

VISITING PICCOLA STELLA
Medolago (BG), 4 maggio 2015

Persone presenti

Dott. Luca Gaburri, coordinatore esterno
Dott.sse Francesca Colombo e Paola Cesari, coordinatrici junior/verbalizzatrici
Dott. Giuseppe Pozzi, Responsabile Antenna
Dott Emanuele Ceriotti, operatore Antenna
Dott Giuseppe Salzillo, operatore Antenna
Debora Zanchi, coordinatrice Piccola Stella
Giulia Pacchiarini, responsabile Casa Miriam
Ferrari Alessandro, neuropsichiatra infantile Piccola Stella
Paolo, operatore Piccola Stella
Gabriel, operatore Casa Miriam
Claudia, educatrice Casa Miriam
Raffaella Ferrandino, operatrice Piccola Stella
Giulia e Francesca, studentesse Bicocca

Presentazione progetto tesi (9.45/10.00)

Le due studentesse presentano il loro progetto di ricerca che consiste in una valutazione del processo terapeutico in comunità, che coinvolge sia ospiti che operatori, adottando strumenti ad hoc per valutare alcune aree di funzionamento (SCL-90, AIP, DCIA).

PRIMA RIUNIONE

Presentazione Piccola Stella (10.00/11.00)

La dott.ssa Zanchi racconta l'ultima novità organizzativa della CT: il passaggio da un'unica infermiera che effettuava i turni di notte ad un gruppo di infermieri che copre i turni della somministrazione della terapia farmacologica (dalle 6.30 alle 8.30 del mattino e dalle 18.30 alle 20.30), coordinati da un unico referente. La direzione di Piccola Stella prevede che sia solo l'infermiere a preparare e somministrare la terapia, anche per garantire una responsabilità chiara e localizzabile. Un decreto dell'ASL impone alla CT Antenna la presenza di un infermiere almeno 7 ore a settimana, mentre Piccola Stella non ha l'obbligo di un infermiere in termini orari, ma in relazione alla numerosità dell'utenza: uno ogni 8 ospiti. Segue riflessione sull'eterogeneità delle direttive ASL, nonostante la prossimità geografica. L'ALS inoltre impone ad Piccola Stella educatori sanitari o addetti alla riabilitazione psichiatrica, rendendo complessa e farraginoso la ricerca del personale; questa norma non risulta invece vincolante presso le altre due CT. Il dott. Gaburri ricorda che se molte CT andassero insieme a notificare il proprio disagio all'assessorato, magari lentamente qualcosa cambierebbe.

Il tema sanitario avvia un discorso sulla terapia farmacologica al bisogno. Presso Piccola Stella viene sempre prescritta da un medico, quindi è previsto anche l'eventuale ricorso alla guardia medica; in merito viene ricordato l'esempio di un ragazzo che presentava sintomi ascrivibili all'attacco di panico che in pronto soccorso si sono invece rivelati correlati ad una forte asma. Per i

membri di Piccola Stella è importante che ci sia sempre un medico a disambiguare, anche per non ricadere nel pregiudizio che porta a leggere tutti i sintomi dei pazienti psichiatrici dal versante psicologico. Le altre due CT invece somministrano farmaci al bisogno, in caso di necessità, sottolineando che comunque un medico di base di riferimento visita i ragazzi quando non stanno bene.

Presso Piccola Stella è stata recentemente effettuata una riorganizzazione direttiva, che ha ridefinito i ruoli separando le responsabilità: la dott.ssa Debora Zanchi si occupa dell'organizzazione generale e dei rapporti con la Cooperativa madre Aeper, che essendo grande e distante necessita di un'interfaccia dedicata al fine di favorirne l'integrazione, il dott. Alessandro Ferrari segue il versante clinico e il dott. Luca Betelli gestisce la logistica della struttura, intesa sia come manutenzione che come turnistica delle risorse umane. Il lavoro clinico e quello operativo non sono slegati ma integrati continuamente, salvaguardando i confini delle rispettive funzioni. Vengono continuamente messi a confronto livelli e linguaggi diversi, nonché la visione che ognuno ha dell'utenza. I responsabili si riuniscono due volte alla settimana per garantire questo dialogo tra le reciproche aree di competenza. Ultimamente a Piccola Stella stanno vagliando la possibilità di avviare affidi familiari, essendo una pratica già sperimentata in Aeper per i ragazzi della comunità educative e la psichiatria adulti; la connessione effettuata da Debora Zanchi può favorire l'avvio e il radicamento di queste potenzialità. La provincia di Bergamo presenta molte famiglie disposte all'affido, forse grazie alla matrice cattolica ancora radicata nel territorio. Il tessuto sociale tende ad occuparsi del "matto" o della persona in difficoltà, se autoctona.

