

*Visiting presso La Nostra Locanda*

## **VISITING COMUNITA' ADULTI – PRIMO INCONTRO, PRESSO CT LA NOSTRA LOCANDA**

**Lunedì 30 marzo 2015**

### **PROGRAMMA DELLA GIORNATA DI VISITING:**

10:00 arrivo presso La Nostra Locanda delle delegazioni e dei facilitatori

10:15 – 11:00 presentazione dei partecipanti e di La Nostra Locanda

11:00 – 13:00 primo community meeting con analisi dei punti di forza e di debolezza

13:00 – 13:30 visita della comunità

13:30 – 14:30 pausa pranzo con gli ospiti

14:30 – 15:30 riunione delle delegazioni

15:30 – 16:00 secondo community meeting con restituzione del feedback agli operatori di La Nostra Locanda

### **PARTECIPANTI**

#### **Coordinatore esterno di Mito&Realtà:**

M. VIGORELLI

#### **Coordinatore esterno junior di Mito&Realtà e verbalizzatrice.**

F. GILLINO, psicologa tirocinante

L. GRAVINA, psicologa tirocinante

#### **Comunità CPA La Nostra Locanda:**

L. VISCARDI, psicologa psicoterapeuta e coordinatrice

A. TERZI, direttore sanitario

M. COLOMBO, operatrice

M. CAZZANIGA, referente ingressi e dimissioni

LANGHI, psichiatra

#### **Comunità CRM Casa 4 Venti:**

M. TESTORI coordinatrice e facilitatore interno

A. FASOLA, educatore

N. MARZORATI, psicologa-educatrice

M. PEDRAGLIO, OSS

B. DE VANNA, utente

**Comunità CRM Le Orme:**

R. FARINA, educatrice e facilitatore interno

S. SURACE, psichiatra

E. MATTAVELLI, coordinatore

G. FERRARI, educatrice

C. CAVADINI, educatrice

**PRIMA RIUNIONE – PRESENTAZIONE DEI PARTECIPANTI E DELLA C.T. LA NOSTRA LOCANDA**

La coordinatrice Lucia Viscardi illustra la storia della c.t.

La comunità La Nostra Locanda fa parte di un complesso di comunità chiamato Le Vele, la quale è stata costituita nel 1994 come S.r.l., su iniziativa di un assistente sociale (il presidente Dario Donadoni). Il nome “Le Vele” è stato suggerito da un infermiere che, pensando a questo progetto subito dopo le vacanze estive, ha fantasticato una flottiglia di barche a vela, che si preparavano per un viaggio in mare aperto.

Nei primi anni, i pazienti erano ospitati in piccoli appartamenti di 16 persone e in due appartamenti costruiti per 8 persone. I primi appartamenti protetti hanno indotto un clima molto familiare.

Dopo alcuni anni si sono adeguati ai nuovi standard previsti dalla politica sanitaria regionale, e hanno deciso di orientarsi verso comunità più grandi senza rinunciare a quelle piccole. Oggi Le Vele è composta da 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 in Housing sociale.

I pazienti che risiedono nella comunità hanno disturbi di personalità, psicosi, ma la maggior parte dei pazienti sono borderline. Grazie all’appoggio e al sostegno dei servizi pubblici, la comunità può utilizzare le risorse comunali come la palestra, un orto e spazi in cui gli ospiti possono svolgere tirocini; in cambio la comunità offre “un letto” per quelle situazioni in cui è necessario un intervento momentaneo. Attualmente la comunità segue un approccio psicoterapico e segue il metodo proposto da Zapparoli.

Le figure presenti nella c.t. sono di diverse discipline:

- un medico psichiatra 4 ore al giorno dal lunedì al venerdì;
- una psicologa coordinatrice in fascia diurna dal lunedì al giovedì;
- un gruppo di Educatori che garantisce, attraverso i turni, la presenza di due educatori durante il giorno e la sera e di uno durante la notte;
- un gruppo di Infermieri Professionali che garantisce, attraverso i turni, la presenza di un infermiere professionale 24 ore su 24;

- il personale ausiliario

L'equipe che lavora in comunità è stabile da molti anni e, come è stato appena descritto, caratterizzato da diverse figure professionali in grado di offrire e garantire le varie attività che vengono proposte agli ospiti. La giornata nella c.t. è così strutturata:

- il mattino è dedicato alla cura di sé e dei propri spazi, alle attività più propriamente cliniche e all'area del lavoro;

- il pomeriggio è dedicato prevalentemente alla partecipazione alle attività riabilitative, ricreative e sportive e alle esigenze personali e sociali;

- la sera è il momento dell'intrattenimento durante il quale si organizzano attività ludiche all'interno e all'esterno della comunità.

