

## **VISITING NORD ITALIA – SECONDO INCONTRO, PRESSO C.T. BADILE**

**Giovedì 10 aprile 2014**

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

10:00 arrivo presso Badile delle delegazioni e del facilitatore

10:15 – 10:30: visita degli spazi della comunità

10:30 – 11:00 presentazione dei partecipanti e della C.T Badile

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

13:00 – 14:30 pausa pranzo con gli ospiti

14:30 – 16:00 prosecuzione del primo community meeting con analisi delle criticità

16:00 – 17:00 riunione delle delegazioni e compilazione del Vivacom

17:00 – 17:30 secondo community meeting con restituzione del feedback agli operatori di Badile e definizione degli obiettivi e del materiale da condividere.

### **PARTECIPANTI**

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

M. VIGORELLI

#### **Comunità CPA Badile:**

P. PISMATARO psichiatra e coordinatore di tutta la residenzialità del San Paolo

G. TROIANO, coordinatore infermieristico (facilitatore interno)

M.BAGLIANI, OSS

S.ORLANDO, infermiere

Y.HABTE , OSS

L. FRASSONI, infermiera

C. RANIERI, educatrice

E.GIUFFRIDA, infermiere

A.ORLANDO, OSS

*Visiting presso Badile*

**Comunità CRA Orizzonti:**

S. SURACE: psichiatra

B. GALBUSERA, educatrice

F.GRAZIA, infermiera

R.CRESPI, OSS

**Comunità Le Vele:**

G. SCIABBARRASI, coordinatrice infermieristica

A. TERZI, direttore sanitario

S. STREPPONI, psicologa e coordinatrice

**Ospiti:**

GIANNI

ROMINA

ROBERTO

**Verbalizzatrici:**

F. GILLINO, tesista

F. COLOMBO, tesista

**PRIMA RIUNIONE – PRESENTAZIONE DEI PARTECIPANTI E DELLA C.T. BADILE**

Il facilitatore interno Troiano racconta la storia e l'organizzazione della comunità pubblica CPA Badile della località Badile, frazione di Zibido San Giacomo, appartenente all'Ospedale San Paolo.

In passato la comunità ha offerto supporto diurno a molti ospiti non residenti, arrivando ad accogliere 23 persone; era gestita da una cooperativa, pur essendo annessa all'Ospedale San Paolo. Attualmente è ancora parte dell'Ospedale San Paolo ma non ha più legami con la cooperativa, gli ospiti residenti sono otto, quelli esterni due, che si appoggiano alla comunità per l'assunzione della terapia e per la fruizione delle attività riabilitative organizzate.

La comunità è dislocata in una villetta di due piani, più il piano terra in cui sono state ricavate lavanderia e studio medico, è circondata da un giardino spazioso munito di portico con tavoli, barbecue e orto, in cui gli ospiti possono lavorare. Il primo piano è dedicato alle attività diurne e presenta la cucina, l'ufficio delle consegne, il bagno, il salone per le attività con divani, tavoli e televisione, una stanza delle attività espressive in cui sono conservati i lavoretti, fatti a mano degli ospiti con il supporto dell'educatrice (saponette, scatole, raccoglitori di carta riciclata), che vengono a volte venduti ai mercatini. Il secondo piano è riservato alla notte ed è composto da stanze doppie per gli ospiti, sala infermeria e quattro bagni. Tutte le

stanza sono spaziose, alcune sono state personalizzate dagli ospiti attraverso poster, foto e disegni. Le sole piccole criticità relative agli spazi sono la presenza del bagno del personale nella sala infermeria e l'assenza di un ufficio dedicato al coordinatore infermieristico.

Le stanze vengono chiuse a chiave quando non vengono utilizzate, per tutelare la sicurezza di tutti.

L'ampiezza degli spazi permette di effettuare più colloqui singoli in contemporanea, a tale scopo si utilizzano la sala infermeria e lo studio medico.

Gli ospiti sono tutti maschi tranne una donna, che dispone di una stanza con bagno dedicato. Nella storia della comunità le donne sono state sempre in minoranza e attualmente il desiderio è alzarne il numero a due, rispettando i tempi di adattamento e la compatibilità con l'ospite donna già presente.

