

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DEL SERVIZIO DI RECUPERO RIEDUCAZIONE FUNZIONALE AL RAPPORTO CON IL PAZIENTE PORTATORE DI DISABILITA

RIASSUNTO

Nel lavoro è descritta una esperienza, durata 3 anni, di formazione alla relazione con il paziente per Terapisti della Riabilitazione usando, come metodo, l'Osservazione diretta dello scambio interpersonale paziente-terapista, elaborato poi in una discussione di lavoro. (Work-discussion)

PIGAZZINI M.*
ALBUZZA M.**

SUMMARY

This article relates a three years experience with Rehabilitation Therapist about their relation with the patients.

During this formation period they used the Observation of patient-therapist exchange, it was after elaborated by a work-discussion.

* Psicologo-Psicoanalista USSL 16 Lecco
** Aiuto Fisiatra USL 14 Carpi e Novi

INTRODUZIONE

Questo lavoro, effettuato grazie alla stretta collaborazione tra due Servizi, operanti in ambiti diversi, il Servizio di Psichiatria e il Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale, dimostra, da una parte, come tale collaborazione non sia solo necessaria ma fondamentale per la formazione degli operatori, dall'altra che solo attraverso tale metodologia, si potranno raggiungere in ambito istituzionale alti livelli qualitativi nell'approccio del paziente portatore di gravi disabilità sia da un punto di vista tecnico che relazionale.

Gli operatori della riabilitazione, ospedalieri e territoriali, medici o tecnici, si trovano, nella realtà lavorativa quotidiana, a dover affrontare situazioni patologiche di cronicità o di evoluzione negativa (malati terminali) che possono determinare stati di angoscia o, peggio, di disinteresse che determina una involuzione tecnica.

L'equipe rimane il fulcro dell'attività riabilitativa perché queste situazioni devono essere affrontate nella loro globalità, intendendo con questo termine una analisi approfondita di tutte quelle variabili che possono impedire l'evocazione dei potenziali residui e di salute dei nostri pazienti. All'interno dell'equipe ognuno deve portare il proprio contributo a tale analisi senza però uscire dal proprio ruolo.

PRINCIPI METODOLOGICI

a) L'osservazione come metodo formativo

Negli ultimi anni anche in Italia è cominciata a diffondersi nell'area dei servizi sociali e sanitari, l'utilizzazione dell'Osservazione come esperienza formativa al lavoro clinico e di ricerca. Al di là di singole realtà operative locali, sono state tradotte alcune delle opere più importanti prodotte dalla scuola inglese sul tema dell'osservazione a cui si sono aggiunti i lavori nazionali che testimoniano la vitalità del metodo e la sua lenta ma costante diffusione. Ciò che ci sembra importante notare è che il metodo dell'osservazione può essere usato, fin dall'inizio, anche con operatori che non abbiano alcuna conoscenza di come si possa lavorare sulla propria esperienza relazionale, né tanto meno sono richieste delle nozioni di psicologia o altro.

Questo non esclude che possa servire anche per chi ha specifiche conoscenze: ora anzi è consigliato come punto di partenza nella formazione degli psicoanalisti.

Rispetto ad altri metodi richiede una buona dose di disponibilità in termini di impegno e porta il soggetto direttamente sul campo senza però metterlo in contatto specifico con situazioni che richiederebbero conoscenze e formazione che uno appunto può

anche non possedere. Il soggetto in formazione è chiamato a lavorare su dettagli sequenziali, aderenti ad un testo il che frena divagazioni, accentua meccanismi difensivi, «forma» - nel vero senso del termine - al lavoro di comprensione dei meccanismi relazionali, impegnando le capacità soggettive nella continuità, nella coerenza, nella ricerca. Il metodo in oggetto non è un aggiornamento, ma vera e propria formazione.

