

CARTA DEL SERVIZIO

COMUNITA MAURIZIANA

RAF DI TIPO B

Via G. A. Diaz, 58

10062 Luserna San Giovanni (TO)

Tel.0121/902748

Fax. 0121/900596

e-mail: rafmauriziana@interactive.coop



Interactive
Health & Social Care



Informazioni generali

Ente Gestore: Società Cooperativa Sociale INTERACTIVE

Sede legale: via Castello, 11 – 10030 Villareggia (TO)

Sede amministrativa: v. Udine 45/A – Torino

tel.011/4530151 fax 011/4512779

e-mail: info@interactive.coop

Denominazione: COMUNITA' MAURIZIANA

Tipologia autorizzazione: R.A.F. DISABILI tipo B

Indirizzo: via G. A. Diaz, 58 - 10062 LUSERNA SAN GIOVANNI (TO)

Telefono: 0121/902748 Fax: 0121/900596

e-mail: rafmauriziana@interactive.coop

Referenti:

Dr.ssa Debora Baudissard - Coordinatrice

Anna Giordana - Infermiere professionale

Vocazione prevalente: compromissioni cognitive e disturbi comportamentali, in seguito a patologie cerebrali congenite e/o acquisite, primarie o secondarie.

Vocazione secondaria: disabilità intellettiva con disturbi della relazione e del comportamento, deficit intellettivo con innesto psicotico.

N. posti autorizzati: 20

Intensità di prestazione: Alta, con incremento prestazioni infermieristiche e medico-psichiatriche.

Minutaggi giornalieri per ospite e tipologia operatori:

- 212' assistenziali (37' educatore + 175' Adest/Oss);
- 6' consulenti attività;
- 56' Infermiere professionale;
- 12' Terapista della riabilitazione (neuropsicologo);
- 12 h/sett di Medico
- Psicologo

Fascia d'età: 18 - 65

Orario di accesso: tutti i giorni 9.00 - 12.30 e 14.00 - 18.00; orari di vista differenti possono essere concordati con la direzione.

COME SI RAGGIUNGE

- Servizio pullman: linea Torino - Pinerolo- Luserna San Giovanni, linea diretta da Torino;
- In automobile: da Torino Tangenziale sud uscita Orbassano, diramazione per Pinerolo/A55, allo svincolo Sestriere Val Pellice, proseguire a sx per Val Pellice SP 161 fino a Luserna San Giovanni.
- Arrivati in centro paese alla rotonda svoltare a SX direzione Lusernetta, proseguire per 1 km.

Presentazione e vocazione

La **COMUNITA' MAURIZIANA** ha sede all'interno di un edificio storico del secolo XV, di proprietà dell'Ordine Mauriziano, completamente ristrutturato nel 2001 e sito nel centro del paese di Luserna S. Giovanni, nel cuore della Val Pellice.

La sua collocazione nel paese, vicino ai negozi, alla piscina, ai bar, alla chiesa, e a molte altre attività riabilitative/socializzanti, fa sì che essa sia parte integrante della vita sociale del paese. Al suo interno sono presenti:

- Una palestra;
- tre sale attività;
- un ampio salone tv, dove vengono organizzate tra l'altro feste e concerti;
- una sala dedicata agli incontri con le famiglie;
- un cortile ed un giardino interno con gazebi.

Le camere, tutte con bagno privato e tv a 1, 2 o 3 posti letto permettono di rispondere in modo particolarmente flessibile alle diverse esigenze degli ospiti.

La Comunità Mauriziana comprende due nuclei distinti:

- R.A.F. tipo A
- R.A.F. tipo B
- Due Gruppi Appartamento, denominati “Le Coccinelle” e “I Grilli”.

Modello operativo generale

PREMESSA

La **COMUNITA' "MAURIZIANA"** è un presidio residenziale che si propone, con l'adozione della metodologia gestionale comunitaria, di accogliere, in modo anche permanente, persone che presentano pluridisabilità, deficit intellettivi e cognitivi con disturbo della relazione e del comportamento (con innesto psicotico o associato a disturbi relazionali) o associati a patologie cerebrali congenite o acquisite, primarie e secondarie.

