



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

**STRUTTURA INTERMEDIA
RESIDENZIALE E CENTRO DIURNO SOVRADISTRETTUALI
PER L'INTERVENTO PRECOCE INTENSIVO NEGLI ESORDI PSICOTICI**

LINEE GUIDA

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

CENTRO INTER DISTRETTUALE PER L'INTERVENTO PRECOCE INTENSIVO

NEGLI ESORDI PSICOTICI

Il Centro interdistrettuale per l'intervento precoce intensivo negli esordi psicotici (Centro Esordi) è inserito presso il Presidio di Mariconda, (una struttura polifunzionale con una potenzialità operativa tale da garantire un'offerta integrata di Servizi sovradistrettuali). Si compone di una "Comunità Residenziale" dotata di sei posti di accoglienza e di un Centro Diurno di Riabilitazione semiresidenziale che accoglie fino a quindici ospiti. I due presidi sono contigui, e specificamente finalizzati all'intervento precoce intensivo negli esordi psicotici.

La "Comunità Residenziale per gli Esordi" opera con le risorse messe a disposizione dalla delibera 476 del 9.05.2014 per n. 6 utenti che vengono ospitati in uno spazio protetto attiguo a quelli destinati al Centro Diurno per gli esordi (che così diventa anche un ulteriore spazio operativo per le attività diurne dei sei utenti).

OBIETTIVI

L'obiettivo del percorso riabilitativo è quello di intervenire precocemente sugli esordi psicotici, limitando al massimo il rischio di cronicizzazione e di deterioramento correlato alla condizione patologica.

L'obiettivo intermedio è rappresentato dall'intento di sostenere gli ospiti e di favorire in loro lo sviluppo di tutte le abilità personali e sociali che costituiscono l'indispensabile prerequisito dell'autonomia.

I percorsi attraverso i quali si intende addivenire a siffatti obiettivi sono sommariamente riassumibili come segue:

- forte coinvolgimento dell'ospite e dei suoi familiari nell'alleanza terapeutica per una compartecipazione attiva dell'utenza nel processo riabilitativo e di cura;
- sviluppo delle potenzialità degli ospiti in considerazione delle loro risorse e delle disabilità;
- scelta degli obiettivi riabilitativi e negoziazione del percorso individualizzato di cura tra l'utente, la famiglia, l'*equipe* residenziale e i servizi territoriali di riferimento che rappresentano certamente gli interlocutori successivi naturali dell'utente dopo le dimissioni dal Centro per gli Esordi.

Nell'ambito della Struttura è prevista l'applicazione di modelli di gestione globale del paziente per fornire livelli di cura/assistenza/riabilitazione personalizzati ed adeguati alle specificità, con particolare riferimento sia alla sintomatologia fisica che ai bisogni psicologici, relazionali, spirituali ed affettivi degli ospiti.

La presa in carico prevede attività tipiche di un regime di comunità ed in particolare:

- colloqui psicologici e psicoterapie individuali
- assessment psicologico e cognitivo
- psicoterapie individuali e familiari

- social skills training
- percorsi riabilitativi individualizzati e/o di gruppo
- attività di collegamento con la scuola per coloro che continuano a frequentarla e col mondo del lavoro per gli utenti che sono usciti dal sistema scolastico.

L'EQUIPE

L'*equipe* multidisciplinare, che redige il Piano Riabilitativo Personalizzato sulla base del PTRP stabilito dalla UOSM inviante è composta da:

- Psichiatri
- Psicologi
- Assistente Sociale
- Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica
- Educatori Professionali
- Infermieri Professionali
- Operatori addetti alla assistenza
- Volontari

Sono stabilmente previste fasi di formazione del personale e di aggiornamento da realizzarsi anche attraverso visite e contatti diretti con residenze e strutture omologhe del territorio nazionale.

GIORNATA TIPO

| | |
|------------------|--|
| ore 7,00: | sveglia e igiene personale |
| ore 9,30: | visite mediche, interventi infermieristici, interventi riabilitativi o uscita per recarsi a scuola, a seconda del progetto individuale |
| ore 12,00: | pranzo e assunzione terapia |
| ore 13,30: | riposo |
| ore 14,30/19,00: | attività assistenziali/terapeutiche/riabilitative |
| ore 16,00: | merenda |
| ore 19,00: | cena e assunzione terapie |
| ore 20,30: | attività ricreative |
| ore 21,00: | assunzione terapie e riposo notturno. |

In un'ottica di personalizzazione dell'atto terapeutico gli orari possono subire modifiche.

NORME GENERALI DI FUNZIONAMENTO

Il Centro comprende un modulo residenziale (n.6 posti di accoglienza in Residenza) ed un modulo semiresidenziale (Centro Diurno). Per essere accolti nella Residenza o nel Centro Diurno è necessario

inoltrare regolare domanda di inserimento da parte dello Psichiatra della UOSM di riferimento del pz. Sarà programmata una prima visita e sarà valutata la presenza di condizioni atte a consentire l'accoglienza dell'ospite. L'appropriatezza del ricovero e il relativo inserimento nella lista d'attesa sono effettuati a cura dell' *equipe* della struttura all'atto della prima visita che prevede la valutazione clinica e sociale. Le dimissioni sono programmate secondo la tempistica prevista dalla Legge e concordate sia con la famiglia che con la UOSM con la quale, durante il ricovero, vengono mantenuti contatti costanti.

