

Allegato al N.P. 1BIS requisito SCHEDA DG



MODELLO OPERATIVO

SOMMARIO

MODELLO METODOLOGICO	2
IL PROGETTO RIABILITATIVO	5
LE FASI DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO	8
ELENCO DELLE ATTIVITA'	9
SCALE DI VALUTAZIONE	11
RISORSE UMANE	12
SCHEMA RIASSUNTIVO	13

MODELLO METODOLOGICO

La scuola di pensiero cui farà riferimento Casa Godio sarà quella psicoanalitico-psicodinamica, rifacendosi principalmente ad autori quali D. Winnicott, M. Klein e W. Bion. La scelta è orientata dal fatto che questi due pensatori forniscono degli elementi teorici che storicamente vengono resi operativi nella gestione di strutture per pazienti psicotici. Inoltre permettono, vista la peculiarità degli approcci, di affrontare il disagio mentale secondo vertici individuale e grupale, di integrare interventi con i pazienti e con i familiari, all'interno come all'esterno della struttura, di tipo riabilitativo e terapeutico. Di conseguenza gli operatori dovranno essere addestrati ad un modo di pensare che lontano da quello della vita normale, sviluppa un'attenzione particolare a tutti i segnali più o meno espliciti degli ospiti, o per dirla con le parole di P.C. Racamier, saper utilizzare *le azioni e gli oggetti parlanti*.

Sarebbe auspicabile che gli operatori avessero nel loro curriculum un percorso analitico individuale o di gruppo in quanto aumenterebbe la consapevolezza dei propri comportamenti in funzione delle sollecitazioni dei pazienti, ma rendendoci conto di quanto ciò sia difficile, saranno organizzati moduli formativi di tipo esperienziale nei quali promuovere un tipo di apprendimento basato sul vivere certe situazioni piuttosto che sulla trasmissione di concetti, facendo riferimento quindi ad un piano emotivo e non solo cognitivo, cui sarà invece destinata un'altra parte del piano formativo. Dovrebbe risultare chiaro quanto quello proposto

sia un modello che integri pensiero ed azione, vissuti ed emozioni, con comportamenti, psichico e pragmatico.

A volte seguendo questo modello può risultare difficile distinguere quanto ci possa essere di terapeutico in un'azione di per se riabilitativa ed è per questo che l'equipe dovrà seguire una formazione specifica, in quanto i due ambiti sono e devono rimanere separati con spazi e tempi differenziati. Un errore grossolano è confondere l'effetto terapeutico che possono avere alcune azioni quotidiane svolte all'interno di processi riabilitativi, con un'azione terapeutica vera e propria che incide sulla personalità del paziente, svolta all'interno di un setting e secondo modalità stabilite. Chiarito, quanto secondo questo modello i due presupposti, terapeutico e riabilitativo, abbiano ambiti specifici di intervento, talvolta nella descrizione delle azioni si farà riferimento agli effetti terapeutici delle azioni riabilitative. Parliamo infatti di recuperare abilità, competenze, modalità di pensiero e relazionali, per cui un processo riabilitativo in residenza diventa terapeutico.

Per esempio, uno tra i principali riguarda l'uso terapeutico e riabilitativo della residenzialità e dell'abitare. Secondo questa tesi lo stesso abitare un luogo, definito da una cornice precisa promuove una funzione riabilitativa secondo il concetto di quotidianità strutturante. Elementi fondamentali per la vita sono il tempo e lo spazio della vita di tutti i giorni. E' il quotidiano che va ad acquisire una grande importanza, con la partecipazione attiva alla vita della casa, con la turnazione per le piccole incombenze quotidiane, tutte cose che

