

Visiting presso Le Orme

VISITING COMUNITA' ADULTI – TERZO INCONTRO, PRESSO CT LE ORME

Mercoledì 20 maggio 2015

PROGRAMMA DELLA GIORNATA DI VISITING:

10:00 arrivo presso la CT Le orme delle delegazioni e dei coordinatori

10:15 – 11:00 presentazione dei partecipanti e della comunità

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 CRM Le Orme:

R. FARINA, educatrice e facilitatore interno

S. SURACE, psichiatra

G. FERRARI, educatrice

C. CAVADINI, educatrice

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

M.A. UAMUSSE, OSS

4 OSPITI PRESENTI

Comunità CPA La Nostra Locanda:

L. VISCARDI, psicologa psicoterapeuta e coordinatrice

U. PUCCARA, infermiera

A. MANFRE', educatore

M. CAZZANIGA, referente ingressi e dimissioni
LANGHI, psichiatra

Comunità CRM Casa 4 Venti:

M. TESTORI coordinatrice e facilitatore interno
M.G. PEDRAGLIO, OSS
M.L. BALLERINI, ASA
L. MOGNONI, educatore
B. DE VANNA, utente

PRIMA RIUNIONE – PRESENTAZIONE DEI PARTECIPANTI E DELLA C.T. LE ORME

La Dottoressa Farina illustra la storia della C.T., pur con la difficoltà che non esiste la carta dei servizi. La comunità Le orme è gestita in modo integrato dal Dipartimento di salute Mentale di Lecco e dalla Cooperativa L’Arcobaleno. Quest’ultima è nata sotto la spinta della CARITAS, che aveva rilevato i bisogni del territorio. Prima vien dato avvio a Casa Abramo per l’accoglienza di adulti provenienti dalle carceri, in seguito la cooperativa sul fronte sociale si dedica a donne con bambini e alla prima accoglienza di stranieri (48 appartamenti presenti tutti nella provincia di Lecco). Sul fronte psichiatrico, nel ’99 la cooperativa comincia la collaborazione con il DSM di Lecco, in quanto vincitrice di una gara d’appalto, e viene aperta così la comunità di Garlate, con medici del Dipartimento e il resto dei professionisti della cooperativa. In seguito nasce anche una comunità a bassa protezione per uomini, ovvero Casa Sara, completamente sanitaria ed ora accreditata. Nel 2004 la cooperativa vince un secondo appalto e realizza la C.P. Le orme per 16 posti, poi nel 2005 avviene l’apertura del centro diurno di Lecco e si inizia a dar vita agli appartamenti a Cesana Brianza (7 posti) più due a Lecco, che successivamente nel 2008 vengono trasformati in residenzialità leggera ed attualmente sono 32 di cui 21 accreditati dall’ospedale e 12 dalla cooperativa. Gli appartamenti vengono dati dai Comuni e poi la L’Arcobaleno li risistema e li gestisce, si trovano soprattutto a Lecco e sono misti. Due anni fa è stata fatta la scelta di creare la residenzialità leggera a Merate, Casa Madre, una villa lasciata da suor Laura. I pazienti che ci vivono sono psicotici funzionanti ma molto gravi, vengono assistiti da un custode notturno e quindi pagano una quota in più. Gli utenti non cucinano, non fanno la spesa, non puliscono, infatti c’è un OSS a tempo pieno, ma per il resto ha tutte le caratteristiche di una residenzialità leggera.

Infine la cooperativa si è espansa anche su una terza area, che è quella degli anziani, per i quali esistono quattro C.D. integrati con il Servizio di Domiciliarità, che è accreditato dalla cooperativa.

Quindi la cooperativa Arcobaleno negli anni si è molto ingrandita, ora conta 250 dipendenti con

contratti tendenzialmente a tempo indeterminato, circa 45 consulenti esterni, tra cui educatori di servizio domiciliare sul territorio (circa 50 ore) e psicologi per i Programmi Innovativi, come prevenzione psicosi nei giovani e pazienti psichiatrici nel lavoro.