AZIONI NECESSARIE PER DETERMINARE L'ACCOGLIENZA E L'INGRESSO:

- tessera sanitaria in originale
- numero di esenzione
- copia carta di identità
- copia della cartella clinica della UOSM competente
- estensione del contratto di cura

DOCUMENTAZIONE DA COMPILARE ALL'INGRESSO

- consenso informato
- contratto familiari
- contratto con gli utenti

Lista d'attesa:

nel caso si esauriscano i posti residenziali disponibili le richieste di inserimento che abbiano superato il percorso valutativo saranno inserite nella lista d'attesa

Dimissioni

la dimissione dell'utente viene concordata con i referenti del percorso terapeutico della UOSM e quello della famiglia

Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

RETTE E SERVIZI

Tutto quanto connesso all'intervento assistenziale e riabilitativo, effettuato in regime di ricovero, risulta a carico del SSN.

I servizi generali e collettivi sono:

- assistenza medica specialistica, infermieristica, assistenziale ed educativa
- supporto psicologico
- attività di animazione e riabilitazione
- ausili vari

- servizio alberghiero e ristorazione: prima colazione, pranzo e cena con un primo, secondo e contorno o possibilità di pietanze alternative a seconda dei gusti, frutta e caffè a pranzo, frutta, yogurt o dolci preparati dalla cucina interna alla merenda pomeridiana. Vi è la possibilità di regimi dietetici personalizzati secondo l'indicazione medica.
- spese farmacologiche e interventi diagnostico-clinici per il trattamento della patologia psichiatrica.

La cura dei capelli e delle unghie è affidata all'utente ed è da realizzarsi all'esterno del Centro.

L'utente mantiene l'iscrizione con il medico di continuità assistenziale che rimane titolato ai processi di cura per le patologie non psichiatriche, per la prescrizione di farmaci e per i percorsi terapeutici non correlati alla patologia psichiatrica i cui costi rimangono a carico dell'utente.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI E DI INDIRIZZO

- World Health Organization - 160-2007: Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza
- **L.833/78**
- **DPR 14/01/97** requisiti strutturali servizi sanitari
- **7/4/1994: POSM**
- **DPR 484/97**
- **DPR 10 novembre 1999** "Progetto Obiettivo Nazionale per la tutela della salute mentale"
- **L. 328/2000** integrazione sociosanitaria
- **Marzo 2008** Ministero della Salute linee indirizzo nazionali per la salute mentale
- **Decreto 5/2011 Regione Campania**
- **Delibera 666/2011 Regione Campania**
- Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO E LE METODOLOGIE

1) LE FINALITA'

“La riabilitazione in salute mentale è l’insieme sistematizzato di prestazioni ed attività che hanno come fine quello di ...assicurare che le persone con disabilità derivate da problematiche di salute mentale possano disporre delle abilità fisiche, psichiche ed emotive necessarie per vivere, apprendere e lavorare nella comunità con il minimo di aiuto da parte degli operatori sociosanitari.”

La finalità del programma socio-riabilitativo è quello di innescare e condurre un cambiamento che, attraverso un percorso graduale, porti il soggetto ad un nuovo modo di essere, di agire, di comunicare, di pensare e di pensarsi *ed il gruppo di riferimento (famiglia) ad un livello di consapevolezza delle dinamiche di relazione che orienti l’agire “oltre” la individuazione del “paziente designato”*. Un contesto riabilitativo deve perciò essere fondato anche su processi socio-educativi e quindi riconsiderare gli spazi e le esperienze di vita, come risorse da comprendere ed utilizzare con e per il paziente.

Ogni prestazione è personalizzata ed orientata sui bisogni individuali dell’utente. Lo stile di lavoro è orientato al rispetto delle inclinazioni e delle peculiarità di ciascun ospite

Viene esclusa qualsiasi forma di “contenimento” o limitazione della libertà personale, se non riferita alle regole di convivenza della comunità.

2) METODO DI LAVORO

Il Centro residenziale e semiresidenziale per il trattamento degli esordi è orientato alla RECOVERY.

La **recovery** in italiano si può esprimere con “ripresa di sé” e sostiene pensieri ed azioni verso il viaggio che ogni donna ed ogni uomo compiono nel costruirsi una vita *possibile al di là della malattia accettando di definire un nuovo senso di sé, nuove identità credibili*, attraverso il confronto e la partecipazione alla vita sociale.

La **recovery** dalla malattia e dal disturbo mentale si riferisce ad un processo attivo dinamico ed altamente individuale attraverso cui la persona assume/riassume la responsabilità della propria vita per mezzo delle capacità e delle opportunità di sviluppare un insieme di strategie rivolte a fronteggiare i sintomi ma anche le minacce secondarie della disabilità: la discriminazione, lo stigma e l’esclusione sociale.; ovvero la capacità e l’opportunità di sviluppare un sé credibile altro dalla disabilità, un sé regista/protagonista oltre il sé attore/comparsa.