La Comunità si pone come un'occasione per modificare uno stato acquisito di deficit e/o malattia, nel tentativo di recuperare abilità possedute o potenzialmente presenti e non ancora sviluppate.

La Comunità Mauriziana si avvale di **un'équipe multidisciplinare**, requisito necessario per garantire un servizio ad alta intensità assistenziale e un'ampia flessibilità nell'articolare i supporti individuali, tale inoltre da permettere **la presa in carico di situazioni particolarmente problematiche per la loro complessità e per la presenza di importanti alterazioni comportamentali**.

Questo orientamento, avvalorato dall'esperienza maturata, ci ha dato modo di affrontare con successo e di costruire una peculiare competenza ed abilità nella gestione di casi particolarmente critici e complessi.

Ogni ospite viene considerato nella sua specifica individualità, pertanto gli interventi educativi e riabilitativi originano dal riconoscimento delle sue caratteristiche, potenzialità, inclinazioni. L'ospite che presenta gravi disturbi del comportamento necessita poi di interventi mirati volti a rendere compatibile la caratteristica del suo quadro clinico con l'ambito comunitario ed a prevenire e minimizzare il rischio di violenza auto e/o eterodiretta.

L'integrazione di interventi ambientali, psicologici, educativi, assistenziali e psichiatrici rende possibile all'Ospite il superamento dei limiti imposti dalla patologia per affrontare un percorso riabilitativo mirato all'accrescimento delle sue abilità e autonomie. L'impostazione e l'attento monitoraggio di una corretta terapia psicofarmacologica, impiegata in un'ottica di risoluzione delle manifestazioni patologiche più disturbanti e mai a fini di sedazione, concorre con pari importanza a prevenire episodi critici e la necessità di ricorrere a traumatici interventi d'emergenza.

RENDERE OPERATIVO IL MODELLO SOCIALE DELL'HANDICAP

Nel progetto e nell'organizzazione delle Comunità per Disabili si fa esplicito riferimento al nuovo approccio stabilito dal **modello medico-sociale** introdotto dalla revisione della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità ed Handicap (ICDH-2, 1998).

Mentre il modello medico definisce l'handicap come una deviazione osservabile rispetto a dei parametri biomedici di "normalità", il modello sociale sostiene che un handicap fisico o psichico non è mai soltanto un attributo intrinseco della persona.

E' piuttosto il risultato di un'interazione complessa fra stato di salute, capacità di vita attiva e di mantenimento delle relazioni che, nella maggior parte dei casi, sono il frutto degli scambi con l'ambiente fisico e sociale.

La nostra visione dell'handicap è concorde con questa analisi e con l'impostazione dell'intervento che ne deriva, ossia che la risposta appropriata della società all'handicap non può essere solamente un'azione correttiva sull'individuo: il significato e la gravità di una menomazione o di una limitazione dell'attività dipendono parzialmente e talora sostanzialmente, dalla natura del contesto nel quale vive la persona.

La **Comunità** si propone di essere quel "**contesto**" in cui si concretizza per il disabile **una nuova dimensione di vita**: una dimensione dove la "limitazione", di qualsiasi natura essa sia, non connota più l'identità degli ospiti.

FORMAZIONE

La Cooperativa Interactive pone grande attenzione alla formazione continua dei propri soci-lavoratori impegnati a qualsiasi livello operativo.

Tale impegno è realizzato attraverso il periodico aggiornamento dei propri soci, a cui viene offerta la possibilità di partecipare a tutte le iniziative di formazione e aggiornamento promosse dal Comune di Torino o da altri Enti presenti sul territorio. D'altro canto annualmente, a partire dall'individuazione da parte degli operatori di specifiche esigenze circa **l'acquisizione di nuove competenze tecniche e teoriche** utilizzabili nel contesto lavorativo ed in base alle necessità di **costante aggiornamento e riorganizzazione dei servizi** offerti agli ospiti, vengono organizzati dalla Cooperativa dei Corsi formativi interni, tenuti da personale altamente qualificato ed aperti a tutte le diverse professionalità operanti nel contesto della Comunità.

