



FARSI PROSSIMO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - ONLUS

PROGETTO

**COMUNITA' TERAPEUTICO
RIABILITATIVA PROTETTA DI
TIPO "B"**

"CASA DELLA SPERANZA"

VIA BARATTERE, 15
37060 PALAZZOLO DI SONA (VR)
WWW.FARSIPROSSIMOV.R.IT
INFO@FARSIPROSSIMOV.R.IT

INDICE

- 1 - PRESENTAZIONE COOPERATIVA**
- 2 - PRESENTAZIONE STRUTTURA**
- 3 - UTENZA (TIPOLOGIA DA NORMA E DIAGNOSI DI ELEZIONE BORDERLINE)**
- 4 - ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE**
- 5 - DOTAZIONE SERVIZI**
- 6 - COMITATO SCIENTIFICO E LINEE GUIDA SCIENTIFICHE**
- 7 - STRUMENTI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO**

1 - PRESENTAZIONE COOPERATIVA

La FARSI PROSSIMO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - ONLUS nasce nel luglio del 1988 promossa congiuntamente dall'Unione per la Tutela della Salute Mentale e dall'Associazione "Piccola Fraternità", per la gestione di Servizi Socio-Sanitari ed Educativi a favore di persone con disabilità psichiatrica nell'ambito della Salute Mentale.

La Cooperativa si è specializzata fin dall'inizio nell'assistenza domiciliare psichiatrica (dal 1989), nella gestione di 3 Centri Diurni (dal 1993), ma soprattutto di 4 Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (dal 1991) e di 5 Comunità Alloggio (dal 1994) per pazienti psichiatrici, di 4 Residenze Sanitarie Assistite (dal 1997) sempre con pazienti affetti da disturbi psichici o psichiatrici, in Associazione d'Impresa con altre tre Cooperative.

La Cooperativa FARSI PROSSIMO infine è stata la prima a gestire il Self-Help di San Giacomo (dal 1996), poi ceduto ad altra Cooperativa. Dal 2005 ottiene in gestione dalla Diocesi di Verona la Comunità Alloggio "Giubileo 2000" situata a Palazzolo di Sona (VR).

Nel 2016 ottiene dalla Fondazione Pia Opera Santa Teresa la gestione della Comunità Alloggio di tipo Estensivo "Accoglienza Zerbato" situata a Cogollo di Tregnago (VR)

Nel corso degli anni inoltre partecipa, direttamente o indirettamente (nell'ambito di A.T.I. con altre Cooperative sociali del territorio), a Servizi Residenziali, Semiresidenziali e Domiciliari di tutta la "filiera" della riabilitazione nella Salute Mentale nell'ambito del territorio della provincia di Verona (ULSS 20, 21 e 22 convogliate successivamente nell'ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto).

In particolare la Cooperativa gestisce:

- C.T.R.P. (Comunità Terapeutica Residenziale Protetta)
- Comunità Alloggio di base
- Comunità Alloggio Estensiva
- G.A.P. (Gruppo Appartamento Protetto)
- Assistenza Domiciliare psichiatrica territoriale
- Centri Diurni psichiatrici

2 -PRESENTAZIONE STRUTTURA

La Comunità Alloggio **“Casa della Speranza”** è un’opera voluta dalla Diocesi di Verona, proprietaria dell’immobile, a favore di persone affette da disturbi psichiatrici, quale segno di testimonianza nell’ambito della Salute Mentale.

La responsabilità organizzativa è stata affidata alla gestione della “Farsi Prossimo Società Cooperativa Sociale – Onlus”, operante secondo la propria Mission nell’assistenza e riabilitazione della Salute Mentale fin dal 1988 attraverso la gestione di diverse Strutture residenziali e servizi territoriali nell’ambito della provincia di Verona, nell’ambito territoriale del DSM ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto.

In particolare gestisce a diverso titolo da circa 20/30 anni tutte le tipologie di strutture residenziali della filiera salute mentale : n. 3 CTRP di tipo B; n.2 CA Estensive; n.1 CA di base; n. 2 GAP oltre a Servi semiresidenziali (Centri Diurni psichiatrici) e territoriali (Assistenza individuale territoriale “domiciliare” psichiatrica).