Le patologie degli ospiti ammessi vertono prevalentemente diagnosi di psicosi e, in minor parte, di disturbi di personalità e disturbi affettivi. Il personale è composto da sette infermieri, più il coordinatore infermieristico e sei OSS, che ruotano sulle 24 ore suddivisi in 3 turni (un OSS e un infermiere sempre in compresenza) 1 educatrice e due medici psichiatri che garantiscono 4 ore di presenza al giorno e 2 di reperibilità, weekend esclusi. E' inoltre presente da tre anni anche una psicologa consulente esterna, che fino a un anno e mezzo fa lavorava presso la C.T. per due giorni a settimana, attualmente un giorno solo, e interviene principalmente a livello grupppale.

#### **PRIMO COMMUNITY MEETING – PUNTI DI FORZA:**

Il Manuale Vivacom è stato presentato e spiegato dal dottor Pismataro al personale, durante due incontri d'equipe; è stato poi compilato in gruppi di due o tre operatori; il questionario collettivo è stato realizzato successivamente nell'ambito di due incontri.

##### ***Punti di forza :***

**1) Area clima terapeutico e confort ambientale,** relativo agli items 3.3 al 3.7

Gli spazi sono ampi e confortevoli e permettono all'ospite una certa intimità.

**2) Caratteristiche generali della cura,** dimensione individuale, relativo agli items dal 4.3 al 4.5

L'inserimento dei nuovi ospiti avviene gradualmente e secondo un protocollo aziendale.

La procedura interna per gli operatori comincia con la ricezione della domanda d'invio, compilata dal medico inviante del CPS, seguita dalla presentazione orale dell'ospite e del relativo progetto di cura, da parte del medico in visita in C.T., a volte insieme al potenziale ospite stesso. Gli operatori segnalano la loro difficoltà nel farsi consegnare anamnesi complete, a volte a causa del turnover dei

medici, altre volte per inadempienza; però il richiederlo esplicitamente funge da stimolo ai Servizi. Gli operatori si riuniscono in equipe per decidere se accettare l'ingresso o meno, in base ai criteri della struttura: non sono ammessi pazienti in fase di acuzie, con gravi compromissioni organiche internistiche, con disturbi del comportamento che implicano aggressività eterodiretta, sociopatia, doppia diagnosi, demenza e ritardo mentale grave; non devono inoltre avere più di 60-65 anni.

Se il paziente viene accettato, inizia la procedura di accoglienza che comporta la ricezione dei documenti inviati dal medico del CPS e tre visite preliminari dell'ospite stesso, da svolgere in giornata. La prima visita è osservativa-descrittiva della C.T. e dura due ore, l'ospite riceve il contratto (di cui si è persa l'abitudine alla firma), il regolamento e la lista dei materiali ammessi; la seconda visita dura 4 ore, l'ospite si ferma a pranzo e fa un colloquio con chi lo accoglie, in modo tale da poter soddisfare le proprie curiosità; la terza visita dura a sua volta 4 ore e comprende un pranzo, la partecipazione ad un'attività e l'esplorazione del territorio. La procedura di ingresso viene discussa anche con gli ospiti già presenti in C.T. e, mediamente, si conclude con l'ingresso effettivo nell'arco di un mese. Dopo un periodo di adattamento si proceda con la firma del PTR da parte del paziente. Dalla discussione emerge che gli ospiti sono generalmente accompagnati dal personale del CPS, al contrario di ciò che avviene presso la Comunità Orizzonti, dove si devono far carico in prima persona dei trasporti verso le C.T.

### 3) **Attività rivolte alle famiglie**, relativo all'item 5.4

Gli operatori della comunità non svolgono attività domiciliari strutturate, ma molte attività di relazione con le famiglie, pur non formalmente richieste, agevolate dalla prossimità di locazione delle famiglie stesse. Si occupano nello specifico degli accompagnamenti, laddove i familiari non possono effettuarli, e tentano di coinvolgere la famiglia nel percorso riabilitativo dell'ospite, effettuato in collaborazione con i Servizi, soprattutto in caso di dimissioni. In tal caso vengono effettuate riunioni di 2 ore a casa, durante le quali i famigliari ricevono da parte dell'educatrice di Badile, dell'assistente sociale del comune e dell'assistente sociale del CPS aggiornamenti sui progressi dell'ospite e indicazioni utili a facilitarne il rientro. La comunità riesce a mantenere rapporti collaborativi sia con il CPS, che con il comune e le dimissioni sono agevolate dalla sinergia tra le tre strutture. Gli operatori cercano di essere presenti anche in caso di passaggio degli ospiti ad una situazione di residenzialità leggera, accompagnandoli e visitando con loro la nuova realtà.