Non vengono inoltre sottovalutati altri importanti strumenti formativi, rappresentati in particolare dalla supervisione dei casi e dalle riunioni cliniche ed educative, che vengono tenute con frequenza regolare da professionisti operanti nella Comunità.

STRUMENTI DI LAVORO

L'équipe utilizza il **modello psicoeducazionale integrato di stampo cognitivo – comportamentale**, impiega tecniche di insegnamento delle abilità sociali (*social and independent living skills trainings, comunicazione aumentativa*) e un **approccio clinico** caratterizzato da attenzione agli aspetti psicodinamici e socio-relazionali. La rilevazione dei bisogni e caratteristiche degli ospiti e l'assessment vengono effettuati attraverso colloqui con il medico psichiatra e lo psicologo, attraverso la raccolta di informazioni dall'osservazione diretta e quotidiana da parte degli operatori dell'équipe ed attraverso la somministrazione di reattivi psicodiagnostici e altri test utili all'inquadramento diagnostico.

Per ogni ospite viene predisposta, compilata e costantemente aggiornata una **cartella socio-sanitaria informatizzata** che prevede una fase di Assessment, la stesura di un *Bilancio Ecologico*, di un *Progetto di Vita* ed il *Programma di Intervento per delineare gli output personali, funzionali e clinici*.

In tale Cartella si delineano:

- **un'area clinica:** strumento usato prevalentemente dal personale medico ed infermieristico della struttura e contenente tutte le informazioni concernenti la storia clinica dell'ospite, le passate ed attuali condizioni psicofisiche dell'ospite, i diari clinico ed infermieristico aggiornati quotidianamente dal personale sanitario della Comunità, nonché l'archivio degli esami specialistici ematochimici e strumentali;
- **un'area educativa:** strumento a carico dell'educatore professionale e dell'OSS che rappresentano gli operatori di riferimento dell'ospite e con la supervisione dello psicologo della Comunità, contenente la valutazione del funzionamento personale e sociale dell'ospite all'ingresso, il Progetto Riabilitativo dell'anno in corso, le schede delle attività e dei laboratori che l'ospite frequenta, le relazioni mensili o trimestrali redatte dall'educatore circa il generale andamento del progetto e la documentazione educativa pregressa.

Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato

Qualsiasi intervento nei confronti dell'ospite è attuato a partire da un modello comunitario di **presa in carico globale della persona**, che prende avvio da un'analisi dettagliata dei suoi bisogni, abilità, potenzialità ed aspirazioni e conduce all'individuazione di una serie di obiettivi specifici attorno ai quali costruire il **Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato** vero e proprio, con adeguati indicatori di verifica.

L'elaborazione di un P.T.R.P. segue ad una fase iniziale di adattamento dell'ospite alla realtà comunitaria e di reciproca conoscenza e prende avvio dalla valutazione delle sue caratteristiche, punti di forza e di debolezza, per la quale ci si avvale sia **dell'osservazione diretta e dell'intervista all'ospite e/o ai familiari, sia**

dell'applicazione di test e scale quali la SIS (Support Intensity Scale), l'ICF, WAIS o la Vineland.

Viene utilizzato come modello progettuale il **VADO**, di cui ci avvaliamo per l'intervista e la valutazione del funzionamento personale e sociale dell'ospite e per l'identificazione delle principali aree sulle quali orientare gli interventi.

Dal risultato di queste analisi emerge un quadro dettagliato delle abilità, disabilità e potenzialità attuali dell'ospite, sulla base delle quali si delinea l'orientamento del progetto ed i singoli micro obiettivi che lo compongono. **Ogni obiettivo viene quindi precisamente definito** nei modi, strumenti, tempi, luoghi di applicazione, viene descritto dettagliatamente nel suo svolgimento ed identificate le figure professionali coinvolte, vengono infine evidenziati i possibili elementi di difficoltà e le strategie per affrontarli, nonché gli elementi di verifica dell'andamento del lavoro.

L'ospite e la famiglia, ove possibile, vengono coinvolti attivamente nella definizione degli obiettivi e delle modalità di attuazione e perseguimento.

