

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

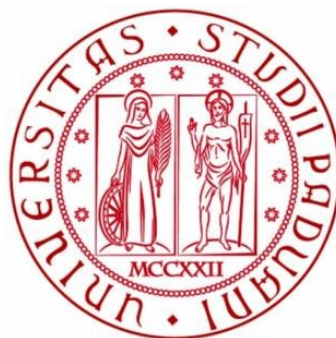
Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore Prof. De Caro Raffaele

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

Dall'assistenzialismo alla riabilitazione: una ricerca quali-quantitativa in alcune strutture terapeutiche psichiatriche della provincia di Padova e Treviso

Relatrice: Paola Rigoni

Laureanda: Angelica Marconato

Matricola: 1200468

Anno accademico 2020/2021

RIASSUNTO

Nell'ambito della salute mentale abbiamo assistito a un'evoluzione non solo della visione del paziente da parte dei professionisti, ma anche dei modelli che sottendono il percorso riabilitativo delle persone affette da disturbi psichiatrici. Questa nuova visione della malattia mentale è stata accompagnata da una rivisitazione delle pratiche all'interno delle strutture e dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

L'intento di questo studio è stato quello di cercare di raccogliere delle informazioni sugli strumenti che gli educatori professionali utilizzano nell'ambito della riabilitazione psichiatrica. È stato scelto un campione di convenienza contattando strutture gestite dal privato sociale della provincia di Padova e Treviso.

Allo studio hanno aderito 30 educatori/educatrici appartenenti a 15 strutture diverse. Per la raccolta dei dati è stato costruito un questionario ad hoc e per l'analisi di questi dati è stato utilizzato il software Excel.

Dall'analisi dei dati è emerso che in tutte le strutture oggetto di indagine sono conosciute le metodologie *evidence based*, e che queste vengono utilizzate in sinergia alle attività espressive (quali ad esempio arteterapia e musicoterapia). Abbiamo inoltre riscontrato che gli educatori/le educatrici sembrano coinvolgere l'utente nel processo decisionale del proprio progetto riabilitativo.

Infine, risulta che alla base degli interventi messi in atto nel percorso riabilitativo del paziente la maggior parte dei professionisti coinvolti ha come cornice teorica di riferimento la *recovery* e il modello bio-psico-sociale.

Parole chiave: riabilitazione psichiatrica, educatore sanitario, strutture riabilitative psichiatriche

ABSTRACT

In the field of mental health we have witnessed an evolution not only of how patients are viewed by professionals, but also of the models that underlie the rehabilitation of people suffering from psychiatric disorders. This new vision of mental illness was accompanied by a reappraisal of practices within psychiatric facilities for diagnosis and treatment.

The aim of this dissertation was to try and gather information on the tools that professional educators use in the field of psychiatric rehabilitation. A sample of convenience was chosen by contacting private facilities in the provinces of Padua and Treviso. 30 educators belonging to 15 different facilities joined the study. Data was collected with the use of an ad-hoc questionnaire and it was analysed using the software Excell.

The analysis of the collected data showed that evidence-based methodologies are known in all the sampled facilities, and that these methodologies are combined with expressive activities (such as art therapy and music therapy, for instance). We also found that educators seem to involve patients in the decision-making process of their rehabilitation project.

Lastly, according to the study, most professional educators use as a theoretical frame of reference *recovery* and the bio-psycho-social model as basis for their interventions during the rehabilitation of the patient.

Keywords: psychiatric rehabilitation, health educator, psychiatric rehabilitation facilitie

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I INTRODUZIONE	5
1. Breve excursus storico: dall'istituzione totale alla riabilitazione in psichiatria	5
1.1 L'istituzione totale: Goffman	5
1.2 Dall'Hospital di Parigi alla legge 180 in Italia	7
1.2.1 La legge 180 del 1978	10
1.3 La riabilitazione psichiatrica	11
1.4 Le grandi trasformazioni nella riabilitazione psichiatrica: l'intervento psicoeducativo integrato di Faloon	13
1.5 Il modello riabilitativo VADO	16
1.5.1 Descrizione degli strumenti del manuale	17
1.5.2 La validazione dello strumento	18
1.6 Il modello riabilitativo CIGI	19
1.6.1 La validazione dello strumento	24
1.7 Il modello riabilitativo della <i>Recovery</i>	24
1.8 L'educatore professionale nella riabilitazione psichiatrica	28
1.9 La relazione educativa	32
1.10 Core competence	33
CAPITOLO 2 DISEGNO DI RICERCA	35
2 Metodologia della ricerca	35
2.1 Obiettivi di ricerca	36
2.2 Lo strumento della ricerca	36
2.3 Metodologia di campionamento	37

2.4 Metodologia di raccolta e analisi dei dati	38
2.5 Tempi dello studio	39
CAPITOLO 3 PRESENTAZIONE DEI RISULTATI	41
3.1 Descrizione del campione dei soggetti coinvolti e dei dati raccolti	41
3.1.2 I risultati del questionario	44
CAPITOLO 4 DISCUSSIONE DEI RISULTATI	55
4.1 I temi emersi dal questionario	55
4.2 Limiti dello studio	58
4.3 Conclusioni	59
BIBLIOGRAFIA	
SITOGRAFIA	
ALLEGATO 1	
RINGRAZIAMENTI	

INTRODUZIONE

L'ipotesi di questa ricerca prende forma da un'esperienza curricolare: il tirocinio svolto nella Comunità "Il Gelso" durante il secondo anno di corso. Motivi contingenti quali l'emergenza sanitaria da pandemia COVID – 19, hanno limitato la presenza all'interno della comunità, ma questo elemento non ha influito sull'intensità di quanto poteva essere osservato.

La nostra attenzione si è focalizzata sulla riabilitazione psichiatrica e i diversi metodi che sono stati sviluppati dal testo guida scritto dallo psichiatra Ian Falloon nel 1988 e tradotto in italiano nel 1992.

Questo lavoro ha implicato un'imprescindibile revisione della letteratura che occupa il primo capitolo di questo elaborato. In primo luogo, abbiamo preso in considerazione l'evoluzione della concezione della malattia psichiatrica partendo dai precursori come Foucault e Pinel fino ad arrivare a Basaglia, oggi considerato un rivoluzionario della psichiatria, che attraverso la sua legge (180/78) ha portato alla visione che ad oggi caratterizza il mondo della salute mentale, ovvero la presa in carico del paziente da un punto di vista globale (bio-psico-sociale); la nostra revisione è proseguita sul tema della riabilitazione psichiatrica intesa in termini contemporanei e abbiamo approfondito il metodo proposto da Falloon: l'intervento psicoeducativo integrato, andando poi ad analizzare tre approcci cardine della riabilitazione psichiatrica: il CIGI (*Combined Individual And Group Intervention*), il VADO (Valutazione di Abilità e Definizione degli Obiettivi) e la *recovery*. Come ultimo argomento abbiamo preso in esame le tappe fondamentali che hanno portato al riconoscimento della figura dell'educatore professionale sanitario riportando le leggi e gli ambiti di lavoro che ne definiscono le peculiarità. Abbiamo deciso di concludere soffermandoci su un aspetto che riteniamo fondamentale per questa figura professionale: la relazione. Da questa revisione è emerso un elemento: il lavoro riabilitativo degli educatori professionali è poco documentato in letteratura. Il passo successivo ha riguardato la strutturazione del disegno di ricerca e l'identificazione dell'obiettivo. Abbiamo ritenuto che il focus dovesse essere una raccolta di informazioni sulle pratiche riabilitative che gli educatori professionali utilizzano.

Da queste premesse ha preso corpo la ricerca vera e propria che aveva quindi come obiettivo principale quello di monitorare, attraverso un questionario costruito ad hoc, quali fossero gli strumenti riabilitativi effettivamente adottati nelle strutture psichiatriche e

secondariamente fare una valutazione sulle conoscenze degli educatori professionali che lavorano con questo particolare tipo di utenza rispetto a questi modelli riabilitativi.

Nella provincia di Padova e Treviso 15 strutture hanno accettato di partecipare e 30 educatori/educatrici con *background* formativo differenziato hanno partecipato. Dall'analisi delle risposte del questionario possiamo affermare che gli educatori professionali che oggi lavorano a contatto con questo particolare tipo di utenza conoscono gli strumenti riabilitativi che prevedono il coinvolgimento del soggetto nel suo percorso riabilitativo e lavorano a diversi livelli utilizzando metodologie diverse tali da sollecitare il paziente sia sul piano individuale (riconoscimento dei segni di stress) sia sulle abilità sociali (attività espressive di gruppo).

Riteniamo che questa ricerca possa essere un primo passo per conoscere meglio e più da vicino l'attività dell'educatore professionale e che ulteriori ricerche siano necessarie per delineare in modo più approfondito i contenuti di queste pratiche riabilitative e le modalità di approccio al paziente

CAPITOLO 1 INTRODUZIONE

1. Breve excursus storico: dall'istituzione totale alla riabilitazione in psichiatria

1.1 L'istituzione totale: Goffman

L'istituzione totale è il luogo nel quale un gruppo di persone che si trova a condividere una data situazione risiede e lavora (Goffman, 2003, p. 8).

Goffman nel testo "*Asylums*" mette in luce che nelle società occidentali sono presenti diversi tipi di istituzioni "totali" o "inglobanti" caratterizzate dall'assenza di scambio sociale e uscite verso il mondo esterno. Questo autore aveva individuato e suddiviso le istituzioni totali in cinque categorie (Goffman, 2003, p.10)

1. istituzioni nate per tutelare incapaci non pericolosi (es. ciechi, vecchi, orfani);
2. istituzioni a tutela di coloro che sono incapaci di badare a sé stessi, ma che costituiscono un potenziale pericolo per la società;
3. istituzioni per proteggere la società da coloro che possono risultare un pericolo per quest'ultima. In questo caso, tuttavia, il benessere delle persone internate non risulta essere lo scopo primario dell'istituzione;
4. istituzioni al cui interno si svolgono delle attività specifiche;
5. istituzioni definite "staccate dal mondo", che hanno anche la funzione di preparare i religiosi.

Secondo l'autore le istituzioni inglobanti hanno come caratteristica principale la rottura degli assetti sociali della società moderna, nella quale l'uomo tende a divertirsi, dormire e lavorare in posti diversi e con persone diverse. In questi luoghi - che riproducono le caratteristiche e le dinamiche della società esterna - i vari momenti di vita si svolgono nel medesimo luogo e sotto una stessa autorità e le attività giornaliere vengono praticate secondo modalità precise e con tempistiche prestabilite senza possibilità di scelta o alternative.

In questo celebre testo Goffman mette in luce gli aspetti critici e devianti delle istituzioni totali soffermandosi in particolare sulle dinamiche relazionali che si consumavano al loro interno.

Una parte importante del suo lavoro osservativo è dedicato alla descrizione della vita che conducevano gli internati degli ospedali psichiatrici negli Stati Uniti degli anni '50 del Novecento.