Paolo, educatore a Piccola Stella, racconta che AEPER è una cooperativa attiva dagli anni '70 molto attenta alle problematiche giovanili e svolge anche opere di sensibilizzazione e prevenzione del disagio. Questo discorso porta a sondare il rapporto tra Piccola Stella e il territorio: ai delegati difatti sembra che il circondario conosca la comunità. Debora Zanchi spiega che attualmente non sono messe in atto particolari azioni divulgative ma c'è un reciproco scambio frequente e positivo con le scuole. All'inizio è stata chiesta una certa disponibilità alle scuole e al comune rispetto alla particolare utenza e il rapporto è andato man mano consolidandosi in una collaborazione funzionale e duratura. Piccola Stella è sovra zonale e accoglie anche ospiti geograficamente distanti, ma privilegia utenti del territorio per mantenere un rapporto con i servizi sociali di riferimento e con la rete familiare, nell'ottica di lavorare più agevolmente sul dopo comunità e il relativo reinserimento.

Il dott. Luca Gaburri mette in risalto il possibile risvolto della medaglia: a volte la distanza da un sistema familiare e sociale patogeno può favorire la guarigione, inoltre la permanenza nello stesso territorio della comunità rischia di risultare stigmatizzante.

COMMUNITY MEETING (11.00/12.30)

Punti Di forza e di debolezza

Durante il Visiting dello scorso anno era emerso chiaramente che la supervisione sulle dinamiche dell'equipe non funzionava. A dicembre il rapporto con il vecchio supervisore si è concluso e il processo di ricerca del nuovo supervisore è ormai quasi ultimato. L'iter si è rivelato piuttosto lungo e ha visto coinvolti il direttore sanitario di AEPER e le risorse umane. I punteggi negativi legati alla supervisione sullo SCIA sono dettati proprio dall'attuale assenza di supervisione. La dott.ssa Zanchi spera che il nuovo supervisore resti a lungo, per cogliere il ciclo di vita e i ritmi della comunità. Il dott. Pozzi ricorda il rischio di cronicizzazione e collusione che corrono i supervisori stabili; presso Antenna è difatti previsto un riciclo frequente di supervisori.

Il tipo di supervisione desiderata a Piccola Stella è sulle dinamiche gruppali dell'equipe, non sul caso clinico, anche se il dott. Gaburri trova la separazione fittizia: i due aspetti si toccano, se il clinico fa bene il proprio lavoro.

La dott.ssa Pacchiarini solleva il problema della resistenza degli operatori alla supervisione sulle dinamiche di equipe.

Un'altra nota negativa trasversale riscontrata da Piccola Stella nella redazione dello SCIA è stata la compilazione dello SCIA stesso da parte di 11 operatori su 18; le defezioni sono state principalmente effettuate dagli infermieri che non si sentono ancora parte effettiva dello staff. Gli ospiti invece hanno acconsentito a compilarlo e l'hanno svolto individualmente con scrupolo e attenzione, ma non hanno voluto condividere con gli operatori una riflessione su quanto fatto, alcuni appellandosi alla privacy (è un questionario anonimo), altri apparentemente per "mancanza di voglia". In quel momento la CT era vista come "cattiva" quindi negarsi al confronto può esser stata un'esplicitazione della propria opposizione. Gli operatori, per mancanza di tempo, non hanno proposto una riunione tra i soli ospiti, questo avrebbe potuto promuovere un confronto.

Lo SCIA è stato definito da tutti molto ricco di stimoli, ma troppo lungo. Una sola equipe non è bastata per ultimarlo.

Il Visiting dell'anno scorso è servito anche per mettere a punto alcune innovazioni: il regolamento relativo alla fruizione del computer e al comportamento da tenere a tavola sono state redatte dagli ospiti stessi, mentre in precedenza erano definite dagli operatori. Il coinvolgimento attivo e partecipato ha favorito l'adesione alle norme: gli ospiti si dimostrano molto attenti a non infrangerle. Durante il pasto i delegati hanno potuto notare la buona educazione e la correttezza dei ragazzi.