Il prof. Seppilli, in un suo scritto, ha cercato di mettere in chiaro le differenze tra formazione ed aggiornamento, indicando come modalità che assegnano un lavoro all'area formativa, solo quelle che coinvolgono il soggetto ad intraprendere azioni che lo porteranno a modificare i propri punti di vista, la propria percezione della realtà, il proprio mondo interno.

E' ovvio quindi che è formativo solo quello che, per usare un'espressione cara a Bion, ci porta a saper «apprendere dall'esperienza», da soli.

Se aggiornarsi è imparare ad apprendere dagli altri, formarsi è imparare ad apprendere dalla realtà, interna ed esterna, in prima istanza e fondamentalmente da soli, (da soli sta per: in modo autonomo, non: da isolati), in seconda istanza nell'ambito del proprio gruppo di lavoro, sia esso un gruppo autoformatosi o un gruppo istituzionale, come ad esempio una equipe multiprofessionale.

Ora è proprio il metodo dell'osservazione diretta che mette il soggetto di fronte alla propria ed altrui sequenzialità - PENSIERO → AZIONE - e ne svela le virtualità ed i limiti, i giochi d'attacco o di difesa, la ricchezza espressiva e l'intensità comunicativa, le paure e le ansie, la frustrazione ed il desiderio, permettendo, a chi cerca di comprenderne l'intimo significato, di apprendere quella grammatica della relazione interpersonale che darà poi a ciascuno la capacità di leggere l'agire umano con un proprio stile.

Non solo il metodo dell'osservazione porta alla formazione di una grammatica personale ma mette continuamente il soggetto in una situazione nuova, in una situazione tempo-relazionale sempre diversa che richiede da lui un atteggiamento di perenne ricerca e creatività.

Si tende molto, nell'ambiente medico che noi frequentiamo, a sottovalutare il lavoro relazionale, a considerarlo una specie di qualità innata, qualcosa che non è soggetto a ricerca o apprendimento partendo dal presupposto che, poiché nelle relazioni che le persone intrattengono quotidianamente tra di loro, le variabili interattive sono infinite e non assoggettabili alla ipotesi sperimentale validità-invalidità, ogni movimento ideo-affettivo interpersonale sia legge a sé stante, quindi impossibile oggetto di conoscenza «scientifica».

Su questo palcoscenico dell'anima, in particolare dell'anima malata, nella relazione quotidiana con il paziente dove ognuno recita ad arte ma con una chiara conoscenza delle regole del

gioco e della lingua, non si può improvvisare e tanto meno giocare d'azzardo.

L'impegno di una formazione solida e coerente è la prima rassicurante regola che da' ad ogni attore il suo ruolo e fa sì che lo possa mantenere, senza fughe, sostituzioni, inversioni di ruolo, chiusure anticipate.

b) Le critiche alla formazione

Una delle critiche che vengono fatte al lavoro formativo in ambito istituzionale, è quella che esso avrebbe come unico risultato efficace, per di più a breve termine, una riduzione dell'ansia, sia essa interna al soggetto che tra i membri del gruppo o tra i pazienti e l'istituzione. Secondo questa critica, terminato il lavoro formativo, lentamente tutto torna ai livelli precedenti, creando comunque un senso di delusione e fantasie sulla «belle-époque» formativa, magari accentuando il fenomeno del «burn-out», il sintomo considerato oggi il più loquace assertore dell'impotenza del lavoro istituzionale.

I critici dovrebbero però allora parlare di nuovi meccanismi di difesa dall'ansia, perché questa sarebbe la loro vera specificità. Non si può pensare che l'ansia, il dubbio, l'incertezza, lo scoramento, la depressione, la morte, possano essere estranee alla pratica quotidiana. In particolare quella in rapporto con l'anima ed il corpo malato che più di ogni altra professione coinvolge il terapeuta stesso, anche se egli non è poi in grado di mantenersi distaccato e libero, almeno parzialmente.