Gli ospiti partecipano quindi a varie e diversificate attività di tipo ludico-creativo, come andare in palestra, svolgere il tirocinio, fare le uscite serali, ma svolgono anche numerose attività riabilitative, come la psicoterapia (individuale e di gruppo), l'arte terapia, colloqui con il medico psichiatra. La comunità utilizza come metodo di lavoro anche una comunicazione costante e diretta con i familiari degli ospiti e con i servizi invianti con lo scopo di sviluppare e mantenere un progetto riabilitativo condiviso. La c.t. non accoglie solo pazienti che sono residenti nella zona in cui è sita la villa, nei casi in cui gli ospiti abbiano residenza in paesi più lontani, i contatti con il CPS risultano più complicati, ma non per questo assenti.

Emergono riflessione e interesse sulle norme di ammissione di nuovi ospiti: oltre al colloquio con i servizi invianti e al colloquio con il potenziale nuovo ospite, quest'ultimo prima di trasferirsi in comunità, fa una prova di tre giorni durante la quale conduce la vita comunitaria dormendo nella struttura. Tale prova ha lo scopo di verificare ulteriormente se la struttura e l'ospite sono adatte l'uno all'altro. Una volta passati i tre giorni l'utente entra in lista d'attesa. La comunità ha una stanza che è usata esclusivamente per questo scopo; tale modalità è stata molto apprezzata dagli operatori provenienti dalle altre comunità le quali non prevedono giorni di prova.

Il coinvolgimento dell'utente emerge anche nella stesura del PTI e nella valutazione degli obiettivi che si erano posti. Quest'ultimo elemento ha determinato l'insorgenza di un dubbio da parte degli altri operatori, i quali si sono chiesti se la comunità ospitante sia realmente un CPA, facendo notare come somigli maggiormente ad una CRM per le modalità di lavoro, la funzionalità dei pazienti e la struttura stessa della comunità (ci sono balconi liberamente accessibili, le finestre non sono bloccate ma sono apribili e il cancelli son sempre aperti). Si apre quindi una discussione sulle diverse idee di cosa siano CPA e contenimento, La Nostra Locanda ha più uno scopo di protezione

che di contenimento.

La comunità è molto conosciuta dai servizi e riceve ogni anno numerose richieste per accettare nuovi utenti, l'anno scorso ne hanno avute 150 probabilmente perché sono poche le CPA presenti sul territorio. Ogni anno ricevono anche utenti con reato in libertà vigilata, attualmente ne stanno ospitando due.

### **PRIMO COMMUNITY MEETING**

Il Manuale VIVACOM è stato presentato a quasi tutti gli operatori, nel corso di una riunione, durante la quale vi è stata una lettura di tutto il materiale. Dopo la compilazione individuale, è avvenuta una seconda riunione di condivisione, in cui si è portata a termine la compilazione comunitaria, con la partecipazione di cinque utenti e un familiare.

Si è proceduto analizzando i bassi punteggi dati in ogni area del VIVACOM comunitario:

- **Area 1 “Organizzazione generale”**: presenta punteggi molto elevati, tranne nell'item 1.2 a cui gli operatori han deciso di attribuire 9, ovvero “Requisito non pertinente”, in quanto ritengono di avere un buon confronto con i servizi socio-sanitari e/o giudiziari della rete territoriale pur essendo in contatto con essi soltanto una volta ogni sei mesi, più qualche telefonata e non una volta al mese come richiesto nel VIVACOM. Le altre due C.T. supportano questa visione, infatti anche loro non hanno incontri assidui con il CPS; in particolar modo gli operatori di Casa 4 Venti esprimono la difficoltà ad averne più di uno durante l'anno e ad avere contatti telefonici, invece la comunità Le Orme è agevolata, in questo aspetto, dal fatto di essere una C.T. pubblica. Viene così proposta una modifica dell'item.
- **Area 2 “ Personalizzazione e diritti”**: mostra alti punteggi, infatti solo l'item 2.2 presenta il 3 come valore assegnato alle pratiche condivise, perché la comunità possiede un modulo per il consenso, ma quello sulla privacy dovrebbe essere migliorato. Inoltre emerge il fatto che La locanda utilizza il programma My Care per le cartelle cliniche, che sono quindi informatizzate, e questo ha richiesto molto tempo per la formazione, anche perché gli operatori, oltre ad imparare ad usarlo, hanno apportato diverse modifiche sulla base di ciò che serviva loro e hanno dovuto superare le iniziali resistenze, tuttavia il programma presenta numerosi vantaggi (esempio: condivisione con i servizi, poter leggere gli aggiornamenti delle cartelle ovunque). Ora gli operatori vorrebbero capire come usufruirne per fare ricerca.  
Le delegazioni modificano il punteggio dell' item 2.2 da 3 in 5.