La **recovery** per uscire dalle “leggi” della malattia mentale, l’inguaribilità e la cronicità, illuminati dalla luce e dal colore dell’interazione e dall’integrazione con l’altro da sé, per riposizionarsi e riprendersi attraverso possibilità la propria vita tra e con quella degli altri nonostante la malattia ed il disturbo mentale.

Il concetto di **recovery** sottolinea l’importanza che occorre dare alla valorizzazione del ruolo attivo della persona attraverso i fattori di SIGNIFICANZA comuni alle storie, di malattia, di salute e di vita individuale e collettiva.

La **recovery** è conoscenza e presa di consapevolezza e coscienza (pensiero unitario, continuativo e demarcato) di sé dei propri problemi e soprattutto dei propri obiettivi di esistenza.

La **recovery** è possibilità di mettersi/rimettersi in viaggio per ricostruire/restaurare ricostruirsi, restaurarsi, parti di vita nella comunità al di là della malattia con e per la Comunità.

La **recovery** come possibilità di uscire dalla” chiusura dalla malattia all’aperura alla guarigione “ oltre i sintomi attraverso le opportunità nelle prossimità relazionali e sociali quotidiane.

La **recovery** come ricerca di “opportunità “ per:

- Imparare ad uscire da casa e dai luoghi di malattia e a vivere nonostante i sintomi conoscendoli, riconoscendoli e facendoli conoscere come parte e non tutto
- Imparare a considerare che nella malattia come nella salute il problema non è mai di uno solo
- Conoscere e riconoscere che la psichiatria e la psicologia non sono scindibili dalla complessità
- Acquisire consapevolezza del valore, della partecipazione e del contributo che ogni membro di una comunità può dare verso chi soffre , ha sofferto e soffrirà, di malattia psichiatrica e di problemi di salute mentale
- La recovery come opportunità per porre attenzione alle esperienze vissute, raccontate per guardare e guardarsi anche come parte di una regia interessata al recupero di una migliore qualità di vita individuale e collettiva con particolare riferimento alla vita quotidiana , teatro per il sé narrante e protagonista in viaggio verso identità credibili e credute

IL MODELLO OPERATIVO

1. LA STRUTTURA E IL MODELLO OPERATIVO

Il Centro interdistrettuale per gli Esordi comprende una Residenza ed un Centro Diurno.

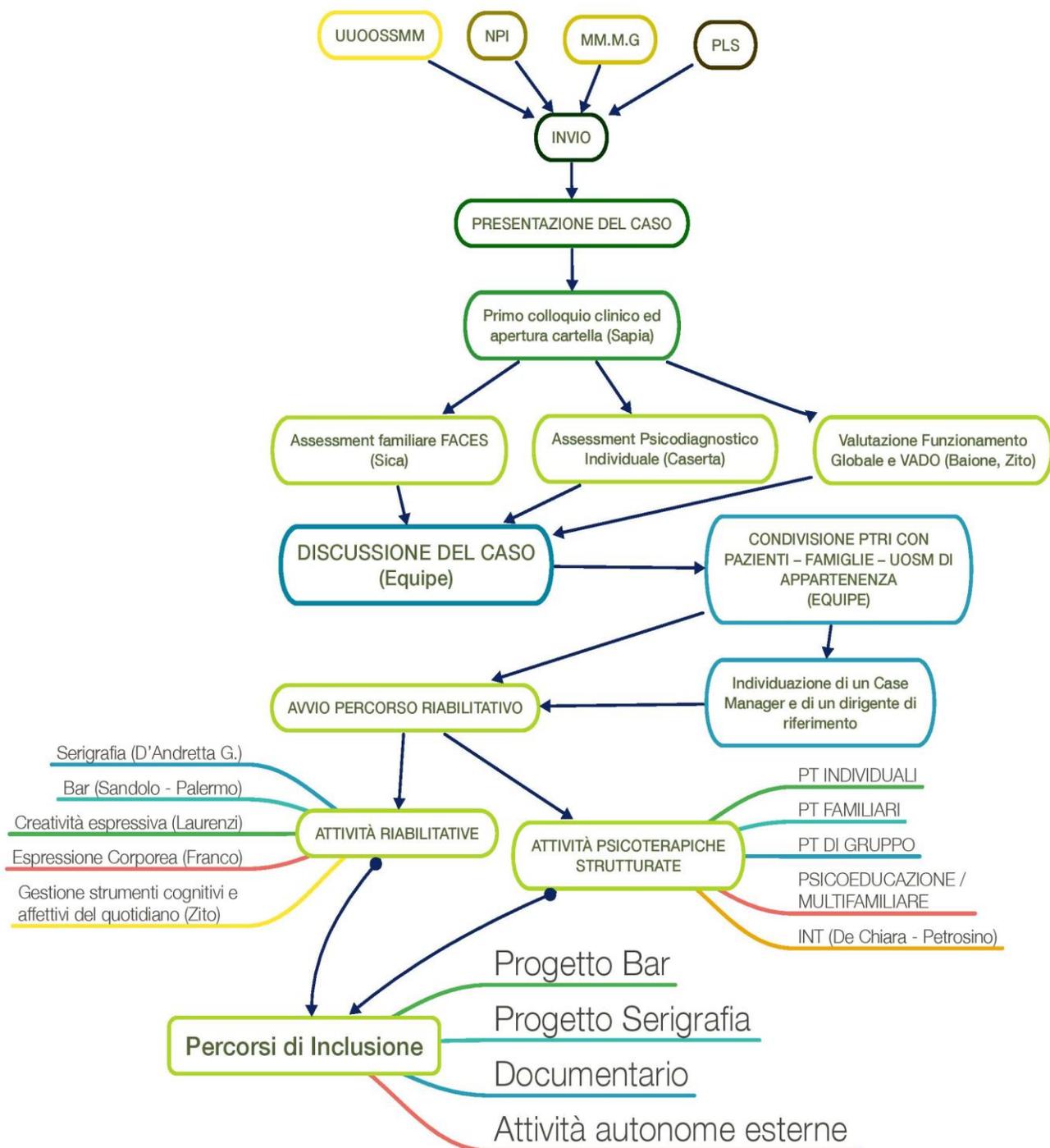
La Comunità Terapeutica (CT) o Residenza Esordi (RE,) come la chiameremo d'ora innanzi, dispone di 6 posti letto per utenti che vengono ospitati dagli 8 ai 18 mesi circa in regime assistenziale h24 garantito in maniera integrata da personale ASL (Psichiatri , Psicologi, Psicomotricista, Nutrizionista) e da personale qualificato e formato *ad hoc* afferente ad una cooperativa del Terzo Settore (OSA, OSS, Educatori, Riabilitatori Psichiatrici). A tali figure professionali, strutturate e semistrutturate, si aggiungono psicologi e psicoterapeuti che collaborano col gruppo di lavoro in regime di volontariato. Le medesime risorse sono utilizzate nel Centro Diurno di Riabilitazione che ospita fino a 15 utenti in regime semiresidenziale.