Secondo Goffman una delle principali caratteristiche del manicomio era il rapporto di potere tra il personale che vi lavora e le persone ricoverate. Secondo il sociologo questo rapporto di esasperata asimmetria conduceva a ripercussioni sull'identità stessa degli internati, attraverso un processo di "riduzione" del sé caratterizzato da:

- una barriera che si creava tra il mondo esterno e l'istituzione totale, l'impossibilità di uscire o ricevere visite. L'effetto che ciò comportava era la perdita di contatto con il mondo esterno e la rottura dello schema di ruoli che investiva la vita della persona prima del ricovero;
- una perdita della propria immagine. Il rapporto che noi instauriamo con il nostro sé è infatti molto influenzato da come noi ci mostriamo agli altri. La persona internata veniva privata di tutti gli oggetti che utilizzava per prendersi cura del suo aspetto;
- una frattura nella relazione tra la persona che agisce e le sue azioni. Una persona internata non poteva difendersi dagli attacchi verso il proprio sé nel modo abituale come previsto all'interno della società civile manifestando reazioni espressive come per esempio il "muso lungo", il parlar male degli altri sottovoce, in quanto all'interno degli istituti questo poteva portare a azioni punitive nei confronti dei pazienti da parte del personale curante.

Tutte queste situazioni finivano per sminuire l'internato, producendo dei meccanismi che incidevano sull'autodeterminazione e sull'autonomia dell'individuo.

Goffman sottolinea inoltre come l'insieme delle pratiche che caratterizzavano la vita all'interno del manicomio conducevano le persone a temere di non poter più tornare a vivere al di fuori dell'istituzione. Le regole imposte, la riduzione degli spazi vitali, la mancanza di igiene potevano portare ad una progressiva distruzione dell'identità e della volontà delle persone che vi risiedevano. Questa perdita della propria identità poteva condurre a temere la dimissione dall'istituto e poteva essere motivo d'ansia per l'internato. Il processo di istituzionalizzazione portava alcuni soggetti a mettere in atto delle strategie inconse tali da portare al rinnovo del ricovero – ovvero a non farsi dimettere – o ad un ritorno in manicomio in tempi brevi per le difficoltà incontrate nel relazionarsi nuovamente con il mondo al di fuori. Rispetto a questi agiti va considerato che in quegli anni i soggetti sprovvisti di una rete familiare o sociale di supporto non potevano che trovare rifugio

nell'istituzione che li aveva resi degli individui incapaci di gestire la propria esistenza nel mondo fuori¹.

Appare chiaro che il manicomio come istituzione totale era un luogo lontano e nascosto dal resto della società, dove le persone vivevano la privazione delle attenzioni basilari e fondamentali nella cura come l'essere accuditi, il sentirsi compresi, il sentirsi al sicuro. Spesso questi erano luoghi dove venivano consumati abusi e violenze, nell'ordine di quello che accade e accadrà "sempre" nel momento in cui le porte si chiudono allo sguardo tutelante dell'esterno.

In conclusione, una conseguenza che emerge in seguito al ricovero all'interno di queste istituzioni e anche nelle strutture moderne è l'attribuzione dello stigma, elemento che aumenta la difficoltà di integrazione sociale. Questo è dovuto al fatto che la società tende a considerare prima di tutto la malattia mentale, il sintomo e non la persona in sé

1.2 Dall'Hopital di Parigi alla legge 180 in Italia

La storia della psichiatria secondo Michel Foucault ha inizio con un editto del 1676 – che egli menziona in "*Storia della follia*" -, il quale dava l'ordine che tutti i devianti della Francia venissero internati nel *Grand Hopital General* di Parigi. Il termine "devianti" si riferiva a individui molto diversi tra loro: il mentecatto, la donna di facili costumi, il disoccupato, l'alcolizzato, il senza tetto, il delinquente, l'eretico, il pazzo e molte altre persone con una qualsiasi difficoltà o problematica. Sempre in Francia un secolo dopo il medico Philippe Pinel (1745-1826) cominciò a considerare la malattia mentale come conseguenza all'esposizione ad eventi sociali e psicologici e, in misura minore, come eredità ed alterazione fisiologica che era la visione preponderante tra i suoi colleghi contemporanei. Pinel sosteneva che la causa del male era morale, ovvero di origine psicologica, e nella sua proposta di interpretazione della follia vi era la convinzione che queste persone avessero un deficit nell'espressione delle passioni, delle emozioni e degli affetti e di conseguenza la cura non poteva che essere che psicologica. Come uomo del suo tempo non si discosta dalla visione che la reclusione e l'isolamento di queste persone sia necessario, in primo luogo per proteggere la popolazione "normale" dal pericolo e disordine provocato dai cosiddetti "anormali", in seconda istanza per poter osservare, diagnosticare e classificare i disordini di queste persone e poterle curare. Pinel credeva che per recuperare

¹ Rispetto a questi agiti va considerato che in quegli anni i soggetti sprovvisti di una rete familiare o sociale di supporto non potevano che trovare rifugio nell'istituzione che li aveva resi degli individui incapaci di gestire la propria esistenza nel mondo fuori.

l'equilibrio psichico servisse allontanare gli internati dagli altri e dalle relazioni (Cipriano, 2018, pp. 25-26).

I manicomi diventano il modello di cura e il loro credo è: “il manicomio è terapeutico”, tanto che sorgono manicomi in tutto il mondo, regolamentati da norme, tutte afferenti alla legge “madre” francese del 1838. In Italia, nell'Ottocento, però non vi è ancora alcuna legge che si avvicini a quella francese. Solo nel 1904 arriva la prima legge dal nome “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati”. Tale legge diceva che dovevano essere internate e curate nei manicomi le persone affette da qualsiasi tipo di malattia mentale, nel momento in cui si rivelano pericolose sia per sé che per gli altri. Risulta evidente che con questa legge l'istituzione manicomiale assume un significato e un ruolo nella società, che nel circoscrivere il suo spazio fisico e morale dimentica di definire i diritti degli internati (Cipriano, 2018, pp. 38-39).

Nel '900 la psichiatria conosce un momento di grandissimo fermento al suo interno e tante sono le correnti di pensiero che mettono in discussione sia l'approccio eziologico alla malattia mentale sia l'approccio terapeutico messo in atto all'interno dei manicomi. Lo psichiatra francese Minkowski, conosciuto per essere un importante esponente della fenomenologia psichiatrica, definisce l'isolamento come un modello anti-terapeutico e sostiene che la relazione con l'individuo affetto da patologie sia fondamentale in un percorso di guarigione. Minkowski sostiene (Minkowski, 1996) che il disturbo generatore della schizofrenia non sia lo *spalutng* (cioè la dissociazione), come sosteneva Bleuler, ma l'autismo inteso come incapacità di stare nel mondo comune, che comporta una perdita di contatto con il reale. Questo studioso condivideva la posizione di Jung sulla definizione di relazione e considerava ogni persona come unica e diversa da tutti gli altri esseri viventi, per questo motivo rifiutava l'idea della standardizzazione nella cura della schizofrenia.

A mettere tuttavia davvero in discussione il modello terapeutico del manicomio è Franco Basaglia. Lo psichiatra italiano durante la sua carriera, nel corso della quale lavora all'interno dei manicomi e ne osserva il funzionamento, inizia a sostenere che le persone che presentano un disagio psichico abbiano il bisogno di uscire dai manicomi: il paziente stesso deve ricomporre la propria identità mediante il racconto della propria storia di vita. Basaglia sostiene che il malato non è soltanto un malato, ma è anche un uomo con tutti i suoi bisogni: occorre quindi operare al di fuori del manicomio per far capire alle persone “normali” che anche gli “anormali” hanno diritto alla cittadinanza e a una vita comune.

Basaglia nel suo percorso verso la chiusura dei manicomi, prende ispirazione dal manicomio di Maxwell Jones, a Edimburgo, che lo psichiatra aveva trasformato in

comunità terapeutica e all'interno del quale le porte erano aperte (quindi a differenza del manicomio la persona poteva ricevere visite e avere contatti con l'esterno) e non vi era una comunicazione gerarchica tra i professionisti e i pazienti. Lo psichiatra italiano, infatti, decide di portare tale modello anche a Gorizia. Oltre che dal modello di Jones, Basaglia prende ispirazione anche dalla psicoterapia istituzionale e dalla politica di settore francese². Quest'ultima sottolineava l'importanza che:

- la persona con disagio psichico venisse curata il più vicino possibile al luogo in cui viveva;
- ogni settore geo-demografico avrebbe dovuto essere dotato di un'équipe medico-sociale il cui scopo era garantire la continuità delle cure.

Basaglia entra in contatto anche con la psichiatria statunitense e conosce la realtà dei *Community Mental Health Center*, che rappresentano una sorta di *trait d'union* tra il modello psichiatrico della politica di settore francese e quella del modello britannico di Jones. Lo psichiatra, come già anticipato, applica quanto ha appreso da queste correnti alla realtà di Gorizia, costituendo la comunità terapeutica goriziana, che presenta le seguenti caratteristiche:

- l'introduzione dei farmaci al fine di eliminare le contenzioni;
- la rieducazione del personale dal punto di vista umano;
- la ripresa dei legami con l'esterno;
- la demolizione delle barriere fisiche presenti nell'istituzione;
- l'apertura delle porte;
- la realizzazione di un ospedale diurno;
- in base allo stile della comunità terapeutica, organizzare le giornate in ospedale.

Il manicomio viene trasformato in una comunità dove le persone che lavorano con pazienti psichiatrici cercano di costruire dei percorsi di cura sulla base della conoscenza e della vicinanza ai pazienti, scambiandosi informazioni, confrontandosi.

Basaglia sceglie di formare dei giovani studiosi e appassionati affinché lavorino nella comunità terapeutica di Gorizia. Nei primi tre anni dalla nascita della comunità vengono aperti i reparti con le nuove caratteristiche ed eliminate le violenze e le costrizioni nei confronti delle persone ricoverate. Di pari passo hanno origine e si diffondono diverse manifestazioni volte alla promozione della nuova struttura: creazioni artistiche che

² Sarà questa politica che condiziona la legge Mariotti del 1968 e l'istituzione dei Centri di Salute Mentale (CSM).

vengono portate fuori dalla comunità, gite, concerti e spettacoli aperti alla cittadinanza. Tutto questo ottiene l'effetto desiderato: l'attenzione da parte della stampa e delle istituzioni più conservatrici.

Mentre la comunità prendeva forma, Basaglia e i suoi collaboratori studiavano metodi realmente terapeutici da affiancare ai farmaci. Lo psichiatra italiano – insieme a sua moglie – rifletté su una particolare forma di stigma: quella del deviante. Egli arrivò alla conclusione che nella società è considerato deviante chi non produce. Da questa premessa egli ne trasse la conclusione che i malati psichiatrici dovessero essere inseriti in percorsi riabilitativi che li aiutassero a reinserirsi nel mondo del lavoro. Lo psichiatra e la moglie analizzarono così lo stigma del deviante: la società è composta dai dirigenti, ovvero il gruppo principale; poi ci sono i consumatori di beni che lavorano e producono e sono il gruppo intermedio, e infine ci sono i marginali e i devianti, che non producono e non lavorano. Di quest'ultima categoria, coloro che non si possono uccidere, internare in manicomi o carceri vengono definiti malati, per cui il malato diventa produttivo nel momento in cui viene inserito nel circuito dell'imprenditoria della cura (Cipriano, 2018, pp. 68-70).