### 4) **Gestione del personale e formazione**, relativa agli items 7.1, 7.2 e 7.4, 7.5

L'organico è stabile e multidisciplinare, a parte la psicologa, c'è poco turnover e sono tutti assunti. Gli operatori desidererebbero la collaborazione di professionisti esterni ma è burocraticamente difficile, poiché la comunità fa parte del contesto ospedaliero; invece potrebbero e vorrebbero avere tirocinanti e volontari.

La formazione viene realizzata attraverso una riunione di equipe interna ogni mercoledì, più riunioni allargate con i membri del CPS almeno una volta al mese, la supervisione clinica una volta al mese e riunioni ad hoc in caso di necessità. Nel confronto sul tema "formazione", dalla comunità Orizzonti emerge la difficoltà di ricevere formazione retribuita, tranne quella organizzata dal direttore del DSM a livello dipartimentale.

5) **Personalizzazione e diritti**, relativa agli items da 2.2 a 2.6

Questa macro area non è stata oggetto di confronto.

6) Un ulteriore punto di forza emerso durante la discussione è riconducibile **all'item 8.2** (relativo ai rapporti con i Servizi territoriali) e riguarda la capacità degli operatori di mantenere rapporti frequenti e collaborativi con i **Servizi invianti** di Rozzano. Effettuano riunioni d'equipe almeno mensili con i medici del CPS e lasciano ai medici stessi la possibilità di decidere se fare anche un colloquio in C.T. con l'ospite che seguono; anche infermieri e assistenti sociali del CPS sono molto presenti, ben accolti e invogliati a far visita ai loro ospiti presenti in comunità.

I rapporti con il CPS sono stati rivitalizzati e rinsaldati anche in seguito all'assunzione del ruolo di coordinatore da parte del dottor Pismataro, oltre che dall'arrivo di nuovi ospiti negli ultimi mesi, aventi nuove necessità e nuove energie, dopo anni di stasi con ospiti cronici (usciti 4 ospiti e ne sono arrivati 3).

Le CT Orizzonti e Le Vele sottolineano invece le loro grosse difficoltà a mantenere rapporti costanti e collaborativi con i loro CPS di riferimento.

**SECONDA RIUNIONE GRUPPO DELEGAZIONI - PUNTI DI CRITICITA':**

1) **Area clima terapeutico e confort ambientale**, relativo all' item 3.8

I pasti sono precotti e confezionati presso l'Ospedale San Paolo e sono studiati sui bisogni dei pazienti ricoverati (degenza media: 5 giorni), quindi risultano insipidi, poco variati e non rispettano le necessità peculiari degli ospiti della C.T. Sia gli operatori che gli ospiti hanno provato più volte a segnalare il proprio disagio, hanno provato ad autorganizzare un gruppo cucina, ma anche in questo caso il problema si ripresenta nella mancanza degli ingredienti da loro richiesti; hanno inoltre ricercato delle alternative ma sono state bocciate a causa dell'appalto dell'ospedale, ormai definito e non negoziabile.

Romina, un'ospite presente, racconta in modo appropriato come è stata fatta la richiesta di una modifica dell'alimentazione, anche in via formale da parte di tutto il gruppo dei residenti e comunica di aver preparato personalmente il pranzo per tutti gli operatori dell'incontro del Visiting. La C.T. Orizzonti, avendo avuto lo stesso problema, ha esposto la propria soluzione funzionale, che ha implicato la ricerca dei termini di fine appalto, in contemporanea alla ricerca di un'alternativa più economica, ritrovata nell'autoproduzione dei pasti, che ha comportato notevole risparmio e incremento della qualità.

Presso Villa Gatta il servizio cucina viene gestito da un catering privato esterno di buona qualità.

