

# Esperienza pilota del VISITING

**III incontro presso la CT “Le Vele” di Vaprio D’Adda (MI)**

**26 febbraio 2009**

**Partecipanti:**

**Cooperativa sociale “Le Vele”:**

- Dr. Gaburri Luca: medico psichiatra, direttore sanitario della cooperativa, responsabile degli ingressi dei pazienti in comunità;
- As. Soc. Donadoni Dario: presidente della cooperativa;
- Dr.ssa Pozzi Alessandra: medico psichiatra, responsabile medico della C.P.A. “Villa Gatta” di Trezzo sull’Adda;
- Strepponi Susanna: psicologa, coordinatrice di “Villa Gatta”;
- Salvatore Lara: educatrice, responsabile delle attività ludiche e ricreative di “Villa Gatta”;
- Giovannelli Alice: assistente sociale;
- Broglia Cristina: referente per gli ingressi dei pazienti in comunità;
- Viscardi Lucia: psicologa, coordinatrice della C.P.A. “La Nostra Locanda”;
- Dr. Mazzariol Matteo: medico psichiatra;
- Dr. Bertolotti Pietro: medico psichiatra, responsabile medico di “La Nostra Locanda”;
- Caponetti Sabrina, psicologa, vice-coordinatrice degli appartamenti a bassa protezione e di residenzialità leggera

### **Comunità “Passaggi”:**

- Dr. Bellotta Alessandro, direttore sanitario e responsabile clinico;
- Dr. De Crescente Marino, fondatore e responsabile ingressi, formazione e ricerca;
- Passiu Catiuscia, psicologa

### **Comunità “Il Porto”:**

- Biaggini Matteo, psicologo, vice responsabile dell’Unità di reinserimento

### **Comunità “Villa Ratti”:**

- Dott.ssa Bisanti Rita, psicologa e psicoterapeuta, direttrice di “Villa Ratti”;
- Infermiera coordinatrice

## **MATTINO**

### **1° INTERVENTO: LA STORIA DELLA CT “LE VELE”, L’ORGANIZZAZIONE, IL METODO DI LAVORO, IL SERVIZIO SOCIALE (Ass. Soc. Dario Donadoni)**

La cooperativa “Le Vele” nasce nel 1994 e nel 1995 assume lo status giuridico di cooperativa sociale; in seguito, nel 2000, ottiene l’accreditamento da parte della Regione Lombardia.

In origine la cooperativa gestiva unicamente dei piccoli appartamenti, in seguito all’accreditamento con la Regione si è favorita la creazione di due grandi comunità terapeutiche ad alta protezione, di 20 posti.

La formazione e l’esperienza professionale del presidente ( che ha lavorato per 20 anni nel servizio pubblico) hanno determinato un’impostazione di stampo prevalentemente sociale nella gestione e organizzazione del lavoro. Inoltre ha mantenuto un’attenzione particolare per i rapporti tra la cooperativa e i servizi pubblici, soprattutto nella relazione con i Centri Psico-Sociali che hanno in carico i pazienti delle comunità. Questa collaborazione viene coltivata fin dai primi contatti (pre-ingresso ed ingresso), in seguito si tende a mantenerla e rafforzarla durante tutto il percorso terapeutico, nonché al momento delicato delle

dimissioni (come se il C.p.s. e la Comunità fossero *“Due genitori che collaborano per la salute del paziente”*).

L'area politico-gestionale è stata oggetto, negli anni, di importanti trasformazioni. Nel tempo da pochi operatori che favorivano una gestione *“familiare”*, con un gruppo giovane ed esiguo di operatori, si è passati ad un'organizzazione più complessa: *“Le Vele”* ha infatti oggi un organico di 50 curanti che si occupano complessivamente di 50 ospiti.

Il cambiamento ha riguardato anche la gestione del potere, inizialmente concentrato nelle mani del presidente e in seguito delegato ai vari direttori, fino a giungere ad una condizione di *“potere diffuso”*.

La tendenza attuale è quella di passare da una gestione *“artigianale”* della cooperativa ad un approccio organizzativo più vicino a quello aziendale. Ad esempio si sta ponendo un'attenzione maggiore alle procedure e ai sistemi di qualità, nonché all'introduzione di cartelle cliniche e sociali informatizzate. L'intenzione è quella di mantenere comunque saldi i valori e l'approccio professionale originario, mantenendo vivo il principio che pone l'ospite al centro della cura (*“La comunità è come una sartoria che confeziona abiti su misura per il paziente, adatti a lui e non a noi”*). Questo è facilitato anche dal fatto che il C.d.A. è costituito da un assistente sociale e un'educatrice, con competenze specifiche.

