

VISITING NORD ITALIA – TERZO INCONTRO, PRESSO C.T. ORIZZONTI

Giovedì 29 maggio 2014

PROGRAMMA DELLA GIORNATA DI VISITING:

10:00 arrivo presso Orizzonti delle delegazioni e del facilitatore

10:15 – 13:00 presentazione dei partecipanti e di Orizzonti

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

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

14:00-14:30 visita della comunità

14:30-15:30 riunione delle delegazioni

15:30-16:00 secondo community meeting con restituzione del feedback agli operatori di Orizzonti

PARTECIPANTI

Coordinatore esterno di Mito&Realtà:

M. VIGORELLI

Comunità CRA Orizzonti:

S. SURACE, psichiatra

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

R. PONZONI, coordinatrice infermieristica

S. NOTARO, psichiatra

B. GALBUSERA, educatrice

G. MAURI, infermiera

I. MONGELLI, educatrice

G.DONADONI, oss

D.CARBONE, ausiliaria

Comunità CPA Badile:

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

G. TROIANO, coordinatore infermieristico

C. RANIERI, educatrice

Comunità Le Vele:

G. SCIABBARRASI, coordinatrice infermieristica

A. TERZI, direttore sanitario

S. STREPPONI, psicologa e coordinatrice

Verbalizzatrice:

F. GILLINO, tesista

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

La coordinatrice infermieristica Riccardina Ponzoni illustra la storia della c.t. .

La comunità Orizzonti è stata aperta nel 1999, con funzione di residenza per mandato istituzionale: bisognava portare i pazienti, che erano impropriamente in SPDC, in una condizione di ripartenza sul territorio. Nel gruppo fondatore erano presenti operatori tuttora all'interno della c.t., ovvero Martini, Panzoni e Galbusera. Il metodo seguito era quello di Zapparoli (supervisore della comunità) e veniva offerto un servizio di tipo assistenziale più che riabilitativo, dettato dall'influenza dell'ambito ospedaliero (ad esempio il cibo era quello dell'ospedale e il fatto che metà degli operatori erano infermieri senza esperienza o con quella psichiatrica). Dopo mesi di lavoro la c.t. è giunta a fornire un vero servizio riabilitativo, dimostrato dal **"Progetto quotidianità"**, di cui il pensiero alla base era di portare in comunità una quotidianità familiare, eliminando gli aspetti sanitari e rendendo veri protagonisti gli ospiti. Il progetto consentiva ai pazienti di acquisire abilità nelle attività quotidiane, che ruotano intorno allo scopo di preparare i pasti, anche se non considerava importante il risultato ma tutto ciò che girava intorno a questa esperienza, ovvero una riabilitazione emotiva e sociale che creava gruppo, relazioni, andando contro la tendenza dei pazienti di rimanere chiusi in sé stessi. Questo motivava a portare avanti il progetto, nonostante le difficoltà economiche e di gestione che procurava.

Attualmente la comunità Orizzonti sta cercando di integrare nel suo metodo anche quello psicoeducativo (formazione Magliano), che ben si accorda con la visione "paziente come protagonista", anche se ciò sta richiedendo fatica e per ora manca un'identità condivisa.

Le figure della c.t. sono di diverse discipline:

- 5 operatori sociosanitari (dovrebbero essere 6)

-1 tecnico di riabilitazione psichiatrica

-1 psicologo (la scelta di avere una psicologa strutturata rientra nell'ottica di personalizzazione degli ospiti)

-1 coordinatore infermieristico

-6 infermieri

-2 educatori professionali

-3 ausiliari

-3 psichiatri (Surace per 2 giorni e mezzo, Notaro fissa e Martini è su tutto il dipartimento)

Il progetto aziendale prevede la matrice di turno, che è stata introdotta nella c.t. tramite formazione, ma paradossalmente non si può applicare per mancanza di forze. Ormai con la creazione del SITRA (organo che gestisce gli infermieri) si è andata a perdere l'integrazione con il mondo clinico e questo incide in modo più pesante sugli infermieri stessi.