La comunità Le orme tende a proporre agli ospiti più attività fuori che dentro alla C.T., perché ha 16 pazienti molto eterogenei con diverse esigenze. Quindi ci sono molti laboratori trasversali distribuiti sul territorio: gruppo arte, cineforum, ginnastica, giardinaggio, cuoio, calcio, fotografia, danza terapia ed altri. Inoltre vengono tenuti dei gruppi:

- sull'ansia dei familiari
- sul senso dell'abitare
- psicoeducativi (attualmente sull'alimentazione)
- psicoterapia

In C.T. Le orme nessun ospite fa psicoterapia internamente, alcuni casi vanno a farla al CPS.

La struttura presenta 10 posti letto, tutti in camera singola tranne una, al primo piano in cui vi è anche lo spazio comunitario; poi al secondo piano ci sono gli appartamenti, uno per gli uomini e l'altro per le donne, entrambi con 3 posti letto e la cucina, gli utenti che vivono qui hanno più autonomia, più uscite sul territorio e programmi riabilitativi diversi.

Per quanto riguarda i tempi di permanenza degli utenti, attualmente vengono seguiti i tempi regionali, ma la C.T. Le orme nasce con pazienti molto gravi, l'intento era riunire sul territorio le persone collocate in posti diversi. Ora però gli ospiti gravi dovrebbero andare in Casa Madre, che non prevede tempi massimi di permanenza.

Gli ospiti hanno una diagnosi in prevalenza di psicosi, due con disturbi di personalità, ma non sono borderline puri e due vengono da OPG. Un criterio di esclusione è la doppia diagnosi.

Il numero di dimissioni è buono, infatti in 3 anni i dimessi son stati circa 10, però alcuni pazienti sono in C.T. da 7-8 anni, essi sono tutti psicotici e sono lo "zoccolo duro" che gli operatori stanno cercando di smuovere, anche se fino ad ora il 30 % è stato mobilitato.

Non c'è un grande turn over delle figure professionali della C. T. Le orme: principalmente vengono fatti spostamenti tra le strutture della cooperativa e spesso avvengono per richiesta degli

operatori stessi, non dei dirigenti.

Emerge il fatto che il Vivacom non mostra item sulla **selezione degli operatori**. A questo proposito alla C.T. Le Orme ha creato il profilo dell'operatore. Un tempo la Dott.ssa Farina si occupava di fare il colloquio ai nuovi operatori, invece ora vi è nel consorzio della cooperativa di tipo A e B (COOPMATCH), un team che si occupa di selezionare le figure professionali per tutte le strutture. Quindi quando le cooperative devono assumere qualcuno, fanno richiesta al consorzio provvede all'annuncio telematico a cui può rispondere chi è iscritto a COOP. MATCH (esiste quindi una banca dati). A questo punto il team fa una prima selezione, sulla base delle richieste ricevute e poi viene organizzato un assessment con il coordinatore del servizio, più due persone del consorzio. Durante l'assessment vengono utilizzati diversi strumenti, per la valutazione delle competenze trasversali, c'è una parte tecnica in cui viene simulata un'equipe, che deve affrontare un problema; il tutto dura circa 5 ore, anche per verificare la tenuta dello stress, e vengono valutati ogni volta gruppi omogenei di circa 10 persone (ed esempio tutti educatori). Fino ad ora queste modalità di selezione sono risultate molto attendibili e per quanto riguarda l'area psichiatrica la responsabile è Cristina Riva, assistente sociale.

Emerge il tema della **leadership**, il presidente della cooperativa è Renato Ferrario, educatore, il tavolo dei soci è molto allargato, sono 120 e un tempo tutti erano soci, invece ora ognuno sceglie se esserlo (25 euro di quota associativa). Invece Le Vele è una cooperativa sociale di tipo A, di cui fa parte la C.T. La nostra locanda, in cui prima la maggior parte degli operatori erano soci, adesso son quasi tutti dipendenti e non soci. Viceversa nella comunità Casa 4 venti sono quasi tutti soci.

Gli operatori della C.T. Le Orme lavorano anche sul territorio e la Dott.ssa Farina è il collante del "Meratese", per questo motivo va anche lei a far selezione degli operatori.

I turni degli operatori son così organizzati: al mattino son presenti due OSS, un educatore, un infermiere, un coordinatore, un cuoco e una donna delle pulizie; al pomeriggio ci sono sette persone in turno e la notte c'è un OSS e il coordinatore è reperibile.