Attualmente ciascuna comunità è gestita da due curanti: una psicologa coordinatrice, che ha responsabilità organizzative e gestisce la realizzazione dei progetti terapeutici, ed un medico psichiatra che ha la responsabilità clinica dei pazienti. In tal modo si evita un'eccessiva medicalizzazione della presa in cura. Questo agevola anche l'identificazione del paziente su due persone, contribuendo ad una maggiore moderazione.

Il lavoro comunitario de *“Le Vele”* si fonda su nove concetti chiave:

- 1) Tenere conto della centralità della relazione con il paziente che si concretizza nella gestione empatica dei rapporti e nell'identificazione con l'ospite;
- 2) Dare maggiore attenzione alla parte malata del paziente, piuttosto che alla sua parte sana. La componente patologica va infatti compresa al fine di predisporre un progetto terapeutico efficace;
- 3) Ricercare l'alleanza terapeutica ponendo attenzione alle dinamiche della resistenza al cambiamento del paziente e della sua soggettività;

- 4) Operatore ridefinito come oggetto apparentemente inanimato;
- 5) Tener conto del fatto che i pazienti (soprattutto se psicotici) spesso ritengono di non avere bisogno di nulla e di nessuno. Bisogna saper accettare il senso di onnipotenza dei pazienti;
- 6) Dare ai pazienti il senso di sicurezza di cui hanno bisogno, dare loro la possibilità di sentire la permanenza emotiva in questa comunità;
- 7) Rendersi conto che i pazienti portano spesso richieste impossibili: è necessario attivarsi e cercare di decodificarle per poterle rendere possibili;
- 8) L'accudimento va inteso come bisogno primario e quindi come funzione centrale della comunità;
- 9) La funzione fondamentale degli operatori è quella di essere intermediari tra i bisogni e le richieste impossibili dei pazienti e la realtà.

Per quanto riguarda il **servizio sociale**, i tirocini lavorativi dei pazienti sono per "Le Vele" un aspetto fondamentale che comporta un grande investimento, anche economico (30.000 euro per il 2009). Questa scelta insegna ai pazienti il concetto lavorativo del dare e ricevere.

Le aree di interesse rispetto a questo ambito sono tre:

- 1) Attività lavorative che non implicano grandi responsabilità: si tratta essenzialmente di lavoro dipendente e di mera esecuzione (bar, assemblaggio). Ad occuparsi dell'organizzazione del lavoro è un'operatrice non professionista;
- 2) Attività inerenti all'area artistica (dipinti murari, disegni);
- 3) Attività inerenti l'area culturale (stesura di articoli, gestione di siti internet).

In quest'ambito è particolarmente importante la collaborazione con l'associazione "Il Germoglio" che gestisce il proprio sito internet con un gruppo di redazione e il bar presente nella comunità di Vaprio d'Adda, dove prestano tirocinio lavorativo diversi pazienti. Si tratta di un'associazione, nata su iniziativa de "Le Vele", costituita e gestita da pazienti dimessi dalle comunità o dagli appartamenti. Essa permette ai pazienti di sviluppare un senso di appartenenza garantendo anche la necessaria continuità tra comunità e post comunità. "Le Vele" ha svolto essenzialmente un ruolo di promozione

della nascita e dello sviluppo dell'associazione. Oggi persiste una stretta collaborazione tra i due enti, seppur con un maggiore margine di autonomia.

Segue un breve dibattito.

## **2°INTERVENTO: IL MODELLO CLINICO DI RIFERIMENTO E LA RELAZIONE CON I SERVIZI INVIANTI (Dr. Luca Gaburri)**

Il modello clinico di riferimento de "Le Vele" è quello dell'integrazione funzionale proposto dal prof. Zapparoli circa 30 anni fa.

Partendo dai bisogni del paziente, non si può trovare un modello che li possa comprendere tutti, ecco perché il modello di integrazione funzionale. In particolare si fa riferimento ad alcuni principi operativi:

- Equipe come fulcro del lavoro con gli ospiti;
- Integrazione tra i bisogni dei pazienti e dei curanti;
- Visione del sintomo come forma di autocura;
- Resistenza al cambiamento come problema centrale da affrontare. Il "bisogno di non avere bisogno", ovvero la negazione di ogni tipo di dipendenza o aiuto. In questa situazione si potrebbe creare una situazione di conflitto tra poteri.