1.2.1 La legge 180 del 1978

È il 13 maggio del 1978 quando la legge 180 viene approvata.

Per Basaglia e per tutti coloro che avevano lavorato con lui non è la legge che avevano immaginato. La delusione è dovuta a due motivi principali: il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e l'apertura, all'interno degli ospedali dei reparti psichiatrici; in relazione a questo aspetto Basaglia temeva che questi reparti potessero trasformarsi in piccoli manicomi all'interno degli ospedali civili, l'istituzione del TSO, invece, viene ritenuta dallo psichiatra una "criminalizzazione" del malato (Cipriano, 2018, pp. 71-72). Ciononostante, con tale legge quadro il trattamento delle persone con disagio mentale diventa volontario e solo eccezionalmente può essere imposto, per esempio quando:

- la persona presenti alterazioni psichiche che necessitano di interventi terapeutici urgenti;
- la persona non accetti gli interventi terapeutici;
- nel caso in cui non vi siano i presupposti e i requisiti per ricorrere, rapidamente, a misure terapeutiche extra-ospedaliere idonee.

Queste modifiche alla normativa fanno sì che le cure divengano obbligatorie per dovere etico, poiché il malato non è più considerato "pericoloso per sé e per gli altri o di pubblico

scandalo”. La cura diventa una questione terapeutica e non di pubblica sicurezza e la malattia mentale viene inserita all’interno della nascente assistenza sanitaria.

Questa legge ha rimesso la persona e i suoi bisogni al centro, nonostante alcuni aspetti discutibili. Elementi quali la famiglia, il lavoro, la casa, gli amici, il reddito, il paese in cui la persona vive e la sua qualità di vita, diventano tutti parte del percorso terapeutico. Questa legge richiede, in aggiunta, che almeno il cinque per cento delle spese sanitarie siano destinate alla salute mentale.

In conclusione, l’azione di Basaglia ha consentito la nascita di una riabilitazione rivolta alla persona in senso globale. Inoltre, ha avviato allo studio e poi all’introduzione di vari modelli riabilitativi che non prevedessero solo l’uso dei farmaci e dell’isolamento della persona dal mondo esterno. Grazie a questa legge sono sorte le strutture che oggi conosciamo che hanno come obiettivo la riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone con disagio psichiatrico.

1.3 La Riabilitazione psichiatrica

Il concetto di riabilitazione psichiatrica inizia a svilupparsi dopo l’approvazione della legge Basaglia, e si basa sulla convinzione di poter recuperare e sviluppare le abilità e i ruoli degli individui con disagio mentale e reintegrarli nella società rendendoli partecipi di questo percorso. Negli anni ’60, nella nostra penisola si sviluppa l’idea che questi obiettivi si possano raggiungere tramite metodologie riabilitative (Ba, 2003). Uno degli autori di riferimento rispetto alla concettualizzazione della riabilitazione è Spivak, il quale la definisce nei termini di: *“agevolare l’aumento delle articolazioni sociali per mettere in grado l’individuo di rispondere alle richieste e ai bisogni propri e di coloro con i quali vive”*. Un’ulteriore definizione della riabilitazione si sviluppa a Boston nel *Center of Psychiatric Rehabilitation* (Anthony, Cohen, Farkas e Gagne, 2002), che dice: *“la riabilitazione psichiatrica deve aumentare il funzionamento sociale e lavorativo delle persone con disabilità, così che queste possano svolgere un ruolo valido nell’ambiente da loro scelto”*.

Il concetto di riabilitazione appare quindi fondamentale nel momento in cui ne consideriamo la portata nel lavoro con i pazienti. Le strutture residenziali sono state oggetto di analisi rispetto all’utilità del lavoro riabilitativo che viene svolto al loro interno, ed è di unanime opinione (Brambilla, 1998; Ba, 2003; Carozza, 2006;) che il progetto riabilitativo

abbia delle aspirazioni olistiche nei confronti dell'individuo. Carozza³ durante una sua conferenza⁴ del 2011: “Indagine sulla residenzialità in relazione alla riabilitazione psichiatrica” ci descrive i vari livelli sui quali dovrebbe basarsi l'intervento riabilitativo, a livello bio-psico-sociale si prevede di intervenire nella sfera biologica attraverso i farmaci; nella sfera psicologica lavorando sull'identità - in quanto la persona malata tende a identificarsi con la propria patologia-, e sul controllo delle proprie emozioni; nell'ambito sociale rispetto alle modalità relazionali che il paziente ha con i pari, con i familiari e i conoscenti. Un aspetto importante su cui operare è poi la vulnerabilità, cioè la predisposizione a sviluppare la malattia mentale di fronte a eventi stressanti.

Sulla teoria stress – vulnerabilità e disagio psichiatrico Liberman (1992), sviluppa un suo modello riabilitativo organizzato su due linee di lavoro: *in primis* la riduzione del livello di vulnerabilità, a cui consegue la capacità di rispondere in modo adeguato agli eventi stressanti; in secondo luogo un lavoro sulla riduzione degli eventi stressanti che la persona può incontrare nel suo percorso di vita.

Da queste premesse si può dedurre come la riabilitazione psichiatrica si sia evoluta nei termini di percorso strutturato, cercando di non incoraggiare interventi basati sullo spontaneismo. Attualmente in ambito riabilitativo il “*gold standard*” prevede l'uso di strumenti, metodi, approcci e strategie che hanno come fine il reinserimento nella società della persona malata. Inoltre un aspetto essenziale risulta essere la costruzione di un progetto riabilitativo individualizzato, un percorso nel quale la persona ha un ruolo attivo di co-costruzione degli obiettivi da raggiungere. I medici psichiatri per primi hanno proposto un approccio metodologico (basato su un inquadramento teorico cognitivo-comportamentale) allo scopo di formare gli operatori che lavoravano con i pazienti psichiatrici, nella direzione di una presa in carico olistica e individualizzata. Allo stesso tempo nella riabilitazione contemporanea è prassi comune affiancare a questi metodi *evidence based* altri approcci di matrice umanistica come l'utilizzo la danza, il teatro, la musica, ma anche percorsi il cui scopo è rendere il paziente autore del proprio percorso riabilitativo. La formazione degli operatori a questi approcci e la loro unione dovrebbe permettere un'effettiva riabilitazione, che sia utile e che abbia una traiettoria chiara di reinserimento nella società della persona malata.

³ Medico psichiatra, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale AUSL Ravenna, AUSL di Ferrara

⁴ Maurizio Bergianti, 2012, “Riabilitazione e residenzialità. Dott.ssa Paola Carozza” [Video], Youtube

1.4 Le grandi trasformazioni nella riabilitazione psichiatrica: l'intervento psicoeducativo integrato di Falloon

Un metodo che ha portato una grande innovazione nella riabilitazione psichiatrica è l'intervento psicoeducativo integrato di Falloon, che prevede il coinvolgimento dei familiari dell'utente nel percorso di riabilitazione. In questa metodologia si coinvolgono i *caregivers* che possono fare parte del nucleo familiare oppure no. Qui per "famiglia", si intende chi vive insieme al paziente ed è disposto a considerarsi parte di un gruppo solidale. In questo intervento si utilizzano sia i farmaci sia strumenti riabilitativi di matrice psicoeducativa, per questo si definisce integrato. Il presupposto teorico di riferimento è il modello stress-vulnerabilità (Falloon et al, 1993, p. 12), motivo per cui uno degli strumenti utilizzati è quello della rilevazione dei segni precoci di stress, con il fine di poter intervenire prima che si manifesti una crisi.

Secondo alcuni autori lo stress indebolisce le vie metaboliche vulnerabili, agevolando l'insorgenza di patologie psichiatriche. Inoltre, è possibile, che in un individuo la reazione a un evento stressante sia data da più fattori: biogenetici, psicologici, sociali, anche dovuti ad esperienze pregresse, che cambiano la risposta al variare della situazione che causa lo stress. Tutto questo ci fa capire che nei soggetti vulnerabili è importante saper riconoscere quali sono i segni che si manifestano prima di una crisi, allo scopo di poterla prevedere e intervenire precocemente, bloccarla o ridurne la gravità, così da avere un decorso di malattia positivo (Falloon et al, 1993, pp. 14-15).

L'efficacia del trattamento è stata verificata tramite uno studio controllato randomizzato su 36 pazienti aventi diagnosi di schizofrenia; metà di loro ha partecipato ad un programma riabilitativo con l'intervento integrato, la restante metà con un intervento individuale. È emerso che nella metà che seguiva l'intervento psicoeducativo integrato la percentuale di ricaduta e di ricovero era minore rispetto al gruppo che seguiva il trattamento individuale, oltre al fatto che, grazie al miglioramento del funzionamento sociale, il carico familiare ricadeva meno pesantemente sui *caregiver*. Un altro elemento emerso è che tale programma è in grado di soddisfare le seguenti esigenze:

- essere inserito all'interno degli interventi proposti nei servizi primari;
- essere in grado mettere in comunicazione il servizio e la popolazione;
- riuscire a diffondere atteggiamenti utili a ridurre le ricadute e a bloccare l'insorgenza della malattia mentale.

Questo modello prevede che persone coinvolte – paziente, familiari, *caregiver* – perseguano degli obiettivi individuali e collettivi il cui scopo è quello di aumentare le capacità di comunicazione e *problem solving*.

Le fasi di realizzazione dell'intervento sono:

- individuare per ciascun membro della famiglia i punti di forza, quelli di debolezza e identificare degli obiettivi individuali;
- provvedere ad aumentare le conoscenze in merito alla malattia mentale di cui soffre il paziente e al trattamento previsto;
- promuovere adeguate abilità di comunicazione;
- utilizzare il metodo del *problem solving*;
- fornire strategie da mettere in pratica per rispondere a bisogni particolari.

L'intervento psicoeducativo integrato è stato studiato per fornire agli operatori dei servizi riabilitativi psichiatrici delle strategie per aiutare in modo efficace ed efficiente le persone con un disagio psichico importante e le loro famiglie.

Per prima cosa si organizza un incontro con la famiglia e il paziente, che può avvenire sia a domicilio che in altro luogo ma prima ancora va verificata la situazione del soggetto destinatario dell'intervento. Se il paziente psichiatrico si trova in uno stato clinico di crisi è preferibile posticipare l'inizio dell'intervento fino a quando non ci sarà un miglioramento.

In questo colloquio, il professionista che segue la famiglia, spiegherà qual è il programma:

- aumentare nei familiari (o altri soggetti) le conoscenze in merito alla malattia mentale del paziente e al trattamento farmacologico che gli viene offerto;
- dare informazioni su come agire di fronte a comportamenti problematici e sintomi preoccupanti;
- fornire indicazioni precise rispetto a come comportarsi in caso di crisi (nel caso in cui queste si presentino si svolgeranno incontri straordinari);
- migliorare le abilità della famiglia nel fronteggiare gli eventi stressanti;
- sostenere i familiari nell'individuazione e nel conseguimento dei propri obiettivi personali;
- accompagnare la famiglia nell'individuare e conseguire obiettivi che riguardano tutto il nucleo.