Per le emergenze-urgenze, ovviamente, si fa riferimento ai Servizi stabilmente disponibili sull'intero arco delle 24 ore (CSM territoriali, 118).

Il Centro esordi non effettua ingressi in urgenza. Può ospitare utenti in fase subacuta se l'ingresso è concordato con i familiari e con le strutture territoriali che propongono il percorso. lo staff medico e psicologico effettua una valutazione globale del caso e si esprime circa la compatibilità del medesimo con le caratteristiche della struttura e dei programmi terapeutici in essa disponibili.

Il Centro Esordi opera in totale integrazione con le Unità Operative che si fanno promotrici dell'invio e che, come da mandato istituzionale, conoscono la storia dell'utente e sono chiamate a gestirne sia le fasi critiche che quelle post-dimissive. Pertanto le domande di ammissione presso il Centro Esordi possono essere rivolte solo dalla UOSM di appartenenza , che, pertanto, si fa portavoce anche delle richieste.

Una rappresentazione del percorso che l'utente del Centro per gli Esordi attraversa può essere schematizzata come segue:



Trattasi di una CT Residenziale e CD semiresidenziale assolutamente “aperti”, nei quali gli ospiti dal lunedì al venerdì , potendo rientrare in famiglia nei fine settimana ed in ogni circostanza di particolare significatività relazionale e psicologica per il nucleo familiare (compleanni, anniversari, feste e celebrazioni specifiche). Essi, inoltre, compatibilmente con gli impegni riabilitativi e di studio preliminarmente assunti, possono uscire, in orari consoni, sia da soli che in gruppo, con o senza accompagnatore, per obiettivi specifici o per semplice diversivo, a fronte di accordi negoziati con il personale del Centro Esordi. Qualsiasi esperienza, all’interno del nostro contesto di cura e dei suoi differenti piani di “offerta terapeutica”, rappresenta materiale prezioso per un lavoro di scandaglio interno e di rielaborazione simbolica teso al potenziamento delle risorse, della coesione intrapsichica e della stabilità affettiva e relazionale,

I criteri di inserimento dei pz. nei percorsi di riabilitazione residenziale e semiresidenziali prevedono orientativamente l'ammissibilità di soggetti tra i 16 e i 28/30 anni con diagnosi di psicosi non in stato di acuzie e con storia clinica non superiore ai tre anni. Vengono naturalmente esclusi soggetti portatori di patologie organiche incompatibili con la vita di Comunità.

I documenti da presentare all’ingresso nel Centro Esordi sono i segg:

- tessera sanitaria in originale;
- numero di esenzione ed estremi del MMG da individuarsi preferibilmente, per evidenti motivi logistici relativi alla prescrizione di farmaci e/o indagini strumentali e di laboratorio, tra i professionisti con studio in zona geograficamente prossima alla RE . In caso contrario è prevista la domiciliazione temporanea del pz. c/o un MMG di riferimento stabile degli operatori;
- documento di identità;
- copia della cartella clinica della UOSM territorialmente competente;
- esiti delle segg. analisi di laboratorio.

La documentazione da compilare al momento dell’ingresso nel Centro Esordi può essere così sintetizzata:

- consenso informato relativo alle iniziative mediche e psicoterapiche firmato dal pz. o, in caso di utenza minorenni, da entrambi i genitori;
- contratto con l’utente;
- contratto con i familiari.

