

VISITING NORD ITALIA – PRIMO INCONTRO, PRESSO C.T. VILLA GATTA

Giovedì 20 Marzo 2014

PROGRAMMA DELLA GIORNATA DI VISITING:

10:00 arrivo presso Villa Gatta delle delegazioni e del facilitatore

10:30 – 11:30 presentazione dei partecipanti e di Villa Gatta

11:30 – 13:00 analisi delle criticità emerse compilando il Vivacom

13:00 – 14:00 pausa pranzo con gli ospiti

14:00 – 14:30 visita degli spazi della comunità

14:30 – 15:30 riunione delle delegazioni e compilazione del Vivacom

15:30 – 16:30 restituzione del feedback agli operatori di Villa Gatta e definizione degli obiettivi e del materiale da condividere

PARTECIPANTI:

Facilitatore

M. Vigorelli, presidente Mito&Realtà

Comunità Villa Gatta

S. Streponi, psicologa e coordinatrice

A. Terzi, psichiatra e Direttore Sanitario Coop. Le Vele

A. Pozzi, psichiatra

S. Omati, operatrice

G. Sciabbarrasi, referente infermieristica

G. Deliallisi, infermiere

Comunità CPM Badile

C. P. Pismataro, psichiatra e responsabile

G. Troiano, coordinatore infermieristico

C. Ranieri, educatrice

S. Pozzoli, psichiatra

Comunità Cra Orizzonti

S. Martini, psichiatra e responsabile riabilitazione DSM Lecco-Merate

S. Surace, psichiatra

G. Mauri, infermiera

C. Pressa, OSS

I. Mongelli, educatrice

Verbalizzatrici

F. Colombo, tesista

F. Gillino, tesista

PRIMA RIUNIONE – PRESENTAZIONE DEI PARTECIPANTI E DI VILLA GATTA

Storia della Coop. “Le Vele”: nasce come S.r.l. nel 1994 su iniziativa di un assistente sociale (attuale Presidente) che ha lavorato per molti anni nella psichiatria pubblica.

Nei primi anni furono allestiti i primi appartamenti protetti nella convinzione che, piccoli ambienti con caratteristiche familiari, fossero più consoni al recupero di equilibri. Il primo gruppo di operatori ha caratterizzato fortemente il clima ed il senso del lavoro che risultava naturale intendere come una convivenza fra operatori e ospiti. Molte cose venivano pensate e fatte insieme. Si dava molta importanza al pensiero “concreto” e all’agire con prudenza e flessibilità, curando in particolare che l’ambiente fisico, l’organizzazione comunitaria e le relazioni interpersonali e professionali avessero una forte valenza terapeutica.

Come avviene spesso nelle iniziative pionieristiche, veniva offerta molta disponibilità e generosità da parte degli operatori e degli ospiti. Si tenevano bene in conto sia le risorse degli ospiti sia la loro parte malata, caratterizzata soprattutto dalla paura del cambiamento e dal bisogno di una “residenza emotiva” rassicurante. La presenza del medico psichiatra consulente era indispensabile per capire, per agire e per valutare meglio il presente ed il futuro. I familiari collaboravano attivamente alla cura e alla ripresa di una buona salute.

Dopo alcuni anni ci siamo adeguati ai nuovi standard previsti dalla politica sanitaria regionale, si è deciso di orientarsi verso comunità più grandi senza rinunciare a quelle piccole.

Il risultato è che oggi gestiamo direttamente due ville con 20 ospiti ciascuna (Villa Gatta e La nostra Locanda), un appartamento a bassa protezione per tre persone (La Fenice), due appartamenti di “residenzialità leggera” (Colibrì per 4 persone e Il Panda per 3 persone) e due appartamenti di Housing sociale.

Villa Gatta tradizionalmente ospita persone con disturbi psicotici; la Nostra Locanda invece si rivolge prevalentemente a persone con disturbi di personalità; ma la separazione non è sempre così netta e definita.

La leadership ha subito un mutamento negli anni: inizialmente era più centrata sulla persona del Presidente nel tempo è stata promossa una maggiore suddivisione dei compiti e dei ruoli e sono state istituite quattro direzioni: sociale, amministrativa, risorse umane e sanitaria. La formazione ha spesso un input bottom up, ovvero viene studiata sulle richieste degli operatori, non dimenticando il riferimento al modello zapparoliano. Negli ultimi due anni, molte ore di formazione sono state dedicate alla messa a punto e all’apprendimento dell’utilizzo della cartella clinica informatizzata (che comprende diario clinico, consegne, progetto comunitario e terapie), che si sta rivelando utile e funzionale.