La Comunità **“Casa della Speranza”** è ubicata nel territorio della UOC 2 del DSM della Azienda Sanitaria ULSS 9 Scaligera, presso Palazzolo di Sona (VR), in Via Barattere N. 15.



CTRP DI TIPO "B" "CASA DELLA SPERANZA"

Le finalità rispondono a quanto previsto dalla normativa regionale (DGRV 1616/2008 e 748/2011, successivamente integrate dalle DGR 1673/2018 e 1437/2019): "struttura residenziale destinata ad un intervento terapeutico-riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale."

MODULO AD INTENSITÀ ASSISTENZIALE INTERMEDIA: "nelle fasi di assistenza protratta, successive al ricovero ospedaliero o ad inserimento in modulo ad alta intensità assistenziale, e/o nell'attuazione di progetti personalizzati di medio/lungo periodo".

3 - UTENZA

Il bacino di utenza previsto è rappresentato dal territorio complessivo del Dipartimento Salute Mentale dell'ULSS 9 Scaligera, che corrisponde ad una popolazione di 763.649 unità (>17 anni), e alla cui organizzazione si rifanno pure le modalità integrate di inserimento e dimissione degli utenti stessi, previo idoneo Accordo Contrattuale, per i posti Autorizzati e Accreditati con apposito provvedimento Regione Veneto. La capacità ricettiva prevista è di 14 PL (Max. 14 da normativa).

"I Pazienti adulti inseriti debbono essere necessariamente affetti principalmente e continuativamente da psicopatologia rilevante, avere risorse attivabili con adeguati interventi terapeutico riabilitativi e/o assenza o precarietà del supporto familiare".

Oltre a tale configurazione necessariamente corrispondente alla tipologia di CTRP "modulo ad alta intensità"("B") prevista dalla normativa vigente, sulla base delle necessità di specializzazione e di interventi mirati per tipologia di utenti emerse in ambito dipartimentale e territoriale, nonché sulla scorta di bisogni espressi da Associazioni di utenti e familiari, si prevede un target di riferimento privilegiato per **utenti con diagnosi Borderline** diagnosticato dai Servizi di competenza.

ELEMENTI OPERATIVI PER PAZIENTE BORDERLINE E SINTOMATOLOGIA AREA BORDERLINE- DISTURBI PERSONALITA'

INTRODUZIONE

Le principali caratteristiche riscontrabili nel paziente border rimarcano differenti livelli del funzionamento quotidiano e per ciò che concerne la sfera individuale a contatto con le altrui soggettività e ulteriori contesti socio-relazionali.

La problematicità della sintomatologia borderline ricalca una profonda sofferenza, spesso non consapevolizzata dal paziente che si trova ad esperire potenti agiti contro la propria o altrui persona, spesso in co-morbilità con altre tipologie di disturbi e difficoltà socio-relazionali.

Frequente il ricorso all'auto-sabotaggio e al disattendere le proprie ed altrui aspettative, elemento che rimarca la profonda fragilità individuale verso la quale la persona può contro-agire secondo le direttrici precedentemente annoverate.

Le principali definizioni sintomatologiche per ciò che concerne in primis il disturbo borderline di personalità potrebbero essere così definite:

- potente reazione emotiva a minime sollecitazioni stressanti, per altri individui anche in apparenza trascurabili (rabbia, depressione, disforia, ansia...)
- vissuti persistenti di noia e senso interiore di vuoto
- accesso dis-regolatorio alle relazioni interpersonali di portata intensa, confusa, disorganizzata, caotica
- possibile percezione di ricevere supporto inadeguato o non sentirsi sufficientemente aiutati, sentirsi trattati ingiustamente o in modo non autentico da parte degli altri
- comportamenti caratterizzati da impulsività con agiti anche auto-lesivi dei quali va valutata la possibilità suicidaria (tentativi di suicidio, cutting, abuso di sostanze o altre dipendenze, comportamenti auto-mutilanti)
- profonde sofferenze legate alla dimensione dell'identità personale e alla ricostruzione organica dei vissuti personali e del proprio vissuto di vita
- eccessi di rabbia esplosivi ed intensi, anche in contesti o situazioni non congruenti
- ricorso all'osservazione della realtà secondo categorie dicotomiche (bianco/nero) senza approfondire le caratteristiche circostanziali o la complessità del contesto.