Ciascun pz. al suo ingresso viene affiancato da un operatore di riferimento che lo seguirà per tutta la durata del PTRP.

La terapia farmacologica, impostata dalla struttura territoriale inviante, a quest'ultima continua ad afferire, pur costantemente monitorata dallo psichiatra della Struttura Esordi.

Quello che ci si propone è il raggiungimento di un livello di stabilizzazione clinica dentro il quale le abilità già possedute siano sostenute e tutelate dal deterioramento e abilità nuove siano promosse in una condizione di sfondo generale che consenta all'utente di accedere a competenza, contrattualità sociale, reale diritto di cittadinanza.

La Struttura si pone l'obiettivo finale di intervenire precocemente sugli esordi psicotici limitando al massimo il rischio di cronicizzazione e di deterioramento correlato alla condizione psicopatologica. L'obiettivo intermedio è rappresentato dall'intento di sostenere gli ospiti e di favorire in loro lo sviluppo di tutte le abilità personali e sociali che costituiscono un indispensabile prerequisito dell'autonomia. Le svariate attività riabilitative e risocializzanti (gruppo esperenziale relativo alle attività di vita quotidiana, gruppo espressivo, laboratorio corporeo, grafica e arteterapia, laboratorio di videoproduzione, cineforum laboratorio di narratologia, orto e giardinaggio, laboratorio bar) confluiscono in progetti riabilitativi di più ampio respiro destinati ad implementare quanto più possibile il contatto dell'utenza col mondo esterno. Esse sono sempre scelte e negoziate tra l'utente, la famiglia, l'equipe residenziale e i Servizi Territoriali di riferimento che rimangono i primi interlocutori dell'utente, ne rappresentano l'inviante e sono destinati a riaccogliere l'utente dopo le dimissioni dalla SR.

Ai percorsi riabilitativi veri e propri si aggiungono, quali attività fisse, la psicoterapia individuale, la psicoterapia familiare e gli incontri multifamiliari quindicinali dedicati ad attività di psicoeducazione.

Tutti i percorsi, come avremo modo di approfondire, prevedono un forte coinvolgimento dei familiari nell'alleanza terapeutica.

Le principali aree di osservazione e di monitoraggio del pz. all'interno del Centro Esordi possono essere così sintetizzate:

- parametri psicopatologici ed area dei sintomi;
 - area delle risorse;
 - area relazionale e familiare;
 - area dell'autonomia;
 - definizione ed impostazione di linee di progettualità che si sviluppino anche oltre la dimissione.
-
- Non è raro che gli ospiti del Centro Esordi continuino regolarmente i loro naturali percorsi formativi, incluso il raggiungimento di steep importanti, come il conseguimento del Diploma o della Patente di Guida. In tali percorsi i ns. ospiti vengono costantemente sostenuti da una "rete di contenimento" che vede alleati e in costante comunicazione tra loro il sistema curante, la scuola e le diverse agenzie di volta in volta coinvolte nel progetto di recovery individuale. In tutti i settings terapeutici allestiti per ciascun utente un obiettivo di lavoro

prioritario consiste sicuramente nella individuazione condivisa di orizzonti scolastici e formativi in senso ampio (diplomi, certificazioni, qualifiche professionali etc.) adeguati, naturalmente, alle inclinazioni e alle risorse del pz. medesimo.

Rispetto agli obiettivi stabiliti, la Struttura stessa si fa carico avviare e/o orientare il dialogo dell'utente e della sua famiglia con la Scuola e con le altre agenzie e/o istituzioni coinvolte. Nell'ambito di tali azioni ci si avvale tanto di livelli di comunicazione informale che di iniziative maggiormente strutturate tese, per es., ad attivare percorsi e presidi istituzionalmente previsti come possono essere i BES.

Il tempo di permanenza del pz. nel Centro Esordi è rigorosamente a termine, così da poter caratterizzare il periodo di residenzialità e semiresidenzialità come un ciclo di formazione attiva. Si tratta di interrompere momentaneamente una convivenza familiare al momento disfunzionale a causa della crisi e, verosimilmente, dei difetti di comunicazione imperanti. L'ipotesi è che un lavoro assiduo sul pz., sulla famiglia e sulle comunicazioni al suo interno, consenta una riduzione della disfunzionalità, una migliore gestione della malattia ed un prezioso recupero di fiducia reciproca.

Il periodo di ospitalità in residenza e di frequentazione del centro diurno per gran parte della giornata costituiscono una dimensione certamente arbitraria ma abbastanza lunga per poter determinare un cambio radicale dei comportamenti personali e familiari ed una interruzione degli equivoci e delle stereotipie relazionali.

Questo periodo è d'altra parte un tempo abbastanza breve per non tramutarsi in delega di responsabilità all'esterno da parte della famiglia, delega spesso foriera di cronicizzazione e abbandono.

Questo break temporale, associato a tutte le procedure di coinvolgimento familiare, rappresenta terreno fertile per la ricostituzione di lacerazioni familiari spesso apparentemente indotte dal disagio psichico che affligge il pz. ma, in realtà, misconosciute e foriere del disagio medesimo.