L’organizzazione del personale è la seguente: in giornata è presente in comunità la coordinatrice, un educatore e un infermiere, nel pomeriggio sono presenti due educatori e un infermiere; durante la notte sono in turno un educatore e un infermiere, così come nei week end. Il medico è presente 4 ore al giorno dal lunedì al venerdì oltre a due ore di reperibilità telefonica al termine del turno ed è reperibile durante i fine settimana (come previsto dall’accreditamento). Vi sono dei consulenti esterni che si occupano delle attività riabilitative strutturate; l’équipe si avvale anche della collaborazione di un’ A.S. interna che si occupa dei diritti civili e previdenziali degli ospiti. I pazienti beneficiano anche di un incontro settimanale di psicoterapia di gruppo e individuale con due diversi psicoterapeuti. Il Servizio Ingressi si occupa di valutare l’idoneità delle nostre strutture al trattamento e cura dello specifico paziente attraverso un colloquio conoscitivo e tre giorni di prova in comunità; dopo un mese di osservazione, sulla base del PTI (Progetto terapeutico individuale) redatto dal CPS, vengono individuati i primi obiettivi e redatto il PTR (Progetto Terapeutico Riabilitativo).

Gli obiettivi riguardano le diverse aree di funzionamento e sono espressi in modo descrittivo, senza l'ausilio di un modello fisso; le verifiche vengono effettuate generalmente ogni 6 mesi. **Dalla discussione emerge la necessità di una griglia definita per redigere più accuratamente il PTR.** Il documento di dimissione è a sua volta redatto senza criteri fissi e condivisi inoltre, ad oggi, non è pienamente condiviso con gli ospiti; questi sono nodi critici che potrebbero essere migliorati adottando una procedura più formale e coinvolgendo l'ospite attraverso una restituzione scritta adatta a lui.

PRIMO COMMUNITY MEETING

Il "Manuale Vivacom" è stato compilato nel seguente modo: una riunione di équipe è stata dedicata alla spiegazione e alla distribuzione del manuale da compilare individualmente, in due riunioni successive sono stati analizzati collettivamente i singoli items per compilare il manuale comunitario, la maggior parte degli operatori ha presenziato a entrambe.

Il community meeting è aperto ad un ospite, Gabriele, che dà il suo contributo.

La discussione si orienta sulle criticità espresse nel report condiviso, non riuscendo a ritagliare il tempo necessario ai punti di forza:

1) **Area clima terapeutico e confort ambientale**, difficoltà relative ai quesiti degli items dal 3.3. al 3.6

Villa Gatta presenta tre camere triple, due bagni maschili e due femminili. La ristrettezza degli spazi, soprattutto per quanto riguarda i bagni, impatta negativamente sul clima relazionale acuendone la conflittualità. Per facilitare l'accesso ai bagni è stata definita una scansione della sveglia. La soluzione auspicata sarebbe adottare una nuova struttura.

2) **Area caratteristiche generali della cura:**

- dimensione individuale, difficoltà relative ai quesiti degli items 4.6 e 4.7

E' emerso che i residenti sono coinvolti nel loro progetto, ma la sua formalizzazione garantirebbe un'inclusione ancora maggiore. Recentemente, per favorire la partecipazione degli ospiti, si è iniziato a introdurli nelle riunioni d'équipe che li riguardano, così da aumentarne la responsabilizzazione e l'impegno. L'ospite attualmente firma il PTI inviato dal CPS, il documento sulla privacy e di accettazione delle scelte farmacologiche e della terapia. Gli operatori della Ct "Badile" del San Paolo raccontano la loro procedura: gli ospiti non vengono coinvolti nella stesura del PTR, che si presenta suddiviso per aree, ma contribuiscono firmandolo, così come viene fatto dal primario e da altri membri dell'équipe, e partecipando durante la revisione e l'eventuale riformulazione degli obiettivi. Questo dimostra che il PTR è utilizzato come uno strumento di lavoro ben presente sia agli operatori che agli ospiti, utile per esempio per motivare nelle fasi di disinvestimento. Gli operatori di "Orizzonti" invece definiscono il loro PTR troppo generico e in via di ridefinizione. **Emergere la necessità di condividere il modello della comunità "Badile".**

- dimensione grupppale, difficoltà relative ai quesiti agli items da 4.17 a 4.19

Durante la compilazione del "Manuale Vivacom" gli operatori hanno discusso a lungo sulla responsabilizzazione dell'ospite nell'ambito della cura del bene comune. Non c'è difatti una procedura formalizzata che definisce provvedimenti o sanzioni in caso di violazione delle norme e la modalità di responsabilizzazione sul proprio operato.