- Frequenti vissuti di ipervalutazione dell'altro con conseguente svalutazione anche immotivata dello stesso per ragioni anche superficiali o di poco conto
- Cariche d'ansia persistenti e invalidanti qualora si percepiscano vissuti abbandonici o venga perturbata una parte di sé particolarmente fragile.
- Forti cariche di stress/ansia possono far scivolare la persona in vissuti paranoidei o dissociativi, comprendendo anche altre condizioni patologiche tra le quali i sintomi psicotici.

OBIETTIVI GENERALI IN CONTESTO RIABILITATIVO

Tra gli obiettivi riabilitativi si possono annoverare il contribuire allo sviluppo di abilità di controllo emotivo da parte del paziente, in particolare durante i periodi di maggior difficoltà, sia in relazione agli stati di sofferenza interiore percepiti che per le condotte potenzialmente distruttive e devianti tra le quali gli agiti auto-lesivi o i comportamenti dirompenti/esplosivi/impulsivi.

A questi si aggiunge lo sforzo di aiutare la persona ad ampliare le sue competenze progettuali e di definizione della realtà, allo scopo di superare la supremazia cognitiva delle dicotomie.

Altro aspetto importante è inoltre il contribuire alla costruzione di relazioni interpersonali autorevoli, autentiche e significative.

Perseguire tali obiettivi equivale ad ogni modo ad esporre gli operatori, in particolar modo operanti in contesto protetto, agli aspetti dis-regolatori del paziente e ad affrontare insieme a lei/lui possibili esperienze cicliche di fallimento/peggioramento/distruttività, che possono avere inoltre ripercussioni sugli elementi restanti del gruppo dell'utenza e sulla struttura stessa.

Spesso il paziente border/borderline non tollera la relazione principalmente gruppale privilegiando l'assetto duale/individuale, anche a scopo manipolativo o per ottenere vantaggi secondari dalla relazione stessa e con frequente insistenza e invasività verso l'interlocutore, la struttura, i curanti.

IMPLICAZIONI PRATICO-TECNICHE SULLA RELAZIONE OPERATIVA CON IL PAZIENTE BORDER

La relazione con il paziente border all'interno del contesto comunitario riabilitativo può comportare non solo la necessità di un apporto operativo consistente quanto un'appropriata progettazione del progetto terapeutico, che parte dall'equipe inviante fino a giungere alle figure maggiormente significative per il paziente.

In diverse occasioni la problematicità dell'individuare interlocutori intra-familiari quali risorse per il progetto terapeutico può risultare difficile/conflittuale, e il paziente stesso potrebbe avere modo di replicare nell'assetto comunitario quelle dinamiche patologiche già adottate in contesto domestico o in altro contesto socio-affettivo.

Perciò uno strumento comunitario dedicato a questa tipologia di pazienti dovrebbe poter contare su un gran numero di attività giornaliere, sia interne che esterne e la possibilità di intessere relazioni con differenti operatori all'interno della comunità e per ciò che concerne l'equipe curante.

Ne possono rappresentare un esempio i processi riabilitativi in chiave di contrasto alle dipendenze.

Da non sottovalutare i momenti giornalieri quali il lasso di tempo notturno o durante la distribuzione dei pasti, momenti nei quali possono avere maggior probabilità di esacerbarsi comportamenti dirompenti o autolesivi, nel caso dei pasti per la difficoltà a tollerare il grande gruppo, nel caso delle notti per la possibilità di inserimento di ideazioni abbandoniche/autolesive/devianti.

