Carta del servizo

comunità terapeutica di neuropsichiatria

Piccola Stella

Cooperativa Sociale A.E.P.E.R.

"L' uomo non possiede un territorio "interno sovrano".
Egli è integralmente e sempre su una frontiera:
guardando dentro di sé,
guarda negli occhi altrui o attraverso gli occhi altrui.
Non posso fare a meno dell' altro,
non posso divenire me stesso senza l'altro"

(Michail Bachtin)

	CARTA DEL SERVIZIO Comunità terapeutica di NPIA PICCOLA STELLA	
REDATTO	**APPROVATO**	**PRESA VISIONE**
RESPONSABILE AREA NPIA	**DIRETTORE SANITARIO**	**STAFF OPERATORI**
Nilges Francesca	Brisone Giovanni	

STORIA DELLE MODIFICHE APPORTATE

VERSIONE	MODIFICA APPORTATA	PARAGRAFO	FIRMA
APRILE 2005	**CREAZIONE DOCUMENTO**		Nilges Francesca
GENNAIO 2020	**CARTELLA SANITARIA ELETTRONICA**	**2.16**	Nilges Francesca
OTTOBRE 2021	**COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE NEL PERCORSO DI CURA**	**2.15**	Nilges Francesca
MARZO 2024	**REGISTRO INFORMATIZZATO RICHIESTE INSERIMENTO**	**2.17**	Nilges Francesca

INDICE

1. SISTEMA DI CURA 4

2. FINALITA' DEL SERVIZIO 5

2.1 Generalità 5
2.2 Destinatari del servizio 5
2.3 Organico 5
2.4 La struttura 6
2.5 Obiettivi del servizio 6
2.5.1 in relazione al minore 6
2.5.2 in relazione alla famiglia 6
2.5.3 in relazione al territorio 7
2.6 I risultati attesi 7
2.7 Strumenti di valutazione e di monitoraggio degli esiti del percorso comunitario 7
2.8 Servizi offerti 8
2.8.1 a livello clinico 8
2.8.2 a livello educativo 8
2.8.3 a livello logistico-organizzativo 9
2.9 Metodologia di intervento 9
2.10 Progettualità terapeutica 10
2.10.1 Riferimenti valoriali del servizio 11
2.10.2 Riferimenti culturali 11
2.11 Farmacoterapia ..... .11
2.11.1 Contenimento manuale 12
2.11.2 Complicanze… ……..12
2.12 Progettualità con la famiglia di origine 13
2.13 Progettualità con il territorio di riferimento della comunità 13
2.14 I rapporti con i servizi invianti 14
2.15 Coinvolgimento del paziente nel percorso di cura 14
2.16 Cartella Sanitaria Elettronica 15
2.17 Registro Richieste di accesso 15

3. PROCEDURE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO 15

3.1 INSERIMENTO DEL MINORE 16

Valutazione delle richieste di inserimento 16

4. MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO 19

4.2 Struttura organizzativa 24
4.3 Struttura organizzativa con ospiti della comunità 26
4.4 Formazione e supervisione 26

1. SISTEMA DI CURA

La cooperativa sociale Aeper da 15 anni si occupa in modo sistematico di adolescenza e di adolescenti con gravi disturbi psicopatologie e/o patologie psichiatriche in fase di esordio. Questa attenzione ha portato nel corso degli anni alla realizzazione di una rete di servizi in collaborazione con i servizi sanitari locali e regionali di competenza. Servizi che si qualificano per essere pensati in una logica di integrazione, flessibilità e velocità di attivazione, aspetti fondamentali per la presa in carico clinica di adolescenti e delle loro famiglie.

Pur essendo collocati in territori diversi della città e provincia di Bergamo, sperimentano ogni giorno, con una prassi clinica condivisa l'attitudine allo scambio di competenze, di confronto, di opportunità per risposte flessibili e competenti ai bisogni di alcuni adolescenti. Ad oggi la dimensione del Polo di Neuropsichiatria è una prassi di lavoro tra gli enti invianti e i servizi della cooperativa Aeper, è luogo di erogazione di servizi per la presa in carico terapeutica di adolescenti alla luce delle evidenze scientifiche e dell'esperienza clinica maturata in questi anni, è luogo di produzione culturale di un sapere clinico a sostegno della crescita delle giovani generazioni.

2. FINALITA' DEL SERVIZIO

2.1 Generalità

La comunità "Piccola Stella" è un luogo di accoglienza per adolescenti con disturbi della personalità e della condotta che vivono nella nostra provincia e regione.

Un luogo di cura, crescita e condivisione dove la crisi espressa attraverso differenti manifestazioni psicopatologiche, possa essere accolta e possa assumere un orizzonte di senso. Uno spazio dove la dimensione di gruppo, l'aspetto della residenzialità e della quotidianità permettano di integrare interventi terapeutici, educativi e riabilitativi, promuovendo la ripresa dei naturali processi evolutivi dell'adolescente.

Prospettiva della comunità è favorire il rientro dell'adolescente nel proprio nucleo familiare laddove possibile o l'individuazione di ulteriori percorsi specifici.

2.2 Destinatari del servizio

La comunità offre un'assistenza continuativa a carattere comunitario e si rivolge ad un numero massimo di 10 minori dai 14– 18 anni, maschi e femmine, del territorio della provincia di Bergamo in via preferenziale ma non esclusiva. In specifico a:

- minori con disturbi psichiatrici, in particolare disturbi della personalità e della condotta, in carico alle NPIA, che necessitano di allontanamento dal tessuto familiare per la forte conflittualità presente, per la mancanza di un tessuto sociale in grado di sostenere e contenere i momenti di crisi, per il bisogno di un luogo ove poter svolgere un'osservazione diagnostica adeguata;
- minori con decreto di allontanamento da casa disposto dal Tribunale dei Minori di competenza;
- minori provenienti da un ricovero ospedaliero d'urgenza ma già in carico ad un servizio NPIA che necessitano di un luogo residenziale protetto
- minori che necessitano di periodo di osservazione residenziale, lontano dal proprio contesto di vita, per completare il quadro psico-diagnostico, al fine di individuare percorso terapeutico e riabilitativo adeguato alla persona
- non vengono accolti in comunità minori con grave ritardo mentale, con doppia diagnosi, con disturbo alimentare, laddove queste condizioni costituiscono il quadro clinico diagnostico prioritario e minori nella fase di acuto scompenso psicopatologico.

2.3 Organico

Fondamentale in comunità terapeutica è la funzione dell'équipe multiprofessionale con diverse figure con specificità di requisiti (laurea ecc.) e competenze che, nella circolazione dei vissuti e delle interazioni relazionali, contribuiscono a formare nei momenti di riunione e nella mente degli operatori una rappresentazione unitaria e integrata del residente, ma anche a far emergere diverse sfaccettature della sua personalità nelle varie attività che caratterizzano la vita comunitaria.
Il setting comunitario è un unico scenario dove l'intero gruppo (gruppo operatori e gruppo dei pazienti) in una sorta di processo isomorfico viene sollecitato a riattraversare gli importanti nodi evolutivi dello sviluppo. È proprio per le caratteristiche di analogia di questi due gruppi, e conseguentemente ai processi transferali e controtransferali, che si possono instaurare dei processi evolutivi trasformativi. Queste complesse dinamiche esigono una capacità di lettura e attribuzione di senso che le figure professionali, nel loro multidisciplinarietà e professionalità possono attivare (dott.ssa Vigorelli Marta, Mito&Realtà).

La comunità prevede la presenza di:

- medico neuropsichiatra
- medico psichiatra
- psicoterapeuta ad orientamento psicodinamico
- educatore professionale
- educatore della riabilitazione psichiatrica
- infermiere professionale
- psicologo
- ASA
- Maestri d'arte

2.4 La struttura

La comunità residenziale si trova in un immobile nel paese di Medolago, località Cascinetto, Via Torre. Si tratta di una cascina ristrutturata, autonoma, situata a circa 2 chilometri dal centro abitato, con cortile proprio, in zona verde e con un grande bosco di pertinenza alle spalle.

Ha un contratto di locazione.

La casa si sviluppa su tre piani: il piano terra adibito a soggiorno, cucina ed attività diurne; il primo piano stanze da letto e zona diurna; il secondo piano uffici e servizi, spazio notte per autonomie.

2.5 Obiettivi del servizio

La comunità è concepita come una delle possibili risposte ad alcuni adolescenti, e comunque come un servizio transitorio, in cui l'adolescente, insieme agli operatori, cerca di ricostruire una percezione di sé ed un sistema di relazioni con l'esterno che possano nuovamente consentire la convivenza nel suo ambiente familiare e territoriale. Riteniamo che infatti che la comunità in quanto spazio protetto, contenitore emotivo ed insieme elicitatore di risorse personali, evolutive e relazionali deve legarsi ed annodarsi al territorio. Pertanto gli obiettivi del servizio si articolano intorno a tre assi:

2.5.1 in relazione al minore

- prevenire l'evoluzione negativa della patologia psichiatrica nell'adolescente attraverso la presa in carico terapeutica in comunità;
- offrire ai pazienti un luogo e un tempo nel quale fare esperienza di vita sufficientemente sana per riprendere un percorso di conoscenza di sé e di ripresa di un percorso di autonomia sostenibile e soddisfacente.
- offrire un servizio residenziale che veda integrato l'approccio terapeutico/clinico con la dimensione pedagogica
- sostenere l'allontanamento transitorio dall'ambiente di provenienza, al fine di creare le condizioni sia familiari che locali, per il reinserimento del minore stesso;
- promuovere forme di collaborazione con i servizi invianti al fine di creare una rete di servizi – risorse per la tutela per il minore

2.5.2 in relazione alla famiglia

- Promuovere forme di coinvolgimento della famiglia di provenienza nel "patto terapeutico" con il figlio;
- favorire e sostenere la regolamentazione dei rapporti con il figlio attraverso modalità personalizzate (rientri fine settimana, momenti di vacanze, telefonate...);
- accompagnare, se possibile, il rientro del minore nel proprio nucleo familiare;
- facilitare la creazione di un apposito percorso terapeutico con la stessa, laddove sono presenti le condizioni necessarie, ed in sinergia con il progetto di sostegno e/o presa in carico degli operatori sociali di competenza.