Il gruppo di lavoro si è anche diviso sull'importanza di responsabilizzare o meno gli ospiti in caso di danno inflitto da altri a cui dovessero assistere. Il regolamento è presente e condiviso a Villa Gatta ma non approfondisce il concetto di responsabilità. **Emerge l'idea di inserirlo e richiederne esplicitamente la firma e l'accettazione.** Presso Badile e Orizzonti il regolamento è presente e condiviso, ma non contempla le conseguenze della violazione di ogni norma, ogni caso difatti viene discusso insieme. Gli operatori di Orizzonti descrivono la loro procedura in caso di comportamenti violenti: hanno una scala standardizzata dell'agito aggressivo (OAS) compilata da un operatore; se il punteggio supera una soglia piuttosto sensibile verso il basso, viene indetto l'AUDIT clinico, ovvero una riunione che aiuti a capire le motivazioni soggiacenti e a bloccare l'escalation di aggressività. La scala è composta da numerose variabili che indagano l'ambiente, i vissuti (compreso quello dell'operatore), e la situazione clinica; emerge la difficoltà nel coinvolgere gli esterni (es. CPS) in situazioni problematiche. **Emerge la volontà di condividere l'OAS.**

3) **Area attività rivolte alle famiglie**, relativa al quesito dell' item 5.2

Le attività domiciliari sono state svolte in passato, dove si evidenziava la necessità di una mediazione da parte degli operatori attualmente non abbiamo situazioni che richiedano tali interventi e nell'attualità avremmo probabilmente difficoltà nel reperire le risorse per attivarla. Ora abbiamo incontri con i familiari per la raccolta anamnestica e il confronto sul progetto. Gli operatori di Orizzonte sottolineano che il numero limitato delle risorse è una criticità condivisa.

4) **Area gestione del personale e formazione**, relativa ai quesiti degli items da 7.7. a 7.10

Villa Gatta era sprovvista di supervisione sui vissuti e le dinamiche dell'équipe, ma in seguito alle riflessioni sollevate dalla compilazione del manuale si è deciso di prendere contatti con il Nodo Group per organizzare degli incontri a partire da aprile del corrente anno. Per quanto riguarda la formazione continua, non viene effettuata sistematicamente da tutti gli operatori.

5) **Area valutazione della qualità e ricerca**

Villa Gatta dispone dei seguenti strumenti:

- **VGF** relativo al funzionamento globale dell'ospite; viene usata anche da Orizzonti per agevolare la comunicazione tra CPS e comunità, si compila all'ingresso e in occasione delle verifiche; purtroppo non indaga il funzionamento psicosociale.

- **SCL 90** relativo alla sintomatologia, è composto da 90 quesiti di veloce auto somministrazione, che gli ospiti compilano, gli ospiti più in difficoltà vengono seguiti da un operatore. Le altre due comunità della triade non lo utilizzano.

La Dott.ssa Vigorelli suggerisce di utilizzare più strumenti, possibilmente comuni a tutti, tra cui per esempio la **HONOS**, composta da 12 items e compilata dagli operatori, agile ma a detta dei presenti non completamente informativa sul processo in corso. Gli operatori di Badile utilizzano lo strumento "**Life Skills Profile**", composto da 39 items che indagano 5 macro aree (contatto sociale / cura del sé/ responsabilità/ non turbolenza / comunicatività); è una scala di funzionamento che individua anche i sintomi, viene compilata dall'operatore ed è poco sensibile all'influenza soggettiva dell'operatore stesso. **Viene deciso di condividerla.** Badile inoltre consiglia l'utilizzo di una scala relativa ai bisogni percepiti dal paziente e individuati dall'operatore.

Orizzonti infine suggerisce la scala **VADO**, come strumento adatto a valorizzare la progressione del lavoro svolto, nonostante alcuni suoi punteggi non siano oggettivabili.

RIUNIONE DELLE DELEGAZIONI

In seguito al pranzo condiviso con gli ospiti e alla visita della struttura, i delegati si riuniscono per compilare un "Manuale Vivacom Visiting" su Villa Gatta. Durante la discussione emergono i numerosi punti di forza: gli operatori di Villa Gatta sono sembrati molto aperti alle suggestioni e disposti a mettersi in discussione; inoltre stupisce positivamente la loro coesione e il basso turnover. Il gruppo sembra difatti molto unito e al di là della specificità dei ruoli, tutti condividono responsabilità e competenze (anche gli infermieri per esempio sono molto consapevoli delle dinamiche relazionali tra ospiti e operatori). La leadership è sia carismatica che facilitante al rafforzamento di un gruppo propositivo. La compilazione del "Manuale Vivacom" annovera qualche differenza rispetto alla compilazione effettuata dalla comunità stessa, da discutere durante il secondo community meeting.