Sappiamo come la malattia sia la richiesta inespressa, tacita, per lo più osteggiata, di aiuto per il cambiamento. Sappiamo come questa richiesta investe lo stesso mediatore-interprete e come spesso "il curante" non si cura per nulla del suo paziente, ma anzi finisce per colludere con le sue richieste regressivanti contribuendo così ad incrementare del 70% di cronicità che intasa la monotonia routinaria e melanconica del terapeuta che non sa o non vuole mettere in gioco se stesso, il proprio stile di vita, come un incantato giocoliere che si passa e ripassa i suoi birilli tra le mani senza più sapervi porre fine.

Non è questo il luogo per sottolineare come la cronicità-invalità rappresenti l'unico sintomo-difesa che il paziente offre al curante prima di varcare definitivamente le porte della dipendenza assistenziale.

E' vero che le critiche prendono per lo più di mira le cosiddette supervisioni, ma spesso non vanno molto per il sottile, per cui è preferibile puntualizzare come nell'uso del metodo dell'osservazione non è il pensare-agire soggettivo del terapeuta posto in atto al e nel momento della relazione che viene preso in esame, ma il pensare soggettivo individuale o del gruppo che avviene a posteriori, su di un testo.

Si crea una situazione d'osservazione nuova ed «in diretta» senza mediazioni di sorta, ed il conduttore lavora direttamente su processi di pensiero, emotivi o culturali, che avvengono durante l'esperienza di lavoro. In una parola, si aiuta il soggetto ad entrare in contatto con i propri strumenti conoscitivi e ad usarli, in particolare con la inesauribile capacità associativa e connettiva della nostra rete neurale e culturale che quotidianamente viene sotto utilizzata.

Il peggior nemico del libero gioco dei nostri pensieri è l'ansia, questa «presa in giro» di noi stessi fatta da noi stessi che nasce come ben sappiamo, dal ripetersi infinito di quei giochi di pensiero inutile che non hanno mai trovato comprensione.

Sotto questo profilo, una critica mirata dice che, utilizzando questo metodo, si finisce col far crescere nei formandi il desiderio di conoscere meglio se stessi, desiderio che, inattuato, può rendere ancora più frustrante l'esperienza di formazione e di lavoro. Non solo, ma viene da pensare che, soggetti attratti dal «magico» mondo dell'inconscio, possano ridestare l'apprendista stregone che è in loro, facendo cattivo uso di ciò che viene appreso.

Come abbiamo detto il metodo dell'Osservazione ci insegna la grammatica del rapporto interpersonale, a saper guardare e quindi ad essere ricettivi, a presentare al paziente che chiede aiuto la parte migliore di noi, ci aiuta a vedere quello che non abbiamo visto e soprattutto non ci precipita a fare qualcosa per liberarci dalla nostra ansia riparatoria ma, distaccati, ci permette di offrire all'altro quella parola, quell'esperire semplice ed illuminante, quel senso di tolleranza che nasce dalla temporalità rarefatta dell'impotenza.

c) La formazione permanente

Noi pensiamo che il rischio più grosso che si corre sia quello di considerare la formazione come un aspetto della vita parcellare e temporalmente definito.

Se abbiamo inserito nel nostro schema il concetto di cambiamento, questo porta in sé intrinsecamente l'idea di un processo: «L'uomo stesso è un processo» afferma Norbert Elias, e prosegue: «si tratta invero di una delle esperienze più elementari degli uomini, ma nella riflessione essa viene di solito soffocata da una fortissima tendenza alla riduzione ad una situazione di stabilità».⁽⁴⁾

Quali le forze che si oppongono al cambiamento, sempre Elias prosegue: «A volte ci si accorge che gli uomini ... sono talmente intrecciati sia con la natura sia con altri uomini o anche con se stessi, che trovano difficoltà a districarsi: ...la configurazione che insieme costituiscono ...esercita su di essi certe costrizioni e determina in buona parte le loro decisioni ed il loro agire».⁽⁴⁾

Una struttura formativa è tale quindi solo se è pensabile in termini di continuità e di evoluzione.

