

FORMAZIONE E SUPERVISIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALL'OUTREACH

Gianni Dianin

East London 1 City Drug Services - The Specialist Drug Unit

Con l'avvento dell'epidemia da HIV e l'adozione e sperimentazione di nuove politiche di prevenzione ed assistenza, le tematiche riguardanti la supervisione, la formazione e il sostegno del personale stanno acquistando sempre più importanza. In particolare, si può osservare l'emergenza di nuove figure professionali, che escono dai luoghi abituali di intervento e che entrano nel territorio dell'utenza per contrattare i termini d'intervento con quest'ultima piuttosto che per prescriverli. Questa nuova realtà determina l'esigenza di una nuova organizzazione del sistema di sostegno, che affronti le nuove esigenze del personale.

Questi sviluppi esigono una riesaminazione dei fattori che determinano il burn-out ed una revisione dei modelli di supporto e formazione del personale.

NUOVE ESIGENZE

L'avvento dell'HIV ed il continuo aumento del consumo di droghe illegali in tutto il mondo, hanno determinato un cambiamento nelle strategie d'intervento e di prevenzione.

Una delle deduzioni che hanno avuto più implicazioni a livello delle politiche d'intervento è stato il riconoscimento che la trasmissione del virus dell'HIV costituisce una maggiore minaccia alla salute pubblica dell'abuso di droga in sé, e che le strategie del "SAY NO" e della "guerra alla droga" non hanno dato i risultati sperati. Da queste conclusioni pragmatiche sorgono nuovi obiettivi e nuove strategie di intervento che mirano soprattutto a contenere la trasmissione dell'HIV legata all'abuso di droga per via indovenosa. È comunque opportuno ricordare che questi nuovi modelli d'intervento non sostituiscono i servizi esistenti, bensì li completano.

Nei Paesi del Nord Europa sono stati impiegati nuovi modi di vedere il "problema droga". L'astinenza non è più il solo obiettivo, ma è solo l'ultima parte di un

intervento integrato mirato soprattutto a garantire che il maggior numero possibile di persone a rischio entrino e rimangano in contatto con i servizi. Il successo di un intervento non viene determinato esclusivamente dal numero di persone che hanno raggiunto lo stato di drug free, ma anche dal numero di utenti che sono passati dall'uso endovenoso al Metadone per via orale, che hanno smesso di condividere le siringhe con altri, che hanno ridotto i comportamenti a rischio, nonché dalla facile accessibilità ai servizi.

Inoltre, si assiste all'emergere di nuove figure professionali, tra cui gli Operatori di Strada, dello Scambio di Siringhe e dei Drop-In di Bassa Soglia dei Counsellors per i sieropositivi, e si presenta la necessità di coinvolgere nella strategia di Riduzione del Danno anche altre figure professionali che hanno avuto rapporti generici con tossicodipendenti che fanno uso di sostanze per via iniettiva, e con sieropositivi, cioè medici generici, guardie carcerarie, insegnanti, farmacisti, e poliziotti.

Questa ristrutturazione ed espansione delle risorse umane ha posto delle problematiche nuove per quanto riguarda il personale, sia in termini generali di formazione, organizzazione e gestione che in termini di sostegno emozionale.

In altre parole, le nuove esigenze del personale nascono dalla necessità di lavorare con coloro i quali non vogliono (ancora) disintossicarsi, e di conformarsi ai loro tempi e termini, avvicinandosi agli utenti in modo certamente più esposto e coinvolgente anche dal punto di vista emozionale.

I FATTORI CHE DETERMINANO IL “BURN-OUT”

Al momento non sono disponibili conoscenze integrate, ma solo frammentarie, che permettano di prevenire in maniera efficace il fenomeno del “burn out”, e non esistono dei modelli di sostegno effettivo.

Tuttavia il problema del “burn-out” è da considerarsi della massima importanza. Ad esempio, gli interventi dei gruppi di lavoro della conferenza sull'AIDS che si svolse ad Amsterdam nel 1992 diede ampio spazio alla discussione sul burn-out (Miller 1992).