- **Area 3 “Clima terapeutico e comfort ambientale”**: l’item 3.1 presenta 3 come punteggio perché gli operatori, pur ritenendo di creare un buon clima in comunità, pensano di poter migliorare a riguardo, soprattutto perché il requisito richiede che “tutti” gli operatori contribuiscano a questo aspetto. L’item 3.5 mostra il punteggio 3, poiché la struttura ha camere doppie e questo può rendere difficile agli utenti aver dello spazio personale, inoltre il compagno di stanza non è sempre quello desiderato in quanto scelto dall’equipe. Viene chiesto il parere degli utenti a riguardo, i quali al contrario di quanto pensato dagli operatori affermano di sentire di avere uno spazio personalizzato e per la questione del compagno di stanza c’è la possibilità di discuterne con l’equipe, se serve, quindi non lo vedono come un problema.

Le delegazioni modificano dei punteggi: item 3.1 alzato a 4, item 3.3 alzato a 5, item 3.4 alzato a 5 e item 3.5 alzato a 5.

- **Area 4 “ Caratteristiche generali della cura”**: diversi item presentano punteggi bassi.

**Dal confronto sull’item 4.5.** emerge che la c.t. Le Orme utilizza la scala Vado, una Vado semplificata e una tabella osservativa compilata da figure operative diverse per i primi 30 giorni del paziente in comunità. Di questi ultimi due strumenti viene richiesta la condivisione da parte delle altre due c.t..

L’item 4.7 gli operatori hanno assegnato 2, in quanto la scheda di accettazione che viene utilizzata in comunità è più una cornice che un regolamento vero e proprio, ma gli operatori ci stanno lavorando essendosi resi conto della sua utilità. A Casa 4 Venti hanno un regolamento generale, invece Le Orme fa firmare agli utenti il regolamento d’ingresso, che è appena stato sistemato, e viene richiesta la sua condivisione da parte delle altre due c.t. L’item 4.8 ha come punteggio 3, per il carente coinvolgimento dei familiari nel PTR.

L’item 4.10 ha punteggio 3, perché è solo da pochi mesi che la c.t. ha istituito la figura dell’operatore di riferimento e ciò è stato fatto a tutela di quegli ospiti che vengono “dimenticati”, inoltre è utile che qualcuno abbia la visione completa del percorso dell’utente, così si evita di perdere qualche informazione. Le Orme ha questa figura da sempre e anzi ha una mini equipe di riferimento, composta da un educatore, un infermiere e un OSS, che si occupa del PTR, del rapporto con i familiari e del percorso dell’ospite. In questo modo l’equipe si responsabilizza su un determinato paziente e fa il lavoro di sintesi completa per la restituzione. Però l’equipe ha deciso che si tratta più di una figura di regolazione delle cose, infatti ogni utente può scegliere con chi stare sulla base del feeling.

Invece Casa 4 Venti non ha la figura dell'operatore di riferimento, perché l'equipe è composta da molte figure, ma tutte con lo stesso ruolo per evitare le situazioni di delega ("questo non lo faccio perché è compito suo") e di turistica ("oggi non c'è il tuo operatore di riferimento, quindi questa cosa non la puoi fare"), un'altra ragione è il fatto di avere pochi utenti. La Dott.ssa Vigorelli afferma che l'aspetto del referente porta con sé un lato relazionale, che aiuta l'utente nell'evoluzione e nel distacco, in quante è più facile farlo nella rapporto con una persona che non con un gruppo. Emerge il tema della notte: Casa 4 Venti ha avuto un periodo in cui operatori erano poco presenti di giorno, perché tutti facevano le notti, per La Nostra Locanda ogni operatore fa 5 notti al mese, invece nella c.t. Le Orme l'OSS fa la notte, sono 9 che si alternano, ma l'aspetto negativo è che c'è un carico psicologico maggiore per l'operatore nel mantenere la relazione privilegiata, anche se resta comunque una ricchezza avere questo tipo di relazione, infatti fa emergere aspetti interessanti e profondi. Invece l'infermiere di riferimento fa un colloquio una volta a settimana con l'utente per controllare i parametri e si occupa dell'alimentazione e della terapia. Invece per La Nostra Locanda l'infermiere ha più un ruolo normativo, non dolce, ed è il solo a somministrare i farmaci, contrariamente a quanto succede nelle altre due comunità, in cui anche gli educatori se ne occupano.