INIZIO ED EVOLUZIONE DEL LAVORO DI FORMAZIONE

Nel dicembre '85 il Dirigente del Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale (SRRF) chiedeva al Responsabile dell'Unità Operativa di Psichiatria la disponibilità ad organizzare degli incontri sul rapporto con i pazienti riservati al personale del Servizio che svolgeva funzioni riabilitative e pertanto in continuo contatto con i pazienti gravi e con drammatici interrogativi rispetto alla propria organizzazione di vita. Non veniva posta, nella richiesta, alcuna condizione operativa o metodologica.

La motivazione della richiesta era, per il dirigente, migliorare la qualità del servizio sia in termini di risposta ai bisogni del paziente sia in termini di aiuto, come sollievo e comprensione dell'ansia, al personale. Il dirigente sosteneva che la richiesta era già stata discussa ed era caldeggiata da parte del personale.

L'unica esigenza era di avere, in qualità di formatore, un operatore con una specifica formazione psicoanalitica; al riguardo veniva fatto il nome di un operatore sul quale convergeva pure il parere del dirigente della Psichiatria.

I contatti informali tra tale operatore ed il dirigente del servizio di Riabilitazione permettevano di mettere a fuoco alcuni bisogni del personale, capire meglio gli obiettivi della proposta e valutare una strategia organizzativa.

Tale strategia veniva poi definita in un lavoro di gruppo, condotto sulla base di un testo scritto inerente ad un'esperienza occasionale o prolungata di un terapeuta della riabilitazione (TdR) con il suo paziente. Questa modalità di lavoro, direttamente mutuata dalla metodologia utilizzata nella scuola di formazione della Tavistock Clinic di Londra e poi diffusasi presso le altre scuole e che va sotto il nome di Work Discussion, si prestava bene, a nostro parere, perché:

a) è basata strettamente sull'Osservazione⁽¹⁾ diretta, quindi empirica, della situazione in analisi e perciò vicina al metodo scientifico vero e proprio. Questo perché, ogni processo di formazione, incidendo su tutta la vita di un soggetto, non può che essere severo nella sua impostazione metodologica, anche nel rispetto delle precedenti scuole di abilitazione;

b) è intrinsecamente strutturata in modo da dare una buona tolleranza alle frustrazioni, senza concedere nulla al lassismo;

c) ha sempre avuto un elevato livello di partecipazione. Le defezioni sono rare e le interruzioni ben motivate all'esame di realtà;

d) la richiesta di continuità oltre i due anni previsti è molto frequente; retrospettivamente si è potuto constatare un aumento dell'interesse bibliografico e del desiderio di una conoscenza più specifica in campo relazionale;

e) gli operatori che hanno fatto corsi di formazione sulla base di questa metodologia hanno ridotto di molto le domande di aiuto generico sostituendole con richieste più dettagliate e rivolte per lo più alla comprensione delle relazioni interpersonali;

f) infine per l'esperienza stessa del conduttore del gruppo che tra le esperienze formative personali riteneva questa la più completa, quella che aveva usato con maggior frequenza e con operatori del campo socio-sanitario; inoltre quella che, per esperienza diretta o comunicata, ha potuto verificare essere una delle più valide ed incisive.

Decisa l'ossatura metodologica ed avute le formali autorizzazioni, si concordava che il Dirigente avrebbe dato personalmente a tutti i suoi operatori con funzioni riabilitative, le seguenti informazioni:

1) A partire dalla seconda settimana di gennaio in orario di lavoro ogni lunedì dalle 11,15 alle 12,30 il dott. Pigazzini coordinerà un gruppo la cui adesione è volontaria.

2) In esso si discuterà della relazione con il paziente utilizzando un lavoro scritto centrato su un'esperienza diretta con un paziente presentato a turno da ogni partecipante e con modalità da concordare nel primo incontro.

3) Il gruppo non doveva avere più di 12 partecipanti se il gruppo superava le 12 adesioni si ricorreva a selezione mediante colloquio.