Per riconoscere i sintomi del burn out bisogna innanzitutto operare una distinzione tra il termine “stress” (vago e di moda), ed il “burn-out” propriamente detto: il primo è un campanello di allarme che ci avverte che siamo esausti, scontenti e sotto pressione, l'altro è il risultato di un mancato riconoscimento di tale allarme, e di una gestione inadeguata di esso.

Christina Maslach (1982) identificò tre fattori determinanti nel burn-out: esaurimento emotivo, spersonalizzazione, ed un senso di ridotta soddisfazione nel

lavoro. Questi fattori costituiscono le basi teoriche del test per la valutazione del livello di burn-out, il Maslach Burn-out Inventory (MIB), impiegato dalla maggioranza dei ricercatori.

Maslanka nel suo studio osservò che il supporto dei volontari è più efficace se condotto da personale qualificato piuttosto che da altri volontari.

Kleiber ed i suoi collaboratori condussero un'inchiesta sul burn-out all'interno di diverse categorie occupazionali - psicologi, assistenti sociali, medici ed infermieri - e conclusero che vi sono differenze tra questi gruppi rispetto all'esperienza del burn-out. Per esempio, psicologi ed assistenti sociali sembravano essere maggiormente vulnerabili od esposti al burn-out emozionale dei medici e degli infermieri. I ricercatori avanzarono l'ipotesi che questa differenza fosse dovuta al fatto che psicologi ed assistenti sociali solitamente hanno un ruolo meno definito e sono più in contatto con l'esperienza emozionale degli utenti che con quella fisiologica.

Gli autori indicarono inoltre come fattori causali componenti di tipo istituzionale, cioè il poco tempo a disposizione, la poca partecipazione alle decisioni, la mancanza di feedback da parte dei colleghi e degli utenti, e la mancanza di mezzi per valutare i propri successi nel lavoro.

In un'altra ricerca Lydia Bennett mise in luce il fatto che dai suoi risultati non appariva che il lutto multiplo dei pazienti determinasse un aumento del burn-out tra gli operatori.

Miller osservò talvolta una certa riluttanza da parte degli operatori a confessare i propri problemi e debolezze ai colleghi per non passare dalla posizione di "supportatore" a quella di paziente. (E sembra che gli operatori non siano più aperti degli utenti quando si tratta di affrontare i propri problemi emozionali).

In molti casi si assiste al fenomeno per cui l'operatore vuole far credere a se stesso e agli altri di essere onnipotente e distaccato e quindi professionale, usando il diniego delle emozioni o la loro proiezione come uniche strategie di difesa psicologica.

I seguenti suggerimenti pratici per la prevenzione del burn-out riguardano sia il livello istituzionale che quello più specificamente individuale:

1) Livello Istituzionale:

- incoraggiare lo spirito del lavoro di equipe, della discussione e della partecipazione;
- scoraggiare il lavoro solitario, isolato e ripetitivo;
- incoraggiare l'accettazione dei propri limiti e la conoscenza di questi limiti;
- istituire dei luoghi per il supporto dello staff (individuale e di gruppo);
- scoraggiare il lavoro unicamente sull'AIDS, (è importante che i compiti siano vari);
- affrontare direttamente e senza indugio i timori dello staff rispetto all'AIDS;

- incoraggiare la formazione sulle tecniche di supporto e counselling;
- offrire follow-up dopo il training;
- creare i mezzi per valutare ed elencare i successi nel lavoro;
- offrire flessibilità sulle costrizioni lavorative (orario, riunioni, ecc);
- definire chiaramente in che cosa consiste il successo di un intervento sia in termini professionali che organizzativi;
- incoraggiare la pazienza e la speranza;
- offrire corsi di formazione su come riconoscere lo stress e su come gestirlo;
- incoraggiare l'organizzazione del proprio tempo di lavoro e di svago.

2) Livello Individuale:

- organizzarsi attività per il tempo libero in periodi stressanti;
- aprirsi con i colleghi, gli amici, la famiglia ecc.;
- riesaminare frequentemente i propri compiti ed il proprio ruolo nel lavoro;
- incoraggiare l'espressione spirituale;
- darsi il tempo di assimilare le perdite e i lutti;
- incoraggiare il riconoscimento ed il rispetto dei propri limiti;
- imparare a dire di NO;
- imparare ad avere fede nella comunità e nella sua capacità di sopravvivenza.