La convivenza di pazienti border e pazienti psicotici può risultare molto conflittuale a causa dell'impattare di nuclei sintomatologici potenti ed eterogenei.

Va valutata pertanto con attenzione la possibilità di inserimento di pazienti border all'interno di contesti tipicamente organizzati per l'accoglienza della problematicità psichiatrica.

STRUMENTI TERAPEUTICI FONDAMENTALI E ATTIVITA'

- Riunione di Equipe settimanale gruppo operatori
- Gruppo di Confronto Utenza e Operatori Settimanale
- Colloqui psicologici settimanali con utenza
- Attività occupazionali/ergoterapiche per la gestione degli spazi comuni e gli spazi personali
- Attività educative in sinergia tra le differenti figure coinvolte
- Incontri di verifica periodiche con equipe curante ed operatori
- Incontri di verifica periodiche con curante e paziente

Per la sintomatologia borderline in primis si ritiene inoltre importante:

- Utilizzo di attività di gruppo psico-educazionale e terapeutica sulla gestione dei vissuti emotivi
- Utilizzo di interventi con micro-gruppo selezionati a finalità supportiva-espressiva
- Utilizzo di confronto quotidiano con coordinatore/tutor referente per le difficoltà inerenti la gestione quotidiana

4 - ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE

FIGURE PROFESSIONALI DI RIFERIMENTO

Ogni ospite della Comunità mantiene, per tutto il periodo di permanenza residenziale presso la Comunità, la presa in carico individuale da parte del proprio Medico Psichiatra e della medesima Equipe di competenza territoriale.

Nel rispetto dei requisiti di organico previsti dalla normativa regionale, il rapporto personale/utenti è pari a 0,9/1 (DGR 1616/2008, DGR 748/2011 integrate da DGR 1673/2018). Pertanto con la presenza a regime di n° 14 utenti complessivi sono previste le seguenti figure professionali (la cui quantità andrà riproporzionata in caso di presenze di numero utenti inferiore):

- 1 medico psichiatra (0,10)
- 1 Psicologo psicoterapeuta (0,55)
- Infermiere (0,70)
- Assistente Sociale (0,05)
- Educatore-animatore- Terap. Riab. Psic. (1,00)
- Educatore-animatore coordinatore (0,60)
- OTA/OSS (7,80)

INTEGRAZIONE PERSONALE GESTIONE UTENZA BORDERLINE

In aggiunta allo standard di personale previsto da normativa per la UDO CTRP di tipo B, considerata la particolare tipologia di utenza di elezione, seppur non esclusiva, di Utenti, si prevede una idonea implementazione sia quantitativa sia qualitativa di personale specializzato, da definire in sede di Accordo Contrattuale tra le parti, contestualmente alla definizione della retta/utente/die.

La Cooperativa, in forza della sua pluriennale esperienza sul territorio del medesimo Servizio di competenza delle Comunità in oggetto, si impegna a mettere inoltre a disposizione:

- 1 Responsabile Organizzativo
- Servizio di consulenza per gestione di pratiche Autorizzazione / Accredimento istituzionali e regionali
- Staff scientifico di formazione e supervisione specializzato in ambito Salute Mentale

- Modulistica, procedure e know-how relativi ai Progetti di riabilitazione degli utenti inseriti, aggiornati rispetto alla nuova normativa (DGR 1673/2018)