4) La durata del corso era stabilita in due anni, il secondo anno con frequenza quindicinale.

Prima delle ferie natalizie il gruppo era costituito, composto da 11 terapisti della riabilitazione ed un medico fisiatra. Puntualmente alla metà di gennaio si iniziò secondo le modalità previste. Le TdR preferirono iniziare con pazienti gravi che avevano in trattamento da vario tempo discutendo sullo stesso paziente per quattro volte consecutive.

Successivamente si affrontarono esperienze di primo contatto con i pazienti, in seguito si alternarono le metodologie. Il criterio discriminante è comunque sempre stato fondato sull'intensità

emozionale con la conseguente difficoltà a capire quello che stava succedendo nel paziente o nel TdR. Il gruppo rimase sostanzialmente compatto per quasi tre anni.

Nell'ottobre dell'88 fu chiesta da entrambi i due nuovi primari una pausa di riflessione in vista di una nuova e più stretta collaborazione tra le due **e**quipe.

PROPOSTE FUNZIONALI

Pensare la formazione alla conoscenza degli elementi della relazione come proposta a se stante, vuol dire ignorare i più semplici meccanismi di difesa dall'ansia, meccanismi che, nel caso degli operatori sanitari, sono particolarmente intensi, data la loro esposizione quotidiana ad esperienze ad alto contenuto di angoscia. Si pone quindi il problema di integrare nei diversi momenti e nei diversi aspetti del proprio operare le conoscenze acquisite, non tanto perché non restino lettera morta, con il conseguente rischio di ricaduta demotivante, quanto perché, entrando nel circuito operativo, possono, a nostro parere, diventare i momenti forti di un'impostazione di lavoro che tende a tenere il livello di attività e di interesse soddisfacente per l'operatore, efficace per il paziente ed efficiente per l'istituzione.

Elenchiamo qui quei momenti del lavoro quotidiano che, a nostro parere, meglio possono integrare le conoscenze relazionali acquisite, sottolineando senza soffermarci – perché lo riteniamo ovvio – che tutto ciò ha senso solo in un lavoro di **e**quipe.

a) La valutazione diagnostica

L'importanza del «primo» incontro con il paziente è ormai un classico del lavoro istituzionale.

Offrire al paziente non solo delle prestazioni ma un clima in cui egli si percepisce come persona, in quanto si rende conto che quelle parti di sé che più teme di mostrare, (ansie, paure, difese, ecc...) non sono rifiutate, nascoste o ignorate ma entrano nel lavoro terapeutico, significa riattivare in lui il senso del vivere e la conseguente partecipazione attiva alla propria riabilitazione.

E' indubbiamente uno dei momenti più difficili di tutto il lavoro, richiede tatto ed un grosso sforzo di comprensione per vincere le naturali reazioni istintuali.

Una presa di carico passiva e fredda o peggio ancora obbligata, tipica a volte del lavoro istituzionale, crea uno scarto comunicativo così intenso che può portare alla interruzione precoce del trattamento o al non risultato.

Avere in mente il paziente vuol dire viverlo come persona, con tutto quanto comporta un'esperienza di relazione.

La teoria del distacco affettivo, derivata dalla tradizione

monacale degli ordini ospedalieri ha fatto, e continua a fare, scuola nell'ambiente sanitario con le conseguenze che tutti vediamo.

Noi riteniamo che oggi, grazie alle riflessioni della scuola psicoanalitica in genere, in particolare di Norbert Elias, sociologo e psicoanalista, dobbiamo rivedere questa impostazione sostituendola con il concetto del coinvolgimento.