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

fanno sì che il paziente si senta protagonista. Il cuore dell'azione terapeutico riabilitativa è tutto nella capacità di “vivere la giornata”, nella capacità di dare un senso a ciò che avviene, di orientare ciò che si fa. Quotidianità e progetto non sono agli antipodi: l'uno si cala nell'altra; alle volte non si tratta neppure di fare qualcosa in più o di diverso, semplicemente basta dare un'altra prospettiva a quel che viene fatto. La residenza è caratterizzata dal susseguirsi di tutta una serie di gesti quotidiani che si ripetono. Sono le mansioni insite nella gestione di una qualsiasi casa. Si parla di pulire, riordinare, fare piccoli lavori necessari. E dentro un setting riabilitativo questi gesti possono acquisire un significato importante. Tutto ciò che succede all'interno della residenza ha significati incrociati che possono stare uno dentro l'altro. In questo senso l'applicazione di pratiche riabilitative non può essere facile né scontata, in quanto implica azioni educative, compensatorie, terapeutiche all'interno di un lavoro di equipe. Il lavoro di gruppo, la cooperazione, il coordinamento sono tra i pilastri del percorso riabilitativo.

IL PROGETTO RIABILITATIVO

Il processo riabilitativo del paziente si definisce e si realizza all'interno di un percorso basato sulla lettura della situazione attuale della persona, sulla valutazione delle sue capacità sulla definizione di obiettivi realistici e una previsione sui tempi di realizzazione del programma. Tutto questo viene definito **Progetto Riabilitativo Individualizzato**. E' noto infatti come un progetto non deve risultare eccessivamente impegnativo o stimolante per il paziente così come risulta dannosa una sottostimolazione. Inoltre la riabilitazione non può essere intesa semplicemente come un aiuto a compensare inabilità, una sorta di addestramento alle abilità sociali, ma piuttosto un attivatore di processi che possano aumentare il senso di sé, la responsabilità verso sé e gli altri, la capacità di relazionarsi con gli altri, la possibilità di scambiare affetti. Quindi persegue l'obiettivo non di soddisfare dei bisogni, ma di fornire gli strumenti per trovare da sé la soddisfazione dei propri bisogni. Parallelamente allo sviluppo delle risorse del paziente in relazione ai suoi bisogni e ai suoi desideri, occorrerà procedere a sviluppare le abilità dell'ambiente perché accolga ed amplifichi ciò che si è modificato nel paziente affinché il suo miglioramento non risulti addirittura dannoso perché va a intaccare equilibri precedenti ma disfunzionali. È quindi necessario definire obiettivi chiari e le tappe per raggiungerli, come valutare punti di forza e di debolezza. Per risultare efficace qualunque progetto riabilitativo deve basarsi su una attenta lettura della situazione del paziente, della sua storia, delle sue esperienze, lettura che diventa parte integrante del progetto in quanto consente