## 2) **Area Caratteristiche generali della cura**, relativa agli items 4.2, 4.10, 4.24

Il **PTI** nel 90% dei casi non viene fornito dai Servizi invianti. La comunità sta cercando di imporsi: lo ha inserito nei criteri del protocollo di accoglimento, che esiste da ottobre e lo richiede esplicitamente al medico in occasione del loro primo incontro. Gli operatori sentono di dover continuare a lavorare in questa direzione.

Gli **operatori di riferimento** un tempo erano due (OSS e infermiere), poi questa funzione temporaneamente era stata tolta, in seguito alla scorretta gestione degli ospiti "non assegnati", per essere infine reinserita due anni e mezzo fa su richiesta degli operatori stessi. Attualmente l'assegnazione avviene d'ufficio e i cambiamenti sono possibili; gli OSS non sono coinvolti in questo ruolo. Il nodo critico verte attorno alla stesura del PTR, eseguita per tutti quasi esclusivamente dall'unica educatrice: questo è sintomo di una mancanza di responsabilizzazione da parte degli operatori sulle mansioni insite nel ruolo di "operatore di riferimento", sembrano essere in un'ottica più assistenzialistica che riabilitativa, probabilmente in quanto abituati a mansioni di reparto.

Il PTR è importante sia per richiamare l'ospite al contratto, che sottoscrive entrando in C.T., sia per comunicare con i Servizi, nelle altre C.T.; viene aggiornato ogni 3 mesi e integrato con i risultati della scala validata LSP.

Discutendo a riguardo, emerge che il problema sottostante potrebbe essere l'assenza di una mentalità di gruppo radicata, in cui tutti tengano ben presenti funzioni e obiettivi trasversali. Il gruppo funziona prevalentemente nella pratica e meno nella progettazione.

Presso Orizzonti il PTR viene svolto da due co-referenti, ovvero educatore e infermiere o OSS. L'iniziativa è sempre dell'educatore, nonostante la formazione sul PTR che gli infermieri stanno ricevendo.

Gli operatori di riferimento di Villa Gatta fanno un PTR, che poi, nel momento dell'interfaccia con l'esterno, viene riformulato dal coordinatore e dal medico.

La dottoressa Vigorelli suggerisce un modello di formulazione del PTR che comporti:

un primo livello collettivo, un secondo livello gestito dall'operatore/i di riferimento e un terzo livello che lo rielabora in funzione della relazione con l'esterno.

**3) Area attività rivolte alle famiglie**, relativa agli items 5.5 e 5.6

Non esiste un progetto per gruppi terapeutici multifamiliari, non essendo contemplato nella mission della comunità.

**4) Area Gestione del personale**, relativa agli items 7.7 e 7.8, più formazione

Alcuni operatori faticano a comprendere l'impatto delle loro relazioni personali sulle dinamiche dei residenti. I dissidi che intercorrono tra operatori vengono percepiti dagli ospiti e rendono meno sereno il clima generale della C.T.

In passato, con il precedente coordinatore, c'erano molti conflitti, era un tipo di leadership che non favoriva la coesione infragruppo e gli operatori lavoravano "come fossero satelliti", ovvero in autonomia e contrasto; l'arrivo del nuovo coordinatore ha promosso una maggiore considerazione collettiva delle dinamiche di gruppo, ma è un momento di transizione, rimane ancora presente l'ombra del precedente periodo con le relative difficoltà.

Emerge quindi la necessità di una formazione più ad hoc sulle dinamiche di gruppo, la supervisione difatti non è attualmente orientata all'analisi di tale situazione. Secondo il dottor Surace invece la coesione si può trarre dal sentirsi investiti del proprio ruolo sul paziente, approfondendo insieme i casi clinici e unificandosi su di essi.

La dottoressa Vigorelli esprime i pro e i contro della supervisione sul gruppo: se continuativa può slantentizzare in modo troppo intenso conflitti nascosti, che rischiano di protrarsi e di restare irrisolti, mentre una tantum con un esperto esterno è utile a chiarificare la situazione; può essere funzionale

anche un processo graduale di auto-osservazione e confronto interno, in caso non fosse economicamente sostenibile la partecipazione di un consulente.

Presso Le Vele, in momenti di potenziale difficoltà, gli operatori si avvalgono di un professionista esterno esperto in dinamiche di gruppo.