La comunità ospita 12 pazienti, tra cui uno che ha commesso reato e un numero limitato di pazienti semiresidenziali. E' previsto che i pazienti rimangano in c.t. per 18 mesi (in casi eccezionali 36) , fortunatamente coloro che hanno bisogno di più tempo possono essere inviati al CRM e continuare lì il loro percorso. Inoltre sono previsti programmi di "post-acuzie" della durata di 3 mesi.

In base alla richiesta delle delegazioni di illustrare il tipo di contrattazione fatta dalla comunità con il direttore sanitario, per ottenere il "**Progetto quotidianità**", viene spiegato che c'è sempre stato uno scontro di mentalità, per questo è stato difficile per Orizzonti ottenere un budget da gestire internamente. Il tutto nasce dal fatto che ciò che conta per l'ospedale è far quadrare i conti e quindi preferisce stanziare una quota giornaliera per ogni ospite come se fosse un degente, perciò gli operatori hanno trovato, grazie ad una ricerca da loro condotta, una soluzione che rientrasse nella logica sanitaria: gestendosi loro il cibo si poteva risparmiare.

La comunità ha sempre proposto numerose attività agli ospiti, come ad esempio:

- il gruppo CAI , nato dalla passione di un operatore che voleva condividere con la comunità (non è l'unica attività sorta in questo modo)

-agenzia turismo, ovvero organizzazione di gite

-imbuto, era il giornalino della c.t. in cui veniva raccontato cosa veniva fatto, ma attualmente è un progetto fermo.

La gestione delle molteplici attività era favorita dalla collaborazione con un gruppo di volontari, appena costituito, che era stato contattato da un'équipe di operatori formatasi in modo trasversale al dipartimento che aveva il compito di mappare il territorio, per creare delle reti verso l'esterno. Il gruppo dei volontari, essendo appena sorto e quindi poco strutturato, era molto presente nell'aiutare la comunità e ne favoriva la spinta ideale di lavorare molto sul territorio, per far riottenere all'ospite i suoi diritti di cittadino. La collaborazione creava dinamicità e permetteva la realizzazione di differenti e nuove iniziative. Per riuscire a sincronizzare il lavoro tra comunità e volontari, la c.t. ha fatto a questi ultimi dei corsi di formazione. Poi il numero di volontari è cresciuto, perciò hanno creato una loro associazione e si sono così slegati dalla comunità. Ad oggi i rapporti con Orizzonti sono più deboli e gli operatori sentono la mancanza di aiuto. L'aspetto positivo della situazione è che alcuni ospiti riescono a frequentare l'associazione di volontariato, andando quindi autonomamente fino a Novate. Rimane il problema che le energie della c.t. non

permettono di far più di quanto fa e ciò risulta frustrante per gli operatori che sentono la necessità di stare di più nel territorio. Ad esempio è diventato complicato riuscire a fare gite, per la difficoltà di riuscire a coprire i turni. In passato la situazione era più semplice oltre che per il contributo dei volontari, anche per un diverso sistema di gestione che ora invece vincola maggiormente, contraddicendo il lavoro delle c.t., infatti non supporta la spontaneità e viene ancora fortemente influenzato dalla medicina. Ne risentono soprattutto gli infermieri, che devono sempre rimanere in struttura a meno che siano presenti dei medici e un ausiliare o un oss.

Emerge la riflessione sui cambiamenti nel tempo della **tipologia di pazienti** (ora molto gravi). Ciò richiederebbe un parallelo cambiamento nell'offerta, ma è reso difficile dai tempi ormai molto strutturati e dalle poche forze. Fino a tre anni fa i disturbi dei pazienti erano per la maggior parte schizofrenici, disturbi deliranti e, per il 40 %, di personalità. Negli ultimi anni, oltre alla presenza di più ospiti in post-acuzie con disturbi dell'umore, le patologie ad alta intensità sono diventate 80 % e quelle a media si sono ridotte drasticamente, contrariamente a come i rapporti numerici dovrebbero essere. Questo è dovuto ad una contraddizione dell'azienda che ha scelto di avere 2 CRA e 1 CRM, quindi tutte strutture ad alta intensità: da un lato si punta alla riabilitazione, ma dall'altro il dipartimento manda ospiti molto gravi, che necessiterebbero più di un lavoro assistenziale, oppure di un maggior periodo di riabilitazione. Pur rendendosi conto delle necessità dell'ospite, a cui la c.t. non riesce a far fronte, non è possibile inviarlo a strutture più idonee per motivi sociali ed economici. Il problema è una forte pressione da parte del servizio inviante, che non permette di avere molta possibilità di scelta degli ospiti. Questo limite istituzionale imposto incide sul lavoro svolto dagli operatori e sull'aspetto sociale della comunità. Inoltre si è alzata molto l'età media dei pazienti. Entrambi i cambiamenti sono dovuti alla scelta aziendale di omogeneizzare le 2 CRA, infatti, contrariamente ad Orizzonti, quella di Bellano ospitava pazienti più anziani da riabilitare, con patologie meno acute e un percorso più lungo. Allo stesso tempo va ricordato che i vincoli restrittivi sono dovuti al fatto stesso di essere una CRA.