E' solo a partire da una personale esperienza di contatto con il paziente che è possibile quella comprensione del soggetto che ci permette poi di rielaborare, a livello personale, le sensazioni acquisite in modo da costruire, in noi, nuove rappresentazioni simboliche della sua vita, cosa che il paziente non è in grado di fare in quel momento, ma che, nel corso del trattamento, possiamo riattivare in lui. Si badi bene che questo non è un lavoro esclusivamente da esperti ma sgorga, in prima istanza, da quella naturale empatia per gli altri che è comune in chi compie un lavoro fondato sul prendersi cura dell'altro e, solo in seguito, richiede una formazione al capire che arricchisce, modula, incrementa il pensare sul nostro agire quotidiano.

b) La conduzione del trattamento

Durante il trattamento di un paziente la relazione di stima e fiducia o, all'opposto, di scontento e rifiuto, condizionano l'esito stesso del trattamento. I fattori che entrano in gioco, sia da parte del paziente che del TdR, possono essere i più svariati possibili. A volte sono immediatamente percepibili altre volte richiedono la mediazione di un terzo per cogliere gli aspetti di un rapporto che si sta deteriorando. E' proprio qui che la presenza di una figura di riferimento fissa, all'interno di un'**e**quipe, può aiutare l'operatore a superare quelle difficoltà che sente condizionanti il lavoro terapeutico. Oltre a questo va rimarcato che, periodici incontri all'interno dell'**e**quipe sullo stesso paziente, possono scongiurare quel pericolo grave e purtroppo molto attivo nel lavoro sanitario, che è la collusione.

Precisiamo che per **e**quipe multidisciplinare, si intende il lavoro di più operatori che mettono al servizio di un paziente la loro professionalità, confrontandosi nella discussione del caso, allo stesso livello, anche se **con** diversi ruoli. Ad esempio: infermiere, TdR, psicologo, fisiatra, ass. sociale, educatore, logoterapista, ecc..

c) La supervisione

Un terzo elemento del circuito relazionale di un'**e**quipe è il lavoro di supervisione che può essere tanto individuale quanto di gruppo, a breve o lungo termine, su casi particolarmente complessi e che fanno entrare in gioco dinamiche relazionali molto arcaiche o particolarmente angoscianti, per cui è bene supporta-

re l'operatore/terapeuta.

La funzione della supervisione consiste nel mettere il richiedente non nella posizione subalterna, come avviene nell'analisi, tra un sapere e un non-sapere sull'umano, ma nel partire dal presupposto di un comune sapere esperienziale, acquisito appunto durante la formazione, e attraverso questo, rileggere l'evento relazionale che ha coinvolto uno dei due.

La supervisione non va confusa con il lavoro di equipe, in quanto questo prende in considerazione tutto il contesto biopsico-sociale in cui il paziente si muove, mentre quella si limita alle esperienze relazionali del soggetto o del gruppo con il paziente.

L'elemento non trascurabile che il supervisore sia esterno al gruppo nasce proprio dal fatto che non deve essere coinvolto nelle dinamiche se vuole portare un contributo al lavoro di analisi dell'esperienza in atto. La supervisione viene di solito adoperata nei casi in cui gli operatori si trovano più a disagio; si badi bene però che non deve avere un'aspettativa di magica risoluzione.

Come abbiamo detto tra supervisore e richiedente ci deve essere un comune sapere esperienziale: non si dà supervisione senza una precedente formazione. Ogni elemento del circuito relazionale, se vuole tenere viva la spirale temporale di un'evoluzione personale nel lavoro istituzionale deve avere, e mantenere, il suo ambito operativo ben definito e distinto, pena il collasso da confusione o da impasse metodologica.

d) Attività parallele

E' importante che in un ambito istituzionale molto complesso si trovino, accanto al lavoro cosiddetto classico, in quanto consolidato dalla validazione clinica, delle attività che, pur lavorando sullo stesso soggetto, possono avere una scansione percettivo-operativa diversa.