Un altro miglioramento conseguente al precedente Visiting è stata la diffusione delle informazioni relative a ruoli e funzioni di tutti, ma è ancora perfezionabile visto che gli infermieri e gli educatori jolly (presenti in caso di bisogno) risultano tutt'oggi poco consapevoli dell'organigramma e del funzionigramma. I membri del direttivo stanno cercando di mettere a punto un documento chiaro ed esaustivo da condividere con tutti in equipe, per promuoverne la conoscenza ed eventualmente modificarlo insieme. Il dott. Salzillo di Antenna chiede se i jolly lavorano in altri servizi, cosa che il loro jolly fa, e di conseguenza risulta complesso spostarlo con poco preavviso. A Piccola Stella i jolly non hanno lavori stabili, questo li rende piuttosto disponibili, ma presentano altre difficoltà: non frequentando spesso la CT fanno fatica a reinserirsi e a restare aggiornati, nonostante abbiano accesso al "diario" compilato durante gli altri turni. I jolly inoltre non sono percepiti dagli ospiti come figure autorevoli, quindi sono sempre tenuti a condividere le decisioni con gli operatori in turno, che ne sostengono la normatività.

Purtroppo non sono sempre presenti in equipe.

A Piccola Stella hanno il progetto di introdurre la valutazione degli operatori, lo strumento adottato è già stato condiviso con tutta l'equipe, ma essendo una procedura complessa non è ancora operativa. Presso Antenna la valutazione viene effettuata con il coordinatore clinico coadiuvato dal coordinatore di un'altra struttura per mantenere la terzietà.

Come debolezza ricorrente la dott.ssa Zanchi cita la ricerca: nonostante il dott. Ferrari stia raccogliendo i dati, la conoscenza di questo importante lavoro non risulta diffusa tra i membri, così come non risulta diffuso e condiviso il materiale scientifico, potenzialmente formativo, di cui la CT è in possesso.

Il dott. Gaburri sottolinea come il dentro e il fuori della comunità debbano essere separati, ma allo stesso tempo permeabili e connessi, come accade nella membrana cellulare che garantisce la vita. È un filtro fatto per far passare gli elementi utili ad ampliare la visuale e le potenzialità del lavoro clinico, come per esempio articoli e testi. Ci sono sempre urgenze che riducono il tempo necessario a questo tipo di condivisione, eppure la ricerca e la cultura possono aiutare, sul lungo periodo, a fronteggiare meglio le urgenze stesse.

Il dott. Ferrari trova che in Piccola Stella non ci siano ancora riferimenti teorici "forti" e intravede il rischio di rimanere chiusi rispetto alla circolazione delle informazioni provenienti dal mondo, sia per i ragazzi che per gli operatori.

I ragazzi difatti non hanno internet, possono usarlo solo in biblioteca una volta la settimana, e non hanno il cellulare. Molti discorsi diffusi all'esterno, come per esempio la droga, rischiano di non essere affrontati all'interno in modo esaustivo. Bisogna mantenere la permeabilità a questi temi importanti e garantire una certa apertura al mondo esterno perché "vivifica", nonostante esponga ad alcuni rischi. Piccola Stella conferma il suo adottare un atteggiamento materno, poco incline al rischio, emerso anche nello scorso Visiting e diventato elemento di discussione tra i membri. Non sono ancora stati implementati cambiamenti in merito.

Tutti convengono sul fatto che l'esposizione a piccoli rischi implichi una serie di fatiche in più per lo staff e sia un grande cambiamento, sicuramente non facile da introdurre in una CT storicamente "poco paterna". Il dott. Ferrari crede che andrebbe fatto un ulteriore sforzo per rendere gli ospiti autonomi, soprattutto quelli che tendono al ritiro e all'evitamento del mondo sociale.

Emerge un discorso sulla psicoterapia: a Piccola Stella lo psicoterapeuta è un consulente esterno e quello che i ragazzi gli confidano è un segreto, a meno che non ne metta a rischio l'incolumità. Al contrario, quello che dicono agli operatori viene condiviso in equipe e i ragazzi lo sanno.

La segretezza è un tema complesso e controverso: la famiglia diventa patologica sia quando non ci sono segreti, sia quando ce ne sono troppi. L'assenza di segreti elimina il rischio che l'educatore venga percepito come un amico, ma allo stesso tempo è possibile che riduca l'espressività degli ospiti. La privacy individuale forse è rispettata fino a un certo punto, visto che manca la riservatezza in equipe.