Infine emerge che a livello dipartimentale è presente una procedura di prevenzione di agiti suicidari, affiancata dalla costante attenzione degli operatori. Anche all'entrata di un nuovo ospite, si indaga se c'è la possibilità di questo tipo di agiti.

PRIMO COMMUNITY MEETING

Il Manuale Vivacom è stato presentato a quasi tutti gli operatori, nel corso di una riunione nel mese di febbraio. Dopo la compilazione individuale, è avvenuta una seconda riunione di condivisione del questionario, per arrivare alla versione collettiva.

Orizzonti ha trovato molto utile e stimolante il Progetto Visiting, tanto che è giunto ad inserirlo nella Formazione Sul Campo con lo scopo di rileggere la realtà comunitaria nell'attualità, potendo così coinvolgere negli incontri la totalità degli operatori.

Essendo già stati presentati e discussi in modo esaustivo molti aspetti della comunità, durante la prima riunione, sono stati visti velocemente i punti di forza e di criticità emersi dalla compilazione del Manuale Vivacom, così da poter spiegare quanto ancora non emerso.

Punti di forza :

- 1- **Clima terapeutico e confort ambientale**, relativo all'area 3

- 2- **Organizzazione generale e diritti**, relativo agli item 1.3 e dal 2.2 al 2.6

- 3- **Cura individuale e gruppale**, relativo alla quasi totalità dell'area 4
Le due dimensioni risultano integrate tra loro. Inoltre attualmente viene dato spazio alla terapia occupazionale, per migliorare l'autonomia e ricostruire l'immagine del paziente, in questo modo attraverso "il FARE" (creta, pittura, collage) si entra nel mondo interno dell'ospite.

- 4- Stabilità, multidisciplinarietà del **gruppo operatori** e puntuale riunione d'equipe, relativi agli item dal 7.1 al 7.5

Inoltre durante la riunione viene discusso l'item **2.6** in cui la c.t. si è data 5. Gli operatori spiegano che c'è un uso libero degli strumenti tecnologici per i pazienti che ne sono in possesso. Se l'utilizzo interferisce con la vita in comunità, allora si contratta con l'ospite. Il regolamento serve solo come bussola, non deve essere restrittivo altrimenti non spinge verso l'autonomia.

Punti di criticità:

1. **Documentazione**, relativo agli item 1.1, 2.1, 4.4, 6.5
Principalmente la comunità ha documenti frammentati e non aggiornati, ma manifesta la volontà di sistamarli e anche di creare una carta dei servizi che presenti la loro c.t.. Per quest'ultima il dottor Pismataro suggerisce di partire dalla buona base della lettera di presentazione già esistente.

2. **Supervisione e formazione del gruppo operatori**, item dal 7.7 al 7.9 e 7.13-7.14

Negli operatori è sorta l'esigenza di avere un supervisore per le dinamiche di gruppo, ora è presente solo il Gruppo Balint gestito dalla dottoressa Martini, ma non si occupa del conflitto al di là del paziente, per quello tra operatori non c'è quindi spazio adeguato. Anche il gruppo vuole essere curato per tirare fuori ciò che altrimenti rimane latente, perché nelle occasioni in cui si riesce a farlo il clima si distende. C'è l'impressione che a livello dipartimentale ci sia una tendenza a privilegiare le aree cognitive e psicoeducative che, pur essendo utili, non bastano e così si sente, da parte degli operatori, la carenza nelle possibilità di scegliere di cosa si ha bisogno.