Ogni **Progetto Riabilitativo viene quindi elaborato in incontri di microequipe a cui partecipano gli operatori referenti e lo psicologo e successivamente presentato in sede di riunione all'intera equipe**, dove viene illustrato, discusso ed infine approvato. Viene quindi condiviso con i familiari ed i referenti dei servizi inviati.

Da questo momento il Progetto diviene operativo e ha validità di un anno. A sei mesi dall'emissione, qualora non emerga precedentemente la necessità di modifiche in itinere, la microequipe si riunisce per una verifica a metà percorso dell'andamento dei singoli obiettivi.

ATTIVITA'

L'essere "attivo", partecipa del mondo attraverso la messa a frutto delle proprie abilità è parte integrante e fondamentale della vita di ogni individuo e naturalmente di qualsiasi percorso riabilitativo e risocializzante.

Nell'attività convergono molteplici elementi di primaria importanza, che vanno dalla strutturazione del tempo alla stimolazione sensomotoria, cognitiva ed emotiva, dall'acquisizione di nuove abilità alla relazione con l'altro e con il mondo esterno, per citarne solo alcuni.

È pertanto compito della Comunità fornire non solo accoglienza e protezione, ma un percorso riabilitativo individualizzato che, attraverso l'attività riabilitativa, ludica, risocializzante e lavorativa, consenta di raggiungere il maggior grado di soddisfazione ed autonomia personale e sociale possibile.

La realizzazione di questo obiettivo richiede un lavoro complesso, continuo e la collaborazione di tutte le figure professionali nell'individuazione delle attività più adatte ad ogni singolo ospite in relazione agli obiettivi del suo progetto, nella ricerca sul territorio delle risorse disponibili o nella creazione di specifici laboratori

interni ed eterni alla comunità ed infine nella strutturazione e gestione dell'organizzazione della vita comunitaria e del tempo.

La tipologia di attività alle quali si fa riferimento è la seguente:

1. ATTIVITÀ RIABILITATIVE:

insegnamento delle abilità elementari e complesse necessarie per: cura di sé, riassetto del proprio spazio di vita, aiuto nella preparazione dei pasti, pulizie, piccole spese quotidiane;

insegnamento delle abilità complesse necessarie per la vita di relazione e sociale; programmi individualizzati di recupero e/o-mantenimento di capacità espressive e logiche.

2. ATTIVITÀ TEATRALI

Nel periodo invernale si prevede l'attivazione di un Laboratorio teatrale interno finalizzato alla realizzazione della recita che annualmente si tiene in comunità in occasione della festa per il Natale, in cui gli ospiti scelgono un libro da cui trarre una sceneggiatura o scrivono storie ideate da loro e che verranno poi messe in scena. Prevede la collaborazione di tutti gli ospiti impegnati nella scelta o creazione della sceneggiatura, nella creazione delle scenografie e dei costumi, nella scelta delle musiche e di tutto ciò che comporta la realizzazione di uno spettacolo.

3. ATTIVITÀ PSICOTERAPEUTICHE:

Laboratorio di Manualità, i cui prodotti vengono venduti dai ragazzi in occasione di fiere o mercatini. Il guadagno di tale attività viene utilizzato dagli ospiti per effettuare gite speciali o iniziative da loro stessi scelte (Gardaland, giornata al mare, ...);

Danzaterapia “Si danza, si Cambia”. Percorsi di Danzamovimentoterapia, disciplina orientata a promuovere l'integrazione fisica, emotiva, cognitiva e relazionale, la maturità affettiva e psicosociale e la qualità della vita della persona. Il linguaggio del movimento corporeo e della danza, all'interno del processo creativo, diventano un forte strumento terapeutico finalizzato alla positiva evoluzione della persona.

Laboratorio di Canto: il canto come momento di socializzazione ed espressione/manifestazione della propria identità;

Laboratorio di Cucina: il cibo come strumento di socializzazione, valorizzazione delle competenze e capacità personali.

Laboratorio di Pittura “Home Made”. Il laboratorio vuole creare uno spazio in cui il singolo si possa esprimere tramite l'utilizzo libero del colore, uno spazio in cui la presenza dell'operatore sia stimolo per realizzare oggetti personalizzati.