Una ridefinizione dei punti di vista sul disturbo, destinata a realizzarsi in un territorio diverso da quello familiare e disfunzionale e diverso da quello ospedaliero tradizionale può certamente ambire a modificare schemi relazionali e comportamentali scorretti e, di conseguenza, a configurarsi come "scuola di vita e di relazioni".

.

Uno dei "fronti di apprendimento" che gli operatori costantemente propongono è quello che stimola nei pzz. una implementazione della capacità di fronteggiare sia la fluttuazione della consapevolezza di essere malato che i comportamenti imprevedibili. Fondamentale importanza

riveste altresì la necessità di imparare a fronteggiare le allucinazioni, le illusioni, la passività e di usare al meglio l'aiuto professionale ampiamente disponibile.

Gran parte dell'apprendimento, per tutti i partecipanti al programma, avviene nei gruppi di lavoro, nei quali, in maniera protocollare, vengono trasferite informazioni cliniche e tecniche di approccio.

Tra le tecniche di apprendimento l'insieme degli strumenti strutturati utilizzati è così sintetizzabile:

- Terapia di gruppo con finalità espressive
- Psicoeducazione (I. Falloon)
- Terapia familiare
- Gruppi operativi esperenziali
- Terapia Neurocognitiva Integrata (INT)
- Rimedio Cognitivo
- Gruppi di Social Skills Training
- Casa Lavoro Tempo Libero (CLT)
- Laboratori occupazionali di avviamento al lavoro
- Associazione di Familiari e gruppi di auto-aiuto.

La prima modalità di apprendimento si fonda sulla capacità degli operatori-gestori di flettere la propria operatività adattandola progressivamente ai mutati bisogni degli ospiti. Lo stile di lavoro e le prassi si modificano in funzione dell'evolversi della relazione terapeutica e si può passare da fasi di maggior coinvolgimento/controllo/complicità tra pzz. e staff a fasi di maggior disimpegno/autonomia/distanza.

Si prevedono alcuni interventi strutturati tesi a far transitare il paziente dal Polo dell'aiuto esclusivamente professionale al Polo dell'aiuto globale e dell'autonomia:

- a. Attività strutturate di addestramento professionale con Programmi Individualizzati di reinserimento lavorativo;
- b. Attività "autonome" che favoriscono l'organizzazione di momenti ludici e di aggregazione spontanea all'interno del gruppo degli ospiti e/o con la rete sociale esterna (nel pomeriggio e nei weekends);
- c. Attività di vita quotidiana (mangiare insieme, fare la spesa, etc.)
- d. Gruppo dei familiari (utilizzando tecniche di self help, di terapia cognitiva, terapia familiare e psicoeducazionale secondo Falloon).
- e. Gruppo dei pazienti (utilizzando tecniche di self help, di ascolto, di social skills, di terapia cognitiva e di terapia familiare)

Le pratiche di addestramento professionale ed i progetti lavorativi si inseriscono in questo peculiare indirizzo consentito dalla rete dei servizi psichiatrici italiani e ne valorizzano gli aspetti sociali e

riabilitativi. Paradossalmente tale approccio determina anche un forte contenimento della spesa complessiva consentendo il recupero e la razionalizzazione delle ingenti risorse attualmente orientate verso pratiche di welfare di mera assistenza non inserite in programmi integrati di recupero e residenzialità.

Il Centro Esordi è gestito da un'equipe multi professionale che si riunisce stabilmente in incontri programmati:

- una volta la settimana, in una riunione alla quale partecipano medici, psicologi, riabilitatori, operatori del Terzo Settore, utenti e colleghi del territorio coinvolti nelle prese in carico specificamente discusse in quel momento; tale riunione tende soprattutto a consentire lo sviluppo di un pensiero comune rispetto ad un pz. o ad una determinata situazione e a scongiurare, per ciascun operatore, il rischio di seduzione narcisistica rispetto ai pzz. o di competitività distruttiva rispetto ai colleghi;
- una volta al mese in un incontro riservato agli operatori sanitari e del Terzo Settore in assise completa allo scopo di affinare metodologie prese in carico;
- una volta al mese è fissata la supervisione degli psicoterapeuti da parte di uno psicoterapeuta anziano;
- una volta al mese è fissata la supervisione degli psicologi volontari da parte di uno psicologo/psicoterapeuta di maggiore esperienza.

La cultura del gruppo di lavoro si alimenta poi di preziosi e costanti spazi di comunicazione informale e spesso anche ludico/ricreativi da intendersi come opportunità per curare legami affettivi inconsci e non già come scissione e negazione di tensioni non elaborate/elaborabili.

Il ns. sforzo costante è quello di offrire agli operatori un training stabile e permanente, che offra aree di pensabilità dei fenomeni e che avvicini quanto più possibile la struttura organizzativa di superficie con quella inconscia e profonda, totipotente in quanto capace sia di grande distruttività che di grande creatività.

Tutto questo, a parere di chi scrive, contribuisce significativamente a creare l'identità e la storia di un centro di Riabilitazione, elementi in cui i membri della stessa possono virtuosamente identificarsi per operare con i migliori risultati.