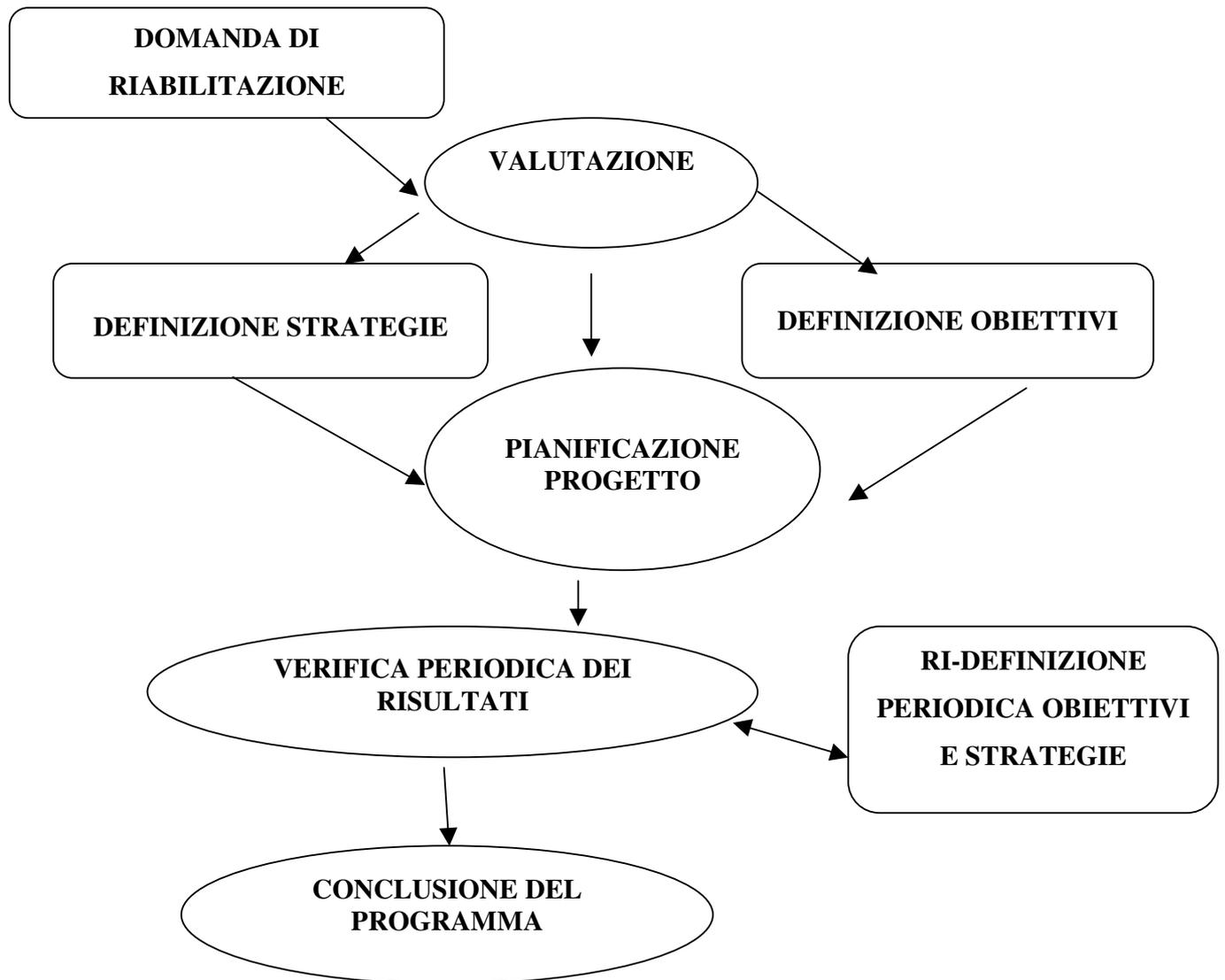
PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

di impostare e monitorare gli interventi. Da chiarire chi invia il paziente, se arriva da un reparto psichiatrico o da un'altra struttura riabilitativa, dopo un esordio o una riacutizzazione. Come viene fatto l'invio segna l'ingresso della persona, in quanto la domanda di ammissione può essere adeguatamente motivata o meno ed è importante saper valutare questi elementi. L'osservazione, l'intervista clinica e l'ausilio di strumenti di valutazione sono i principali metodi cui si farà riferimento. Nella fase di raccolta delle informazioni sul paziente (storia familiare, motivazione e disponibilità alla cura, bisogni e desideri) si costruisce il progetto riabilitativo, se oltre ad ascoltare e registrare notizie sulla persona e valutare le sue aree di disabilità, si gettano le basi della relazione che condiziona la struttura del progetto, l'adesione ad esso e di conseguenza anche la sua riuscita. Sulle osservazioni degli operatori sul paziente si basa l'individuazione degli obiettivi e delle strategie, determinando le aree deboli sulle quali intervenire e quelle potenzialmente più robuste sulle quali fare affidamento e leva per impostare il trattamento riabilitativo. Tra i bisogni portati occorre evidenziare quelli specifici di quella persona da quelli ideali. Il paziente può assecondare bisogni presupposti dall'osservatore, dai familiari o dalle aspettative sociali o di altri curanti, e quindi è quanto mai fondamentale darsi il tempo per individuare precisamente quali siano i reali bisogni di quella persona, per non ricadere in meccanismi in cui il paziente non riesce ad avere la consapevole percezione di vivere la sua vita. Può essere utile a questo proposito far riferimento ai tre parametri strutturali di un individuo: il Sé corporeo, il Sé espressivo, il Sé verbale e prevedere attività, strumenti e risorse necessarie per ognuna di queste strutture. Il progetto si struttura