Musicoterapia

Ippoterapia

Pet-therapy (presso il canile comunale)

Colloqui psicologici individuali.

4. ATTIVITÀ LUDICO-RICREATIVE ED OCCUPAZIONALI:

All'interno della comunità: Laboratorio di Car Wash; atelier di arti grafiche ed espressive; laboratorio fotografico "LO SGUARDO OLTRE"; bricolage; giochi di società, karaoke ed attività creative (disegno, scrittura, composizione); organizzazione di feste in occasione di ricorrenze varie, visione guidata di programmi TV.

All'esterno: partecipazione a spettacoli cinematografici (*Festival del Cinema Nuovo*), teatrali, musicali; partecipazione a manifestazioni sportive, visite a musei, feste di paese; pranzi o cene in pizzeria o al ristorante; gite; partecipazione alla vita sociale del territorio.

Gli ospiti realizzano inoltre un laboratorio di floricoltura e orticoltura finalizzato alla creazione di piante in vaso che vengono portate ai mercati locali ed alle mostre mercato florivaistiche presenti sul territorio. I proventi, che derivano dall'offerta libera, vengono destinati dagli stessi ospiti all'acquisto di materiale utile all'intero gruppo, alla realizzazione di gite e uscite al ristorante.

5. ATTIVITÀ FISIOTERAPICHE E PSICOMOTRICITÀ:

La palestra interna viene utilizzata per ginnastica dolce, cyclette, aerobica e psicomotricità sotto indicazione del personale medico e supervisione degli operatori o degli infermieri.

Vengono eseguite da personale esterno qualificato attività fisioterapiche, qualora se ne evidenzia l'esigenza per l'ospite.

6. ATTIVITÀ PORTIVE:



Vengono realizzate presso strutture esterne le attività di **nuoto** (Piscina Comunale di Pinerolo, Piscina di Luserna San Giovanni), **calcetto**, **calcio Juve for Special** di Pinerolo, **ballo** (*Scuola di ballo di Pinerolo*) e **pallavolo** (*Sport Inclusion*).

Viene inoltre realizzata ogni anno la partecipazione a manifestazioni sportive esterne (Giochi Senza Barriere, Racchette in Valle, ...).

7. ATTIVITÀ DI LAVORO INTERNE RETRIBUITE:

Gli ospiti abitano la comunità, che rappresenta in questo momento della loro esistenza la propria casa. La cura dello spazio di vita e la partecipazione attiva nei lavori quotidiani, dal riordino e pulizia della propria camera alla preparazione dei tavoli e riassetto della sala rappresenta pertanto sia un'attività riabilitativa collegata al mantenimento o acquisizione di abilità di gestione di sé, sia un modo per essere più partecipi del proprio ambiente e sentirlo più familiare.

Alcuni dei lavori quotidiani più specifici e di utilità comune (trasporto e messa a posto biancheria, smaltimento della spazzatura...) vengono inoltre assegnati da



PEI agli ospiti più abili, talvolta in affiancamento agli operatori, e regolati da un “contratto” accettato dall’ospite, che riceve in cambio una piccola retribuzione settimanale in denaro, da utilizzare per le uscite del week end.

8. BORSE LAVORO/PASS:

La riabilitazione passa attraverso il lavoro. Per gli ospiti con obiettivo di reintegrazione nel contesto sociale vengono attivati, in collaborazione con i Servizi invianti, dei contratti di borsa lavoro presso realtà produttive locali che offrono la loro disponibilità ad accogliere il nostro ospite.

9. SCOLARIZZAZIONE:

Quelli tra gli ospiti che per età hanno ancora obblighi scolastici vengono iscritti e supportati negli spostamenti e nella frequenza agli Istituti Professionali idonei presenti sul territorio.

La Comunità collabora inoltre con:

l’ENGIM (Ente Nazionale Giuseppini del Murialdo) il cui programma prevede sia attività teorico-pratiche e di laboratorio, sia tirocini lavorativi finalizzati all’inserimento di persone con disabilità nel mondo del lavoro.