SECONDO COMMUNITY MEETING

La restituzione ha sondato principalmente i seguenti items:

1.2 – la valutazione di Villa Gatta era 8 (non pertinente) ma l'item relativo alle riunioni di integrazione progettuale con i servizi risulta coerente, anche se non viene effettuata così spesso come suggerisce l'item; le delegazioni propongono quindi un 2

3.2 – gli operatori si erano dati 5, confermato all'unanimità: sanno difatti valorizzare gli aspetti informali della quotidianità (gli ospiti hanno una sola attività strutturata al giorno, il pomeriggio è sempre libero con attività collettive o autonome a scelta, come cinema/passeggiata etc); è difatti un'utenza che non necessita di troppi stimoli

3.5 – gli operatori si erano dati 2, perché gli spazi sono personalizzabili ma limitati; i delegati in visita non hanno notato molti addobbi nelle stanze, ma questa assenza consegue ad una recente riorganizzazione delle stesse, quindi il 2 è stato confermato

4.1 – la procedura di inserimento nella CTR è conosciuta e scritta ed **emerge la volontà della sua condivisione**

4.7 – viene ribadita la volontà di coinvolgere e formalizzare maggiormente il progetto terapeutico; i delegati confermano il 2

4.10 – gli operatori di riferimento vengono cambiati in caso di assenza di feeling tra operatore e ospite; questo accade anche presso Orizzonti. A Badile, al contrario, è deciso aprioristicamente dal responsabile e implica il coinvolgimento di più operatori per ogni utente. La flessibilità della procedura di Villa gatta conferma il 5

4.13 - i dispositivi di inclusione sociale dell'item sono presenti presso Villa Gatta, in quanto adottano tirocini interni, esperienze lavorative e hanno formato la cooperativa "il Germoglio" atta a promuovere la comunicazione tra ex e attuali residenti; quindi il loro auto giudizio pari a 2 è stato ritenuto troppo severo e alzato a 3 (questi sono anche alcuni dei motivi che hanno spinto a confermare il 5 nell'item 4.15)

4.21 – questo item, relativo alla discussione sui conflitti e sull'espressione delle emozioni tra gli ospiti, riceve la conferma del 5, per la presenza e l'incentivo della terapia di gruppo e individuale; presso Orizzonti la psicoterapia è invece assente

4.24 – viene ribadito il 4 nonostante lo scarso coinvolgimento scritto del paziente in fase di dimissione, perché i pazienti hanno chiara la propria permanenza temporanea (massimo 3 anni) in comunità.

Inoltre viene promosso il confronto in merito, tutti sono coinvolti nelle dimissioni altrui in modo tale da rendere familiare il distacco e vengono dati feedback e rinforzi positivi a chi si cambia realtà; molti ospiti mantengono i contatti con i dimessi

5.2 – sulle visite domiciliari l'autovalutazione verteva sullo 0, ma durante la discussione si è evinto che tale esigenza è attualmente assente, e se si riproponesse, nonostante le risorse limitate, sono disposti a organizzarsi. Il voto delle delegazioni è stato alzato a 2

6.5 – il documento di valutazione dei rischi sembra accurato, l'autovalutazione è 5, e viene confermata; non viene manifestato il bisogno di dividerlo

Da 7.7 a 7.9 – l'autovalutazione sulla supervisione era 2, ma l'input del visiting ha messo in moto un processo di risoluzione del problema, per questo le delegazioni propongono 3

7.12 – la formazione di base degli operatori viene attentamente considerata, difatti è richiesto il titolo per l'assunzione, ma quella in progress è meno controllata; l'autovalutazione verteva quindi sul 3 ed è stato confermato

10.1 – la comunità fa parte di un network grazie all'attuale visiting, quindi l'auto-valutazione viene confermata sul 3; ma la riflessione globale sull'area della ricerca ne ha sottolineato l'attuale stasi, nonostante l'intenzione di progredire sia stata espressa

Durante la riunione viene condivisa anche una pagina della cartella clinica informatizzata, che risulta molto funzionale, ad eccezione della parte anamnestica che non dipende dagli operatori della C.T.

OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

In conclusione della giornata gli operatori di Villa Gatta si sono posti i seguenti obiettivi:

- Puntare su una maggiore responsabilizzazione e coinvolgimento degli ospiti; per esempio rendendoli più partecipi e formalizzando il contratto d'ingresso e di dimissione
- Adottare strumenti di valutazione condivisi (ad esempio HONOS, VADO e LSP)
-

PROPOSTE di MIGLIORAMENTO DEL MANUALE VIVACOM

Durante la discussione alcuni items sono sembrati non sufficientemente chiari e specifici:

1.2 – l'item per essere più esaustivo dovrebbe annoverare la dicitura "servizi **PSICHIATRICI**, sociosanitari e/o giudiziari"; inoltre la frequenza delle riunioni andrebbe diluita nel tempo, da 1 mese a 3 mesi

7.12 – l'item andrebbe suddiviso in due domande, una relativa alla formazione di base e l'altra sulla formazione in progress degli operatori