Per uscire dall'empasse si utilizza lo strumento dell'intermediazione che consiste:

- 1) Nella mediazione tra i bisogni dei pazienti e le esigenze di sopravvivenza;
  - 2) Nella protezione dei malati dalla società e della società dai malati;
  - 3) Nella mediazione tra bisogni dei pazienti e bisogni degli operatori;
- Importanza del senso di sicurezza dell'ospite. Solo con il raggiungimento di questa condizione si può sperare che il paziente cerchi esperienze piacevoli. Per perseguire questo obiettivo l'operatore deve porsi come oggetto inanimato, ovvero rinunciare al suo potere professionale per entrare in contatto con la parte malata del paziente. Ecco perché a "Le Vele" trovano spazio tante figure professionali e pochi medici.

Il dr. Gaburri illustra poi quelle che a suo parere costituiscono delle criticità del modello:

- Il concetto di oggetto inanimato è “un arma a doppio taglio” perché affidandosi a questo strumento relazionale si rischia di cadere in una relazione più amicale che professionale;
- Il modello proposto dal prof. Zapparoli è centrato sulla psicosi ed è difficile applicarlo a persone con altre patologie;
- Il modello, che era stato pensato per interventi individuali, vacilla se applicato in una comunità;

Ne segue un breve dibattito, in cui si evidenzia come il concetto di deficit sia “molto pericoloso”: il rischio implicito è infatti quello della cronicizzazione con la continua dipendenza dei pazienti dai circuiti psichiatrici di cura.

Proseguendo nel suo intervento il dr. Gaburri spiega che nella selezione dei pazienti è importante che si consideri anche la qualità del lavoro dei Centri Psico Sociali, cui i pazienti fanno riferimento. A partire dal momento dell’invio da parte dei servizi, fino alla dimissione è fondamentale mantenere buoni rapporti con i servizi territoriali. Una buona collaborazione con i servizi implica tra l’altro una forma di reciproca e proficua supervisione.

### **3° INTERVENTO: LA COMUNITÀ PROTETTA “LA NOSTRA LOCANDA” (coordinatrice Lucia Viscardi)**

La C.P.A. “La nostra locanda” è nata nel 2005; inizialmente si era ipotizzato di ospitarvi esclusivamente persone affette da disturbi di personalità, in seguito tuttavia si è preferito accogliere anche persone affette da psicosi (attualmente circa il 50% delle persone ospitate).

La struttura ha sviluppato negli anni un’ottima relazione con il territorio e le sue istituzioni. In particolare è stata predisposta una convenzione con il comune di Vaprio d’Adda per cui viene messo a disposizione una camera ed uno spazio per ospitare cittadini in situazione di emergenza sociale.

Nelle comunità dopo un mese dall’arrivo di un nuovo ospite, sulla base del progetto terapeutico individuale predisposto dal C.P.S. di riferimento, gli operatori redigono un

progetto terapeutico riabilitativo per il paziente. Ogni quattro mesi il progetto viene verificato ed eventualmente modificato, anche sulla base delle restituzioni e dei confronti con i familiari e gli operatori dei servizi territoriali.

Rispetto all'altra comunità "Villa Gatta" si possono individuare alcune differenze:

- La struttura di Vaprio è più grande e ciò garantisce agli ospiti una maggiore possibilità di avere spazi e tempi individuali;
- Si insiste maggiormente sulle regole e sullo sviluppo dell'autonomia dei pazienti (questa scelta è comunque molto legata alle caratteristiche soggettive degli ospiti);
- Si fanno meno attività strutturate rispetto a "Villa gatta";
- Sono attivati anche tirocini lavorativi esterni;

#### **4° INTERVENTO: LA COMUNITÀ PROTETTA "VILLA GATTA" (coordinatrice Susanna Streponi)**

"Villa Gatta" è stata fondata nel 1998 e ospita per lo più persone affette da psicosi.

Si è deciso di lasciare i pazienti liberi di scegliere quali attività vogliono fare ma tuttavia se, trascorsa la prima fase di inserimento, gli ospiti non compiono una scelta vengono aiutati e orientati dagli operatori.

Rispetto a "La nostra locanda" si evidenziano alcune specificità:

- Per ciascun paziente vengono nominati un infermiere e un educatore di riferimento;
- Tra i pazienti si è sviluppato un forte senso di appartenenza al gruppo;
- Si investe molto nello scambio di informazioni e valutazioni tra operatori e pazienti;
- I pazienti che lo desiderano possono fare da guida ai nuovi arrivati e al termine delle prove viene loro chiesto un parere;
- Su iniziativa dei pazienti a volte viene organizzata una riunione tra gli ospiti, in concomitanza con quella d'équipe degli operatori.