La migliore formazione teorica e tecnica non si è rivelata sufficiente a qualificare il personale operante in riabilitazione se non abbinata a formazione personale, alla capacità di apprendere dall'esperienza e ad un serio lavoro di supervisione. Solo conduttori molto esperti sono riusciti a favorire la discussione di gruppo costruttiva sui casi clinici e sulle dinamiche istituzionali, promuovendo in

ciascun partecipante il processo di assunzione di responsabilità in prima persona **in luogo della delega e la corretta gestione delle potenti dinamiche controtransferali che inevitabilmente si instaurano nei gruppi di lavoro.**

La nostra esperienza, in linea con quella di molte altre esperienze di lavoro in Riabilitazione Comunitaria, ci ha dimostrato che gli operatori vengono molto supportati da una esperienza terapeutica personale, magari anche breve , individuale e/o di gruppo. La creazione di gruppi di discussione che lavorino su materiale clinico vivo o su dinamiche istituzionali osservate direttamente, contribuisce ad affinare in ciascuno la capacità di attivarsi in prima persona senza delegare.

2. I CONTRATTI E LA NEGOZIAZIONE

Le azioni e le procedure da attivare nella RS si basano, come su descritto, su precisi modelli operativi ed è per questo che sono previsti dei veri e propri “contratti” da sottoporre ai familiari ed agli utenti la cui formale sottoscrizione costituisce fattore pregiudiziale per l’ingresso e per la permanenza nella COMUNITA’/CD.

In questa fase sarà necessario chiarire bene che:

Il contratto è il consenso ad occuparsi in maniera ragionata e condivisa (almeno nelle intenzioni) dei problemi e comporta fondamentalmente la adesione e disponibilità all’apprendimento del “protocollo di coping” ed al successivo diretto coinvolgimento delle famiglie nella realizzazione dei PTRP.

CONTRATTO NEGOZIATO PROPEDEUTICO AL TRATTAMENTO IN RESIDENZA E C.D.

Doveri dei familiari (espressamente indicati all'interno del contratto)

Punti contrattualmente vincolanti

- Accettare le "Norme per il Trattamento" nella Comunità Residenziale e CD.
- Impegnarsi a partecipare a tutte le fase del PTRP ove è previsto il coinvolgimento diretto.
- Partecipare a un gruppo di familiari una volta a settimana per discutere delle esperienze.
- Accogliere il paziente durante il weekend quando la RS rimane chiusa.

Punti facoltativi, non vincolanti

- Mettere a disposizione eventuali competenze artigianali, professionali o pratiche (basate sull'esperienza di lavoro) nell'ambito delle "unità produttive".

Doveri dei pazienti (espressamente indicati all'interno del contratto)

Punti contrattualmente vincolanti

- Rispettare le regole della RS (es. mantenere ordinate le proprie camere, non assumere bevande alcoliche, etc.).
- Accettare le "Norme per il Trattamento" nella Comunità Resid. e CD.
- Impegnarsi a partecipare a tutte le fase del PTRP ove è previsto il coinvolgimento diretto:
- Partecipare ai gruppi di lavoro.
- Partecipare ai gruppi di addestramento professionale nei laboratori attivati e/o alle "unità produttive" (qualora il paziente non svolgesse già attività lavorative esterne che, in tal caso, dovrebbe continuare a svolgere regolarmente).
- Partecipare ad altri gruppi di attività.

Il sottoscritto _____ dichiara esplicitamente:

- di essere stato messo a conoscenza degli scopi e della metodologia di trattamento;
- di aver avuto modo, durante il periodo di accoglienza, di conoscere personalmente la struttura, gli operatori e gli altri pazienti;
- di essere autonomamente consenziente alla residenzialità nella struttura e a sottoporsi al trattamento concordato con l'equipe curante;
- di aver preso visione e di condividere tutte le parti del presente contratto;
- di essere consapevole che l'inosservanza del presente contratto mette in discussione la possibilità di proseguimento del trattamento stesso.

Note personali:

Luogo e data, __/__/__

Firma per adesione

3. IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO (PTRP)

Il Centro per il trattamento intensivo delle psicosi all'esordio, una volta ricevuta una segnalazione da parte della UOSM, realizza un primo colloquio conoscitivo deputato ad aprire cartella clinica e raccogliere un'anamnesi quanto più possibile dettagliata. In questa fase parte delle energie vengono anche dedicate alla definizione della cosiddetta "Analisi della domanda". Il caso viene discusso in equipe e viene formulato il PTRP da condividersi con l'utente, con la famiglia e con il Servizio inviante.

• Il Piano di Trattamento Individuale (PTI) e il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo della struttura residenziale per l'intervento precoce negli esordi psicotici, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti, già eventualmente elaborati e proposti dai Centri di Salute Mentale invianti per l'inserimento, devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi di inclusione, già indicate in premessa: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale.

Vengono, quindi, presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., VADO, HONOS, CBA, WAIS) le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere.

L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente.

Vengono cioè definiti gli interventi necessari, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel **Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)**, specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM inviante.

Il **PTRP** deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una **Scheda di PTRP**, quali:

- ✓ Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale
- ✓ Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- ✓ Osservazione delle problematiche relative a:
 - *area psicopatologica*
 - *area della cura di sé / ambiente:*

- *area della competenza relazionale*
- *area della gestione economica*
- *area delle abilità sociali*
- ✓ Obiettivi dell'intervento
- ✓ Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - *Terapia farmacologica*
 - *Psicoterapia individuale e familiare*
 - *Interventi psicoeducativi*
 - *Interventi abilitativi e riabilitativi*
 - *Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa*
- ✓ Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato
- ✓ Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.