OUTREACH E BURN-OUT

Un altro aspetto che comporta un alto rischio di burn-out è l'impiego di personale indigeno per il lavoro di strada. L'esperienza americana, olandese ed inglese ci insegnano che l'uso di personale con esperienza attiva di consumo di droga può dare ottimi risultati ed è una pratica sempre più usata in tali paesi. Ci sono comunque dei problemi per quanto riguarda la vulnerabilità di tale personale al momento in cui deve entrare a far parte di un Servizio che, di fatto, lo pone in un ruolo diverso dal precedente rispetto alla comunità di tossicodipendenti.

Friedman e colleghi (1990) indicarono che i pericoli più comuni erano la ricaduta, l'alto tasso di assenteismo, l'alto tasso di auto licenziamento, e le differenze nello stile di lavoro. A questo si aggiunge che le condizioni di lavoro spesso non sono soddisfacenti, poiché il salario è basso, il lavoro è part-time con orari inconsueti ed offre scarse prospettive di carriera. Tutti questi fattori possono indurre condizioni stressanti di lavoro ed incidere negativamente sull'efficacia dell'intervento.

Tim Rodhes ed il Drugs Indicator Project di Londra nel 1991 fecero una valutazione di un Servizio di Operatori di Strada (CLASH) e trovarono che i problemi maggiori di CLASH erano molto simili a quelli indicati da Friedman. Essi conclu-

sero che per risolvere tali problemi era indispensabile delineare fin dall'inizio una politica chiara e flessibile sia a livello manageriale che operativo.

A livello manageriale, suggerirono di adottare delle linee guida che tenessero in considerazione tali problemi e specialmente quelli relativi al supporto ed alla formazione.

A livello operativo, raccomandarono che gli operatori non lavorassero da soli e che si abbinasse sempre un operatore indigeno ad un operatore professionale.

Raccomandarono inoltre che ci fossero delle linee guida chiare rispetto alla supervisione ed alla necessità di ottenere facile accesso alla formazione professionale.

AIDS

Un altro aspetto importante della prevenzione del burn-out tra gli operatori è che con l'avvento dell'HIV/AIDS molti operatori hanno dovuto confrontarsi con tematiche relative alla morte, e con il supporto psico-sociale a malati terminali.

Le linee guida inglesi sono le seguenti:

“Il personale di ogni grado e qualifica deve seguire corsi di formazione al lavoro con individui sieropositivi e tossicodipendenti. Il rapporto numerico tra operatori ed utenti deve essere adeguato e gli operatori devono avere accesso ad istanze di supporto emozionale tramite supporto tra colleghi, supporto esterno e specializzato e supporto manageriale”.

(ACMD 1988)

In uno studio recente, Coyle e Soodin dell'Università di Surrey trovarono una correlazione negativa tra il livello di stress e la quantità di training ricevuto sulla pratica del counselling. In pratica, il risultato indicò che più era il tempo speso nella formazione, meno il lavoro del counsellor risultava stressante, specialmente per quanto riguarda il post-test counselling.

Lo studio poi analizzò i fattori più comuni indicati dagli operatori sulle cause dello stress. Generalmente gli operatori indicavano come causa più importante la mancanza di supporto emozionale, seguita poi dalla necessità di adottare un ruolo molteplice e poco definito. Altre fonti di stress riguardavano la poca cooperazione tra colleghi e la tradizionale difficoltà di confessare ai colleghi le proprie debolezze ed incertezze.

Esistono numerose strategie di sostegno che possono essere impiegate a seconda delle esigenze del Servizio:

- la psicoterapia individuale esterna del personale;
- il sostegno di gruppo tra colleghi;
- i gruppi di supporto con facilitatore/terapia di gruppo;

- il co-counselling tra operatori;
- il consulente esterno;
- la supervisione;
- la formazione e lo sviluppo permanente;
- l'aumento del tempo libero dal lavoro.