Villa Gatta presenta la propria situazione a riguardo. Attualmente è giunta al terzo incontro su quattro di supervisioni d'equipè e sta risultando più difficile del previsto far fronte alle dinamiche di gruppo, perché si arriva a toccare aspetti personologici. Infatti inizialmente si è partiti con il tema dei ruoli e i problemi organizzativi e man mano si sta giungendo al nocciolo della reale questione che è quella caratteriale. Il problema è che ci sono aspetti della persona che devono essere gestiti in altro luogo, quindi la supervisione sta servendo, ma alcune questioni non si riescono e non si possono affrontare in sede di comunità.

Le delegazioni riflettono sulla possibilità che sia più utile la creazione di momenti che valorizzino le risorse individuali e di gruppo, rispetto a situazioni dedicate ai conflitti che invece mettono a dura prova proprio le risorse. Nasce quindi l'idea di momenti condivisi per "riallinearsi" tra operatori, al di là dei conflitti personali, così da prendersi cura del "noi".

3. **Ricerca**, relativo alla totalità dell'area 10

Attualmente Orizzonti sta seguendo solo il progetto Visiting

4. **Attività gruppali con i familiari**, relativo all'item 5.6

Attualmente ogni 2 mesi circa gli operatori incontrano i familiari degli ospiti, ma non sono previsti gruppi familiari, contrariamente al passato.

Inoltre vengono discussi con le delegazioni i seguenti items:

- **4.5** con punteggio 3, perché in c.t. viene effettuata principalmente una valutazione clinica del paziente, ma, grazie alla formazione psicoeducativa, si stanno impegnando per poterne fare una sulle funzionalità tramite una scala tratta dalla VADO (FVF)
- **4.13** con punteggio 2, perché la c.t. non si occupa della dimensione lavorativa dei pazienti, ma la segnala al CPS che ha il ruolo di occuparsene. Essendoci l'attenzione a questo aspetto, è stato proposto di alzare la votazione.
- **4.16** con punteggio 3, perché per il momento storico vengono privilegiate attività riabilitative interne più che esterne.

- **4.19** con punteggio 3, perché la comunità ha un regolamento sulle conseguenze delle violazioni delle regole e dei confini comunitari, ma è molto generale e a grandi linee; però gli operatori ci stanno lavorando.

RIUNIONE DELLE DELEGAZIONI IN VISITA

Le delegazioni sottolineano la forza e l'influenza degli aspetti culturali della comunità Orizzonti, sulla visione degli operatori delle attuali difficoltà. Viene notato l'alto livello della c.t. e il fatto che i principali aspetti emersi durante il confronto della mattina riguardino la sua storia. Risulta inoltre importante rimarcare la richiesta degli operatori di lavorare sul gruppo. Infine vengono rivisti alcuni item.

SECONDO COMMUNITY MEETING

La dottoressa Vigorelli riporta le osservazioni fatte dalle delegazioni, partendo dagli aspetti positivi riscontrati.

1. La comunità Orizzonti ha delle qualità estetiche strutturali uniche in Italia, che risultano funzionali alla mission. Vi sono sia spazi individuali, armonizzati e intimi, sia spazi medi per piccoli gruppi e sia spazi ampi. Colpisce che le camere non inducono all'isolamento del paziente, che è invece spinto a uscire, grazie al grande corridoio che unifica le stanze con delle vetrate estese da cui proviene la luce, stimolo soft adatto alla tipologia di ospiti. Inoltre è presente un'ampia palestra, numerosi luoghi adatti a coltivare gli aspetti creativi ed espressivi dell'individuo, quindi vengono offerte tante possibilità funzionali alla riabilitazione.
2. Il gruppo fondatore della comunità, in parte ancora presente, è un esempio di un impegno in ambito pubblico che va oltre l'aspetto mansionario. Si percepisce un clima di passione per questo lavoro, nonostante il peso burocratico che comporta. Inoltre è importante mantenere il valore, presente fin dalla fondazione della c.t., di interesse al territorio visto come uno dei possibili percorsi, che può aiutare l'ospite nel transito verso il "fuori". Sono questa energia e questi valori che hanno permesso la conquista del Progetto Quotidianità e ciò deve essere una spinta per le altre c.t..