Inizialmente il ruolo dell'educatore sarà molto attivo, per diventare nel tempo sempre più passivo, ma egli rimarrà disponibile nel momento in cui ci saranno dubbi, delle richieste di consiglio o ci sarà bisogno di fare dimostrazioni pratiche rispetto alle esercitazioni

proposte. Dapprima ogni membro della famiglia viene incontrato singolarmente. Il protocollo prosegue con gli incontri settimanali con il gruppo familiare. Gli incontri possono essere registrati previo consenso dei partecipanti. L'educatore, oltre a garantire che il contenuto delle conversazioni è riservato spiega che la registrazione può essere utile a lui/lei per documentare il lavoro fatto insieme.

Le sedute, della durata di un'ora, si tengono una volta alla settimana, anche se il numero e la durata degli incontri possono essere definiti in base ai bisogni della famiglia. Le sedute si svolgono a domicilio, e dovrebbero partecipare tutti; se un membro del gruppo famiglia non potesse essere presente l'incontro dovrebbe essere spostato.

L'intervento prevede che una parte del lavoro sia fatto insieme con delle dimostrazioni e il restante venga svolto con degli esercizi assegnati da provare entro l'incontro successivo.

Ogni incontro quindi prevede un momento iniziale di verifica di eventuali progressi rispetto agli obiettivi che ci si era posti, e discussione degli eventuali problemi emersi; poi si passa alla spiegazione dell'abilità che si vuole affrontare quel giorno. Infine, si assegnano degli esercizi da svolgere entro la seduta successiva.

Per i soli familiari del paziente è prevista una seduta che si tiene ogni settimana per circa un'ora e mezza, dedicata a loro per parlare dei singoli problemi e degli obiettivi comuni; in questa maniera, ci si esercita nella comunicazione e nel *problem solving*. A distanza di tre mesi si terrà una seduta dedicata solamente a monitorare i progressi collettivi e a verificare nel dettaglio i miglioramenti di ciascuno. Una regola importante è che nel corso delle sedute non si possono consumare sostanze come alcool e/o sostanze stupefacenti, e avere comportamenti negativi o violenti, questa regola vale per tutti i partecipanti; nel caso in cui ci siano agiti violenti o un partecipante non sia sobrio la seduta viene sospesa (Falloon et al, 1993, pp. 26-27).

La valutazione del nucleo familiare (e in caso di altri soggetti), avviene attraverso la compilazione di quattro moduli:

- il modulo dell'analisi del problema: si compila per individuare quali sono i problemi principali del paziente (non più di tre), ed eventualmente anche quelli del nucleo familiare (Falloon et al, 1993, pp. 36-37);
- il modulo di valutazione individuale: in questo caso si compila singolarmente con ciascun membro e si svolge un'intervista con la persona con disturbo mentale (Falloon et al, 1993, p. 40);

- il modulo per la valutazione delle abilità di soluzione dei problemi e il raggiungimento degli obiettivi del paziente e dei suoi familiari: questo serve per analizzare come il gruppo affronta i problemi, come cerca di raggiungere gli obiettivi, e quali sono le sue modalità di comunicazione e di risoluzione dei problemi (Falloon et al, 1993, p. 43);
- il modulo di piano iniziale e valutazioni periodiche: si sviluppa il piano provvisorio che prevede l'individuazione del problema principale, l'individuazione del metodo da utilizzare per controllare l'andamento del problema, l'annotazione del livello di gravità del problema prima di iniziare il trattamento, la definizione degli obiettivi degli interventi e l'elaborazione della strategia da attuare durante l'intervento (Falloon et al, 1993, p. 46).

Queste valutazioni prevedono la compilazione di moduli studiati per centrare la tematica che si vuole affrontare, ma nel contempo l'educatore appunta le sue osservazioni che vanno ad aggiungere elementi che completano la descrizione della situazione nella quale sta portando il suo intervento.

Questa metodologia è tutt'oggi alla base di molti interventi in ambito psichiatrico e questo autore, riconoscendo l'importanza dell'ambiente che circonda la persona malata, ha spalancato le porte alla maggior parte delle modalità riabilitative che oggi conosciamo.

1.5 Il modello riabilitativo VADO

Il VADO (Valutazione di Abilità e Definizione degli Obiettivi) è un manuale per la riabilitazione in psichiatria scritto nel 1998. Questo strumento può essere utilizzato per tutti i tipi di intervento riabilitativo, sebbene le linee guida e gli esempi facciano riferimento a teorie di orientamento cognitivo-comportamentali (Morosini et al, 1998, p. 9). La realizzazione di questo strumento si ispira all'approccio utilizzato al *Boston Rehabilitation Center* (Boston, USA) dove si lavora sia sui deficit sia sulle le capacità degli utenti e, insieme a loro si progettano gli obiettivi e il percorso per raggiungerli. Il VADO è stato ideato da un gruppo di lavoro e di ricercatori dell'IRCCS, Fatebenefratelli di Brescia, dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Istituto di psichiatria del secondo ateneo di Napoli (Gigantesco et al, 2006, Vol. 57, p. 1778). Al progetto hanno collaborato Falloon, in qualità di ispiratore degli elementi psicoeducativi, e Paolo Michelin, per l'individuazione, l'organizzazione e la valutazione degli obiettivi e anche per aver permesso di inserire alcune schede osservative e di divisione degli obiettivi (VADO, 1998, p. 9). Il VADO, nonostante abbia alla base un modello tecnicistico, si propone di sostenere l'utilizzo di

strategie definite da Saraceno (1990), “competenze parentali”, ovvero tutte quelle abilità che un genitore mette in atto nel processo di educazione del figlio. Quindi questo approccio si fonda sulla convinzione che:

- molte delle credenze interne ed interpersonali che ostacolano la qualità di vita delle persone con disagio psichico possono manifestarsi anche in noi;
- le abilità e le competenze che si insegnano all’interno delle strutture psichiatriche possono essere apprese anche da noi, con una diversa difficoltà e complessità;
- non vi sono molte differenze tra l’insegnamento rivolto a un paziente psichiatrico e quello rivolto a una persona “neurotipica”, per far apprendere o recuperare alcune capacità. Nel primo caso occorre mantenere più a lungo la pazienza, la resistenza alla frustrazione e una maggiore capacità nel coinvolgere e far partecipare i pazienti con disagio psichico (VADO, 1998, p. 11).

Uno degli scopi di questo approccio è quello di sostenere l’équipe riabilitativa durante il processo di definizione e valutazione dei programmi riabilitativi individuali e di indirizzare gli operatori sanitari in una prospettiva di lavoro condiviso e competente, ma soprattutto utile nella prospettiva del recupero di quelle abilità che consentono alla persona malata psichiatrica di poter vivere in autonomia e possibilmente di poter essere inserita in un ambito lavorativo.

Gli operatori attraverso gli strumenti presenti nel manuale devono individuare gli obiettivi principali e poi suddividere in altri di più specifici, così che siano più semplici da conseguire e misurare (Gigantesco et al, 2006. Vol. 57, pp. 1708-1781). In questo modello, grazie anche al precursore “Intervento psicoeducativo integrato”, si stabilisce che non è sufficiente contribuire al miglioramento delle capacità personali, ma è necessario anche lavorare su cambiamenti a livello ambientale, che permettano alle persone con disagio mentale di avere una qualità di vita migliore. Per questo motivo il manuale considera il lavoro a livello ambientale sia durante la valutazione del paziente, sia nel momento in cui si stabilisce il piano di intervento.

1.5.1 Descrizione degli strumenti del manuale

Per la valutazione del funzionamento dell’utente nel VADO si utilizza principalmente un’intervista semi strutturata.

La Valutazione di Funzionamento si compone di diverse domande relative a 28 aree, gli ambiti sono: cura di sé; autocura dei vestiti; autogestione della salute fisica; autogestione della salute psichica; alloggio; zona di residenza; cura dell’ambiente personale; lavoro o

attività socialmente utili; quantità di attività quotidiane; velocità di movimento; partecipazione alle attività nelle strutture residenziali e di trattamento diurno; partecipazione alle attività della famiglia; relazioni intime e sessuali; cura dei bambini; tempo trascorso con le persone nelle relazioni sociali; amicizie e relazioni di sostegno; controllo della rabbia; rispetto delle regole di convivenza; sicurezza; interessi; informazioni generali; bisogno di istruzione; gestione del denaro; uso del trasporto; uso del telefono; acquisti e pagamenti; gestione di un'emergenza; reddito, pensione e benefici. Successivamente al colloquio svolto e alle risposte ricevute dal paziente, l'educatore compila il Modulo di Pianificazione. Tale modulo prevede che ad ogni ambito analizzato si dia un punteggio da 0 a 4 (0, assenza di disabilità o problemi; 1, presenza di una difficoltà, ma al momento non è stato attivato nessun intervento; 2, presenza di un problema con progettazione di un intervento; 3, è stato messo in atto un intervento; 4, intervento concluso). Un ambito può anche essere valutato come "non applicabile", se quel determinato dominio non è rilevante. Dal punteggio assegnato durante la compilazione di questo strumento si decide, insieme al paziente, in quali aree intervenire.

Una volta individuati gli ambiti che necessitano un intervento riabilitativo, si passa alla stesura degli obiettivi. Questo manuale fornisce uno strumento, chiamato Modulo Obiettivo Specifico che permette la suddivisione degli obiettivi specifici in base ai compiti e alle abilità di base e verifica quando vengono eseguiti, la modalità (in autonomia, in seguito ad una richiesta), dove (in una struttura protetta o nell'ambiente esterno) e la qualità.

Infine, il VADO presenta la Scala di Performance Personali e Sociali, questa scheda ha lo scopo di valutare il percorso riabilitativo dell'utente (quindi sia al suo ingresso che durante la sua permanenza nella struttura), andando ad analizzare gli ambiti delle attività socialmente utili, le relazioni, la cura di sé e i comportamenti disturbanti e aggressivi. In questa scheda il punteggio di valutazione va da 100 a 1, il primo corrisponde a un funzionamento eccellente e il secondo a una compromissione estremamente grave (Gigantesco et al, 2006, Vol. 57, p. 1779).

1.5.2 La validazione dello strumento

Per valutare l'efficacia del VADO è stato svolto uno studio multicentrico randomizzato e controllato. Per questo studio sono state prese in causa cinquanta strutture di trattamento giornaliero o di riabilitazione residenziale del Nord Italia, e alla fine ne sono state individuate solo nove: una nella zona di Brescia, due a Piacenza, una a Reggio Emilia, una a Rimini, due a Rovigo, una a Torino e una a Udine. Da tutti i nove centri sono stati

selezionati 85 pazienti, di cui 43 hanno preso parte al gruppo sperimentale (gruppo che seguiva il percorso riabilitativo con il VADO) e 42 al gruppo di controllo (che seguiva un trattamento riabilitativo abituale). Nel gruppo sperimentale sono stati stabiliti 144 obiettivi specifici nelle aree di: lavoro e attività socialmente utili, cura dell'ambiente personale, relazioni amichevoli e di sostegno, cura di sé e partecipazione alla vita in strutture residenziali e di trattamento diurno. Di questi ne sono stati raggiunti 108 ovvero il 75%.