quindi per obiettivi intermedi, in cui i tempi sono difficilmente calcolabili, in quanto sono legati alla risposta del paziente, alla sua motivazione, alle sue reali possibilità. Fondamentale quindi, che tutto il progetto così come gli obiettivi intermedi siano discussi e concordati con il paziente, così come la verifica dell'andamento.

Per quanto sia difficile parlare di tempi in riabilitazione, comunque deve essere previsto un termine, altrimenti si corre il rischio di rendere cronico il trattamento. Vorremmo aggiungere che impostare un assessment di questo tipo ci consente di fare riferimento ad elementi esterni per monitorare il processo riabilitativo. Infatti sono notevoli i rischi di cronicizzazione e dipendenza. E' noto che in psichiatria i risultati degli interventi messi in atto non sono obiettivabili anche perché sono molteplici e poco controllabili tutti gli elementi che concorrono al processo riabilitativo. Rivestono una notevole importanza per esempio le qualità personali degli operatori coinvolti, la loro capacità di empatia, di gestire le proprie emozioni, di comprensione, di conseguenza anche questi elementi dovranno trovare spazio nel processo di valutazione. Un ulteriore livello di assessment riguarda il monitoraggio dei sintomi, i quali per esempio potrebbero persistere anche nella condizione clinica migliore del paziente, ed un assessment delle funzioni sociali proprie del progetto riabilitativo. In questa fase della valutazione quindi si cercherà di definire una soglia basale alla quale riferire le informazioni sui cambiamenti del paziente.

LE FASI DEL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO



Tratto da:

Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale.

Gabriella Ba, Raffello Cortina 2004

ELENCO DELLE ATTIVITA'

- Interventi sulle abilità di base:
 - Abilità relative alla cura di sé
 - Acquisizione e gestione di attività strumentali
 - Miglioramento della abilità interpersonali
- Interventi di tipo espressivo
 - Laboratorio teatrale
 - Laboratorio sul movimento
 - Pittura
 - Creazione di oggetti
- Interventi di risocializzazione
 - Gite
 - Soggiorni nei periodi di vacanza
 - Feste
 - Partecipazione a concerti e manifestazioni
 - Visite a musei
- Interventi di tipo cognitivo
 - Alfabetizzazione di base
 - Alfabetizzazione avanzata
 - Comunicazione

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

- Attività manuali
 - Traforo
 - Pittura
 - Decoupage
 - Giardinaggio
- Inserimento lavorativo
 - Formazione
 - Tirocinii
- Attività per le famiglie
 - Colloquio con i familiari
 - Interventi sulle dinamiche familiari

- Attività di psicoterapia
 - Terapia individuale
 - Terapia di gruppo
 - Musicoterapia
- Attività fisiche
 - Uso della palestra interna
 - Rilassamento
 - Attività sportive esterne

SCALE DI VALUTAZIONE

Scale di valutazione:

- International Classification of Functioning (I.C.F.) per valutare funzionamento e capacità effettive
- Brief Psychiatric Rating Scale (B.P.R.S.) 4.0 per la valutazione della psicopatologia
- WHO-Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/ D.A.S. II) per la valutazione della disabilità
- Camberwell Assessment of Need (C.A.N.) per la valutazione dei bisogni di cura
- WHO Quality of Life (WHO/Q.o.L.) per la valutazione della qualità della vita
- Manuale della Valutazione Abilità e Definizione di Obiettivi (V.A.D.O.) per valutare funzionamento personale e sociale