Si notano quindi due valenze. Una è la spinta dal dentro al fuori con un modello zapparoliano biopsicosociale. L'altra è il nucleo di cultura trasmesso.

Si prosegue con gli aspetti critici riscontrati.

- 1- Risulta evidente la sofferenza del gruppo-operatori e si crede che sia dovuta al fatto che in origine la comunità poteva agire in modo spontaneo e ora si ritrova schiacciata dall'organizzazione burocratica che si riscontra a tutti i livelli. Però è necessario che questa situazione venga assimilata e smaltita, così da mantenere una certa spontaneità, invece che rimanere bloccati nelle lamentele. Lo stesso problema si riscontra anche nelle c.t. private. Inoltre serve avere la consapevolezza che in Italia abbiamo la legge psichiatrica più avanzata nel mondo, infatti gli altri Paesi devono ancora smantellare l'ospedale psichiatrico. Il punto centrale è che bisogna cambiare atteggiamento. E' esemplificativa l'esperienza della comunità le Vele che poneva resistenza a informatizzare le cartelle, ma, imparata la procedura, ha riconosciuto la sua grande utilità. Se ci si cronizza, non ci si riesce ad aprirsi all'arricchimento che nuove tecniche possono dare.
- 2- Al discorso precedente si ricollega anche quello sulla mancanza di ricerca nella c.t. Orizzonti. La medesima difficoltà si riscontra in molte comunità, tuttavia è importante dimostrare l'efficacia di questa tipologia di lavoro sui pazienti. E' stato apprezzato che la c.t. sia riuscita a ottenere il Progetto Quotidianità tramite una ricerca, però serve continuare in questa direzione e non rimanere fermi.
- 3- Da una lettura storica di Orizzonti, sembra che il disagio percepito dagli operatori risalga ai cambiamenti dipartimentali, che hanno comportato la perdita per l'ex dipartimento di Merate dell'effetto facilitante + una piccola realtà. Bisogna però vedere gli aspetti positivi della situazione: tutte le aree dell'ex dipartimento di Lecco, un tempo meno funzionanti, hanno preso ad esempio la cultura di Merate e l'hanno riportata nella loro realtà. Questo dovrebbe far sentire orgogliosi gli operatori della c.t. e inoltre ciò comporta che se un ospite viene trasferito da una all'altra comunità, non vivrà più, come nel passato, il dramma del cambiamento. Si è creata una cultura comune.
- 4- E' emersa l'esigenza di più cura del gruppo operatori, in particolare si è avvertito che l'area infermieristica non si sente parte del clima collettivo. Una sana conflittualità può andar bene, ma bisogna gestirla e la soluzione potrebbe essere quella di ripristinare il gruppo Balint, ma con in più la funzione di valorizzare le risorse e i talenti.

Nel complesso non sono stati modificati molto i punteggi attribuiti agli item, perché sono risultati pertinenti e questo è indice di buona capacità di autosservazione da parte di Orizzonti. Le uniche modifiche sono relative agli items:

-7.13 : l'autovalutazione era stata 9, ma le delegazioni non ritengono il requisito "non pertinente", ma non soddisfatto. Per questo motivo cambiano il punteggio in 0.

-1.2 : gli operatori di Orizzonti si erano dati 2, ma dal confronto con loro durante la mattinata è emerso che il punteggio basso è dipeso dalla poca chiarezza dell'item, non da loro mancanze. Quindi viene deciso di alzarlo a 4.

Visiting presso Orizzonti

Gli operatori della comunità Orizzonti 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 è stato proposto il seguente cambiamento:

1.2- L'item riguarda le riunioni con i servizi socio-sanitari e/o giudiziari, il suggerimento è di aggiungere la dicitura "**telefonticamente**" per indicare come valida anche questa modalità di contatto, per il superamento dei criteri dell'item . Inoltre è stato consigliato di creare un secondo item che si riferisca specificatamente alle riunioni con i **servizi psichiatrici**.