L’UNITRE di Pinerolo, presso cui alcuni ospiti frequentano corsi e partecipano a iniziative di vario genere.



10. ATTIVITA’ INDIVIDUALI:

Gli ospiti vivono necessariamente in modo prevalente il contesto del gruppo nei momenti dedicati alle attività, tuttavia si riconosce il bisogno di ognuno di godere di un momento di rapporto privilegiato con un operatore dedicato a sé. Nell’arco della giornata gli ospiti hanno a loro disposizione pertanto dei momenti di rapporto individuale, che può venire dedicato al dialogo, alla realizzazione di ciò che soddisfa maggiormente i loro desideri (passeggiare, ascoltare musica, parlare, giocare...), alla cura particolare della persona. Questo momento inoltre rappresenta una preziosa occasione per conoscere meglio l’ospite nei suoi punti di forza e di debolezza, nei suoi bisogni e potenzialità.

Il rapporto con le famiglie

La famiglia viene riconosciuta come:

- primo riferimento affettivo da proteggere e preservare,
- importante risorsa nella conoscenza e gestione dell’ospite in quanto depositaria della storia e di informazioni indispensabili,
- componente fondamentale nella riuscita del percorso riabilitativo.



La **Comunità** si caratterizza per lo sviluppo di **uno specifico programma di supporto e di lavoro con le famiglie**, a cui viene richiesta la disponibilità a collaborare nell'elaborazione del progetto educativo e nella sua realizzazione. Questa considerazione è valida in generale per tutti gli ospiti per i quali la famiglia rappresenti un elemento centrale ed in particolare nel caso degli utenti più giovani, per i quali il futuro rientro nel contesto familiare d'origine è un obiettivo prioritario. La qualità professionale degli interventi è garantita dalla supervisione condotta da uno psichiatra esperto in **trattamento psicoeducazionale** e da uno psicologo di orientamento **psicodinamico**.

Contestualmente all'inserimento del disabile, sono pertanto previsti:

1. Colloqui con lo psichiatra e lo psicologo finalizzati alla valutazione della situazione dei familiari per quanto attiene ai seguenti aspetti:
 - Livello di consapevolezza della patologia e delle problematiche dell'ospite;
 - grado di realismo delle aspettative nei confronti dell'ospite e della comunità;
 - abilità di relazione e qualità della relazione con il disabile;
 - capacità di soluzione dei problemi;
 - carico assistenziale.
2. Colloqui con la direttrice di struttura nel corso dei quali vengono fornite dettagliate informazioni circa tutto ciò che concerne la Comunità, le sue caratteristiche e regole, la tipologia, le modalità e le finalità dei servizi effettuati.

Al momento della valutazione dell'ospite e dell'elaborazione del P.T.R.P. la famiglia viene poi:

- Coinvolta nell'elaborazione del progetto dell'ospite;
- informata circa le attività e le modalità di attuazione e di verifica del progetto stesso da parte dei membri dell'équipe;
- coinvolta nella definizione del proprio ruolo nella realizzazione del progetto.

Le famiglie, nel corso della permanenza del proprio congiunto in Comunità, vengono inoltre:

- Periodicamente aggiornate da parte degli operatori e coordinatori, in occasione delle visite e delle telefonate sia sulle condizioni di salute, sia sull'andamento generale dell'ospite in relazione agli obiettivi specifici del progetto;
- invitate a partecipare agli incontri congiunti con gli operatori della Comunità ed i Servizi invianti;
- invitate a partecipare ad incontri e colloqui di sostegno, ove si offre loro uno spazio ed un tempo da utilizzare per dar voce ai propri vissuti, problematiche, aspettative.

Rapporti con i servizi territoriali

Il rapporto tra la Comunità ed i Servizi Territoriali invianti è caratterizzato dalla ricerca di alleanza e collaborazione, prerequisiti indispensabili per garantire la realizzazione di una presa in carico globale dell'ospite e la costruzione di una rete socio-relazionale-assistenziale intorno lui. I Servizi invianti pertanto rappresentano, insieme alle famiglie, i nostri interlocutori nella fase di inserimento e lungo tutto il percorso comunitario dell'ospite, attraverso uno scambio continuo di informazioni ed un atteggiamento di massima trasparenza.