Nella fattispecie possiamo pensare alle tecniche che vanno sotto il nome di psicomotricità, di rilassamento, ecc., che, pur utilizzando il corpo come «materia prima» del proprio lavoro, privilegiano l'esperienza emotiva come fattore di valutazione diagnostico-prognostico-terapeutico pur all'interno di una finalità omogenea: il miglioramento dello stato di salute attraverso la riattivazione fisica o emotiva del Sé corporeo.⁽⁵⁾

Tali attività, oltre che stimolare un continuo interscambio culturale e scientifico tra operatori che agiscono nello stesso servizio, mostrano di continuo come il corpo-malato non sia qualcosa a sé stante, ma sia un corpo-simmetrico all'esperienza dell'animo umano.

E' questa lezione di vita dal vivo che, più di ogni altra esperienza, mantiene costante l'interesse della ricerca, della conoscenza

e di sempre nuovi significati a quella vita quotidiana dell'operatore che rischia continuamente di essere soffocata dalle mortificanti mansioni del lavoro riparatorio.

e) Il leader

Come ogni attività polistrutturata anche un lavoro che vuole attivare un circuito relazionale deve avere nel suo leader un punto di riferimento fermo.

L'organizzazione tecnico-burocratica può funzionare anche senza un leader carismatico, non così un'impostazione che fonda la sua funzionalità, intesa sia come efficacia che come efficienza, sulla relazione.

Si discute quale sia l'importanza, o addirittura se sia necessaria, la presenza del leader in un'equipe con funzioni relazionali.

In un ambito in cui ogni singola personalità va acquistando via via una sua individualità spiccata, grazie proprio al modo di lavorare suddetto, l'elemento catalizzatore di eventi disgreganti non può mancare. Se la finalità terapeutica di un'equipe non è la collusione con il paziente o con l'ambiente che lo ha portato e tanto meno con l'ambiente sociale che spesso l'ha generato, gli attacchi disgreganti non tarderanno a farsi sentire, agendo dall'esterno ma soprattutto coalizzandosi con le resistenze stesse interne a ciascuno fino alla possibilità di un'aggregazione interna all'equipe che ricalca le dinamiche di massa. La funzione quindi di un leader capace di mettere in luce l'evenienza di fenomeni disgreganti è quanto mai valida; d'altra parte la definizione stessa di leader non comporta la sola conoscenza tecnica, bensì la percezione e la comprensione dell'agire umano.

CONCLUSIONI

Questi tre anni di esperienza ci hanno portato a concludere che il semplice lavoro di formazione di gruppo, anche se estremamente utile, deve essere integrato da una stretta collaborazione tra gli operatori che si occupano della relazione e gli operatori che si occupano di disabilità. In base alla nostra esperienza ed alla bibliografia citata siamo arrivati alla conclusione che, per affrontare un paziente nella sua globalità, aiutandolo ad estrinsecare il suo potenziale di salute, è necessaria:

- a) la preparazione di tutti gli operatori del servizio, medici e tecnici, attraverso una formazione permanente con un operatore esperto in campo relazionale, esterno all'equipe;
- b) la discussione settimanale d'equipe dei casi in trattamento come verifica della programmazione;

c) la valutazione diagnostica globale del soggetto che tenga conto della personalità premorbosa e degli ambienti in cui vive (familiare, sociale, sanitario);

d) l'eventuale supervisione individuale in caso di difficoltà che insorgono nel corso del trattamento.

Riteniamo che un lavoro così impostato possa ridurre le crisi demotivazionali (burn-out) tanto frequenti negli operatori che sono a contatto con i pazienti portatori di gravi disabilità.

BIBLIOGRAFIA

- 1) S. Freud in: Introduzione al narcisismo, vol. VIII delle opere, a pag. 447, ed. Boringheri.
- 2) "I quaderni di Psicoterapia infantile" n. 4 edito da Borla, a cura di C. Brutti e F. Scotti.
- 3) "Per un ospedale più umano", ed. Paoline.
- 4) N. Elias, Coinvolgimento e distacco, ed. Il Mulino, Bologna, 1988.
- 5) Morosini C.: Psicomotricità 1, ed. Buzzi, Genova.
- 6) A. Perex-Sanchez : « I primi passi nello sviluppo emotivo », ed. Borla, Roma, 1982