o appunti delle sessioni. Se possibile, concordate un orario costante per favorire la routine e l'impegno.



LE RISORSE ALTRE RISORSE DEL PROGETTO COMPASS

SITO WEB COMPASS

CORSO DI FORMAZIONE BLENDED E MULTILINGUE
"COMPETENZE DI LEADERSHIP PER LA CURA INCENTRATA
SULLA PERSONA"

BENEFIDI DEI WORK DISCUSSION GROUPS

COMUNITÀ DI PRATICHE EUROPEA

COMUNITÀ DI PRATICHE EUROPEA - REGISTRAZIONE SESSIONE 1



Partner del progetto:



Numero di progetto: 2022-1-IT01-KA220-VET-000085084

Finanziato dall'Unione Europea. Le opinioni e le opinioni espresse sono tuttavia quelle degli autori e non riflettono necessariamente quelle dell'Unione europea o dell'Agenzia esecutiva europea per l'istruzione e la cultura (EACEA). Né l'Unione Europea né l'EACEA possono esserne ritenute responsabili.