Da questo studio è emerso che gli utenti che hanno seguito un percorso riabilitativo mediante l'approccio VADO, presentavano un miglioramento maggiore e costante nel funzionamento personale e sociale rispetto a coloro che facevano parte del gruppo di controllo. Inoltre, un altro fattore che risulta importante nell'efficacia di tale approccio, è la consapevolezza degli utenti nel percorso riabilitativo che stanno affrontando, in quanto, il metodo VADO prevede che la persona con disagio mentale venga coinvolta attivamente nei processi decisionali che vanno a delineare l'intervento (Gigantesco et al, 2006. Vol. 57, p. 1782).

In conclusione, quello che inizia a essere rilevante, attraverso questo approccio, è il fatto che il paziente partecipi e collabori alla creazione del proprio progetto riabilitativo. Questo lavoro permette al paziente di poter essere consapevole delle proprie abilità e punti deboli, traducendoli in scelte consapevoli nel suo percorso.

1.6 Il modello riabilitativo CIGI

Il CIGI (*Combined Individual And Group Intervention* – intervento riabilitativo combinato nei contesti residenziali psichiatrici) è un manuale realizzato per essere utilizzato all'interno delle strutture residenziali psichiatriche, con un'utenza che presenta diversa intensità assistenziale. Questo approccio si pone come fine quello di facilitare il passaggio graduale degli utenti a bassa autonomia funzionale dalle strutture residenziali ad alta intensità, ad una residenzialità più leggera, per poi arrivare all'abitare supportato e infine al ritorno a casa. L'obiettivo del CIGI è quindi, facilitare l'acquisizione di abilità utili per vivere in maniera autonoma, nei vari contesti abitativi. Nonostante il CIGI sia rivolto ai contesti residenziali, si è rilevato un valido strumento anche nei contesti semi-residenziali e nei contesti abitativi a intensità assistenziale bassa o quasi assente (Magliano. 2020, p. 9).

Tale strumento prevede la combinazione di un lavoro con la singola persona e di un lavoro di gruppo. La prima parte, che fa riferimento all'intervento individuale, e deriva dal modello precedentemente menzionato, ossia il VADO. La seconda parte, invece, comprende sedute di gruppo tenute dagli operatori e rivolte agli utenti della residenza,

sedute di gruppo di soli utenti autogestite, e infine, le riunioni di soli operatori come momento di valutazione e autovalutazione del proprio operato. In questo manuale, sono stati rivisitati gli strumenti del VADO, che nello specifico sono:

- l'intervista per la Valutazione del Funzionamento a cui sono state aggiunte nuove sezioni;
- la Scheda per la rilevazione di Segni di Stress e la Scheda delle Aree Riabilitative, rinominata come Scheda delle Componenti Riabilitative;
- il foglio di pianificazione dell'obiettivo, che è stato modificato e rinominato in Foglio di Obiettivo Specifico.

Inoltre, sono state proposte:

- delle schede e delle indicazioni sviluppate secondo i principi e gli strumenti che sono presenti all'interno del manuale di "Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria" di Falloon, che sono finalizzate al miglioramento delle abilità di comunicazione e di risoluzione dei problemi, per realizzare gli interventi di gruppo;
- schede per il monitoraggio dell'intervento riabilitativo combinato e per la rilevazione dei bisogni delle équipes e del gruppo di persone ospiti della struttura residenziale;
- esercizi per la preparazione, anche in forma autogestita, delle équipes multidisciplinari all'uso del CIGI

Il manuale risulta utile allo scopo di: elaborare, da parte dell'équipe un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato, che sia coerente con il Piano di Trattamento Individuale sviluppato dal Centro di Salute Mentale; condurre degli interventi di gruppo; formare l'équipe alla conduzione di interventi riabilitativi che tengano conto sia dell'individualità dell'ospite che del contesto (Magliano, 2020, pp. 8-9).

Come già anticipato l'approccio CIGI prevede una parte individuale e una parte di gruppo che si svolgono in contemporanea. La parte individuale si sviluppa attraverso incontri settimanali di mezz'ora che avvengono tra l'ospite e il suo operatore di riferimento.

La fase iniziale, per quanto riguarda l'intervento individualizzato, è incentrata sul conoscere il livello di autonomia funzionale, le risorse e i desideri della persona con disturbo mentale. Questa valutazione avviene sia prima dell'inserimento sia nel primo mese in cui il paziente entra nella struttura. Gli strumenti che si utilizzano per conoscere il paziente sono l'Intervista di Valutazione del Funzionamento e, in caso di necessità, anche

il Questionario sulla Rete Sociale – versione Residenza, ed è previsto si utilizzino anche degli strumenti creati ad hoc (Magliano. 2020, p. 18).

L'intervista di Valutazione del Funzionamento è composta da 31 items volti a conoscere, all'interno delle quattro macro-aree, il funzionamento della persona. Le macro-aree sono:

1. cura di sé e dell'ambiente di vita: quest'area include fattori come la cura della propria igiene, del proprio aspetto, della propria salute, sia fisica che mentale, e inoltre la cura dell'ambiente di vita inteso come saper cucinare, fare le pulizie, mantenere l'ordine;
2. rapporti familiari e sociali: questa componente potrebbe essere approfondita con il questionario sulla rete sociale. In quest'area si valutano la quantità e la qualità relazioni affettive, familiari e amicali e si cerca di comprendere come il paziente percepisce il sostegno pratico e psicologico che riceve da parte delle persone per lui importanti;
3. lavoro, studio e attività socialmente utili: comprende elementi che riguardano la motivazione sia a praticare un lavoro che a conseguire un titolo di studio e valuta le capacità dell'utente in un ambiente produttivo;
4. autocontrollo sui componenti disturbanti e aggressivi: quest'area analizza come la persona si comporta con gli altri; quindi, se è rispettosa o meno nei rapporti interpersonali.

In base a quanto emerge durante l'intervista si attribuisce un punteggio globale di autonomia funzionale sulla Scala del Funzionamento Personale e Sociale, scala che va aggiornata ogni sei mesi e al momento della dimissione dell'utente. Invece all'interno della Scala delle Componenti Riabilitative viene inserito quanto risulta dalla Valutazione Funzionale.

I risultati emersi da questi incontri relativi al livello di autonomia funzionale, vengono poi riportati sul Grafico di Andamento del Funzionamento e sulla Scheda di Valutazione del Funzionamento. Per monitorare il percorso gli incontri vengono registrati sul Foglio degli Incontri. È importante quindi evidenziare che questi primi incontri sono utili sia per conoscere le capacità e le esigenze dell'ospite, sia per iniziare o consolidare la relazione educativa tra operatore e utente (Magliano. 2020, p. 18).

La valutazione deve essere fatta indipendentemente dal fatto che si conosca il paziente da diverso tempo o meno, in quanto, l'intervista della Valutazione del Funzionamento può aiutare a conoscere abilità o risorse che prima non erano evidenti. Fondamentale è il dialogo

con il paziente e lo spiegare sempre che cosa si stia per fare prima di farlo, i motivi per cui si fa quella proposta e quali sono gli scopi. Le parole del paziente devono essere la fonte primaria di conoscenza, solo in seguito si potrà integrare con quanto è scritto sulle varie cartelle e/o dei documenti, e poi si possono inserire delle informazioni provenienti dagli operatori e dai familiari o ancora dall'osservazione dell'ospite all'interno del contesto residenziale.

In questo manuale si consiglia di lavorare in coppia, perché questo permette ad un operatore di concentrarsi sulle domande e all'altro di scrivere quello che il paziente dice; se questo non è possibile viene suggerito di registrare la conversazione sempre con lo scopo di perdere meno possibile le parole del paziente.

Solitamente l'intervista dovrebbe esaurirsi in un incontro di mezz'ora, ma non sempre questo è possibile; può essere efficace quindi suddividere la fase di valutazione in più incontri (soprattutto per le persone con maggiori difficoltà) ed essere flessibili sulla durata, che può quindi impiegare del tempo in più o in meno rispetto a quanto consigliato.

Il periodo di riferimento per l'intervista, è quello del mese appena trascorso; può essere opportuno eseguire un confronto tra la situazione del mese preso come riferimento e un periodo precedente, al fine di capire se le difficoltà emerse sono temporanee, corrispondono ad altre circostanze o se sono di lunga durata (Magliano, 2020, pp. 23-24).

Conclusa la fase iniziale, gli incontri sono pensati per individuare insieme all'ospite un programma riabilitativo articolato in tre obiettivi:

1. obiettivo globale: quello che il paziente desidera raggiungere in un arco di tempo a lungo termine, può durare uno o due anni, o può concludersi successivamente alla sua dimissione dalla struttura. Importante in questa fase è scegliere insieme un obiettivo adeguato alle sue capacità e alle sue risorse;
2. obiettivi generali: si riferiscono alle diverse macro-aree del funzionamento;
3. obiettivi specifici: si riferiscono a tutte le macro-aree. Si differenziano dall'obiettivo globale in quanto sono ben definiti e realizzabili in un arco di tempo definito (solitamente in tre mesi). Una volta raggiunti portano a migliorare il funzionamento personale e sociale del paziente e lo aiutano ad avvicinarsi all'obiettivo globale. Per ogni obiettivo specifico, viene scritto sul Foglio degli Obiettivi Specifici, un piano elaborato che verrà poi controllato nel tempo (Magliano, 2020, pp. 18-19).

Nel momento in cui si scelgono gli obiettivi specifici, si decidono, sempre insieme all'utente, quali saranno le attività che verranno svolte, le modalità e le tempistiche. Generalmente non si lavora su più di due obiettivi per volta. L'ospite, una volta raggiunto

uno degli obiettivi presenti nel programma riabilitativo, dovrà stabilire un nuovo obiettivo da conseguire. È importante, nel momento in cui si decidono quali saranno gli obiettivi specifici da raggiungere, aiutare il paziente a scegliere obiettivi che non siano troppo difficili da conseguire e – inizialmente – che siano rivolti alle macro-aree dove non presenta gravi difficoltà. Gli incontri settimanali saranno mirati a verificare i progressi ed eventualmente ad affrontare i problemi che l'ospite incontra nella realizzazione dei suoi obiettivi.

L'intervento di gruppo, si articola in alcune sedute settimanali con gli ospiti gestite dagli operatori, in sedute autogestite dagli ospiti. I lavori di gruppo vengono svolti contemporaneamente, una volta alla settimana e durano circa un'ora.

Il gruppo condotto dagli operatori prevede:

- sedute di consapevolezza e informazione che mirano a riconoscere i segni di stress di ciascuno;
- sedute rivolte alle abilità di comunicazione;
- sedute per sviluppare le abilità di *problem solving* (Magliano, 2020, p32-33).