A volte nelle CT si verte verso un comunitarismo eccessivo, e il dott. Gaburri ricorda quanto sia importante e difficile mantenere una certa flessibilità. Il dott. Ferrari afferma che a Piccola Stella c'è effettivamente poco spazio per il singolo e a volte i ragazzi non si spingono nemmeno a chiedere qualcosa, perché prevedono una risposta negativa.

Per privacy la dott.ssa Zanchi intende quello che succede nella comunità, non le specifiche confidenze tra utente e operatore, e di conseguenza l'item SCIA andrebbe disambiguato.

Il dott. Salzillo sottolinea come farsi carico in modo esclusivo di un segreto possa trasformare, nella percezione degli ospiti (soprattutto quelli sul versante psicotico), un complice in un persecutore.

La privacy rimane un argomento aperto.

Il dott. Gaburri, facendo riferimento all'item 1.2 (*Vi sono criteri chiari di selezione del personale, che riflettono il modello di pratica della comunità*) trova che il personale sia preparato e ben formato, nonostante l'assenza della supervisione. Tra gli educatori Paolo e Raffaella emerge una discordanza sulla necessità urgente di un supervisore.

I presenti notano il comportamento educato e funzionale dei ragazzi durante il pranzo, ma anche l'angoscia soggettivamente percepita per le finestre e le porte mantenute chiuse.

È riconosciuta all'unanimità la tendenza della CT a proteggere molto i ragazzi: oltre alle finestre sempre chiuse, tutte le stanze sono dotate di chiave (gestita dagli operatori) e le porte vengono spesso tenute chiuse. Ci sono orari in cui i ragazzi, salvo urgenze, non possono accedere alle proprie stanze, anche se dovrebbe forse essere l'attività proposta a tenerli fuori, al posto del divieto.

Ci si chiede che ruolo abbiano i rischi in questa comunità. Le decisioni in merito provengono dalla leadership? La protezione è un bisogno degli operatori o dei pazienti?

Assumersi un margine di rischio dovrebbe far parte del lavoro clinico.

I delegati compilano lo SCIA Delegazioni partendo dallo SCIA Collettivo e modificando i seguenti item:

CV9 (*Le esperienze positive e negative sono necessarie per lo sviluppo sano degli individui, dei gruppi e della comunità*): viene abbassato da 3 a 2, perché sembra che le esperienze positive siano più facilmente ammesse in CT, e sia piuttosto complicato accogliere quelle negative, anche solo nel dialogo.

CS4 (*La comunità mette in condizione di affrontare rischi, se questi incoraggiano cambiamenti positivi*): essendo una CT molto materna e refrattaria al rischio, il punteggio viene spostato da 3 a 2.

CS15 (*I membri della comunità condividono responsabilità reciproche*): viene spostato da 3 a 2 perché sembra che su alcuni argomenti, come l'urgenza della supervisione, ci sia un disaccordo lasciato implicito tra gli operatori.

1.2 (*Vi sono criteri chiari di selezione del personale, che riflettono il modello di pratica della comunità*): viene alzato da 2 a 3 perché sembra che gli operatori siano scelti con grande cura; alcuni vengono da molto lontano e l'iter di selezione è lungo e scrupoloso.

1.8.3 (*I membri della comunità rispettano la privacy individuale*): ridotto da 4 a 3 perché sembra un luogo in cui la condivisione viene enfatizzata.

3.5.2 (*Il personale ha regolarmente occasione di mettere in relazione la teoria con la pratica*): viene abbassato a 2 perché sembra ci sia una distinzione tra la pratica, a volte definita "trincea", e la teoria clinica. Sebbene integrati dai frequenti confronti tra i responsabili, resta la percezione di una suddivisione persistente: la CT stessa ha un "sopra", ovvero un intero piano, a cui gli ospiti accedono di rado. Sarebbe interessante spostare una stanza sopra e un ufficio sotto, ammesso che i vincoli strutturali lo permettano, per promuovere una maggiore comunicazione tra le due dimensioni.

4.5.3 (*La comunità partecipa attualmente ad un progetto di ricerca che riguarda l'efficacia della comunità*): viene alzato a 4 perché la ricerca, sebbene non condivisa a sufficienza, viene svolta con costanza, ed è un'attività rara in CT.