2.5.3 *in relazione al territorio*

- partecipare alla rete di coordinamento dei servizi sociosanitari della città e provincia di Bergamo;
- collaborare con le realtà del territorio che hanno relazioni con il minore inserito;
- promuovere e valorizzare un gruppo di volontariato a sostegno della comunità di accoglienza;
- promuovere la presenza di nuclei familiari prossimi in termini relazionale alla comunità e ai suoi ospiti;
    - contribuire alla creazione di "luoghi di pensiero" sulle problematiche legate alla prima adolescenza e adolescenza al fine di implementare la cultura educativa del territorio e la presa in carico precoce;
    - promuovere, insieme agli operatori specialistici del territorio, le condizioni minime necessarie per un rientro del minore nel proprio contesto di vita.

2.6 I risultati attesi

Ai fini della valutazione degli esiti esplicitiamo, seppure a grandi linee, i risultati che il progetto di comunità tende al raggiungimento dei seguenti risultati:

- L'aumento, nel ragazzo inserito, delle capacità di vivere autonomamente relazioni soddisfacenti nel proprio contesto di vita quotidiana "ordinaria", di organizzare il proprio tempo e di affrontare i propri compiti di sviluppo;
- una maggiore capacità di convivenza ed interazione all'interno della propria famiglia di origine e del proprio sistema parentale in genere;
- la maturazione di possibilità concrete di appartenere al proprio contesto territoriale e comunitario, con la contestuale riduzione dei processi espulsivi e l'aumento delle opportunità di inclusione sociale;
- la prevenzione della cronicizzazione delle patologie psichiatriche o di loro aggravamenti;
- la riduzione del numero e dell'intensità degli episodi acuti, delle situazioni etero o auto-aggressive, dei ricoveri ospedalieri o in reparto psichiatrico;
- la definizione di un eventuale supporto farmacologico adatto al singolo ragazzo ed in grado di non menomare le sue abilità sociali;
- la regolare frequenza scolastica o l'inserimento lavorativo;
- l'aumento della capacità di distinguere situazioni e comportamenti a rischio di disagio, devianza, emarginazione;
- la definizione, nei casi in cui ciò risulti necessario, di un progetto complessivo verso l'adolescente che se ne faccia carico in modo continuativo, anche "prima"e"dopo" la permanenza in comunità;
- la collaborazione con i servizi sociali competente e con gli altri servizi socio-sanitari;
- la congruenza tra progetto iniziale e permanenza in comunità.

2.7 Strumenti di valutazione e di monitoraggio degli esiti del percorso comunitario

Partendo dal presupposto che un indicatore di efficacia è una variabile misurabile che ci fornisce, nel modo più accurato possibile, delle informazioni sui cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati dando indicazioni sul raggiungimento dell'obiettivo e sull'efficacia dell'intervento, va a evidenziato che nell' ambito delle patologie complesse in età adolescenziale è difficoltoso stabilire quale sia un esito "buono" (positivo) e quale, per converso, un esito "cattivo" (negativo); esiti di sviluppo conseguenti ad una scadente qualità delle cure possono passare inosservati per molti anni, così come esiti "cattivi" possono essere osservati mentre l'adolescente sta ricevendo assistenza da un servizio diverso da quello che li ha prodotti. In aggiunta a ciò, la non autonomia del minore rende più complessi gli indicatori globali di outcome.
Un altro elemento di complessità è determinato dal fatto che lavorare con gli adolescenti comporta il confrontarsi con un gran numero di interessati, ciascuno dei quali può avere punti di vista molto diversi su quello che costituisce un "buon" esito di un dato contatto clinico. L'esperienza quotidiana ci porta a dire che insegnanti, madri e padri mostrano di condividere la presenza di poco più del 10% della varietà dei sintomi interni del* ragazz*, mentre concordano maggiormente nel descrivere problemi comportamentali. Ciò significa che vertici osservativi differenti focalizzano su diversi aspetti dei problemi e sono interessati a ottenere esisti differenti, rendendo più complessa la valutazione degli esiti.
Inoltre poca letteratura è presente sulla valutazione degli esiti e dell'impatto di percorsi di cura di fasce di popolazione:
tale mancanza è da ricercarsi in ragioni di tipo etico e deontologico (che rendono inopportuno assegnare casualmente gli utenti in due gruppi distinti, specie nel caso in cui i destinatari siano individui con un elevato grado di fragilità), in difficoltà di ordine tecnico o logistico (la disponibilità di campioni di controllo non è scontata laddove le modalità di

segnalazione e presa in carico siano per lo più informali o le prestazioni caratterizzate da una forte componente emotiva e relazionale) e, in ultimo, in ragioni di natura economica (le ricerche di tipo sperimentale hanno costi più elevati rispetto ad altre tipologie di ricerca valutativa) – cit. Alessandro Pozzi.

La valutazione degli esiti è quindi assai complessa. Riteniamo che il modello più indicato sia basato sul principio cardine della multidimensionalità. È infatti necessario valutare l'andamento non solo sul piano della psicopatologia, ma anche delle abilità sociali, della qualità della vita, della risposta ai bisogni, della soddisfazione e del carico famigliare. La valutazione del progetto terapeutico ed educativo individuale avviene regolarmente durante la permanenza in comunità, con l'intento di:

- √ monitorare e orientare il progetto individuale
- √ definire il quadro del minore in fase di dimissioni e concorrere alla definizione del percorso dopo la comunità
- √ verificare la validità e l'utilità della comunità terapeutica

Ci si avvale di alcuni strumenti operativi:

- HONOSCA
- CAN'S
- SCL90
- SCALA OAS
- lavoro di équipe interno alla comunità
- lavoro di équipe con operatori socio sanitari di competenza territoriale
- colloqui con l'adolescente
- colloqui con i famigliari
- Eventuali approfondimenti con MMPI, WAIS e test proiettivi

2.8 Servizi offerti

La Comunità offre stabilmente e regolarmente per ciascuno degli utenti ospitati i servizi di seguito elencati.

2.8.1 a livello clinico

- l'azione terapeutica mirante la crescita del minore (definizione del PTRII con l'ospite stesso)
- l'individuazione di eventuali patologie e la specifica interazione in merito ad esse;
- completamento quadro diagnostico in collaborazione con i servizi socio-sanitari di competenza del minore;
- regolamentazione e somministrazione di eventuale farmacoterapia;
- visite regolari con medico neuropsichiatra della comunità;
- sostegno psicologico individuale al minore;
- psicoterapia di gruppo a cadenza settimanale;
- percorso strutturato di sostegno alla famiglia, in integrazione con la progettualità dei servizi territoriali di competenza
- coinvolgimento attivo di ogni ospite nel proprio percorso di cura
- coinvolgimento del gruppo degli ospiti in alcune scelte della comunità in base alle caratteristiche e competenze individuali e delle dinamiche del gruppo
- assemblea plenaria a cedenza settimanale – Il Gigante
- assemblea organizzativa settimanale – La Bussola
- periodici incontri con ogni famiglia ed incontri di scambio e sensibilizzazione con il gruppo di parenti e familiari

2.8.2 a livello educativo

- la promozione e la crescita di potenzialità individuali
- l'acquisizione di gradi crescenti di autonomia in ambito relazionale, sociale, affettivo, anche nel gruppo dei pari
- la cura della capacità di interazione critica con i soggetti che agiscono nel sociale e con il sistema di regole che ne definiscono i rapporti
- l'individuazione di un percorso scolastico adeguato alle capacità, caratteristiche e sogni di futuro dell'ospite
- percorsi di istruzione professionale e/o lavorativo

- la cura e promozione del tempo libero sia a livello individuale che di gruppo
- cura dei rapporti con il territorio
- la cura del quotidiano e dei suoi ritmi e relazioni
- la cura della casa intesa come contenitore della comunità, contesto nel quale allenarsi alle regole di convivenza, nel quale fare sintesi tra aspetti terapeutici ed educativi, nel quale costruire un gusto etico ed estetico di ordine, bellezza e ben essere…
- piccoli laboratori artigianali per la produzione di manufatti, coltivazione di un orto adiacente la comunità…
- attività ricreative, culturali e di risocializzazione: centri sportivi, musei, cinema, teatri, concerti, biblioteche, CAG ecc.
- Area pedagogico-artistica: attività corporea, educazione alla sensorialità ed alle emozioni…