Negli item 4.16- 4.17- 4.18 gli operatori di La Nostra Locanda hanno messo 8 "Requisito con cui non si concorda". Vengono proposte delle modifiche del testo, infatti nell'item 4.16 gli operatori non concordano sull'utilizzo del termine "responsabilità", secondo loro essa è principalmente dell'equipe nel far rispettare le regole, quindi essa non è equamente condivisa con gli utenti, perché non si vuole appesantirli. Lo stesso vale per l'item 4.17, mentre diversa è la modifica del 4.18. Affiora il confronto sulle scale usate dalle tre c.t. , la comunità Le Orme adopera la Hos , la Honos e da poco redatto un nuovo PTR, ovvero il FPS, che è simile alla GAF sul funzionamento globale, ma molto focalizzato su cosa viene fatto dal punto di vista riabilitativo e permette di avere una maggiore oggettività sulla corrispondenza tra il percorso riabilitativo appunto e la funzionalità del paziente. La compilazione richiede 5 minuti e viene rifatta ad ogni verifica del PTR. La Casa 4 Venti fino a poco tempo fa non utilizzava scale, mentre ora usa la Brief Psychiatric Scale e infine La Nostra Locanda sta introducendo la Honos. La Dott.ssa Vigorelli consiglia la Scala sul carico familiare, validata dalla Dott.ssa Magliano, che permette di introdurre fin da subito i familiari nel progetto sul paziente, è centrata sull'emotività e deve essere somministrata

prima che l'utente entri in comunità e durante.

Le delegazioni modificano dei punteggi: item 4.1 alzato a 5, perché l'iter per l'inserimento di un paziente in comunità è ben strutturato, 3 giorni di prova e diverse fasi per la decisione. Item 4.2 alzato a 5, item 4.5 abbassato a 3, item 4.13 alzato a 5, in quanto La Nostra Locanda permette agli utenti di fare tirocini lavorativi pagati dalla cooperativa. Gli item 4.16-4.17-4.18 avevano tutti punteggio 8, ma dal confronto con le delegazioni viene deciso di attribuire a tutti e tre 4.

- **Area 5 "Attività rivolta alle famiglie"**: gli item 5.5 e 5.6 hanno 0 come punteggio, in quanto la comunità non presenta gruppi per i familiari, anche se gli operatori vorrebbero reintrodurli come in passato, ma correggendo gli errori fatti. Viene consigliato il Progetto ITACA, che è stato fondato dai familiari dei pazienti con orientamento di auto aiuto, infatti forma altri familiari, così che il progetto possa diffondersi in tutta Italia ed essendo tenuto da familiari ha più influenza sui familiari. Inoltre la Dott.ssa Vigorelli suggerisce l'intervista trans generazionale, tenuta da lei stessa, e anche il nome del Dottor Pismataro, socio di Mito&Realtà, in quanto si occupa di gruppi multifamiliari durante cui vige la regola che i partecipanti devono parlare solo di sé e non del figlio, perché ciò permette di far nascere importanti riflessioni.

Le delegazioni modificano il punteggio 8 dell' item 5.2. in 9, poiché più pertinente.

Gli operatori della c.t. La Nostra Locanda raccontano la principale criticità emersa durante la compilazione del VIVACOM comunitario, ovvero la difficoltà dell'equipe ad esprimere conflitti o, se vengono espressi, non viene fatto in modo costruttivo, infatti vien fatto con eccessiva emotività, non si approfondiscono le problematiche e ognuno rimane ancorato alla propria posizione. Per risolvere questa criticità, gli operatori hanno fatto supervisione, ma non ha aiutato. Inoltre, per far comprendere meglio il problema, viene riportato un episodio esemplificativo. La c.t. Le Orme fa supervisione stabile di 1.30 h ogni 3 settimane sulle dinamiche d'equipe a cui gli OSS non partecipano, avendone una a parte per una questione numerica e il coordinatore è presente ad entrambe. Inoltre ogni settimana viene fatta equipe di due ore sugli ospiti. Invece la Casa 4 Venti fa supervisione di due ore ogni 15 giorni sugli ospiti e, su richiesta, viene fatta supervisione per gli operatori, questo però accade raramente perché richiederla vorrebbe dire ammettere che c'è un problema e il gruppo operatori ha difficoltà ad affrontare la conflittualità.