Nella comunità Le Orme l'OSS l'educatore e l'infermiere di riferimento, creano una microequipe, in cui vengono divisi i ruoli, ma nel quotidiano c'è condivisione, anche perché, trattandosi di una CRM, solo due pazienti hanno bisogno di assistenza. L'OSS ha quindi anche una funzione educativa sulle aree di base e sull'aspetto relazionale, grazie al fatto che ogni anno gli vien fatta la formazione specifica dalla cooperativa.

Viene spiegato, su richiesta, la questione dei fondi economici che la cooperativa usa per pagare le numerose iniziative. Grazie alle gare d'appalto, viene ricevuta una cifra mensile indipendente dal numero di presenze e assenze, inoltre i conti economici vengono fatti ragionando su tutta l'area della salute mentale, non per unità. Infatti le C.T. e i centri diurni sono in perdita, ma altri servizi no, come ad esempio la residenzialità leggera, da cui si ottengono più ricavi che costi. Questo anche perché alcuni appartamenti sono stati dati in comodato dal Comune o gratuitamente dalle parrocchie. Sembra quindi che la cooperativa Arcobaleno adotti una buona politica: ci si espande per crescere e sostenersi. Certamente la collaborazione con l'ospedale contribuisce positivamente, infatti questo si occupa di dare l'appalto, la struttura, il medico psichiatra e lo psicologo.

Per quanto riguarda la formazione, annualmente viene fatta con il consorzio della cooperativa su richiesta, tramite un bando. La cooperativa comunque ogni anno fa formazione specifica e una formazione trasversale per gli OSS, alle volte il tema formativo è uguale, ma educatori ed OSS vengono comunque divisi. In aggiunta c'è anche la formazione dell'ospedale.

PRIMO COMMUNITY MEETING

Il Manuale VIVACOM è stato presentato a quasi tutti gli operatori, nel corso di due riunioni, durante le quali vi è stata una discussione sulle interpretazioni dei diversi item. La comunità ha vissuto questo momento come un'occasione per confrontarsi su temi su cui non si soffermano spesso.

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

- **Area 1 "Organizzazione generale"**: presenta punteggi molto bassi l'item 1.1, gli operatori si sono assegnati come punteggio 2, che corrisponde a "Requisito soddisfatto in modo parziale, ma non ancora accettabile" in quanto affermano di non possedere la carta dei servizi. Gli operatori delle altre comunità affermano che il documento che è stato condiviso prima del Visiting, che spiega la comunità e le sue caratteristiche, potrebbe essere usato come carta dei servizi.
- **Area 6 "Sicurezza dei residenti e degli operatori"**: la comunità chiede un chiarimento riguardo l'item 6.2 che è stato di difficile interpretazione. Si sono assegnati come punteggio 8 che corrisponde a "Requisito con cui non si concorda". La comunità ha affermato di aver capito che l'item si riferisce alle convocazioni di riunioni per gestire

momenti di crisi con la compresenza degli utenti. La coordinatrice esterna di Mito&Realtà ha precisato che l'item si riferisce all'esistenza di una procedura che deve essere nota e utilizzata da tutti i membri della comunità (utenti inclusi). Un ospite deve sapere che esiste una procedura attraverso la quale si richiede una riunione. La comunità dà la possibilità ad ogni utente di segnalare eventuali situazioni di cui discutere in riunione, che si terrà senza la presenza di alcun utente. Esiste una procedura di emergenza, ma non è chiaro se tutti gli operatori la conoscono, le crisi si gestiscono sul momento con l'operatore che è in servizio che ha assistito alla crisi e successivamente vi è una discussione in riunione. Le delegazioni suggeriscono di assegnare 2 come punteggio.

- **Area 8 "Integrazioni organizzative e collaborazioni"**: la comunità si assegna il punteggio 9 "Requisito non pertinente" per quanto riguarda l'item 8.1 affermando che il programma viene gestito dal dipartimento e anche per l'item 8.3 affermando che se ne occupa l'Efal con la mediazione degli operatori.
- **Area 10 "Valutazione della qualità e ricerca"**: la comunità si è assegnata come punteggio 0 all'item 10.1 dichiarando che non fa parte di un network di ricerca. La coordinatrice esterna di Mito&Realtà fa notare che, sebbene non conducano ricerche interne alla comunità, partecipando al Visiting sono coinvolti in una ricerca, quindi il punteggio in questo item dovrebbe essere rivisto e portato a 3. All'item 10.4 si sono assegnati il punteggio 9, ma dovrebbe essere 0 dal momento in cui non conducono ricerche interne.