La parte autogestita dagli utenti, invece, è rivolta ad intensificare gli esercizi presentati nel gruppo gestito dagli operatori e a valorizzare le capacità degli ospiti nelle abilità di compiere scelte e decisioni. Queste decisioni vengono poi riferite alle sedute di gruppo tenute dagli operatori.

Le riunioni autogestite risultano essere un elemento importante, in grado di favorire il passaggio ad un servizio residenziale a ridotta intensità, condurre poi a un abitare supportato ed eventualmente a un ritorno nella propria famiglia.

Una volta che queste riunioni saranno diventate di *routine*, gli operatori potranno dedicarsi al lavoro individuale e, in aggiunta, durante i gruppi operatori-utenti, potranno verificare l'andamento del programma e gli eventuali miglioramenti degli ospiti (Magliano, 2020, p. 41).

Il lavoro di gruppo per l'équipe prevede una riunione settimanale dedicata alla visione del materiale CIGI e un confronto del lavoro che si sta svolgendo con i vari pazienti.

Durante la riunione ci si focalizza sul lavoro individuale e di gruppo messo in atto con gli utenti della struttura; inoltre, si definiscono gli aspetti da migliorare della struttura, della sua organizzazione e dei progetti riabilitativi in atto.

1.6.1 La validazione dello strumento

L'efficacia di questo modello riabilitativo è stata dimostrata tramite uno studio controllato, svolto all'interno di tredici strutture a diverso grado di assistenza, tutte afferenti al Distretto di Salute Mentale di Modena. Di queste tredici strutture otto hanno sperimentato il metodo CIGI per due anni, le restanti cinque hanno utilizzato un intervento riabilitativo standard; in totale, gli ospiti coinvolti nello studio erano 114. In seguito ad una prima valutazione, svolta con la scala del Funzionamento Personale e Sociale del VADO, è emerso che negli utenti coinvolti vi erano gravi difficoltà in una o più delle aree principali del funzionamento e marcate difficoltà perlomeno in un'altra area del funzionamento. Per ogni ospite sono stati fissati otto obiettivi individuali, di cui quattro sono stati raggiunti. Dei 55 ospiti residenti all'interno delle otto strutture CIGI, 29 hanno preso parte in modo attivo, ai moduli formativi. Contemporaneamente al lavoro che veniva fatto individualmente con l'ospite, gli operatori CIGI hanno organizzato all'incirca 78 sedute di gruppo, che presentavano una media di 5 ospiti partecipanti a seduta. Generalmente l'ordine del giorno riguardava le questioni di vita quotidiana (51% dei casi) e la comunicazione tra gli ospiti (24% dei casi). Gli ospiti, come gli operatori, hanno gestito autonomamente in media 78 sedute; anche in questo caso la partecipazione era di 5 utenti per seduta, però il contenuto degli incontri riguardava l'organizzazione delle attività quotidiane e la gestione degli spazi comuni.

A distanza di due anni, attraverso la valutazione avvenuta con la scala del Funzionamento Personale e Sociale del VADO, nei 55 utenti CIGI è emerso un significativo miglioramento nell'autonomia funzionale, al punto che il 31% di essi è passato ad una condizione abitativa a minore intensità assistenziale, a differenza dei 41 utenti che seguivano gli interventi riabilitativi standard. (Magliano, 2020, pp. 11-12).

In conclusione, da questo modello, che si è sviluppato da poco, emerge l'importanza del coinvolgimento dell'utente in tutte le scelte che riguardano il suo percorso di riabilitazione. Per di più tale approccio si pone l'obiettivo di rendere l'utente autonomo in una parte del suo percorso, andando a lavorare anche nei confronti dello scetticismo degli operatori rispetto alle capacità dei pazienti di lavorare in autonomia.

1.7 Il modello riabilitativo della Recovery

In psichiatria il concetto di *recovery* ha avuto inizio con il processo di deistituzionalizzazione e l'avvio dell'apertura di residenze psichiatriche basato sul modello della comunità di Basaglia. A dare un forte sostegno e impulso alla diffusione di questo

modo di intendere “la guarigione” è stato il movimento degli ex-ricoverati (Whitley, Drake, 2010, Vol. 61, p. 1248).

Il processo di *recovery* prevede di soddisfare i bisogni del paziente valutando le risorse a disposizione e predisponendo un piano riabilitativo-educativo adatto alla persona, avendo come riferimento il modello teorico multidimensionale, progettato da un'équipe formata da vari professionisti (multiprofessionale) (Ascano-Vaccaro, 2020, p. 23).

La *recovery*, si serve di contesti socioprofessionali che hanno lo scopo di sviluppare relazioni significative tali da creare una rete di sostegno sociale in grado di:

- trasmettere *empowerment* personale;
- predisporre ad una crescita culturale e civile, lavorando al sostegno delle relazioni affettive e all'inserimento lavorativo.

La *recovery* è un processo di guarigione che si basa sulla possibilità di superare il trauma della malattia, le conseguenze dei maltrattamenti e dei trattamenti, la perdita delle capacità e delle opportunità di accesso alle varie attività, cercando di riuscire ad avere un proprio controllo sul nuovo modo di vivere, senza necessariamente tornare alla vita precedente la malattia, ed è rivolta a coloro che presentano una patologia mentale grave (Bruschetta et al, 2016, Vol. 13).

A questo concetto sono collegate molte definizioni che afferiscono ai diversi risultati e agli sviluppi della teoria. Gli ex-utenti ed alcuni studiosi della riabilitazione psichiatrica collegano la *recovery* a fattori difficili da valutare, come l'empowerment, l'autonomia, l'autostima e il superamento dell'isolamento. Diversamente gli ex-ricoverati in istituti psichiatrici, si concentrano sul recupero avvenuto mediante la partecipazione ad attività che sono valorizzate socialmente, come il lavoro e l'educazione (Jacobson e Greenley, 2001). Al contrario i clinici associano questo modello al modello medico; per loro quindi il recupero equivale al superamento dei sintomi e alla riacquisizione dei livelli di funzionamento di base (Davidson e Roe, 2007). Infine, alcuni ricercatori attribuiscono il recupero (sempre nei soggetti che presentano malattia mentale) ad elementi relativi allo stile di vita, come l'interruzione del vizio del fumo e/o dell'uso di sostanze stupefacenti, la dieta, l'attività fisica e la perdita di peso (Whitley, Drake. 2010, Vol. 61, p. 1248).

In questo approccio si evidenziano cinque dimensioni principali sulla quale è possibile intervenire con il sostegno degli strumenti, delle tecniche o delle metodologie già presenti,

e che non si sostituiscono a essi, bensì sono volte ad aumentarne l'efficacia⁵. Queste cinque dimensioni sono: clinica, esistenziale, funzionale, sociale e fisica. La *recovery* clinica è legata al modello medico ed è connessa al controllo e alla diminuzione di sintomi che inficiano sulla qualità di vita dell'utente. Questo tipo di recupero è legato alla somministrazione di farmaci. La seconda dimensione di recupero è quella esistenziale, la quale fa riferimento ai fattori psicosociali (l'empowerment, la speranza, la responsabilità, l'autodeterminazione ecc), che, se acquisiti, sostengono la persona nel riprendere padronanza della propria vita. La *recovery* funzionale, invece, presenta una dimensione legata ad aspetti di vita quotidiana e nella società, cui fanno riferimento la conquista di maturazione morale, di autostima e di integrazione sociale. La penultima dimensione di *recovery* è quella fisica: molti utenti presentano comorbidità con altre patologie quali l'obesità, il diabete, le malattie cardiovascolari, i disturbi respiratori ed epatici, per cui sotto questo aspetto si vuole giungere a un miglioramento della salute fisiologica. Il recupero fisico del paziente, di conseguenza richiede la collaborazione tra diversi professionisti. L'ultima dimensione è quella della *recovery* sociale, fondata sulle relazioni interpersonali e comunitarie. Le persone con malattia mentale di frequente si trovano a vivere delle fratture relazionali con familiari o amici e ad essere emarginati da parte della comunità alla quale appartengono. In questa dimensione il compito dei professionisti è quello di fornire e/o migliorare le abilità sociali e ricostruire o migliorare le relazioni con i familiari.

Queste cinque dimensioni di *recovery*, oltre a poter essere integrate con le altre tecniche di riabilitazione, possono interagire sinergicamente l'una con l'altra, ma è in ogni caso importante affrontare la o le dimensioni che presentano priorità di intervento per l'utente, sia che siano scelte da loro stessi sia che siano scelte insieme ai professionisti che li stanno seguendo (Whitley, Drake, 2010, Vol. 61, p. 1250).

- Questo modello critica uno dei tradizionali sistemi di ricerca della medicina: *evidence-based*, basata sul concetto che gli interventi medici devono essere il frutto di strumenti e metodi, misurabili e razionali. Tale critica verte principalmente sul fatto che questo metodo, applicato alla malattia mentale, esclude il vissuto della persona, le sue preoccupazioni e i suoi interessi. I pazienti stessi, infatti, hanno

⁵ È importante specificare che queste dimensioni di *recovery* vanno scelte in base al paziente con cui si lavora e alle sue necessità di cura, e che i caregiver, la comunità e i professionisti sono parte fondamentale di tale processo

richiesto di includere nella ricerca *evidence-based* temi che provengono dalla ricerca psico-sociale, come i valori e le credenze individuali e collettive, e il potere.

- A partire da questa critica si è affermata una nuova ricerca empirica, definita *user-led* – ovvero guidata dagli utenti; si tratta di una ricerca progettata e ideata da persone che presentano disagio mentale, dimesse dai servizi grazie all’esperienza della *recovery* (Faulkner A, 2000, Vol. 2) – volta a conoscere, quali sono le problematiche degli utenti con patologia mentale grave. In particolare, è stata sviluppata una nuova metodologia di ricerca (Strauss, 2010), che si prefigge di andare oltre alla tipica classificazione dei sintomi delle malattie mentali, e si concentra su come la persona vive la malattia; cerca di comprendere ciò che il paziente prova durante la perdita del senso di sé, di potere, del ruolo sociale e come viene vissuta la speranza di guarigione.
- I sistemi di cura *recovery-oriented* sono caratterizzati da: una relazione tra operatori e utenti più alla pari, stimolante, partecipativa e basata *sull’empowerment*; per esempio, si condividono con il paziente le decisioni che vengono prese a livello farmacologico. Alcuni studiosi sostengono inoltre che, per ridurre i ricoveri e migliorare gli esiti nell’occupazione e nell’autonomia abitativa, bisognerebbe introdurre nelle strutture individui che i pazienti possano considerare loro pari; per esempio, ex-utenti, e familiari esperti, al fine di fornire un sostegno e/o assistenza nell’indirizzare verso dei servizi adeguati alla richiesta; le persone ricoverate gestiscono in modo autonomo il denaro; si praticano tecniche espressive, ludiche e artistiche (arteterapia, produzione narrativa, teatroterapia ecc), in quanto queste stimolano un’attitudine positiva verso il disagio mentale e stimolano l’inclusione sociale; gli utenti hanno dei ruoli di responsabilità sulla gestione, la programmazione e il monitoraggio autonomo dei servizi primari.