2.8.3 a livello logistico-organizzativo

- Vitto e alloggio, assistenza e cura dell'igiene personale, servizio lavanderia. Richieste particolari di prodotti per l'igiene personale o per l'alimentazione o per la cura del vestiario sono a carico dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale.
- L'acquisto di sigarette non è a carico della comunità.
- le spese mediche come segue: ogni utente deve essere iscritto al Servizio Sanitario Nazionale prima dell'ammissione. La comunità si assume le spese relative l'acquisto di farmaci psichiatrici prescritti dal mendico competente della comunità terapeutica e gli esami di routine per monitoraggio ematochimico legato all'assunzione di farmaci psichiatrici.
  Tutte le altre spese sanitarie sono a carico dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale (esami di accertamento, farmaci da banco, farmaci prescritti per patologie organiche, ausili...)
- La comunità si fa carico dell'attivazione del percorso scolastico di ogni paziente. Le spese relative il materiale di cancelleria e didattico di base, l'acquisto dei libri di testo, sia per scuole medie che superiori, cancelleria particolare e/o strumenti scolastici legati allo specifico percorso di studio sono a carico dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale
- Il vestiario non è fornito dalla Comunità. Pertanto ogni ragazzo/a deve essere dotato di vestiti adeguati ai vari climi stagionali. In caso di acquisto di capi di abbigliamento richiesti dalla comunità per il decoro del ragazzo e della ragazza non forniti dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale e acquistati dalla comunità stessa, verrà chiesto rimborso ai genitori stessi.
- le spese per attività individuali come corsi finalizzati all'apprendimento di abilità specifiche (danza, teatro, attività sportive, attività per interessi personali…) sono a carico dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale.
- Le spese personali durante le uscite di comunità/scuola o biglietti mezzi pubblici o altre spese personali (parrucchiere, estetista o altro) sono a carico dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale
- I costi relativi eventuali danneggiamenti a cose (arredi, porte, finestre, televisione, auto o altro) di proprietà della Comunità Terapeutica Piccola Stella (e quindi della Cooperativa Sociale Aeper) o di operatori o di altri ospiti sono a carico dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale del paziente che ha effettuato il danno. In caso di non copertura dei costi da parte dei genitori esercenti la responsabilità genitoriali o dell'amministrazione comunale di competenza, la comunità si riserva la possibilità di agire per vie legali.

La comunità Piccola Stella per semplificare le spese personali di ogni paziente, chiede ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale una quota mensile di 250€ in qualità di acconto sulle spese che verranno effettuate. Tale quota potrebbe subire variazioni (anche in diminuzione) rispetto le spese effettivamente riscontate. L'eventuale avanzo verrà restituito ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale al termine del percorso terapeutico. La comunità provvederà a fornire adeguata documentazione per le spese sostenute.

Qualora i genitori esercenti la responsabilità genitoriale non fosse in grado di provvedere a tali costi, in fase di inserimento o durante il percorso terapeutico, verrà chiesto all'amministrazione comunale di competenza/ Enti Locali di coprire i costi personali del paziente inserito nel percorso di cura.

2.9 Metodologia di intervento

La comunità si concepisce come un servizio transitorio rivolto ad adolescenti, ed utilizza la residenzialità a fini terapeutici.

La Comunità cura con il suo funzionamento integrato ed offre una dimensione spazio-temporale dove l'esperienza gruppale diviene il metodo elettivo per prendersi cura della sofferenza ed attivare la vita psichica, in uno spazio protetto dove poter proiettare ed esprimere emozioni e fantasie.

La Comunità diviene il setting terapeutico, il luogo facilitante la ripresa delle possibilità di cambiamento; rappresenta il luogo di incontro e confronto che predispone condizioni affettive favorevoli a esperienze di transizione tra soggettività individuale e condivisione con gli altri, tra mondo interno e mondo esterno, tra vissuti fantasmatici e aspetti organizzativi, tra dinamiche relazionali a livelli diversi.

La gestione dell'intervento è condotta attraverso l'individuazione di un progetto personale dell'utente da realizzarsi in un contesto di piccolo gruppo.

Le modalità di gestione dell'intervento favoriscono:

- *l'approccio relazionale*, privilegiando l'ascolto e la relazione interpersonale con gli educatori;
- la *vita di gruppo* come contesto significativo per le interazioni fra pari;
- la *domiciliarità* come "luogo affettivo" di riferimento che favorisce il processo terapeutico
- il *contenimento dell'intervento farmacologico* e medico
- lo *stile animativo* per consentire l'emersione e la valorizzazione del potenziale presente nelle persone;
- la *comunicazione nonverbale* come modalità privilegiata per comunicare e decodificare gli aspetti della vita affettiva ed emotiva;
- lo *stile cooperativo* e la logica delle comunità democratiche per sollecitare forme adeguate di responsabilità, di compartecipazione e di autonomia dei soggetti.

La declinazione operativa di tale orientamento si articola intorno a:

1. Prosecuzione dei percorsi scolastici, o di formazione, o di avviamento, o di lavoro già in atto la cui permanenza lo consenta ed il cui ambiente di riferimento sia geograficamente accessibile. In caso contrario la comunità cercherà di attivare tali processi nel suo contesto territoriale.
2. Presenza di piccole occupazioni quotidiane in comunità, finalizzate all'utilità della vita comunitaria.
3. Attivazione di laboratori espressivi ed attività comunicative
4. Organizzazione creativa del tempo libero a disposizione, con la promozione di attività anche esterne alla comunità e partecipazione ad opportunità educative ed aggregative offerte dal territorio.
5. Promozione/attivazione di percorsi psicoterapeutici di gruppo e individuali
6. Promozione del ruolo di ogni singolo ospite e del gruppo degli ospiti in una logica di comunità democratica attraverso assemblee settimanali per rilettura esperienza di comunità – Il Gigante- e per definire alcuni aspetti organizzativi- la Bussola e attraverso l'attribuzione di ruoli ad ogni singolo ospite in base alle caratteristiche personali e al percorso terapeutico in atto.
7. La valorizzazione del ruolo della famiglia nel percorso di cura e la promozione di relazioni famigliari sufficientemente adeguate.

2.10 Progettualità terapeutica

L'intervento comunitario è un intervento che utilizza la **residenzialità prolungata ma transitoria**, di breve – medio termine dell'ospite a **fini terapeutici**, in situazioni nelle quali è necessaria una parziale discontinuità nel rapporto paziente-famiglia-luoghi di vita.

È caratterizzato dalla continuità di rapporto tra il paziente e la comunità, con la presa in carico della persona e dei suoi bisogni fondata sulla relazione prolungata nel tempo ed intensiva nel quotidiano all' interno di una situazione gruppale. Ciò porta a pensare la comunità come ad un "campo mentale" che attraverso la sua quotidianità rappresenta un elemento facilitatore ed attivatore di salute mentale, oltre ad essere un setting osservativo e terapeutico privilegiato. Rappresenta uno spazio transizionale, una "residenza emotiva" del processo terapeutico nel quale è possibile l'instaurarsi di una relazione contenitrice, e come tale porta con sé l'idea di uno spazio mentale

e relazionale intermedio che favorisce lo sviluppo psichico e in particolare il passaggio di emozioni condivise in gruppo.

Il concetto di **transitorietà** rimanda alla necessità di pensare la residenzialità come una cerniera tra la realtà emotiva e il principio di realtà nei suoi aspetti sociali e quotidiani.

Il progetto terapeutico ed educativo viene costruito tra adolescente – utente, famiglia, comunità terapeutica e servizi specialistici di riferimento, attraverso un patto esplicito, nell'ottica di un'alleanza terapeutica tra tutti i soggetti coinvolti.

2.10.1 Riferimenti valoriali del servizio

- La *centralità della persona* nella relazione di cura, come unicità e originalità di ogni individuo per il quale sono sempre possibili cambiamenti, nuove opportunità, la maturazione di ulteriori potenzialità, indipendentemente dai percorsi di vita personali. Esiste, nel presente, un futuro di bene possibile, per ogni minore.
- *La dimensione dell'alterità come costitutiva l'identità della persona*.
- La *condivisione intesa come con-partecipazione nel quotidiano* delle storie umane coinvolte nella comunità
- La promozione di *spiritualità come acquisizione di senso della vita*.

2.10.2 Riferimenti culturali

- L'*animazione* come tensione verso la valorizzazione della globalità della persona;
- La *non violenza* come opzione di fondo nella relazione;
- Il *rispetto* come tutela della storia e delle potenzialità di ogni persona;
- La percezione del *limite come dimensione presente ed in evoluzione della vita di ogni persona* e, come opportunità di crescita, intesa come disponibilità a cogliere percorsi inediti per la vita di ogni individuo;
- La *condivisione come stile di vita concreto*, in cui adulti e ragazzi possono, nella diversità, condividere piccoli tratti di vita, in una prospettiva di cambiamento;
- La *territorialità come espressione di radicamento del servizio in determinato contesto*.

2.10.3 Riferimenti terapeutici e metodologie di riferimento della comunità

La pratica di Comunità terapeutica integra il pensiero psicoanalitico dinamico con metodologie pedagogiche integrando il fare educativo e il pensare terapeutico. In particolare:

- *Centralità della persona* come riferimento ultimo dell'agire terapeutico. Esso rimanda a dimensioni di unitarietà di intervento, di rispetto dei bisogni individuali, di tutela della persona nella sua complessità e globalità.
- *Prospettiva del cambiamento*, condizione intrinseca dell'atto di cura, che evidenzia la trasformabilità delle situazioni, personali e collettive, a fronte di fattori ed eventi circoscrivibili e verificabili. Si collocano in questa cornice la dimensione dell'*intenzionalità* intesa come insieme di azioni verso un obiettivo concordato, *la progettualità* educativa personale e di comunità; l'assunzione della *complessità* degli eventi, la *temporalità e verificabilità* degli eventi, la *lettura del presente/ degli agiti concreti e quotidiani in chiave storica ed evolutiva.*

- Centralità della *relazione dialogica*, categoria irrinunciabile della realtà umana. Relazione che si qualifica come *educativa*, in quanto esito e processo di rapporto interpersonale che contribuisce a creare un "ambiente sufficientemente buono" con una funzione di contenimento e di promozione della persona. Relazione che mette in gioco la dimensione della *reciprocità* tra i soggetti coinvolti "*ci si educa educando*".