5.1.2 (*Bambini e giovani diventano progressivamente più responsabili riguardo alle proprie decisioni, azioni, e al proprio ruolo all'interno della comunità*): viene abbassato a 2: la forte matrice educativa rende la CT molto protettiva e la tendenza a ridurre i rischi riduce anche l'assunzione di responsabilità. Forse anche un certo timore nei riguardi della cooperativa madre li rende iper prudenti; i presenti si chiedono se si siano instaurate dinamiche di persecutorietà interna, a differenza della CT Antenna dove è il servizio esterno ad aver assunto un'accezione persecutoria.

Gli item 2.3 e 4.2.2. non risultano comprensibili.

SECONDO COMMUNITY MEETING

Restituzione e obiettivi

I delegati condividono con i membri interni le ipotesi formulate in relazione agli item sopracitati.

Item Cv9 (*Le esperienze positive e negative sono necessarie per lo sviluppo sano degli individui, dei gruppi e della comunità*): i membri di Piccola Stella spesso deducono eventuali esperienze negative dei ragazzi dal loro comportamento. Confermano che solo a volte si instaura un dialogo aperto e franco su eventi negativi (ad es. l'aver commesso piccoli furti o assimilati).

CS15 (*I membri della comunità condividono responsabilità reciproche*): i membri di Piccola Stella lavorano bene insieme, ma ammettono che gli impliciti ci sono, come spesso accade nei gruppi, e sembra non esserci mai tempo per sviscerarli ed esplicitare.

CS4 (*La comunità mette in condizione di affrontare rischi, se questi incoraggiano cambiamenti positivi*): la dott.ssa Zanchi è d'accordo con l'abbassamento del punteggio, l'auto analisi sul tema c'è ma la strada da percorrere per cambiare è lunga.

Il dott. Gaburri chiede di chi sia il bisogno di essere protetti dai rischi, normative ASL a parte. La sensazione è che l'assetto del gruppo operatori convenga nel definirsi più tranquillo in situazioni in cui il rischio è basso, cosa che si traduce, per esempio, in porte e finestre chiuse. Si rendono conto però che il mondo di fuori è fatto da finestre e porte aperte.

1.2 (*Vi sono criteri chiari di selezione del personale, che riflettono il modello di pratica della comunità*): la selezione è effettivamente ben curata, si erano messi 2 solo perché i criteri su cui si basa non sono espliciti.

1.8.3 (*I membri della comunità rispettano la privacy individuale*): la chiusura delle camere non permette la fruizione della privacy da parte degli utenti, visto che implica l'esclusione di un posto privato, e anche la condivisione di tutte le informazioni dei ragazzi in equipe rende la privacy un argomento complesso. La dott.ssa Zanchi dice di aver "ereditato" la regola delle porte chiuse, e la discussione verte sul difficile equilibrio tra solitudine e stare insieme. Non sempre gli esseri umani hanno bisogno di incrementare la propria socialità.

I membri di Piccola Stella ricordano che sono sensibili alle eccezioni: hanno un ospite schizoide e non lo forzano a stare sempre con gli altri, inoltre ascoltando i ragazzi non emerge il desiderio delle porte aperte. I presenti si chiedono se sia un'accondiscendenza autentica o frutto di un adattamento conseguente al trovarsi in un luogo che funziona così da sempre. Un'ulteriore riflessione collettiva verte su quanto la CT si sostituisca ai ragazzi nelle situazioni di crisi potenziale:

trovare le porte chiuse, per esempio, non spinge ad attivarsi per superare la difficoltà insita nello stare con gli altri; la scelta è fatta a priori, e questo rischia di elidere elementi clinici.

Viene inoltre suggerito di mantenere una certa permeabilità tra "sotto" (la pratica, lo spazio dei ragazzi) e "sopra" (la clinica, lo spazio degli uffici). Purtroppo l'ultimo piano non risulta accreditato per le stanze, quindi i due spazi non sono concretamente "ibridabili".

Per concludere, sull'item 5.1.2 (*Bambini e giovani diventano progressivamente più responsabili riguardo alle proprie decisioni, azioni, e al proprio ruolo all'interno della comunità*) i membri di Piccola Stella concordano nel definire l'eccesso di protezione deresponsabilizzante. Nonostante si sforzino di garantire maggiore autonomia agli utenti giunti a fine percorso riconoscono di assumere piuttosto spesso la posizione di "madri ansiose". Il dott. Gaburri dice che a volte si può creare fraintendimento tra contenimento e controllo.

I membri della CT decidono di condividere in equipe le tematiche affrontate durante la giornata, prima di definire i propri obiettivi di miglioramento.