Dopo l'analisi dei punteggi del Vivacom della comunità si è proseguito dando la **parola agli utenti** che hanno compilato il questionario: Maria, Laura, Mariagiovanna e Roberto. Anche in questo caso gli utenti hanno incontrato gli operatori nel corso di due riunioni per la compilazione del Vivacom, il quale presenta punteggi molto alti. È emersa una generale soddisfazione della vita comunitaria e del cibo.

Gli utenti hanno affermato di sentirsi, in alcuni casi, sopraffatti dagli operatori i quali si presentano con varie proposte "faticose" che non sempre vengono accettate a causa dell'umore non disponibile degli utenti. Chiedono di essere capiti quando non sono in grado di assecondare le attività proposte dagli operatori. Tali attività sono però accolte e valorizzate come un aiuto ("lo so che lo fanno per il mio bene"), gli operatori vengono descritti come calorosi, accoglienti e

facilitatori sulla verbalizzazione degli stati d'animo. Gli operatori rivestono spesso il ruolo di consiglieri.

Si affronta il tema della dimissione, la procedura non è nota a tutti gli utenti che preferiscono che rimanga tale in quanto emerge un timore per il distacco dalla comunità e dagli utenti che escono. Alcuni utenti hanno ancora contatti con ospiti di comunità che frequentavano in precedenza e hanno instaurato un buon rapporto con gli altri residenti della comunità. Preferiscono non conoscere le procedure burocratiche dichiarando che ogni caso è diverso dall'altro e in alcuni casi la dimissione può non essere calcolata con precisione e può non seguire necessariamente tutte le procedure previste. Da questo punto emerge una riflessione sulle difficoltà a salutare le persone che lasciano la comunità. Durante la discussione un utente ha proposto di cambiare il nome della comunità da Orme a "Orme, una Famiglia".

Sono stati affrontati i punti di debolezza espressi dalla Comunità:

1. *Presenza di pazienti con patologie diversificate (migliorare formazione sui disturbi di personalità) e di conseguenza un sistema organizzativo non sempre rispondente alle diverse caratteristiche cliniche.* Emerge la necessità di formazione sulla tematica "disturbi di personalità" a causa dei conflitti interni all'equipe dovuti ad una non chiara conoscenza su come intervenire e gestire determinate situazioni. La coordinatrice esterna di Mito&Realtà fa notare che questo è un limite del metodo di utilizzato: la psicoeducazione. La formazione del personale deve provenire dal dipartimento. Il limite della formazione è condiviso dalle altre due comunità coinvolte nel Visiting che propongono di unire le forze economiche e condividere momenti formativi. Mito & Realtà si può attivare per le formazioni delle CT, a tal proposito viene chiesta una bibliografia di riferimento alla Dottoressa Vigorelli.
2. *Aumentare il livello di responsabilità dei pazienti più complessi, sia a livello individuale (sulla costruzione del PTR) sia a livello grupale (coconduzione di riunioni).* Alcuni ospiti vogliono essere coinvolti in più attività che vadano oltre la riunione del mattino in cui decidono il menù del giorno, segnano varie assenze e i vari impegni della giornata. Non esistono gruppi di utenti senza la presenza degli operatori. In autonomia alcuni utenti escono a cena o al cinema. Gli utenti potrebbero essere coinvolti maggiormente sull'organizzazione della giornata e sulla scansione del tempo delle attività. La riunione comunitaria non è ben strutturata, se riuscissero a renderla più definita, potrebbero essere

coinvolti anche alcuni utenti. Viene fatto notare un limite dello staff che sembra aver preso eccessivamente in carico i pazienti (probabilmente anche a causa delle diverse pressioni proveniente dalla cooperativa e dall'azienda ospedaliera). Tale situazione porta ad ansia da prestazione e a mettere in ombra la responsabilità del paziente. Il team, iper-responsabilizzato e ansioso, tende ad avere troppe pretese su di sé e anche da parte dalle istituzioni. È stato notato in passato che quando il paziente esce dalla comunità mostra di possedere più risorse di quante siano sfruttate all'interno. La Dottoressa Vigorelli pone l'accento sul fatto che nel documento di presentazione il modello della comunità è quello del *recovery*, affermazione che va in contrasto con la troppa responsabilità assunta dagli operatori e presenta una comunità in Inghilterra in cui sono i pazienti a gestirla con la presenza di un gruppo di anziani che vota e si occupa dei giovani. Nasce la proposta di una formazione specifica sul modello *recovery*.