- Valorizzazione della *quotidianità* come setting privilegiato per avviare la presa in carico educativa della/e persone. Il linguaggio delle "cose concrete" diventa un veicolo per lo sviluppo di relazioni, di riappropriazione/sperimentazione di legami, abilità, appartenenze… Il linguaggio delle "cose concrete" diventa un veicolo per lo sviluppo di relazioni, di riappropriazione/sperimentazione di legami, abilità, appartenenze… *con la possibilità di consentire a pazienti e operatori di creare insieme una neo-quotidianità*

… rendendo possibile una ripetizione trasformativa attraverso la riproduzione modificata di una serie di situazioni antiche (a cura di Correale, Bertoni, Psicoanalisi e psichiatria, Raffaello Cortina - p.211).

- *Terapia ambientale*, è il contesto che grazie alle relazioni di cura che si creano in comunità può accompagnare i ragazzi a creare confini e relazioni, dare senso alla loro sofferenza, riprendere il percorso di crescita.

- Presenza nella comunità della "*cultura dell'indagine*", dove la vita quotidiana con le sue relazioni viene utilizzata da operatori ed ospiti, come oggetto di riflessione e di confronto con la realtà;

- Percorso di *cura collaborativo e basato sul consenso* sia con il paziente che con la famiglia:
    - Coinvolgimento nella definizione degli obiettivi
    - Rendere attivo sia la famiglia che l'adolescente per ridurre delega al sistema terapeutico
    - Valorizzazione punti di forza
    - Passaggio fiduciario nei confronti dell'adolescente (diventa anche obiettivo terapeutico)
    - Corresponsabilità nel percorso di cura e nel processo decisionale

- Approccio *individualizzato nel percorso di cura* anche in contesto di gruppo
    - Flessibilità intervento
    - Rapidità attivazione
    - Intensità intervento (in base ai bisogni)

2.11 Farmacoterapia

La metodologia d'intervento della comunità Piccola Stella può comportare l'utilizzo di psicofarmaci come terapia quotidiana continuativa prescritta dal medico specialista in Neuropsichiatria Infantile e/o in Psichiatria della comunità stessa. Viene aggiornato il servizio inviante. Eventuali modifiche provvisorie della farmacoterapia possono essere effettuate dai medici in servizio di Guardia Medica, notturna o festiva, dal medico di base, dal medico del Pronto Soccorso durante eventuali accessi, dal medico del reparto ospedaliero qualora fosse necessario un ricovero.

Il trattamento psicofarmacologico può comprendere la seguente tipologia di farmaci, prescritti singolarmente od in associazione:

- ansiolitici
- antidepressivi
- antipsicotici
- stabilizzanti dell'umore

Il trattamento farmacologico viene compilato nell'apposito schema della cartella clinica sanitaria elettronica (PoinT NPI – GEDI) da parte del medico di riferimento e viene letto dall'infermiere in turno che provvede alla somministrazione ed alla registrazione dell'avvenuta somministrazione.

La terapia farmacologica rispetta criteri di specificità individuale per ogni paziente e viene regolarmente monitorata e modificata in base all'evoluzione della sintomatologia, del percorso di cura e/o ai bisogni del paziente.

I genitori vengono aggiornati dal medico di riferimento in merito la farmacoterapia in corso per il proprio figl* in particolare ove vengano utilizzati farmaci off label per età o per indicazione per i quali viene richiesto apposito consenso.

Ai pazienti viene presentata la farmacoterapia proposta del medico della comunità, spiegandone gli effetti benefici, gli eventuali effetti collaterali per aumentare la consapevolezza del percorso di cura in atto e facilitare una buona compliance farmacologica.

In caso di necessità di sedazione per crisi di agitazione psicomotoria, aggressiva o autolesiva, oltre al contenimento relazionale ed eventualmente manuale, il trattamento psicofarmacologico quotidiano e continuativo può essere integrato da somministrazioni estemporanee di altri farmaci, della tipologia e posologia che sarà ritenuta necessaria dal medico e indicata come TAB nella cartella sanitaria del singolo paziente. In specifico:

- somministrazione in autonomia da parte dell'IP di farmaco di primo livello generalmente un ansiolitico (già prescritta in cartella in terapia al bisogno) con segnalazione in cartella;

- in caso di agitazione psicomotoria significativa si contatta il medico della comunità Piccola Stella reperibile e si concorda la terapia di secondo livello già indicata in cartella sanitaria. Il paziente viene monitorato nei parametri vitali dall'infermiere in turno;
- se il medico è in struttura valuta la modalità di somministrazione farmacologica in urgenza (per os o intramuscolo)

2.11.1 Contenimento manuale

Il contenimento manuale è una strategia che può essere messa in campo durante una crisi pantoclastica di un paziente da parte dell'operatore presente. Il contenimento manuale è da utilizzare soltanto:
- quando ogni altra tecnica di contenimento sia fallita;

- quando vi siano degli evidenti rischi per l'incolumità per il paziente, per gli altri ospiti della struttura.

Il contenimento manuale prevede il mantenimento della dignità della persona e la sicurezza sia del paziente che dell'operatore.

2.11.2 Complicanze

Il trattamento terapeutico, pur se eseguito dagli operatori con perizia, diligenza e prudenza, può prevedere l'insorgere di complicanze, come accade per tutte le prestazioni mediche. Le possibili complicanze dovute al trattamento farmacologico possono essere, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo

- Ipotensione;
- Reazioni di intolleranza o reazioni allergiche;
- Effetti extrapiramidali e/o crisi distoniche;
- Sonnolenza.

In caso di insorgenza di effetti collaterali, la terapia farmacologica in atto viene rivalutata da parte del medico della struttura con il medico neuropsichiatra inviante.

2.12 Progettualità con la famiglia di origine

La comunità intende privilegiare forme di collaborazione e di sostegno ai nuclei familiari degli utenti, laddove questo sia possibile e necessario. Tale coinvolgimento della famiglia si articola intorno ai seguenti assi:

- il coinvolgimento della famiglia nella condivisione del Progetto educativo terapeutico individualizzato in un "patto esplicito" in cui definire modalità di relazione, impegni da assumere sia da parte della famiglia, dell'utente e della comunità. Tale coinvolgimento si sostanzia del documento progettuale "la comunità e noi";
- la cura della famiglia nel favorire il rientro a casa del minore nel fine settimana, non appena ritenuto possibile sia per il minore che la famiglia;
- promuovere la presa in carico della famiglia, in integrazione con i servizi territoriali di competenza, per sostenere il sistema familiare in prospettiva del rientro del minore in famiglia o di altre evoluzioni che il percorso di comunità possa avere.
- Sostegno al ruolo della famiglia durante il percorso di cura attraverso colloqui famigliari e genitoriali.
- Partecipazione a riunioni di gruppo tra genitori a cadenza mensile. La riunione di gruppo è una delle azioni che traducono l'idea della famiglia come interlocutore diretto del percorso di cura del proprio figlio, figlia e concorre a creare le condizioni per un possibile "coinvolgimento del campo mentale famigliare" nei processi di cura in corso.

2.13 Progettualità con il territorio di riferimento della comunità

È di interesse della comunità "Piccola stella" promuovere i rapporti con il territorio di ubicazione della comunità, in una prospettiva di integrazione del servizio nel contesto.

Tale attenzione intende qualificarsi con:

- la promozione di percorsi formativi con il territorio al fine di collaborare con le agenzie locali alla formazione di una cultura educativa locale sempre più capace di sostenere le famiglie e i minori nei processi di accudimento e di cura, con particolare attenzione alle situazioni di disagio;

- l'elaborazione di protocolli con gli Istituti scolastici del territorio al fine di agevolare i rapporti e il buon inserimento dei ragazzi nel tessuto scolastico.
- la collaborazione con le agenzie aggregative del territorio per facilitare l'inserimento dei ragazzi della comunità. Tale collaborazione si può qualificare come sostegno educativo, organizzativo o altro concordato con i responsabili;
- la promozione di una rete di volontariato verso la comunità in collaborazione con le altre realtà del territorio.

2.14 I rapporti con i servizi invianti

La Comunità mantiene, attraverso le diverse figure professionali a ciò deputate, i rapporti con i servizi invianti i ragazzi inseriti, UONPIA territoriali e servizi sociali e/o tutela del territorio di riferimento evidenziando la necessità di un lavoro di rete per permettere ad un percorso terapeutico in comunità di avere un esito positivo.

Viene mantenuto il riferimento alla centralità del sistema territoriale delle UONPIA dotate di équipe multidisciplinari, presenti in ogni ASST e parte integrante dei DSMD (Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze) a garanzia di un monitoraggio del percorso di cura, del collegamento e l'eventuale passaggio dai servizi per minori e quelli per l'età adulta a collaborazione nella gestione di eventuali acuzie psichiatriche non gestibili nella comunità terapeutica.
Per tanto a seguito dell'inserimento di un paziente la Comunità provvede a mantenere le relazioni con i servizi invianti ritenute necessarie per:

- Aggiornare il percorso terapeutico ed educativo del ragazzo con l'andamento della permanenza in Comunità, consentendo l'integrazione della sua storia individuale e la continuità della presa in carico;
- Condividere gli orientamenti terapeutici ed educativi assunti, gli esiti positivi, gli eventuali fallimenti;
- Orientare l'individuazione dei percorsi di post-comunità, fase che si intende percorrere congiuntamente con il servizio inviante e che viene definitiva nel suo orizzonte di massima sin dall'ingresso in comunità.

Il servizio inviante mantiene quindi un ruolo di riferimento cui restituire l'andamento del percorso comunitario senza che l'inserimento in Comunità costituisca la chiusura del rapporto con il ragazzo né una situazione in cui non sia possibile la comunicazione tra i servizi.