La *recovery* richiede un grande sforzo di modifica dell’organizzazione e della struttura dei servizi. Nonostante queste difficoltà, nella riabilitazione psichiatrica contemporanea risulta essere una modalità di lavoro molto sostenuta sia dagli operatori sanitari sia dai pazienti che sono stati sostenuti e accompagnati con questo strumento (Bruschetta et al, 2016, Vol, 13). Possiamo sostenere che la *recovery* rappresenta il futuro e l’evoluzione della riabilitazione psichiatrica, un futuro nel quale la persona malata è protagonista del proprio processo di guarigione.

1.8 L'educatore professionale nella riabilitazione psichiatrica

L'educatore professionale (EP) è un operatore educativo-riabilitativo; tale professione nasce nel dopoguerra e rientra tra le professioni rivolte al supporto, alla cura e alla rieducazione nei confronti di persone di ogni genere, età e gruppo di appartenenza, mediante l'ideazione, la realizzazione e il monitoraggio di progetti educativi, volti a sostenere lo sviluppo completo delle capacità individuali, l'inserimento e la partecipazione sociale. Tale mansione è caratterizzata da costanza e intenzionalità nella pianificazione di obiettivi che riguardano le relazioni interpersonali, l'interazione nel gruppo, il sistema familiare, gli ambienti che la persona frequenta e al sistema di servizi presenti in ambito educativo e riabilitativo (Scarpa, 2018, p. 9). La professione dell'EP si afferma a partire dagli anni Sessanta-Settanta, in un periodo storico nel quale l'attenzione dei cittadini era sempre più rivolta alle persone che si trovavano in una condizione di difficoltà (Balestri et al, 2014, p. 1017) ed era ormai assodato che esse non potessero essere isolate negli istituti totali (Scarpa, 2018, p. 9). La mentalità affermatasi in questi anni ha permesso all'educatore professionale di agire in piena autonomia e di pensare a progetti innovativi che si fanno carico bisogni legati alla salute della popolazione.

Negli anni '80, dopo la nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'unione tra servizi sanitari con quelli territoriali, si delinea sempre di più il ruolo dell'EP. La progettualità di questo professionista si amplia nell'ambito del recupero delle abilità (cognitive, relazionali, processuali, ecc) e autonomie personali, rispetto ad attività di vita quotidiana e all'uso di strumenti o mezzi per svolgere le attività di tutti i giorni, e i progetti di prevenzione. In questo periodo, e più precisamente nel 1984, questa figura professionale viene riconosciuta dal Ministero della sanità, mediante il decreto ministeriale del 10 febbraio. Nel 1999 si elabora una nuova definizione delle attività e delle responsabilità delle professioni sanitarie, e all'EP viene riconosciuta l'autonomia tecnico-professionale: ciò significa che da questo momento tale figura è ritenuta in grado di scegliere, in che modo e attraverso quali strumenti esercitare la propria professione (Scarpa, 2018, pp. 10-12). Questo iter legislativo porta l'educatore a poter firmare i progetti educativi di cui è garante e successivamente a fare una verifica degli esiti raggiunti. Un altro elemento importante che serve all'educatore per svolgere il suo lavoro è l'utilizzo di specifici strumenti di scrittura professionali, come le griglie di osservazione, le schede di valutazione funzionale e il modulo di pianificazione. Nel 2018 con l'istituzione dell'albo degli educatori professionali in seno all'ordine di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione (Scarpa, 2018, pp. 13-14) l'educatore rientra in tutti gli effetti tra le figure

sanitarie della riabilitazione. Nell'esercitare questa professione, è importante che la persona, oltre a possedere la laurea ed essere iscritto all'albo, aggiorni continuamente alle proprie competenze e conoscenze professionali.

Il compito dell'EP, come già anticipato, è quello di ideare, sviluppare, attuare e verificare progetti educativi e riabilitativi, collaborando con le diverse figure professionali, nelle aree che riguardano la disabilità sia psichica che fisica, le dipendenze, i minori con disabilità fisica o mentale, gli anziani con disabilità fisica o mentale, l'educazione della popolazione adulta, la prevenzione del disagio giovanile, e la marginalità (Balestri et al, 2014, p. 1019). L'educatore può svolgere il suo ruolo presso enti privati o nel settore pubblico, può collaborare con le scuole o ancora lavorare a domicilio. L'EP può inoltre occuparsi della formazione dei colleghi o di altri educatori, così come del coordinamento dei tirocinanti che vengono accolti nelle strutture (Scarpa, 2018, p. 15).

Per divenire un educatore professionale non è sufficiente la sola preparazione teorica, bensì è necessaria l'acquisizione di importanti competenze professionali, di abilità e di attitudini indispensabili per poter affrontare diversi contesti e situazioni. In merito alle competenze che un educatore deve possedere, una delle più importanti è quella relazionale, chiamata anche "relazione educativa", perché permette all'EP di instaurare un rapporto proficuo con l'utente e di seguirlo al meglio nel suo percorso riabilitativo. Oltre alla competenza appena citata le altre competenze che un educatore è invitato a possedere sono:

- la competenza valutativa, permette all'educatore di avere un quadro generale della situazione su cui intervenire e di individuare i bisogni del soggetto, in seguito, durante l'attuazione del progetto, questa abilità consente di valutarne l'efficacia ed eventualmente di modificarlo;
- la competenza riflessiva, si concentra sulla capacità di analizzare il proprio lavoro e quello di équipe;
- la competenza organizzativa, è relativa alla pianificazione del progetto riabilitativo del paziente (M. Balestri et al, 2014, pp. 1019-1020).

L'educatore lavora nei centri sviluppati e coordinati dai CSM, in queste strutture crea e gestisce i vari progetti educativo-riabilitativi. I servizi psichiatrici dove l'EP lavora a diretto contatto con gli utenti sono: strutture residenziali come Comunità Terapeutiche Riabilitative Protettive (CTRP), Comunità Alloggio (CA) e Gruppi Appartamento Protetti (GAP) oppure in strutture semiresidenziali come i Centri Diurni (CD) (Scarpa, 2018, p. 25).

In questi ambienti l'EP si occupa della riabilitazione del paziente, con interventi a livello pratico, i quali hanno inizio quando l'educatore si relaziona per la prima volta con l'utente e si esauriscono nel momento in cui la persona colpita dal disagio viene dimessa. Gli interventi messi in atto mirano a ottenere il reinserimento sociale e il miglioramento della qualità di vita del paziente. Per sviluppare e conseguire un progetto riabilitativo l'educatore deve seguire delle fasi che sostengono il lavoro con il paziente, queste sono: l'accoglienza; la valutazione ed infine il *follow-up* (Balestri et al, 2014, p. 1020).

Nel momento in cui a una persona con disagio psichiatrico viene prospettato l'inserimento in una struttura, l'educatore si deve occupare della sua accoglienza. Quindi il professionista dovrà preparare l'ambiente in cui verrà inserito e dove si inizierà a conoscere l'ospite (Scarpa, 2018, p. 27), quest'ultimo momento prevede delle tempistiche e un *setting* ben definiti. L'accoglienza è il passaggio che introduce alla valutazione, in quanto permette di raccogliere i primi elementi necessari alla progettazione, grazie all'acquisizione dell'anamnesi della sua storia clinica e di quella dei familiari.

La seconda fase, ovvero la valutazione, consiste nella raccolta e nell'organizzazione delle informazioni relative al paziente, le quali possono provenire da lui stesso e/o dai familiari, attraverso l'utilizzo di strumenti specifici. La raccolta dei dati utili alla valutazione avviene considerando la persona nella sua globalità: cioè valutando la sua storia di vita, le sue difficoltà ma anche abilità, gli aspetti sociali ma anche sanitari (Balestri et al. 2014, p.1020). Questo passaggio risulta importante, in quanto, aiuta l'EP a costruire un progetto riabilitativo individualizzato. Gli strumenti utilizzati per svolgere la valutazione sono: l'osservazione partecipata, colloqui con l'utente e i familiari, l'utilizzo di test, questionari, interviste semi-strutturate e scale di valutazione (queste ultime tipologie di strumenti sono presenti in alcuni manuali come ad esempio il VADO). Concluso il momento di valutazione, l'educatore unisce tutte le informazioni ottenute e inizia a sviluppare, insieme all'utente, il progetto riabilitativo educativo individualizzato, all'interno del quale si vanno a delineare:

- gli obiettivi, che possono essere a lungo termine o a breve termine e devono sempre essere commisurati alle reali capacità della persona;
- le attività, le metodologie e le strategie, che potranno essere più o meno strutturate, individuali o di gruppo, con la possibilità di coinvolgere le persone vicino all'utente (famiglia, amici, colleghi...);
- le risorse necessarie per il progetto;

- la frequenza delle attività e i tempi necessari al loro svolgimento;
- i tempi, gli indicatori di verifica del progetto e le modalità.

Nella formulazione dei progetti, l'équipe può pensare ad attività che vanno oltre le competenze di base previste per l'educatore, alle quali egli può supplire con la formazione personale o con la cooperazione con altri professionisti. Quando si crea un progetto e si pensa alle sue attività è importante essere a conoscenza dei servizi e degli interventi già presenti sul territorio (Balestri et al, 2014, p. 1021). Nei progetti riabilitativi, alcune delle strategie, per giungere all'obiettivo finale, sono le seguenti:

- *task analysis*: cioè la suddivisione di un'azione in più passaggi;
- rinforzo: è una tecnica cognitivo-comportamentale che prevede di eliminare o consolidare un comportamento;
- *shaping*: consiste nell'acquisizione di un comportamento in modo graduale, andando a suddividere in più parti. Per far sì che il comportamento venga appreso si utilizza il rinforzo; una volta raggiunto lo scopo si passa al successivo togliendo i rinforzi a quelli già assimilati;
- *prompting*: è un suggerimento verbale, gestuale o fisico che ha il fine di eseguire un'azione o mettere in atto un comportamento;
- *chaining*: viene utilizzato per facilitare l'acquisizione di azioni complesse, le quali sono in più sequenze, esso può avvenire in modo retrogrado, quindi partendo dalla fine, oppure anterograde, cioè partendo dall'inizio;
- *modeling*: l'individuo impara una nuova azione o comportamento attraverso l'imitazione e l'osservazione.

Un elemento importante durante l'attuazione di un progetto è la flessibilità nelle tempistiche, nelle attività, nelle strategie e negli obiettivi, in quanto, durante lo svolgimento del lavoro ideato, possono emergere fattori (come, ad esempio che un'attività non è quella più funzionale per la persona con cui lavoriamo, gli obiettivi sono difficili o c'è bisogno di più tempo) che richiedono di modificare quanto era stato pensato, al fine di rendere il progetto adatto all'utente interessato.