In Olanda per esempio, in alcuni centri, opera a tempo pieno uno psicologo con mansioni di sostegno per il personale. In altri centri gli operatori lavorano solo 4 giorni alla settimana per avere il tempo di assimilare ed esaminare il lavoro svolto.

IL TRAINING AUTOGENO

Lavorare nel campo delle tossicodipendenze e dell'HIV implica lavorare in un territorio in continua evoluzione. Il personale dovrebbe essere sempre aggiornato e dovrebbe avere accesso a tutti i corsi di perfezionamento o di formazione ed ai materiali informativi esistenti. Per esempio in Inghilterra è emerso recentemente il problema dell'altissima incidenza di Epatite C e si è constatato che le pratiche correnti di disinfezione della siringa con la varecchina sono efficaci con l'HIV ma non con l'Epatite B o C, e che gettare le siringhe nelle lattine di alluminio vuote - precedentemente consigliato - metteva in pericolo gli operatori degli impianti di riciclaggio (SCODA Newsletter 1994).

Per questa ragione una parte del bilancio viene stanziata unicamente per la formazione del personale, ed i corsi disponibili sono resi noti regolarmente. L'operatore poi dovrebbe avere l'opportunità di approfondire i propri interessi su un particolare aspetto del lavoro ed inoltre dovrebbe diffondere le informazioni apprese massimizzando così le conoscenze generali e specialistiche della sua équipe.

L'operatore può, a sua volta, diventare un formatore per altre figure professionali che lavorano con tematiche relative alla tossicodipendenza ed all'HIV (guardie carcerarie, medici di base, ingegneri, ecc.)

Sono inoltre a disposizione dei corsi di formazione di lunga durata che assegnano delle qualifiche cliniche ed accademiche. La strategia governativa raccomanda che tutti gli operatori socio-sanitari abbiano accesso a corsi sulla tossicodipendenza e sull'AIDS durante gli studi universitari.

Il training di breve durata è invece, solitamente fornito dalle organizzazioni volontarie del privato sociale che organizzano frequentemente corsi su tematiche molto specifiche: es. iniettarsi con meno danno, fare l'amore senza rischio, intervenire in caso di crisi o overdose, ecc.

LA SUPERVISIONE

La supervisione è forse l'aspetto più importante del supporto del personale, perché coinvolge l'operatore in prima persona. È possibile differenziare due aspetti della supervisione: il supporto manageriale e pratico sul lavoro quotidiano o atto a valutare il piano d'intervento per un certo utente, e la supervisione intesa nel senso di supporto emozionale, sia individuale che di gruppo.

A livello di supervisione pratica è essenziale che tutto il personale abbia accesso regolarmente a tale pratica. Questo tipo di supervisione serve a determinare i bisogni pratici dell'operatore per quanto concerne la propria formazione professionale ed i propri punti di forza e debolezza. Serve poi a pianificare il lavoro ed a valutare i risultati ottenuti all'interno della strategia del Centro.

La supervisione intesa come Supporto psicologico è favorita da tutti i Servizi e serve a ridurre i rischi di burn-out emozionale ed anche per lo sviluppo personale dell'operatore. Normalmente, il supporto individuale avviene al di fuori del posto di lavoro ed è totalmente confidenziale. Il supporto di gruppo avviene invece, all'interno del centro, e normalmente, viene dedicata una mattina al gruppo facilitato da un professionista esterno.

Un altro aspetto del supporto è il "debriefing". Alla fine della giornata i lavoratori si riuniscono e cercano di condividere con gli altri le proprie emozioni e considerazioni riguardo quello che è successo. Questa attività dà la possibilità di "non portarsi a casa" i problemi degli utenti con i quali si è coinvolti emozionalmente ed aiuta a non accumulare tensioni e problemi.

Infine, è opportuno considerare brevemente il ruolo della supervisione in quanto pratica di sviluppo individuale. Nel libro "Imparare dal Paziente", lo psicanalista Patrick Casement descrive le dinamiche riguardanti l'internalizzazione del supervisore da parte dello psicoterapeuta e l'uso che l'operatore può farne nella sua pratica quotidiana (1989).