I servizi invianti vengono ordinariamente identificati con il Comune di provenienza del ragazzo ed il suo servizio sociale, nonché con il servizio specialistico di NPIA che lo ha preso in carico ed ha definito l'invio in comunità terapeutica.

2.15 Coinvolgimento del paziente nel percorso di cura

Il percorso di cura in comunità Piccola Stella si basa sul coinvolgimento del paziente nella costruzione del proprio percorso terapeutico convinti che l'efficacia di un percorso sia legato anche alla disponibilità del paziente ad accettare e sostenere il progetto di cura, al suo livello di coinvolgimento nella fase di costruzione progettuale, al suo peso nelle decisioni che lo riguardano direttamente.

Il livello di coinvolgimento del paziente si modifica con il modificare del suo stato psicofisico.

Si evidenzia questa attenzione nella

- presenza del paziente nella delineazione del percorso di cura sia attraverso incontri continui con medico, coordinatore psicoterapeuta, educatore di riferimento, che attraverso l'utilizzo di strumento quali "io e la comunità"
  - nella possibilità di dialogo continuo con operatori e clinici presenti in struttura;
  - nella partecipazione ad incontri assembleari di comunità;
  - nella scelta dei percorsi di attività espressive/sportive individuali, in base ai propri gusti e talenti.

Segnaliamo inoltre il coinvolgimento di ogni paziente nel gruppo degli ospiti evidenziando il ruolo terapeutico del gruppo dei pazienti che si sostanzia nell'attivazione di

- gruppi di parola autogestiti dai ragazzi (se vi sono le condizioni nel gruppo di ospiti)
- gruppo di comunità a cadenza settimanale con i clinici responsabili della comunità;

- gruppo organizzativo a carattere bi settimanale con operatori
- gruppi attivati in base ad eventi significativi interni alla comunità
- gruppo di psicoterapia a cadenza settimanale

2.16 Cartella Sanitaria Elettronica

La comunità Piccola Stella dal 2020 si è dotata di cartella clinica elettronica "POINT NPI" per una maggiore trasparenza della documentazione clinica e semplificazione delle comunicazioni interne alla comunità.

2.17 Registro richieste di Accesso

La comunità Piccola Stella è dotata di un registro informatizzato delle richieste di inserimento presso la struttura comunitaria.

Il registro prevede la registrazione di data di richiesta, ente di provenienza, nome e cognome del paziente, età, diagnosi prevalente, disponibilità all'accoglienza.

L'offerta di posti disponibili presso la comunità Piccola Stella è rintracciabile sul sito Piccola Stella – Kaleido (centrokaleido.it).

3. PROCEDURE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO

Nell'ambito della comunità "Piccola Stella", la fase di erogazione del servizio si sviluppa attraverso tre principali processi:

- Inserimento del minore
- Erogazione del servizio all'utente
- Dimissione dell'Utente

Tali processi si snodano nella quotidianità, sullo sfondo di una costante cura da parte della Comunità "Piccola Stella", del lavoro di integrazione con la rete di servizi educativi e terapeutici territoriali a carattere locale e provinciale.

3.1 Inserimento del Minore

Valutazione delle richieste di inserimento

Gli operatori dei servizi di Neuropsichiatria Infantile possono fare richieste di inserimento di un proprio paziente alla Piccola Stella attraverso l'invio di una relazione all'indirizzo piccolastella@aeper.it

Le informazioni necessarie per la valutazione della richiesta sono:

- dati anagrafici del minore
- valutazione clinica e diagnosi della UONPIA del territorio di residenza
- descrizione della complessità e instabilità quadro clinico, decorso clinico personale, interventi attuati e in corso
- alcuni elementi della storia famigliare, punti di forza e fragilità del sistema famigliare
- descrizione della compromissione personale e sociale del paziente
- presenza di provvedimento dell'Autorità Giudiziaria
- obiettivi che si intendono perseguire con l'inserimento in comunità
- ipotesi del contesto di rientro dopo il percorso terapeutico in comunità
- grado di compliance dell'adolescente al progetto di comunità
- PTI redatto dalla Uonpia inviante, se disponibile
- Esito valutazione CAN'S se disponibile

Il coordinatore della comunità valuta la richiesta tenendo in considerazione l'idoneità della Piccola Stella a trattare le problematiche del minore e la compatibilità dello stesso con il gruppo degli ospiti presenti in struttura.

Entro 48 ore dalla richiesta dell'ente inviante, si provvede a dare risposta con indicazione di disponibilità all'accoglienza, eventuale riserva e eventuale diniego, dandone le motivazioni. In caso di disponibilità all'accoglienza, vengono indicati i tempi di attesa e viene proposto un incontro tra operatori presso la comunità per condividere quali prospettive progettuali siano possibili nel caso specifico, quali le migliori condizioni per l'ingresso, come trattare le criticità, quali passaggi amministrativi sono necessari e quant'altro sia utile per valutare ed attuare l'inserimento dell'adolescente.

È presente un registro annuale informatizzato con elenco richieste e risposte inviate ai servizi.

Fase di conoscenza pre-ingresso

Sono previsti colloqui di approfondimento con i servizi invianti per conoscere la storia de paziente e il progetto di cura pensato da chi ha in carico il paziente. Vengono definiti gli obiettivi generali dell'intervento terapeutico residenziale e il periodo ipotizzato, con indicazione approssimativa della data di chiusura. Solitamente il percorso residenziale non supera i 24 mesi.

Prima della conferma della data relativa l'ingresso in comunità, si chiede al minore e alla sua famiglia di partecipare ad un breve percorso di reciproca conoscenza in comunità che prevede:

- un colloquio di conoscenza tra l'adolescente e il medico e/o il coordinatore e, contestualmente, un colloquio di conoscenza tra i genitori e il coordinatore della struttura finalizzato a conoscenza reciproca, raccolta anamnestica, somministrazione Can's
- due accessi del ragazz* in comunità per conoscere e farsi conoscere dal gruppo degli ospiti presenti. Se il paziente è ricoverato in struttura ospedaliera o impossibilitato a partecipare in presenza, l'incontro viene svolto on line.

A conclusione di questa fase e dopo un confronto con lo staff clinico ed operativo, con i servizi invianti e il paziente con la famiglia, il coordinatore della comunità, se sussistono ancora le motivazioni all'ingresso, viene confermata la data d'ingresso ipotizzata.

Ingresso in comunità

Al momento dell'ingresso in comunità è necessaria la presenza dei genitori e del servizio inviante sia per adempiere agli obblighi formali (firma del consenso informato al trattamento, ricezione regolamento della comunità etc…) che per rendere esplicita la continuazione del legame con i servizi inviante e l'investimento nel percorso di cura anche della famiglia.

Viene individuato psichiatra di riferimento e educatore referente che andranno a formare insieme a coordinatore la **microequipe**. Scopo della microequipe sarà quello di:

- formalizzare, monitorare, promuovere con il paziente il Progetto Terapeutico Individuale Integrato stabilito nell'equipe di progetto;
- individuare i micro obiettivi terapeutici ed educativi coerenti con il progetto riabilitativo per i successivi 6 mesi.
- È incaricata di valutare la CANS e HonosCA.

3.2 Erogazione del Servizio

Avvenuto l'inserimento del minore ha avvio l'esperienza di comunità attraverso l'avvio degli interventi terapeutici e delle attività quotidiane.

Le modalità e le strategie assunte seguono il seguente **modello clinico**:

Nel primo **periodo di conoscenza** (45 giorni) si procede con valutazione psicodiagnostica, psichiatrica, anamnestica, educativa e sociale.

Questa fase prevede l'utilizzo dei seguenti strumenti:

- colloqui clinici (del medico e dello psicologo) con l'adolescente;
- somministrazione di test all'adolescente;
- osservazione educativa nel contesto comunitario
- CANS del servizio inviante

A 1 mese dall'ingresso si svolge **l'équipe di progetto**. Vengono integrate osservazioni psichiatriche, psicologiche, educative, anamnestiche, sociali dell'utente. Il medico, avvalendosi anche di alcuni strumenti (CANS e HONOSca), propone alcuni punti di vulnerabilità e di forza emersi che vengono discussi dall'equipe. Si stabilisce la diagnosi, si individuano gli obiettivi progettuali attraverso specifiche aree di intervento e la tempistica per la realizzazione del progetto.

Entro la settimana successiva la coordinatrice della comunità in quanto referente della micro équipe, con il sostegno dell'educatore di riferimento e con il contributo del paziente costruisce e poi formalizza il **piano terapeutico individuale integrato (PTRI) c**he viene presentato a famigliari e enti invianti da medico e coordinatrice. Il PTRII contiene:

- Breve anamnesi
- obiettivi del percorso terapeutico suddivisi per aree tematiche (vedi schema PTRI)
- I micro obiettivi
- Lo schema settimanale operativo

Monitoraggio del PTRI a cadenza mensile dall'educatore di riferimento e dal paziente.

Viene condiviso con i genitori ogni 4 mesi.

Con gli enti invianti ogni 4 mesi al massimo, tempistica che è soggetta a variazioni in base all'andamento del percorso, alla fase del percorso, alla presenza di acuzie…

Dopo 6 mesi e/o in base al bisogno la micro équipe monitora il PTRI integrando le informazioni dalla quotidianità della comunità con quanto emerge da psicoterapia di gruppo, eventuale psicoterapia individuale e maestri d'arte/terapisti/allenatori interni ed esteri alla comunità.

Se sono necessarie delle modifiche al progetto, queste avvengono sempre coinvolgendo il paziente.