I rapporti con i Servizi Territoriali sono definiti come segue:

fase iniziale: attraverso incontri e contatti telefonici avviene la presentazione del caso, il passaggio delle informazioni relative alla Comunità ed al suo modus operandi, la valutazione degli obiettivi e del progetto dell'inviante.

Inserimento: i Servizi seguono direttamente l'ingresso dell'ospite in Comunità e vengono aggiornati telefonicamente nel corso dei giorni successivi circa l'andamento dell'adattamento al nuovo ambiente del loro assistito.

Elaborazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo. Il progetto dell'ospite può coinvolgere direttamente o indirettamente i Servizi invianti. Nel primo caso i referenti dei Servizi vengono coinvolti attivamente nella fase di progettazione, nella definizione degli obiettivi e delle modalità di realizzazione (può essere il caso dell'attivazione di una borsa lavoro, della gestione dei rapporti con i figli...). Nel caso in cui il PT.R.P. sia gestito esclusivamente dall'equipe interna invece i Servizi vengono resi partecipi degli interventi che si intende attuare per l'ospite attraverso l'invio del progetto ed eventuali incontri di approfondimento.

Durante la permanenza dell'ospite in Comunità i referenti esterni vengono poi regolarmente informati, attraverso l'invio di relazioni cliniche ed educative, circa l'andamento dell'ospite in merito agli obiettivi del progetto e vengono invitati ad incontri almeno annuali di visita al proprio assistito e di scambio diretto di informazioni con noi. Contatti telefonici e comunicazioni scritte servono inoltre ad informare costantemente su ogni cambiamento o necessità riguardanti l'ospite.

Dimissione dell'ospite. Al termine del percorso riabilitativo o per possibili altre necessità sopraggiunte, si concorda insieme ai Servizi ed alla famiglia la dimissione dell'ospite. La Comunità in questa fase si rende disponibile a collaborare direttamente nella realizzazione del passaggio alla nuova realtà, ad esempio fornendo informazioni ed incontrando le persone che si prenderanno cura dell'ospite, oppure affiancandolo inizialmente nel nuovo ambiente per sostenerlo nel passaggio.

Criteri di esercizio delle attività organizzative e riabilitative

La gestione dell'attività e le verifiche periodiche di valutazione delle prestazioni e dei progetti vengono realizzate attraverso:

1. **riunioni organizzative** a cadenza mensile; prevedono la partecipazione di tutte le figure professionali operanti nella comunità.
2. **riunioni educative e riunioni cliniche** a cadenza mensile; rivolte a tutte le figure partecipanti al progetto riabilitativo/educativo, condotte le prime dalla psicologa consulente, le ultime dallo psichiatra;
3. **riunioni di supervisione** ad orientamento psicodinamico di gruppo e, su richiesta, individuali, anch'esse a cadenza mensile e condotte dalla psicologa consulente.
4. **riunioni di microéquipe.** Incontri tra gli operatori di riferimento dell'ospite e lo psicologo vengono programmati con cadenza semestrale in occasione dell'elaborazione del P.T.R.P. e della sua verifica intermedia. Nel corso di tale periodo è possibile che altre riunioni vengano concordate per la discussione di eventuali modifiche da apportare agli obiettivi del progetto o alla loro modalità di realizzazione.
5. **operatore di riferimento.** Per rendere più efficiente il lavoro riabilitativo, coordinare la gestione del progetto riabilitativo, delle questioni pratiche quotidiane, il rapporto con le famiglie ed i Servizi Territoriali ogni ospite ha due operatori di riferimento, un Educatore Professionale ed un OSS, che svolgono un ruolo di referenti del caso. L'assegnazione dell'O.R. avviene con un criterio di reciproca scelta e simpatia tra l'ospite e l'operatore.

MODALITA' DI INSERIMENTO

L'ingresso di un nuovo ospite in Comunità segue una procedura precisa e consolidata.