LA GESTIONE DEL PERSONALE

Ogni équipe dovrebbe avere una struttura chiara di riferimento manageriale ed il responsabile dovrebbe essere in grado di definire chiaramente le politiche del Centro e i compiti del personale. Dovrebbe inoltre essere in grado di mantenere una politica flessibile che si adegui e risponda alle esigenze di nuove situazioni e di nuovo personale. In questo senso si rende necessario istituire dei meccanismi che favoriscano la comunicazione tra dirigenti ed operatori rispetto allo sviluppo del servizio.

Il manager dovrebbe assicurarsi che il servizio abbia dei protocolli sui seguenti aspetti del lavoro:

- 1) monitoraggio dei casi di HIV
- 2) pericoli occupazionali di tipo medico ed ambientale
- 3) supervisione
- 4) droga ed alcool nel posto di lavoro
- 5) pari opportunità
- 6) reclutamento e selezione del personale
- 7) confidenzialità ed anonimato
- 8) formazione professionale
- 9) coinvolgimento dell'utenza nella pianificazione e progettazione dei servizi
- 10) soddisfazione dell'utenza
- 11) lamentele, reclami e procedure disciplinari
- 12) uso di altri servizi specialistici (residenziali ecc.)
- 13) accesso ai dati clinici e a quelli del personale
- 14) utilizzo dei volontari
- 15) utilizzo dei media
- 16) codice di condotta professionale
- 17) rapporti con le Forze dell'Ordine ed altre figure professionali
- 18) pratiche di prescrizione di sostanze sostitutive
- 19) lavoro con i detenuti
- 20) rapporto numerico tra staff ed utenza e tra dirigenti e personale

È inoltre consigliabile definire dei protocolli sui seguenti aspetti dell'intervento di strada:

- 1) lavorare da soli
- 2) lavorare in zone pericolose
- 3) andare in territori non conosciuti
- 4) andare in luoghi pubblici
- 5) riferire le informazioni apprese ai responsabili
- 6) rapporti con le Forze dell'Ordine
- 7) accesso all'avvocato.

Il grado di efficacia di questi protocolli dipende soprattutto dal grado di coinvolgimento dei lavoratori interessati alla loro progettazione e pianificazione.

SUPPORTO IN AZIONE, PROBLEMI E PROSPETTIVE

Alla luce degli aspetti precedentemente elencati è opportuno descrivere l'esperienza di un Servizio basato sui principi della riduzione del danno. Le politiche di

questo Servizio ed i meccanismi di supporto istituiti furono il frutto di un continuo sviluppo nel tempo, ed il risultato dell'interazione tra le esigenze dell'utenza e quelle dell'organizzazione.

IL CADA (COMMUNITY ACTION ON DRUG ABUSE)

Il CADA era un Servizio di bassa soglia situato a pochi metri dal luogo in cui si svolgeva la compravendita di crack ed eroina.

Il personale era composto da un direttore, due amministratori, due manager, 5 operatori e 6 volontari.

Si offrivano terapie metadoniche, scambio di siringhe, educazione sanitaria, counselling, il lavoro di strada con "gruppi bersaglio", terapie alternative, ed il drop-in.

Inizialmente il personale riceveva solo la supervisione manageriale come istanza di chiarificazione e di supporto, ma questa si rivelò estremamente limitata. I problemi più visibili erano l'assenteismo, l'irritabilità del personale, la segretezza e scarsa comunicazione tra operatori e manager, ed un sentimento generale di scontentezza ed ansia che si ripercuoteva anche sugli utenti. La crisi fu acuita dal fatto che un cliente esasperato aveva minacciato un operatore con un coltello, come se la crisi del personale si riflettesse nella rabbia insoddisfatta dell'utente.

I dirigenti decisero dunque di intervenire e di assumere un consulente specializzato che esaminasse i problemi del gruppo e lo incoraggiasse a trovare adeguate soluzioni.

Questa analisi dell'organizzazione comportò dei cambiamenti notevoli che furono di enorme beneficio sia agli operatori che agli utenti.

Il primo cambiamento riguardò l'orario del Servizio. Si osservò infatti, che il drop-in era aperto dalle 9 di mattina fino alle 9 di sera ininterrottamente, e con troppi utenti in giro senza controllo.