Ogni 6 mesi circa si svolge l'equipe di monitoraggio che integra con discussione collegiale le valutazioni emerse in micro équipe in merito l'andamento del PTRI e del progetto psicoeducativo riportate da coordinatore e da educatore di riferimento.

Viene poi stilata da parte del medico la relazione di aggiornamento che include un aggiornamento clinico, un'analisi degli obiettivi proposti e degli obiettivi raggiunti, aggiornamento farmacologico da inviare ai servizi di riferimento.

Tale relazione è sintesi degli incontri di monitoraggio con il paziente, di confronto nei micro equipe e nell' equipe di monitoraggio.

Questo processo prosegue fino al termine del progetto riabilitativo.

3. 2.1 il progetto di comunità – le attività

Il quotidiano della vita in comunità si snoda intorno ad alcuni assi portanti che sostengono sia il singolo nella sua progettualità individuale che il gruppo di persone che, in un determinato periodo, sono compresenti in comunità.

Essi si declinano in:

Attività quotidiane

- Riavvio percorsi scolastici o lavorativi
- Cura della casa con piccole mansioni personali
- cura igiene personale
- valorizzazione e promozione interessi personali

Attività specifiche individuali

- Mantenimento o promozione di attività legate al proprio percorso terapeutico (psicoterapia, rapporti con i servizi, farmacoterapia...)
- cura delle relazioni con nucleo familiare;
- possibilità di accedere ad attività terapeutiche promosse dalla comunità (cura degli animali, cura dell'orto, ateliers...)
- attività individuali nel territorio alla luce di interessi, passioni, talenti…

Attività di gruppo

- Iniziative di gestione del tempo libero sia all'interno che all'esterno della comunità;
- laboratori espressivi
- gruppi di parola autogestiti dai ragazzi (se vi sono le condizioni nel gruppo di ospiti)
- gruppo di comunità a cadenza settimanale con i clinici responsabili della comunità;
- gruppo organizzativo a carattere bi settimanale con operatori
- gruppi attivati in base ad eventi significativi interni alla comunità
- gruppo di psicoterapia a cadenza settimanale

Attività sul territorio

Avvio e mantenimento di relazioni con il territorio sia in modo strutturato sia occasionale, legate ad iniziative gestite in gruppi aggregativi ed educativi ma anche a momenti informali, a gruppi amicali, a permanenze in famiglie disponibili a brevi accoglienze.

3.3 Dimissione del paziente

La fase di dimissione dalla comunità è un momento delicato. È uno snodo delicato, portatore di grandi potenzialità, ma anche di momenti di fatica e fragilità e perdita. Un passaggio che diventa linea di cesura con interruzione-evoluzione dei percorsi di cura, delle terapie avviate e sensibile aumento del rischio di ricaduta o recidiva. Inoltre in quei casi (la maggioranza) in cui la traiettoria evolutiva non è così netta ed univoca, la confusione e l'incertezza di famiglie e ragazzi diventa un ulteriore elemento di dispersione e vissuti di solitudine, abbandono e vuoto.

L'Utente viene dimesso dalla Comunità, al verificarsi della seguente situazione:

- conclusione del Progetto Terapeutico Individuale per il raggiungimento degli obiettivi o termine dei tempi previsti
- interruzione del Progetto Terapeutico per insorgere di situazioni critiche non gestibili all'interno della comunità

Le dimissioni vengono precedute da verifiche tra servizi invianti e i referenti della comunità. Verifiche finalizzate all'analisi del percorso svolto, alla valutazione di punti di forza e fragilità sia individuali che del contesto famigliare per definire un percorso di preparazione alla chiusura del progetto di comunità sia nel caso in cui il minore abbia compiuto l'intero percorso terapeutico che nel caso di chiusura anticipata.

La definizione e la comunicazione della data di dimissione è definita almeno 3 mesi prima.

Fanno eccezione a questa procedura, la presenza di gravi agiti del paziente contro gli altri ospiti o operatori della comunità, agiti violenti contro la struttura, la non volontà del paziente di restare in comunità per un percorso di cura. In tal caso la tempistica della dimissione, pur concordata con il servizio inviante, avrà una tempistica specifica.

Se le dimissioni prevedono l'inserimento in una nuova struttura terapeutica o educativa, verrà favorito l'instaurarsi del rapporto con tale servizio anche durante la permanenza in Comunità.

4. MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO

La Comunità terapeutica è un flusso gruppale organicamente e sinergicamente organizzato si è ritenuto necessario garantire una efficace flessibilità e una trasparente suddivisione dei ruoli e delle funzioni nella costruzione dell'équipe curante, al fine di meglio adattare le diverse figure professionali (mediche, educative, psicologiche etc.) alla specificità dei percorsi e una risposta flessibile ai bisogni di cura e riabilitazione del singolo paziente.

4.1 Ruoli e funzioni

Vengono di seguito individuate le funzioni e i livelli di responsabilità delle figure professionali presenti nella comunità "Piccola stella".

Coordinatore di comunità

- Coordina e monitora la Comunità dal punto di vista Organizzativo e Progettuale e collabora con il coordinatore infermieristico e logistico per gli aspetti gestionali della comunità.

- Coopera con il medico e il Coordinatore inf.co e logistico per l'attuazione della progettualità terapeutica della comunità e dei singoli progetti individuali.
- In quanto parte dello staff direttivo promuove lo sviluppo della comunità e ne assume l'attivazione in base agli oggetti di competenza.
- assume le strategie di sviluppo della cooperativa e le traduce coerentemente all' interno del servizio.
- Contribuisce per la parte di sua competenza al funzionamento dell'Equipe Educativa e indirizza/monitora affinché ogni operatore aderisca alla mission della Comunità e cooperi alla attuazione delle procedure discusse e condivise in ambito di Equipe.
- Collabora con il coordinatore infermieristico e logistico al Buon Funzionamento della Struttura abitativa.
- È Responsabile del raccordo con gli enti invianti sugli aspetti, sociali e organizzativi
- Organizza l'attuazione della fase di inserimento del nuovo ospite in raccordo con il medico, gli enti invianti e la famiglia e vigila sull'applicazione dei consensi informati all' ingresso degli ospiti.
- È Responsabile unitamente al medico, per la parte di sua competenza, dei percorsi di selezione e di inserimento dei nuovi ospiti.
- partecipa alla decisione inerente la dimissione di un ospite insieme allo psichiatra e direttore sanitario.
- Effettua, per la parte di sua competenza, la raccolta anamnestica e l'indagine sociale con le famiglie e i servizi territoriali dei nuovi Ospiti.
- È responsabile della gestione delle richieste di inserimento in Comunità.
- Promuove e verifica l'attuazione del progetto psicoeducativo durante l'equipe di comunità, con la micro-equipe e nel rapporto diretto con il ragazzo
- Promuove l'integrazione del Servizio/Progetto nel territorio di riferimento.
- Presidia e coordina gli operatori referenti di singoli settori d' intervento (Referente scuola, attività e tempo libero referente agenda appuntamenti comunità ecc…) all' interno della comunità e nel rapporto con gli interlocutori esterni (Scuole, tirocini lavorativi, agenzie del territorio, volontari ecc..)
- Supporta il responsabile d' area per gli aspetti di sua competenza, relative i rapporti con ATS
- Si occupa in collaborazione con il coordinatore inf.co della selezione e della valutazione degli operatori, per la selezione e valutazione dei tirocinanti e servizio civile.
- Coopera con e il coordinatore inf.co logistico alla rilevazione dei bisogni formativi del Gruppo degli Operatori e ne organizza l'attuazione con il referente della formazione della cooperativa e il coordinatore inf.co logistico.
- Promuove in accordo con lo staff direttivo provvedimenti disciplinari in merito gli operatori
- È rintracciabile telefonicamente in situazioni di urgenza per la parte di sua competenza.
- È responsabile del rapporto con le famiglie degli ospiti in coordinamento con medico
- Quando presente coordina la riunione di "cambio turno" con gli Operatori.
- Stila il Progetto Terapeutico Individuale Integrato che è stato definito nell'equipe di progetto
- Partecipa alle microequipe per collaborare all' attuazione del PTII per la parte di sua competenza.
- Interagisce con gli ospiti della comunità al fine di realizzare il PTII (Progetto terapeutico Individuale e Integrato) per quanto di sua competenza.
- assegna agli educatori della referenza sul progetto terapeutico integrato e individuale.
- Stabilisce con il Responsabile Clinico e il Coordinatore inf.co Logistico l'ODG della Equipe di Comunità.
- Coordina l'Equipe di Comunità
- Coordina l'assemblea di Comunità
- È Responsabile della tenuta e archiviazione della modulistica e documentazione necessaria al funzionamento della comunità.
- partecipa al raccordo d' area e al raccordo coordinatori anche in funzione della realizzazione della integrazione tra servizi e aree diverse.
- Coordina l'inserimento e l'azione dei volontari impegnati all'interno del Servizio/Progetto.
- Gestisce la restituzione ai ragazzi delle decisioni prese in équipe in collaborazione con l'educatore presente
- È responsabile della tenuta e aggiornamento dei dati relativi gli ospiti della comunità.
- È responsabile della tenuta dei documenti personali degli ospiti,