Viene inoltre espressa la difficoltà di comprensione delle patologie, da parte di alcuni operatori, soprattutto quelle riguardanti i nuovi ospiti. La formazione c'è ma non è specifica.

**5) Area integrazioni organizzative e collaborazioni**, relativa all'item 8.1

La C.T. non pubblicizza il lavoro svolto con gli ospiti, a parte qualche bancarella alle fiere, perché è troppo piccola per essere autonoma in questo campo.

**6) Area valutazione della qualità e ricerca**, relativa a tutti gli items

Visiting a parte, la C.T. non promuove la ricerca; questo è un punto critico di molte realtà comunitarie.

**RIUNIONE DELLE DELEGAZIONI IN VISITA**

Le delegazioni ritengono significativo quanto emerso sulle difficoltà di leadership e la coesione gruppale, avvertite in passato e in parte protrattesi fino ad oggi, che si ripercuotono sulla qualità delle relazioni con gli ospiti. Per questi motivi possono essere un'area su cui lavorare nell'ottica di un miglioramento. Le altre due C.T. riportano i loro momenti di difficoltà.

Nelle Vele in concomitanza di un momento di grave crisi economica che aveva messo a repentaglio la sopravvivenza della comunità stessa, sono emersi vissuti di rabbia negli operatori, poi affrontati attraverso cambi strutturali; infatti i lavoratori sono passati ad essere dipendenti e non più soci, mentre un amministratore esterno ha preso in mano il bilancio. I fondatori in questo caso si sono dimostrati responsivi e collaborativi.

Orizzonti invece ricorda le difficoltà sopraggiunte al cambio di coordinatore, affrontate internamente, senza l'ausilio di consulenti esterni.

Dopo il confronto, le delegazioni rivedono i punteggi del Manuale per restituire un feedback costruttivo alla C.T. di Badile, in modo da individuare insieme dei suggerimenti sugli obiettivi da definire.

**SECONDO COMMUNITY MEETING**



Scorrendo il Manuale, si nota che le difficoltà maggiori vertono attorno alle dinamiche di gruppo, in accordo con quanto emerso nelle precedenti riunioni e nella restituzione con relativa definizione degli obiettivi.

Le delegazioni decidono di modificare i punteggi del seguente item:

8.2: vi sono rapporti stabili e strutturati con i Servizi territoriali; gli operatori di Badile si erano attribuiti 3, che è stato aumentato a 4, vista la loro notevole collaborazione con CPS, Comune e associazioni di volontariato.

### **CONDIVISIONE E DEFINIZIONE OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO**

Il coordinatore esterno dott. Vigorelli ha riformulato le riflessioni collettive sulle dinamiche di gruppo, evidenziando che gli operatori hanno cognitivamente elaborato quanto accaduto con la leadership precedente, ma ciò non è avvenuto pienamente a livello emotivo e sono le emozioni che attivano le difese di resistenza al cambiamento. Questo impatta sulla relazione con gli ospiti, rendendo gli interventi più orientati sul livello comportamentale e concreto. Il grande potenziale del gruppo rimane così parzialmente congelato e per superare questa difficoltà nella transizione, viene suggerita la consultazione mirata e circoscritta a uno o due incontri con un esperto esterno e/o momenti di auto osservazione e confronto interno, con un **focus sul miglioramento della relazione con i pazienti** (Item 2.3) .

Il superamento di questa criticità rappresenta il primo obiettivo e la maggiore **responsabilizzazione dell'operatore di riferimento** può facilitare questo processo.

Come già emerso durante il primo community meeting, il problema dell'alimentazione si presta ad essere un ulteriore obiettivo, nell'ottica di un globale miglioramento della qualità.

Viene apprezzata da tutti la presenza adeguata dei tre ospiti che hanno partecipato al Community meeting.

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

Durante il Visiting sono state avanzate i seguenti cambiamenti:

7.14 – l'item andrebbe suddiviso in due domande, l'una relativa alla consulenza sulle dinamiche di gruppo e l'altra sulla supervisione clinica.

Presso la CT Badile il punteggio 4 , che si sono attribuiti in questo item, è riconducibile esclusivamente alla supervisione clinica.

-viene consigliata l'aggiunta di un item peculiare relativo alla collaborazione con il CPS.