3. *Assenza costante e strutturata di gruppi di familiari (valutarne l'attivazione)*. Emerge la necessità di strutturare gruppi di familiari che sono molto presenti per il paziente ma poco uniti come gruppo. Tutte le comunicazioni con i genitori avvengono in maniera individuale senza il coinvolgimento dell'utente. Alla fine del percorso potrebbe essere utile per i genitori riunirsi e confrontarsi ma ciò non avviene. Gli utenti non condividono il desiderio della comunità di coinvolgere maggiormente i genitori poiché per motivi di orgoglio o desiderio di autonomia preferiscono mantenere i due ambiti separati. Emerge una discussione su come gestire i gruppi familiari e come comportarsi per far sì che le frequenze siano costanti. Il progetto Itaca propone incontri di gruppo, tra genitori, che vengono frequentati solo da una famiglia della comunità. Viene proposto di usare il modello di psicoeducazione anche con i genitori per aiutarli a capire il figlio, la somministrazione dei farmaci e le modalità comunicative più adatte al figlio. Le famiglie dovrebbero essere prese in carico dal CPS, ma talvolta si sentono più a loro agio a confrontarsi e ad aprirsi con la comunità. Si assiste ad una discussione sulle difficoltà provenienti dal territorio che non prende in carico il paziente e la famiglia: la comunità si sente come un ultimo rimedio a cui ricorrere e a cui lasciare il figlio-paziente. Le comunità vorrebbero lavorare in sinergia con la famiglia e il CPS, dall'inizio della presa in carico (diagnosi), nel momento della decisione di un ingresso in comunità e per tutto il percorso in comunità. La mancanza di presenza del territorio si nota anche nei momenti di crisi che si risolvono senza il coinvolgimento di risorse territoriali. Gli operatori esprimono il

desiderio di un lavoro con il CPS durante i momenti di crisi del paziente, non successivamente. La presenza costante del CPS sembra necessaria anche affinché, una volta che il paziente viene dimesso, gli operatori del CPS conoscano tutto il percorso che il paziente ha fatto e possano continuare il lavoro effettuato in comunità. Tra gli operatori vi è la sensazione che molti pazienti sono mandati nelle comunità per rimanervi, non per una riabilitazione. Sarebbe necessario il patto terapeutico per cui la comunità prende in carico il paziente se e solo se il CPS continua ad occuparsene in sinergia. Il patto di entrata e di uscita risulta importante nella discussione, ma è difficile ritrovare alla fine le risorse valutate inizialmente. In alcune zone di Milano (La Comasina es.) le comunità lavorano su un sistema di reti naturali che va oltre la famiglia, coinvolgendo gli amici e il vicinato, ambiti in cui il paziente vive prima e dopo la comunità.

4. *Coinvolgimento volontari.* Il territorio è molto aperto e accogliente nei confronti dei volontari che sembrano avere delle difficoltà a collaborare con la comunità, forse, a causa dello stigma del disturbo mentale. I servizi con i disabili e anziani vedono una maggior presenza di volontari. Questa difficoltà è presente anche nelle altre comunità gestite dalla cooperativa. Emerge quindi una generale difficoltà ad essere presenti dentro la comunità. Ai volontari viene fornita una formazione e il rimborso spese per quanto riguarda particolari attività. Le due comunità che partecipano al Visiting dichiarano di avere pochi volontari e persone che prestano servizio civile alle quali forniscono una formazione di base, ma che si occupano principalmente delle faccende pratiche come accompagnare gli utenti. Con i volontari di 22-23 anni ci sono meno fatiche, ma servirebbe un maggiore aiuto soprattutto per quanto riguarda gli spostamenti e alcune facilitazioni pratiche.

Si discute sulle difficoltà interne nei confronti dei volontari. I volontari sono figure molto utili che offrono una lettura delle situazioni diversa da quella che ha un operatore, in alcuni casi può subentrare un attaccamento molto forte o una resistenza personale che li porta a lasciare la comunità. Il volontario può inoltre riversare sul paziente le proprie difficoltà. Viene nominato nuovamente il progetto Itaca che offre formazione ai volontari e li coinvolge.