Coordinatore infermieristico e logistico

- È Responsabile del raccordo con gli enti invianti sugli aspetti amministrativi

- È responsabile della rendicontazione mensile delle presenze in comunità degli ospiti ai fini amministrativi.
- È preposto alla sicurezza.
- Supporta la coordinatrice del servizio nella gestione delle risorse economiche e materiali con l'aiuto del referente economo gestendo i rapporti con l'ufficio amministrativo della cooperativa
- Presidia e coordina gli operatori referenti di singoli settori d' intervento (Referente economato, manutenzione, informatico, pasti/catering)
- Supporta il responsabile d' area per gli aspetti di sua competenza, relative i rapporti con ATS
- Partecipa al percorso di selezione dei nuovi operatori e valutazione degli operatori ed è referente dei rapporti tra servizio e settore RU per la selezione degli operatori e per gli aspetti disciplinari
- partecipa al raccordo coordinatori
- Supporta il gruppo operativo presente per alcune restituzioni ai ragazzi delle decisioni prese in équipe
- Responsabile dell'organizzazione del lavoro degli Operatori e ne monitora aiutato dal coordinatore di comunità la coerenza con i principi etici della Cooperativa e contrattuali.
- Coordina dal punto di vista organizzativo e logistico l'azione delle risorse umane di cui è referente, educatori, ASA, infermieri e Jolly.
- Partecipa con i medici e il Coordinatore di comunità alla preparazione dell'ODG dell'equipe di comunità.
- Partecipa alle azioni di rilevazione dei fabbisogni formativi degli Operatori.
- Garantisce le connessioni tra la Comunità ed il Sistema Cooperativa.
- È rintracciabile telefonicamente per comunicazione urgenti di carattere organizzativo.
- È Referente, in collaborazione con la coordinatrice della comunità, del buon funzionamento della struttura abitativa e delle segnalazioni di problemi strutturali al settore amministrativo della cooperativa.
- Compartecipa al Presidio la rendicontazione dei dati relativi le presenze/assenze degli Ospiti per l'ATS di Bergamo.
- Partecipa all' assemblea di comunità e a momenti di vita quotidiana della comunità.Tiene i rapporti con il referente della cooperativa (Castello) che ha in carico la manutenzione ordinaria e straordinaria dell'area verde della comunità
- È responsabile della gestione della farmacia della Comunità
- È referente nei rapporti con il medico di base
- Elabora protocolli e procedure organizzative in collaborazione con il Direttore Sanitario
- Attua una supervisione di tutti i protocolli inf.ci attuativi, cartella infermieristica, registro stufacenti, scheda terapia;
- assume le strategie di sviluppo della cooperativa e le traduce coerentemente all' interno del servizio.
- supporta il responsabile d' area nel monitoraggio dell'andamento economico della comunità per quanto di sua competenza
- è referente per la gestione dei rifiuti speciali

Medico di COMUNITA'

- Collabora con il coordinatore della comunità con i servizi invianti degli Ospiti
- Responsabile della valutazione diagnostica (anamnesi, test, raccolta osservazioni equipe…)
- E responsabile della relazione di aggiornamento progettuale per i servizi invianti
- È Responsabile della corretta apertura, tenuta e chiusura delle cartelle cliniche e di tutti i documenti sanitari
- È rintracciabile telefonicamente per comunicazioni urgenti di carattere clinico in accordo con gli altri medici e il direttore sanitario.
- partecipa a progetti di ricerca scientifica in cui è coinvolto
- È responsabile gli ospiti da punto di vista psichiatrico e medico, in collaborazione con i servizi territoriali e il medico di medicina generale di competenza.
- È responsabile clinico in collaborazione con il coordinatore dei pazienti che sono stati attribuiti in base a criteri organizzativi, per tipologia di diagnosi e in base ai bisogni presenti
- È referente dei colloqui clinici a cadenza regolare con i pazienti della comunità
- È referenti dei colloqui a cadenza regolare con i genitori per aggiornamenti, coinvolgimento nel percorso di cura e supporto alle funzioni genitoriali
- È responsabile della psicodiagnosi e con la collaborazione del coordinatore di comunità della raccolta anamnestica

- Collabora unitamente al coordinatore di comunità, per la parte di sua competenza, dei percorsi di selezione e di inserimento dei nuovi ospiti, fini all'equipe di ingresso
- Coopera con il Coordinatore di comunità alla rilevazione dei bisogni formativi del Gruppo degli Operatori.
- Partecipa con il Coordinatore di comunità e il Coordinatore gestionale alla preparazione dell'ODG della Equipe di comunità.
- Coopera con il Coordinatore logistico e il coordinatore per l'attuazione della progettualità terapeutica della comunità e dei singoli progetti individuali
- Viene coinvolto per gli aspetti di competenza nel percorso di selezione dei nuovi operatori e valutazione degli operatori sanitari.
- Partecipa ai raccordi con i servizi invianti e con le figure sanitarie e psicologiche coinvolte nei percorsi di cura, per i pazienti di cui è formalmente responsabile.
- Coordina la verifica del processo terapeutico e degli esiti del progetto attraverso test scientifici
- partecipa alla decisione inerente la dimissione di un ospite
- ….

Direttore sanitario

- È direttore sanitario dei servizi accreditati dell'area di neuropsichiatria della cooperativa Aeper
- È responsabile del processo decisionale inerente l'accoglienza e dimissione di un ospite insieme allo psichiatra, e coordinatore della comunità e della comunicazione al responsabile d' area
- È responsabile del funzionamento complessivo della Comunità e ne stabilisce il fabbisogno di organico.
- È responsabile della definizione del modello organizzativo della Comunità, che definisce in accordo con il Responsabile di Area e il C.d.A.
- È responsabile del profilo igienico-sanitario della Comunità;
- Controlla la corretta esecuzione delle procedure previste in termini di smaltimento dei rifiuti speciali sanitari e stupefacenti.
- È responsabile della corretta tenuta dei farmaci e di eventuali stupefacenti e delle cartelle cliniche;
- periodicamente verifica il registro dei farmaci qualora presente, in collaborazione con coordinatore infermieristico
- Gestisce eventuali vertenze medico-legali agite da parte dei pazienti o dei loro familiari in collaborazione con il Coordinatore, il Responsabile d'Area della Cooperativa e il Medico Psichiatra referente del paziente

Responsabile Area di NPI della cooperativa Aeper

- È responsabile per conto della cooperativa Aeper del buon andamento del servizio residenziale Piccola Stella, dello sviluppo, dell'adeguatezza alle normative regionali previste;
- È responsabile del budget economico della comunità Piccola Stella;
- In collaborazione con il Coordinatore, il Responsabile d'Area della Cooperativa e il Medico Psichiatra referente del paziente
- Gestisce eventuali vertenze medico-legali agite da parte dei pazienti o dei loro familiari in collaborazione con il Direttore Sanitario, il Coordinatore, il Medico Psichiatra referente del paziente
- È responsabile insieme al Direttore Sanitario del modello organizzativo della comunità
- È referente dei rapporti con le Uonpia del territorio per aspetti progettuali, di sviluppo del servizio residenziale;
- È referente dei raccordi politici con il territorio dei Medolago e dell'Isola Bergamasca
- Si raccorda con il coordinatore per la definizione del piano formativo annuale della comunità;
- Mantiene il collegamento tra le linee strategiche della cooperativa e la comunità residenziale Piccola Stella.

Educatore, educatore sanitario, psicologo operatore di comunità e tecnico della riabilitazione psichiatrica

- Conosce e si allinea con spirito di appartenenza ai valori della Cooperativa e della Comunità, integrando le proprie funzioni con quelle degli altri operatori e ruoli presenti in Comunità.
- Concorre attraverso la propria formazione a dare un senso alle azioni transferali e controtransferali della comunità nel suo insieme e degli ospiti;
- Attraverso le relazioni educative e le attività che sostanziano la vita quotidiana della comunità, promuove la realizzazione del progetto terapeutico del servizio e dei progetti psico-educativi dei singoli ospiti:
    - ✓ conosce la storia degli ospiti e gli obiettivi clinici;
    - ✓ contribuisce a delineare il progetto educativo terapeutico individuale con l'equipe clinica, coinvolgendo nelle modalità concordate il singolo ospite della comunità;
    - ✓ struttura il rapporto educativo quotidiano con i ragazzi ospiti;
    - ✓ cura il gruppo degli utenti;
    - ✓ sostiene e tutela il singolo e il gruppo nel senso di appartenenza alla comunità;
- Concorre alla strutturazione di un sistema di regole comunitario, condiviso in Equipe Comunità e con gli ospiti stessi. É garante del regolamento interno della comunità (elaborato in equipe educativa) ed è corresponsabile del rispetto della sicurezza della struttura.
- Cura con particolare attenzione gli aspetti legati alla relazione abitativa di ogni ospite con la casa–comunità. In particolare:
    - ✓ Si occupa della gestione e della cura della casa insieme agli ospiti e al personale preposto;
    - ✓ collabora nella verifica degli alimentari occorrenti per la preparazione dei pasti insieme ai ragazzi;
    - ✓ verifica il rispetto dei compiti dei ragazzi come previsti dall' organizzazione della casa (lavaggio, preparazione tavola…);
    - ✓ gestisce lo stato di pulizia e igiene dei capi di abbigliamento, camera e armadi…
    - ✓ verifica l'igiene personale degli ospiti della comunità.