RISORSE UMANE

Il Personale di Casa Godio

N° Op.	Funzioni	Titolo di studio qualifica prof.	Minutaggio giornaliero	Ore sett.
1	Direzione Sanitaria	Laurea in medicina e chirurgia Specializzazione in Psichiatria		16
1	Assistenza Psichiatrica	Medico psichiatra	30 minuti die x Ospite x 6 gg.	30
1	Assistenza Psicologia	Psicologo - psicoterapeuta	30 minuti die x Ospite x 6 gg.	30
1	Supervisione terapeutica	Supervisore - psicoterapeuta	240 minuti - 1 presenza settimanale	4
3	Assistenza socio- educativa	Educatori professionali	84 minuti die x Ospite x 7 gg. presenza giornaliera H 12	84
5	Assistenza tutelare	Operatori tutelari	168 minuti die x Ospite x 7 gg presenza giornaliera H 24	168
3	Assistenza infermieristica	Infermiere Professionale	84 minuti die x Ospite x 7 gg. presenza giornaliera H 12	84
2	Servizi generali	Ausiliari	presenza giornaliera H 6	42
1	Servizi amministrativi	Addetto Segreteria	presenza (da lunedì a sabato) H 3	18
1	Supervisione formazione	Supervisore	n° 3 - 4 volte nell'anno	20 ore/anno
	Pasti	esternalizzati		

SCHEMA RIASSUNTIVO

CASA GODIO Residenza Psichiatrica Riabilitativa

<p>Quadro teorico di riferimento</p>	<p>Il modello teorico seguito è quello psicoanalitico-psicodinamico. Ci si rifarà sia per gli interventi terapeutici e riabilitativi individuali e di gruppo, sia per la formazione di tipo esperienziale degli operatori, così come per la supervisione.</p>
<p>Accesso</p>	<p>Accesso con proposta dello specialista psichiatra del D.S.M. di appartenenza ed autorizzazione al ricovero da parte della A.S.U.R. di residenza, rivolta a pazienti non in fase acuta con risorse personali adeguate ad usufruire del progetto riabilitativo.</p>
<p>Profilo del trattamento</p>	<p>Colloqui di valutazione preliminare e di preparazione all'inserimento; fase di osservazione (scale di valutazione impiegate: I.C.F., B.P.R.S. 4.0, WHO/ D.A.S. II, C.A.N., WHO/Q.o.L., V.A.D.O.); predisposizione del Progetto Riabilitativo Individualizzato; periodiche valutazioni congiunte dell'andamento e della efficacia del progetto; preparazione e realizzazione della fase di dimissione.</p>
<p>Tempi del trattamento</p>	<p>Durata progetto riabilitativo dai 12 ai 24 mesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fase iniziale di osservazione: due settimane; • fase di inserimento uno-tre mesi • periodo di esecuzione del progetto e sue verifiche: otto-sedici

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

	<p>mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • fase di avvio all'uscita: tre-sei mesi
Attività previste	<ul style="list-style-type: none"> • migliorare le abilità di base • interventi di tipo cognitivo • interventi di tipo espressivo • interventi terapeutici individuali e di gruppo • laboratori di attività manuali • formazione al lavoro • attività rivolte alle famiglie
Assistenza medica	<p>I pazienti saranno iscritti presso il medico di base di riferimento di Casa Godio, mentre la terapia farmacologica sarà stabilita dallo psichiatra interno sentito lo psichiatra inviante. Per ogni paziente è previsto il riferimento allo psichiatra inviante in prima istanza per situazioni di urgenza, e una procedura concordata con i DSM e gli SPDC di riferimento per l'assistenza di quei pazienti che mostrassero maggiori difficoltà.</p>
Organizzazione del lavoro	<p>L'organico sarà suddiviso in mini-equipe che seguiranno un numero limitato di pazienti. Periodicamente si riuniranno con i pazienti affidati, in altri momenti in riunioni allargate per supervisioni tecniche. Altri spazi saranno dedicati a supervisioni di tipo dinamico</p>

Pergola, maggio 2010

L'ENTE GESTORE