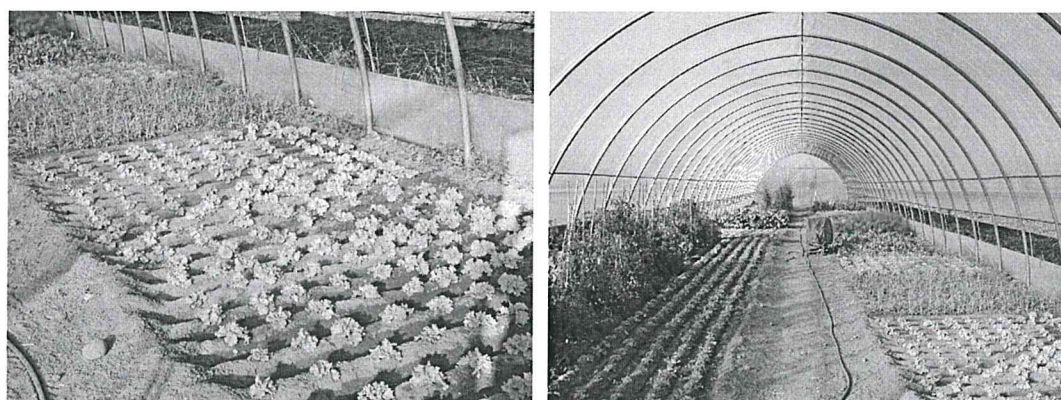
5 - DOTAZIONE SERVIZI

CARATTERISTICHE E SERVIZI

La Comunità Alloggio possiede una adeguata attrezzatura alberghiera (camere doppie con bagno, sala mensa, cucina, lavanderia, spazi per attività, sala polivalente per lettura, musica, tv e intrattenimento vario, ascensore e un ampio porticato esterno, ecc.); accanto alla Comunità si trova un vasto appezzamento di terreno coltivato, che permetterà, oltre a quella residenziale, una accoglienza diurna per un gruppo di pazienti che abbiano la competenza sufficiente per avviarsi al lavoro agricolo, in collaborazione con il Servizio SIL di competenza e alcune Cooperative Sociali di inserimento lavorativo territoriali.

SERRA - PROGETTO AGRICOLTURA SOCIALE

Adiacente alla Comunità vi è pure una Serra attrezzata, adibita alla coltivazione di ortaggi ad uso interno ove opera un addetto agrario nonché, ove previsto dai rispettivi PTRI, a disposizione per attività occupazionali e riabilitative da parte di ospiti della Comunità medesima.



6 - COMITATO SCIENTIFICO E LINEE -GUIDA

Il Comitato scientifico è composto da professionisti esperti nel settore, e costituito da Medici Psichiatri, Psicologi Psicoterapeuti, Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica, Educatori Sanitari, Assistenti Sociali ed eventuali altri specialisti nei diversi ambiti di intervento.

Ovviamente sarà compito dello Staff interfacciarsi con le diverse Equipe curanti di provenienza, nonché provvedere all'aggiornamento periodico dei Progetti Terapeutico riabilitativi e dei relativi strumenti di monitoraggio previsti dalla normativa di riferimento.

Le Linee-guida fanno riferimento alle Linee di indirizzo nazionali per la Salute mentale (Min. Salute- 2008), che prevedono l'implementazione dei processi di qualità, miglioramento continuo, nonché appropriatezza degli interventi.

Come inoltre previsto dal Progetto Obiettivo (DGR 651/2010) viene sviluppato:

- L'empowerment degli utenti, rendendoli il più possibile partecipi e consapevoli del proprio percorso riabilitativo;
- L'efficacia degli strumenti di valutazione, a partire dall'HoNOS, con il monitoraggio delle diverse aree di funzionamento sociale e cognitivo.

7 - STRUMENTI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

Come previsto dalla recente normativa di riferimento regionale, sono previsti i seguenti strumenti di valutazione:

- **Honos**: strumento validato multidimensionale (mod. "Roma" aggiornato);
- **Gaf**: scala di gravità specifica del disturbo psichiatrico;
- **Vss e VssF** (Verona Service Satisfaction Scale): strumento di valutazione della soddisfazione rispettivamente degli utenti e dei familiari nella residenzialità psichiatrica

RETE TERRITORIALE

Oltre al tessuto sociale ambientale circostante la struttura, servita da fermate di mezzi pubblici e situata a ridosso del paese di Palazzolo di Sona e a poca distanza da Bussolengo, è prevista la collaborazione, già peraltro sperimentata a livello territoriale, con Centri diurni e sociali locali, Cooperative di tipo "B" di inserimento occupazionale e lavorativo, Associazioni locali di volontariato sociale, Pro-Loco e parrocchie, nonché Associazioni di familiari (AITSAM) ed utenti