5. *Riconoscimento e gestione degli aspetti aggressivi insiti nel gruppo di lavoro e collegati ai diversi gruppi di pazienti presenti in comunità (formazione).* Viene spiegata al gruppo del Visiting la presenza di dinamiche, sane, di conflittualità che dovrebbero essere gestite in una maniera più efficiente, anche in gruppo. Quando un paziente ha un problema di

gestione dell'aggressività, vi è un incontro clinico tra il dottore e il paziente e si trova una soluzione che può essere o no il ricovero: il paziente è al centro di questo momento di confronto. In seguito si discute dell'accaduto all'interno della micro equipe (nella quale non c'è sempre il medico) che si riunisce settimanalmente. A causa del grande numero degli operatori, gli oss non sono sempre presenti quando c'è il medico ma, grazie alla presenza di due figure che sono sempre presenti e fanno da "collante", tutti gli operatori giungono a conoscenza di tutto ciò che viene discusso durante gli incontri. Ad ogni riunione viene scritto un verbale che tutti gli operatori leggono. Una volta al mese per gli educatori e gli infermieri vi è una supervisione sulle dinamiche di gruppo condotta da uno psicologo esterno alla comunità (ma appartenente al dipartimento) alla quale il medico non partecipa. La decisione di non fare partecipare il medico non è condivisa dal diretto interessato che ritiene importante la sua presenza durante le supervisioni in quanto anche lui è membro dello staff della comunità. La supervisione dedicata al personale oss è gestita da due operatori interni alla comunità.

Parlando della gestione dell'aggressività, è stato affrontato con gli ospiti il tema dell'assertività e delle norme d'intervento in caso di aggressione subita o alla quale si è assistito. Tra gli ospiti vi è rispetto e assenza di aggressività.

La comunità e le delegazioni si confrontano su quale possa essere l'obiettivo da porsi su cui lavorare: aumentare il coinvolgimento e la responsabilità degli ospiti.

RIUNIONE DELLE DELEGAZIONI IN VISITA

Le delegazioni si confrontano su quanto ognuno ha osservato sui punti di forza e di criticità e insieme formulano la restituzione da dare agli operatori della CT Le orme. Inoltre decidono di modificare i punteggi dei seguenti item:

-7.13 alzato da 0 a 2

-8.3 modificato da 9 a 3

-10.1 alzato da 0 a 2

-10.3 alzato da 0 a 2

SECONDO COMMUNITY MEETING

La Dottoressa Vigorelli riporta le considerazioni fatte dalle delegazioni, partendo dalle qualità della comunità, in particolar modo dalla ricchezza dell'offerta di proposte riabilitative che risulta

ottimale, riscontrabile nei punteggi elevati che le delegazioni hanno mantenuto. Inoltre tutti hanno constatato una fluida dimensione affettiva che circola in questa comunità, l'ottimo clima e l'equipe strutturalmente vivace, formata e motivata grazie anche alla presenza di una leadership che consente di crescere. Le delegazioni hanno apprezzato l'organizzazione facilitata dalla leadership gruppale armonica e con competenze distinte e dal fatto di essere all'interno di un dipartimento con un bando che dà sicurezza. È stato notato che gli operatori non hanno bisogno di un supervisore esterno poiché le risorse formative che provengono dal dipartimento assolvono in maniera eccellente questa funzione.

Anche in questa riunione è emersa una discussione concentrata sul divario tra la filosofia del *recovery* e la presenza di un gruppo di operatori iperattivo. Le delegazioni propongono di concentrarsi maggiormente sulla riflessione in equipe, non solo con la micro equipe, e meno sull'azione. Osservando il contesto ambientale della comunità le delegazioni hanno notato che il contesto è un po' dispersivo e la struttura ricorda un ambiente ospedaliero, in alcuni tratti anche freddo, e consigliano di renderlo un po' più caldo e colorato.

Vengono a questo punto manifestati gli interrogativi sorti nei delegati:

- come e se è stato accolto il progetto Visiting dal personale oss che sembra un po' escluso dallo staff di operatori.
- da chi viene finanziata la formazione degli operatori.
- come riescono ad organizzarsi con una turnistica così complessa e con il ruolo (non chiaro a tutti i presenti) degli operatori oss.

Gli operatori della comunità Le Orme 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

Item 6.2 : Sono previste **procedure** per affrontare e gestire le crisi, con una procedura di convocazione ben conosciuta.