- Partecipa agli incontri dell'Equipe Comunità, portando il proprio contributo all'analisi delle situazioni e alla presa di decisioni che riguardano l'azione educativa terapeutica individuale e rivolta al gruppo dei ragazzi ospiti.
- Partecipa in modo attivo alle microequipe finalizzate alla stesura del PTII.
- Si occupa della produzione dei documenti richiesti per la qualità delle azioni educative (progetti individuali, diario di bordo, progetti psicoeducativi e relazioni osservative con la tempistica condivisa e concordata ecc...) e ha la responsabilità di raccogliere e fornire tutte le informazioni necessarie per lo svolgimento del proprio e altrui lavoro in uno spirito cooperativistico.
- Partecipa alla supervisione mensile e alle proposte di formazione individuali e di gruppo.
- Partecipa alla strutturazione e alla gestione della vita quotidiana degli ospiti, accompagnandoli nelle diverse attività (scuola, tirocini, sport…) e ne cura le uscite sul territorio come da progetto individuale e in relazione alle esigenze del gruppo.
- Gestisce le situazioni di emergenza intervenendo secondo quanto definito dalle procedure interne.
- Concorre a gestire i rapporti con i genitori dei ragazzi in riferimento alle linee progettuali individuali e in accordo con il coordinatore della comunità;
- Partecipa ai percorsi di selezione e inserimento dei nuovi ospiti insieme al responsabile della struttura e psicologo della comunità.
- Gestisce le azioni correlate alle aree di cui è referente e riferisce all' equipe Operatori (gestione cassa, gestione automezzi, manutenzione casa, catering…)

A.S.A

- Supporta le funzioni educative e terapeutiche della comunità partecipando alle attività quotidiane di loro competenza.
- Si occupa dell'ordine e della cura degli spazi della comunità.
- Vigila in modo attivo sugli ospiti nei turni in cui è prevista la loro presenza.
- Partecipa almeno una volta al mese all' equipe comunità.

Infermiere

- Si occupa della gestione della farmacia della Comunità (monitoraggio farmaci, scadenze, acquisti…);
- Collabora con le figure mediche per gli aspetti sanitari;

- Si occupa della preparazione e somministrazione della terapia farmacologia;
- Registra le movimentazioni dei rifiuti speciali
- Rileva i parametri vitali degli utenti (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ecc.);
- Esecuzione di prelievi ematici presso la struttura con trasporto dei campioni presso le strutture laboratoriali locali;
- Esecuzione di medicazioni;
- Compila la reportistica delle attività infermieristiche svolte e
- Partecipa gli incontri dell'Equipe Comunità, portando il proprio contributo all'analisi delle situazioni e alla presa di decisioni che riguardano l'azione educativa terapeutica individuale e rivolta al gruppo dei ragazzi ospiti;
- Partecipa alla supervisione mensile e alle proposte di formazione individuali e di gruppo;
- Gestisce le situazioni di emergenza intervenendo secondo quanto definito dalle procedure interne;
- Attraverso relazioni infermieristiche che presentano il quadro fisico delle condizioni generali dell'utente, contribuisce alla realizzazione del progetto psico-educativo dei singoli ospiti.

4.2 Organigramma (aggiornato a febbraio 2023)

4.3 Struttura organizzativa

La strutturazione organizzativa della comunità prevede una forte collegialità e corresponsabilità nelle scelte e decisioni sia di tipo clinico – pedagogico che organizzativo finalizzata alla creazione di un ambiente terapeutico all'interno della comunità.

Esistono comunque luoghi progettuali specifici con risorse adeguate che in prima persona si assumono le responsabilità collegate al proprio ruolo.

Briefing

È composta da: Coordinatore di comunità, responsabile clinico, coordinatore logistico
si incontra a cadenza settimanale.

- condivide le procedure di sicurezza interna e valuta ulteriori dispositivi le in accordo il R.S.P.P.
- Riflessioni e azioni per gestione emergenza
- monitoraggio equipe operatori
- monitoraggio complessivo della comunità sul piano gestionale, clinico e organizzativo
- monitoraggio percorsi terapeutici
- definisce odg dell'equipe di comunità
- valuta e organizza in merito agli inserimenti di nuovi ospiti.

Staff tecnico mensile

È composta da: Direttore Sanitario, Coordinatore Comunità, responsabile Clinico, Coordinatore Gestionale, responsabile d' area

Si incontra 1 volta al mese al lunedì mattina e al bisogno

- Valuta l'andamento complessivo della comunità, tenendo conto sia degli aspetti terapeutici ed educativi che di quelli organizzativi e gestionali.
- discute dello sviluppo della comunità in relazione ai bisogni interni, all' area di NPI e della cooperativa
- In stretto raccordo con il Responsabile Settore Amministrativo e con il Responsabile Risorse Umane della Cooperativa, decide in merito a interventi che riguardano le risorse umane, l'organizzazione degli spazi e degli strumenti della comunità.
- Valutazione situazioni cliniche in relazione ai servizi invianti (drop out, passaggi ad altri servizi…)
- definizione bisogni formativi
- valuta richiami disciplinari

Equipe Comunità

È composta da: Direttore Sanitario, Coordinatore Comunità, responsabile Clinico, Coordinatore Gestionale, ASA, Educatori, Infermieri, medico referente e psicologo di comunità.
È il cuore della comunità nel quale tutti i professionisti presenti concorrono a condurre la comunità terapeutica.
Si incontra 1 volta la settimana.
Viene redatto un verbale che viene firmato a conferma di lettura da chi non è presente.

- Valuta e monitora la situazione di ciascun ospite dal punto di vista terapeutico, psicologico e educativo, e indirizza le azioni di intervento riabilitativo.
- definisce la risposta alle richieste degli ospiti poste all' equipe
- vengono comunicate le informazioni provenienti dalla cooperativa agli operatori
- discute, valuta e monitora le azioni riabilitative individuali e di gruppo della comunità
- analizza le dinamiche gruppali della comunità
- definisce alcuni aspetti organizzativi legati la vita di comunità e i singoli percorsi terapeutici (esami, visite genitori…)
- promuove azioni, progetti per la crescita e il benessere della vita di comunità
- definisce le regole della vita della comunità
- Offre il proprio contributo nei percorsi di selezione e inserimento di nuovi ospiti.
- si discute degli elementi di sicurezza della comunità
- ….

Questo luogo di cura della comunità diventa:

- *Equipe di progetto*: dopo circa 1 mese dall'inserimento del nuovo Ospite.
- *Equipe di monitoraggio:* avviene ogni 6 mesi dopo l'equipe di progetto
- *Plenaria di fine anno* con tutti gli Operatori compreso Responsabile di Area e Responsabile del Personale con discussione della Relazione annuale e condivisione degli Obiettivi per l'anno seguente.

Microequipe

Formata da coordinatore di comunità, educatore referente, infermiere, paziente ed eventuale tirocinante.
È finalizzata a:

- Formalizzare, monitorare, promuovere con il ragazzo e la famiglia il progetto terapeutico stabilito nell'equipe di progetto
- individuare i micro obiettivi terapeutici ed educativi coerenti con il progetto riabilitativo per i successivi 6 mesi.
- È incaricata di valutare la CANS.
- La micro équipe si incontra ogni 2-3 mesi in base al percorso terapeutico di ogni paziente
- L'educatore di riferimento ogni mese incontra il paziente per monitoraggio del percorso terapeutico.

Riunione "passaggio consegne"

È composta da Coordinatore di Comunità o un medico e gli Operatori in turno tutti i giorni alle 14,30 fino 15,00

Supervisione

Incontro a cadenza mensile con psicoterapeuta esterno. È rivolta a tutti operatori della comunità.

4.4 Struttura organizzativa con ospiti della comunità

Riunione organizzativa con i ragazzi
Riunione a cadenza settimanale con i ragazzi e tutti gli operatori in turno nella logica della gestione partecipante alla vita di comunità.

È finalizzata a:
- organizzare la vita di comunità nelle sue azioni trasversali
- promuovere partecipazione degli ospiti alle decisioni organizzative da prendere

Assemblea di Comunità
Assemblea a cadenza settimanale con la presenza di tutti gli ospiti della comunità gli operatori in turno con coordinatore psicoteraputa, coordinatore logistico e, quando possibile, medico psichiatra.
L' assemblea è finalizzata a
- Riprendere le dinamiche di gruppo della settimana
- Spazio di ascolto dei ragazzi
- Spazio di parola di ogni ragazzo
- …

Gruppo Regoliamoci
Incontri semestrali con ragazzi/ragazze con la presenza dell'equipe curante per revisionare il regolamento interno della comunità in merito lo stile e la qualità del vivere insieme.

4.5 Formazione e supervisione

Il percorso di supervisione per gli operatori (clinici, educatori, TERP, ASA, infermieri) della Comunità "Piccola Stella" prevede sostegno ed accompagnamento al fine di raggiungere una identità di gruppo di lavoro e di sviluppare competenze relative alla operatività professionale. È un servizio offerto agli operatori della Comunità e non è correlato alla valutazione dei partecipanti. Non si configura né come controllo né come verifica, ma come un percorso di crescita costruttiva sia in ambito relazionale (dinamiche del gruppo) sia in ambito clinico (conoscenze). L'esperienza di supervisione si caratterizza come esperienza di aiuto e spazio di riflessione specificatamente circolare. La finalità principale del gruppo di supervisione è la creazione di un campo condiviso che abbia la funzione di attivare momenti di pensiero individuale e collettivo. Lo scopo del gruppo è di sostenere gli operatori nella riflessione e nella valutazione dell'agire professionale in relazione ai casi ed alle attività professionali realizzate. Attraverso la descrizione di ciò che si fa e di ciò che si prova, delle modalità con le quali si costruiscono interventi e relazioni, gli operatori avranno l'opportunità di riflettere sul proprio agire professionale, sulle scelte adottate e sulle proprie emozioni.
Gli incontri avvengono a cadenza mensile ed è prevista la presenza di tutti gli operatori della comunità Piccola Stella, indipendentemente dal titolo di studio.

Formazione

In base alla programmazione annuale dell'area di Neuropsichiatria e della cooperativa Aeper, viene redatto il piano della formazione annuale con interventi trasversali al gruppo di operatori della comunità.
Viene inoltre sostenuta la partecipazione individuale a momenti formativi specifici come da regolamento della cooperativa e il riconoscimento, da contratto, dei permessi studio.
Ogni anno viene redatto il piano formativo della comunità Piccola Stella.