- **L'intervento riabilitativo precoce sulla persona: le attività'**

La implementazione del PTRP

Nella comunità e nel CD sarà praticato un intervento terapeutico (psicoterapeutico, educativo, socio riabilitativo) basato sull'"affido terapeutico" e sull'integrazione continua degli interventi.

Strumenti e modalità di intervento

Primo tempo: una fase di osservazione e valutazione svolta dagli operatori che prevedrà incontri individuali e con i familiari, a cui seguirà la redazione del Progetto personalizzato, In particolare:

- Per ogni singolo utente sarà formulato un "*obiettivo*" *educativo-riabilitativo* caratterizzato da una **valutazione di ingresso** nella quale verranno valutate le singole abilità e capacità quali l'autonomia, il linguaggio, la motricità, le abilità cognitive, le abilità sociali, le abilità lavorative e le abilità integranti;
- Sarà incentivata la *collaborazione*. *Viene richiesto come presupposto indispensabile dei PTRP il coinvolgimento diretto dei familiari nelle attività e nella vita di comunità (negoziante del contratto terapeutico).*
- l'utente che partecipa alle attività previste dal progetto verrà coinvolto in attività che implicano competenze ed abilità proporzionali alle loro competenze al momento dell'ingresso.
- Le *attività di socializzazione* saranno parte integrante del programma riabilitativo:

Attività interne

- breafing quotidiano
- riunione di equipe settimanale
- assemblea mensile organizzativa
- colloqui regolari individuali e con i familiari
- sostegno di ruolo su specifici percorsi formativo-occupazionali
- programmazione e sostegno di ruolo attività sportive
- gruppo di educazione alimentare
- gruppo psicoterapeutico espressivo
- partecipazione attiva alla cucina, alla spesa, alla cura della persona e degli ambienti propri

Attività esterne

- corsi di formazione
- ricerca del lavoro
- partecipazione attività sportive
- uscite nei locali, mostre, concerti...
- escursioni e gite di breve durata

Gli ospiti del Centro per gli Esordi parteciperanno durante le attività diurne ai laboratori attivati presso il Centro Diurno per l'intervento precoce sulle psicosi all'esordio, sulla base dei programmi condivisi con lo staff (incluso quello della UOSM competente). Il centro Diurno è adiacente ai luoghi della Comunità Terapeutica Residenziale. Presso tale struttura si esplicheranno attività riabilitative e ri-socializzanti finalizzate al recupero funzionale e sociale dei pazienti psichiatrici, con l'obiettivo finale del reinserimento sociale e lavorativo e del raggiungimento del massimo livello di autosufficienza personale, sociale e/o lavorativa acquisibile.

1. Interventi di valutazione del bisogno di cura e dei livelli di disabilità: definizione di un Piano personalizzato di Riabilitazione psicosociale

2. Interventi di gruppo per utenti e famiglie

- a. Il gruppo di discussione
- b. I gruppi multifamiliari
- c. Gli interventi psicoeducativi mono e multifamiliari

3. Interventi cognitivo-comportamentali orientati alle competenze sociali e personali

- a. Social Skill Training
- b. Roleplaying
- c. INT

4. Laboratorio di informatica e di Rimedio Cognitivo

- a. Training di assesement dei deficit cognitivi e metacognitivi
- b. Training di rimedio cognitivo
- c. Laboratorio di grafica informatica

5. Laboratorio di Animazione ed Espressività creativa

Gli obiettivi prefissati sono:

- Sviluppo e mantenimento delle abilità mediate dal mezzo dell'espressività teatrale;
- Si serve degli ambienti e delle strutture e delle attrezzature della sala polifunzionale per conferenze, videoanimazione e cinema.
- Creazione di uno spazio individuale per l'espressione di capacità inventive e produttive;
- Produzione audio-video

6. Laboratorio sulle abilità

E' rivolto ad azioni di socializzazione e valorizzazione dei talenti personali dei singoli, attraverso la promozione di iniziative di impresa rivolte al riconoscimento sociale con supporto ed è orientato alla formazione ed all' inserimento lavorativo.

- Sub progetto 1 "Punto G & J" : Partecipazione alle attività dello snack bar di piccole dimensioni
- Sub progetto 2 "Bi-orto": la cura del terreno
- Sub progetto 4 "Masterchef": laboratorio di cucina

7. Laboratorio di serigrafia

Le attività che caratterizzano questo laboratorio, attraverso l'utilizzo della tecnica serigrafica vengono organizzate per il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- Attività grafico-pittorica
- Esplorazione di materiale
- Manipolazione di materiali secondo temi concordati
- sviluppo e mantenimento delle abilità fino-motorie;
- sviluppo e mantenimento della capacità di attenzione e di cura di un prodotto:
- ampliamento delle facoltà linguistico-espressive.
- Esercizio delle abilità manuali/operative;
- Socializzazione scaturita dalla realizzazione del prodotto.