Le richieste di inserimento possono essere effettuate da 3 soggetti: **l'A.S.L., i Servizi Sociali di provenienza o le famiglie.** In occasione del primo contatto la Direzione richiede all'inviante la documentazione Clinica ed Educativa relativa al caso, nonché una relazione clinico-psichiatrica ed anamnestica dettagliata, comprensiva della segnalazione di eventuali effetti collaterali da farmaci, intolleranze, allergie o dipendenze di qualsiasi genere. Ad avvenuta ricezione della suddetta documentazione il protocollo d'inserimento prevede:

1. **incontro con il futuro ospite.** Il Direttore Sanitario e la Direttrice della Comunità si recano presso il domicilio (casa, ospedale, comunità...), della persona segnalata per un primo incontro conoscitivo;

2. **incontro con familiari ed invianti.** Viene concordato ed organizzato un appuntamento in Comunità con i referenti del caso per un reciproco scambio di informazioni e per far loro conoscere la Comunità;
3. **valutazione del caso.** Lo staff sanitario e dirigenziale della Comunità valuta la compatibilità delle caratteristiche del nuovo ospite e delle richieste dell'inviante con le prestazioni erogabili, con l'ambiente comunitario ed il resto dell'utenza;
4. **invio della proposta d'inserimento.** A fronte di un parere positivo circa l'idoneità del futuro ospite viene predisposta ed inviata ai referenti la proposta di inserimento contenente gli estremi economici della retta;
5. **individuazione della modalità di inserimento.** Vengono quindi definiti i tempi ed i termini dell'inserimento che, a seconda delle caratteristiche dell'ospite e dell'ambito di provenienza, può essere realizzato in modo graduale, con un supporto individualizzato per i primi giorni o con l'affiancamento di un nostro educatore per il giorno dell'ingresso in Comunità;
6. **presentazione del caso all'equipe.** In sede di riunione d'equipe viene presentato il caso agli operatori attraverso il passaggio di tutte le informazioni disponibili e viene predisposto un idoneo piano di accoglienza;
7. **ingresso dell'ospite.** Fatta eccezione per inserimenti caratterizzati da particolare problematicità per i quali è disposto un rapporto uno a uno, all'arrivo in Comunità e per tutto il primo giorno il nuovo ospite viene affiancato da un educatore che lo accompagna nella conoscenza del nuovo ambiente, della sua organizzazione e delle persone che lo abitano.

Al momento dell'ingresso vengono raccolte le firme sul consenso informato e sulla privacy, viene inoltre compilata, ad opera del medico psichiatra e dell'infermiere, la Cartella Clinica, il Diario clinico, infermieristico e giornaliero, su cui sono annotate tutte le informazioni di rilievo riguardanti il nuovo ospite.



Inizia quindi un periodo di 30/60 giorni di osservazione, conoscenza e valutazione dell'ospite, al termine del quale, identificati l'educatore e l'OSS di riferimento, viene elaborato il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato in riunione di microequipe.

Durante la permanenza gli ospiti sono assistiti da un medico di base del distretto di competenza.

Qualora l'assistito fosse titolare di una pensione potrà provvedere alla delega per la riscossione della stessa ovvero alla domiciliazione in loco.

Documenti necessari

- DELIBERA DELL'ENTE PUBBLICO INVIANTE DI IMPEGNO DI SPESA
- TESSERA SANITARIA
- eventuale ESENZIONE TICKET
- DOCUMENTO D' IDENTITA'

- 
- 
- CODICE FISCALE
 - ESAMI CLINICI, FOTOCOPIE DI CARTELLE CLINICHE ED OGNI ALTRA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AD INTERVENTI E TRATTAMENTI SANITARI IN CORSO O PREGRESSI
 - eventuale CERTIFICATO DI INVALIDITA' ED ESENZIONE TICKET
 - eventuale NOMINA TUTORE con allegata fotocopia documento del tutore
 - In ottemperanza alle norme vigenti sulla privacy tutta la documentazione relativa all'ospite viene conservata in luoghi idonei ed accessibili solo al personale autorizzato.

Il Direttore Sanitario

Dr Paolo Leggero

La Coordinatrice

Dr.ssa Debora Baudissard