Si decise perciò di aprire il drop-in solo al pomeriggio e di tenere le mattine per servizi su appuntamento. Inoltre al personale venne fornita una stanza isolata dal drop-in per rilassarsi.

Si notò inoltre che lo staff non aveva uno spazio dove potersi riunire e discutere, così fu istituito un momento (lunedì mattina) in cui lo staff potesse discutere dei propri problemi.

Col tempo questo gruppo diventò un vero e proprio gruppo di supporto emozionale facilitato da un terapeuta. Questa pratica favorì molto la coesione tra i membri dell'équipe, oltretutto tra i dirigenti e il personale.

Per quanto riguardava la supervisione si pensò di dare la possibilità allo staff di avere una supervisione esterna oltre a quella manageriale interna, ed allo staff fu

inoltre offerta settimanalmente un'ora di psicoterapia.

Fu proposta un'altra opportunità rispetto alla formazione permanente del personale: a turno, il personale poteva partecipare a corsi di formazione. Il contenuto del corso veniva poi presentato agli altri operatori durante il gruppo del lunedì.

La modificazione dell'orario poi permise agli operatori di riunirsi per una mezz'ora alla fine di ogni giornata per condividere gli aspetti emotivi ed i successi.

Inoltre, gli operatori cercarono di organizzarsi in modo da non dovere offrire ogni giorno l'intera gamma di servizi. Vennero invece istituiti dei turni cosicché i compiti degli operatori variavano ed erano più focalizzati.

Infine, fu istituita una procedura per la valutazione del tasso di soddisfazione dell'utenza.

È importante sottolineare il fatto che questi cambiamenti vennero decisi e discussi a livello di gruppo e non imposti. È infatti essenziale per la funzionalità organizzativa che il personale e l'utente oltre che i manager, vengano consultati sui cambiamenti che li coinvolgono in prima persona.

Questi cambiamenti diedero ottimi risultati sia per quanto riguarda il lavoro con l'utenza che a livello di qualità del lavoro stesso. Inoltre, i meccanismi di gestione e di supporto non erano rigidi ed immutabili, e fu istituito un sistema di comunicazione e feedback per mantenere la flessibilità del modello organizzativo di fronte alle nuove esigenze che si presentavano.

CONCLUSIONE

Le soluzioni dei problemi che emergono per il personale, all'interno di una struttura organizzata, in un'ottica di riduzione del danno, devono essere considerate delle priorità. Le esperienze indicano che la quantità e la qualità del lavoro svolto è direttamente proporzionale alla qualità e quantità di supporto degli operatori.

Vi sono diversi modi di organizzare le strutture di supporto e non esiste un modello definitivo di organizzazione. L'unica certezza riguarda la modalità dei processi della creazione di tale meccanismi di supporto che devono essere dinamici e creare un senso di appartenenza nel gruppo poiché sono progettati e valutati sia dall'utenza che dagli operatori.

E' essenziale quindi non fissare dei modelli immutabili e rigidi per il sostegno ma analizzarli e metterli in discussione continuamente (Mac Donald 1992).

Bibliografia

1. Miller D.(1992), *Staff stress in HIV care workers*, Amsterdam Summaries in AIDS Care, Vol.4, (4), p.429-432.
2. Friedman S., Clerk C., Sufian M., et al.,(1990) *Reaching out to injecting drug users*, In Strang J. and Stimson G. (eds) *AIDS and Drug Misuse: The challenge for Policy and Practice in the 1990s*. London, Routledge.
3. Rodhes T., Holland J., Hartnoll R., Johnson A. (1991), *HIV Outreach Health Education: National and International Perspectives*, Drug Indicators Project, London.
4. ACMD (1988), *AIDS and drug misuse*. HMSO London.
5. Coyle A., Soodin M., (1992) *Training, Workload and Stress among HIV counsellors AIDS Care* Vol.4, (2), p.217.
6. SCODA Newsletter (1994) Hepatitis C., *Research point to training needs*, February/march 1994, p.7 London.
7. Casement P. (1989), *Apprendere dal paziente*, Cortina ed. Milano.
8. Mac Donald D.(1992), *Coping with stress*, ISDD London.