Per concludere la prima parte dei lavori viene lasciato spazio al dibattito.

Emerge l'importanza del momento delle dimissioni che viene spesso trascurato e la questione del "dopo di noi", vissuta spesso come mancanza di alternative e prospettive.

## **POMERIGGIO**

### **1° INTERVENTO: LE ATTIVITÀ LUDICHE, RICREATIVE E DEL TEMPO LIBERO (ed. Lara Salvatore)**

Aprire la seduta pomeridiana Lara Salvatore, educatrice a “Villa gatta”, che si occupa tra l’altro delle attività ludiche, ricreative e del tempo libero.

Gli psicofarmaci hanno effetti anche sul fisico dei pazienti, in particolare si riscontra spesso un aumento del peso corporeo che a sua volta può causare perdita dell’autostima e, di conseguenza, ritiro sociale. La scelta de “Le Vele” è quella di investire sulle attività fisiche e su quelle del tempo libero, sempre senza obblighi per gli ospiti, ma piuttosto con un’attenzione ai loro interessi stimolando la loro partecipazione.

Le attività proposte sono ad esempio: piscina(nuoto libero), palestra, fitness dance, camminate al fiume, danza-terapia (gestita da un consulente esterno), tornei vari, laboratorio delle idee, fotografia creativa.

Nell’organizzazione delle attività c’è sempre una stretta collaborazione con gli operatori e le coordinatrici delle strutture.

### **2° INTERVENTO: LA RESIDENZIALITÀ LEGGERA (psicologa Sabrina Caponetti)**

La residenzialità leggera è una peculiarità della Regione Lombardia: la regione paga una quota sanitaria pari a 40 euro al giorno per ciascun paziente, mentre la restante quota alberghiera e assistenziale (7 euro al giorno) viene pagata direttamente dai pazienti e dai loro familiari, oppure con il contributo dei comuni di residenza.

La necessità del contributo economico da parte dei pazienti ha influito sulle dimissioni: mettendo in moto volontà e risorse nei pazienti per trovare alternative abitative.

Negli appartamenti gli ospiti si occupano autonomamente della casa e della cura personale; solo in uno degli appartamenti si è scelto di affiancare gli ospiti per la spesa e la preparazione dei pasti.

Nell’organizzazione del lavoro e della vita negli appartamenti la componente personale e soggettiva è fondamentale, quindi spesso le regole e le dinamiche su cui lavorare cambiano in funzione delle caratteristiche degli ospiti.



La dimensione ristretta del gruppo dei residenti è particolarmente importante perché permette agli educatori di comprendere meglio le risorse personali dei pazienti.

Gli operatori sono presenti per 4 ore al giorno, di cui 2 ore in compresenza; attualmente la loro presenza è garantita anche nei weekend, tuttavia si sta pensando di lasciare soli i pazienti durante queste giornate per favorirne l'autonomia. Dal dibattito con gli operatori delle altre comunità emerge tuttavia una preferenza per la presenza nei week end, consigliata sulla base delle esperienze concrete degli operatori presenti.

La terapia farmacologica viene autosomministrata dagli ospiti, seppur sotto la supervisione degli operatori. La compliance nei confronti della terapia è quindi un fattore discriminante rispetto all'accesso agli appartamenti, insieme alla stabilizzazione della malattia e alla assenza di dipendenze.

### **3°INTERVENTO: IL PROGETTO “APPARTAMENTO PICCOLO FIORE” (ed. prof. Simona Bertola)**

Il “Piccolo Fiore” è un appartamento interno alla comunità “La Nostra Locanda” dove otto pazienti possono sperimentare piccoli spazi di autonomia, pur avendo a disposizione la tutela e la protezione dell'alta protezione, con lo scopo di sperimentarsi per un passaggio graduale nella bassa protezione o di rientro a casa.

Il progetto è stato attivato nel 2007, ma era stato pensato già al momento dell'apertura della comunità.

Nell'appartamento ciascun ospite è responsabile degli spazi individuali, mentre ci si occupa a turno delle parti comuni. Oggi, dopo un accompagnamento iniziale, gli ospiti sono più autonomi rispetto alla spesa per le cene che si preparano autonomamente.

L'accesso all'appartamento può avvenire sia dalla comunità che direttamente dall'esterno.

Ad oggi il progetto ha ottenuto buoni risultati: sei ospiti sono stati dimessi per un progetto di vita autonoma o di rientro nella propria famiglia e stanno relativamente bene.