Riguardo all'assemblea con il paziente viene fatta ogni 15 giorni presso La Nostra Locanda, una

volta al mese presso la Casa 4 Venti e la C.T. Le Orme tutte le mattine fa una riunione con tutti gli utenti sui temi quotidiani, ogni 15 giorni c'è quella separata tra uomini e donne e una volta al mese quella tutti insieme.

### **RIUNIONE DELLE DELEGAZIONI IN VISITA**

Le delegazioni si confrontano su quanto ognuno ha osservato sia di positivo sia di negativo e insieme formulano la restituzione da dare agli operatori di La Nostra Locanda.

### **SECONDO COMMUNITY MEETING**

La Dottoressa Vigorelli riporta le considerazioni fatte dalle delegazioni, partendo dalle qualità della C.T. , in particolar modo dalla ricchezza dell'offerta ottima, riscontrabile nei punteggi elevati che le delegazioni hanno mantenuto e alle volte alzato. Inoltre ha colpito l'aspetto della dimensione affettiva che circola in questa comunità, l'ottimo clima e l'equipe strutturalmente vivace e motivata.

Vengono a questo punto manifestati gli interrogativi sorti nei delegati:

1- La Nostra Locanda presenta la sigla CPA, ma ad essa non corrisponde la sua mission. Infatti si discosta da essa sia per l'impronta psicoterapeutica che possiede, sia per le attività proposte che sono fortemente riabilitative, questo sta a indicare anche che gli utenti della C.T. richiedono poca assistenza e molta riabilitazione, contrariamente alla tipologia di pazienti che una CPA dovrebbe avere. Quindi viene consigliato di cambiare la sigla in CRA.

2- La Comunità è in un momento di transizione , infatti è nata con un approccio psicosociale, ma ora ha una nuova utenza, che ha necessità più cliniche, quindi converrebbe cambiare alcuni investimenti, per indirizzarli verso aree più pertinenti. Lo stesso discorso vale per il modello seguito, quello di Zapparoli è ottimo per pazienti psicotici, ma non per quelli borderline a cui l'aspetto di integrazione non basta. Secondo le delegazioni la reale causa della crisi sentita dagli operatori di La Nostra Locanda è la necessità di avere maggiore competenza verso questa tipologia di utenti.

3- Le delegazioni hanno percepito uno scollamento con il gruppo infermieristico, viene chiesto agli operatori di La Nostra Locanda se questa osservazione è fondata.

La risposta che viene data è che attualmente gli infermieri sono appesantiti dalle nuove limitazioni poste sul loro coinvolgimento, ora è più faticoso per loro creare la relazione con gli utenti, inoltre recentemente si è verificata la dimissione del loro referente. Nasce però anche l'osservazione da



parte della c.t. che è stato da poco istituito l'operatore di riferimento, ma non l'infermiere di riferimento.

Gli operatori della comunità La Nostra Locanda decidono di prendersi del tempo per ragionare su quanto emerso dal Visiting per poi definire i propri **obiettivi di miglioramento**.

### **PROPOSTE di MIGLIORAMENTO DEL MANUALE VIVACOM**

Durante il Visiting sono stati proposti i seguenti cambiamenti:

1.2 Sono previste riunioni regolari di integrazione progettuale con i servizi socio-sanitari e/o giudiziari della rete territoriale.

*Per dare punteggio 3 deve essere effettuata una riunione almeno **una volta ogni sei mesi e telefonate ogni tre.***

4.7 Ciascun residente ha un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato: è prevista una scheda di accettazione ("contratto"), sottoscritta dal residente, in cui **è esplicitata la cornice** del trattamento, i tempi previsti e il regolamento interno della struttura.

4.16 Tutti i membri (operatori e residenti) della comunità **collaborano ad** identificare, mantenere e modificare le regole comunitarie.

4.17 Tutti i membri della CTR **sono coinvolti nell'**individuare violazioni delle regole e dei "confini comunitari".

4.18 Esiste una procedura conosciuta da tutti e condivisa per affrontare le conseguenze delle violazioni **gravi** delle regole e dei confini comunitari.