Infine, al termine del percorso riabilitativo si svolge la fase del *follow-up*, che consiste nella valutazione finale di tutto il lavoro svolto. Durante questa fase l'équipe formula delle considerazioni conclusive per poter analizzare quanto è stato fatto, capire ciò che ha funzionato, cosa è ripetibile in altre occasioni e cosa invece va migliorato. Questa fase

prevede una verifica continuativa nel tempo, anche dopo che la persona con disagio mentale viene dimessa. Ciò avviene chiamando la persona a distanza di qualche settimana dalle dimissioni, richiamandola due settimane dopo l'ultima chiamata, poi dopo un mese e così via, diradando le comunicazioni fino a quando si ritiene più necessario contattare l'utente, in quanto lo si giudica in grado di vivere in completa autonomia o di stare lontano dal rischio di ricadute (Balestri et al, 2014, p. 1022).

È importante che tutti i passaggi già menzionati, previsti da un progetto riabilitativo, si svolgano nella costante interazione di tutte le figure professionali che compongono l'équipe, in quanto per questi soggetti è necessaria una presa in carico multiprofessionale (Scarpa, 2018, p. 27).

1.9 La relazione educativa

La relazione educativa -frequente, costante non sporadica – è il mezzo attraverso il quale l'educatore realizza la pratica educativa. La relazione con il soggetto verso il quale è rivolta l'attenzione educativa porta alla produzione di azioni, eventi e nuove modalità di relazione significative tali da promuovere l'autonomia e la rielaborazione delle risorse presenti o latenti, al punto talvolta da contribuire a modificazioni, trasformazioni e cambiamenti rispetto al modo di essere, fare, pensare, relazionarsi.

Essa richiede tempo, non si stabilisce fin da subito, ma necessita di essere costruita, attraverso elementi quali il dialogo, l'ascolto dell'altra persona, la fiducia, il rispetto, l'accettazione dell'altro *in primis* esattamente per quello che è e com'è. La relazione educativa permette alla persona con disagio psichico, che proviene da un vissuto caratterizzato da solitudine, fallimenti e chiusura, di esprimere ciò che prova, pensa e desidera ma anche di fidarsi di chi si prende cura di lei.

La competenza relazionale, secondo Rogers (1957), si basa su tre comportamenti chiave: l'autenticità o congruenza, la considerazione positiva e incondizionata e la comprensione empatica. Questi comportamenti devono poi essere accompagnati da competenze cognitive, metacognitive ed emozionali, al fine di rendere la relazione d'aiuto una vera e propria relazione educativa, che consenta all'educatore di mettersi nei panni dell'altro e di capire quale possa essere l'aiuto di cui la persona ha bisogno. In questo tipo di relazione non deve poi mancare l'intenzionalità, che rende l'azione educativa un fenomeno organizzato, con una direzione e un fine ben precisi.

La relazione educativa può essere suddivisa in fasi:

- una la fase iniziale: è quella dedicata all'accoglienza durante la quale il rapporto che si inizia a creare tra l'utente e l'operatore sarà di apertura, ascolto e accettazione (esente da giudizi);
- una fase dello sviluppo, in cui l'educatore si focalizza su alcuni elementi chiave per mantenere stabile la relazione;
- una fase di azione: grazie al legame relazionale che si è creato e alle informazioni raccolte, si iniziano a delineare insieme gli obiettivi per il progetto educativo e si valutano anche le risorse disponibili;
- una fase di risoluzione, nella quale si inizia a lasciare maggiore autonomia all'utente e gli consente di agire da solo, mentre l'educatore monitora e valuta gli esiti delle sue azioni e dei suoi comportamenti, ed è pronto ad avviare un nuovo percorso educativo in caso di ricaduta (Bobbo, Moretto, 2020, pp. 108-109).

1.10 Core competence

La chiara consapevolezza delle proprie competenze da parte dei professionisti è fondamentale per far sì che i destinatari del servizio possano rivolgere loro richieste di aiuto e di sostegno, ma soprattutto perché essi non rischino di travalicare il proprio ruolo e sovrapporsi al lavoro di altre figure.

Il termine “competenza” nella lingua italiana si ritrova anche nell'aggettivo “competente”, che è utilizzato per indicare una persona che abilita nell'esercizio di una professione e ne è responsabile. Con “competenza” invece si intende la capacità di unire le proprie conoscenze, le abilità e le proprie capacità personali, sociali e/o metodologiche, nello svolgimento del proprio lavoro; si parla anche di “capacità di saper essere”, con cui si fa riferimento all'attitudine dell'individuo ad utilizzare al meglio il sapere (la teoria acquisita) e il saper fare (le capacità pratiche) (Crisafulli 2018, p. 222).

Quando si parla invece del *core competence* dell'educatore professionale, è di fondamentale importanza la pubblicazione (*International Association of Social Educators*) del 2005 di un testo rivolto proprio a questa figura e incentrato sulle competenze, dal titolo “Piattaforma comune per gli educatori sociali in Europa”, ripubblicato l'anno successivo anche nei paesi extraeuropei con il nuovo titolo “Le competenze professionali degli educatori sociali – una piattaforma concettuale”. Il termine “competenza” in questi lavori fa riferimento alle risorse di cui l'educatore può usufruire per affrontare i compiti, le situazioni e/o gli ambienti critici, inoltre, include le conoscenze, le abilità sociali e non, le qualità intellettuali e manuali, le attitudini e la motivazione del professionista. All'interno

di questi documenti si ritrova anche la legittimazione delle qualifiche professionali, dettate dalla Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio (7 settembre 2005), ossia si parla di *“un insieme di criteri di qualifiche professionali che dimostrino un livello di competenza per l’esercizio di una determinata professione ed in conformità alle quali le associazioni nazionali rappresentative accrediteranno le qualifiche acquisite negli stati membri”*. Tale documento si prefigge di semplificare la procedura di libera diffusione dei professionisti previsto dalla UE e di promuovere, nel mondo, la condivisione dei fondamenti concettuali degli educatori (Crisafulli, 2018, pp. 224-225).

Per definire al meglio il *core competence* di tale professione, prima di tutto, sono state individuate le situazioni problematiche presenti nei territori, poi sono stati stabiliti i compiti e gli obiettivi educativi. I problemi individuati sono stati suddivisi in sei aree: i minori, gli adulti, gli anziani, il disagio psichico, le dipendenze e la disabilità. Successivamente, con una definizione precisa del ruolo dell’EP, sono state organizzate le funzioni (corrispondenti agli obiettivi generali) e le attività (corrispondenti agli obiettivi intermedi), delle prime ne sono state selezionate sei:

- la pianificazione di interventi educativi destinato alla comunità o a gruppi;
- la pianificazione di interventi educativi rivolti alla persona;
- educazione e riabilitazione;
- organizzazione, coordinazione e gestione delle strutture e delle risorse;
- formazione (personale e dell’équipe)
- ricerca.

In seguito, per ogni funzione sono state individuate delle attività e delle sub-attività (obiettivi specifici) (Crisafulli, 2018, p. 228).

In conclusione, possiamo dire che per competenze si intende la messa in atto di risorse e di tecniche, personali, intellettive, gestionali e relazionali, al fine di trovare una soluzione a un problema di un individuo o della popolazione, osservando a un quadro di valori deontologicamente impegnato e coerente con il contesto nel quale è presente la problematica. Inoltre, la consapevolezza e la conoscenza delle proprie competenze permettono di svolgere al meglio il proprio lavoro, evitando di invadere ambiti di competenza delle altre professioni e di conseguenza prevede maggiore rispetto dei ruoli e compiti tra i professionisti.

CAPITOLO 2 DISEGNO DI RICERCA

2 Metodologia della ricerca

Per lo svolgimento di questo studio, in primo luogo, abbiamo tratteggiato il confine geografico di azione che ha coinciso con le aziende che erogano il servizio sanitario nelle province di Padova – nel nostro caso l’Alta Padovana – e Treviso.

Sono stati selezionati alcuni servizi dell’area psichiatrica all’aulss 6 Euganea e all’aulss 2 Marca Trevigiana.

Le strutture coinvolte nella ricerca sono state: le CTRP (Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta), i CDR (Centro Diurno Riabilitativo), i GAP (Gruppi Appartamento Protetti) e le CA (Comunità Alloggio).

Un primo incontro di presentazione del progetto ha preceduto la compilazione del questionario. Lo scopo di questo primo incontro è stato quello di presentare la finalità della ricerca alla/al coordinatore delle strutture (e in alcuni casi alle educatrici/educatori senza la mediazione del responsabile di struttura), capire se fossero interessati a partecipare e concordare un giorno nel quale gli educatori avrebbero potuto compilare il questionario costruito ad hoc per questa ricerca.

Una volta stabilita la data dell’incontro per la compilazione del questionario e ad ogni coordinatore o educatore di riferimento della struttura è stato presentato il disegno di ricerca. Prima di iniziare la compilazione è stato consegnato il modulo per il consenso informato, che è stato debitamente firmato e restituito. Nelle somministrazioni online la richiesta di consenso a risposta obbligatoria era presente nella sezione che precedeva i quesiti.

Le strutture che abbiamo preso in considerazione e che hanno partecipato sono:

- CTRP “Itaca”, Rubano (PD), questionario somministrato in presenza;
- CTRP “Dina Muraro”, Montemerlo (PD), questionario somministrato sia in presenza sia online;
- CTRP e GAP “La Meridiana”, Padova, questionario somministrato in presenza;
- CD “La Traccia”, Padova, questionario somministrato in presenza;
- CTRP “La Lanterna”, Abano Terme (PD), questionario somministrato in presenza;
- CTRP “Granze”, Padova, questionario somministrato in presenza;
- CA “Rio”, Padova, questionario somministrato in presenza;
- CTRP “Altogrado”, Galliera Veneta (PD), questionario somministrato in presenza;

- CTRP “Il Gelso”, Castelfranco Veneto (TV), questionario somministrato in presenza;
- GAP che fa riferimento alla CTRP “Il Gelso”, Castelfranco Veneto (TV), questionario somministrato in presenza;
- CA “Talea”, Castelfranco Veneto (TV), questionario somministrato in presenza;
- CD “Il Melograno”, Castelfranco Veneto (TV), questionario somministrato in presenza;
- CA “Maestrale”, San Pietro in Gu (PD), questionario somministrato online;
- GAP e CD “Attivamente” gruppo Polis, Padova, questionario somministrato online;
- GAP “Consorzio Arcobaleno”, Camposampiero (PD), questionario somministrato in presenza.

2.1 Obiettivi di ricerca:

Lo scopo di questa ricerca era quello di comprendere quali sono gli strumenti utilizzati dagli educatori nei servizi psichiatrici riabilitativi e si è focalizzato sulla raccolta di informazioni circa le pratiche riabilitative che effettivamente vengono proposte agli utenti; al contempo l’analisi di questi dati voleva essere un momento di riflessione sul core competence dell’educatore che opera in tali strutture. L’educatore che voglia porsi come promotore di progetti di valutazione e monitoraggio nell’ambito della riabilitazione psichiatrica, sulla base delle sue competenze può svolgere un’indagine esplorativa tale da mettere in rilievo eventuali criticità o punti di forza nell’assetto riabilitativo delle strutture psichiatriche che offrono un servizio nel territorio.

2.2 Lo strumento della ricerca

Per questa indagine abbiamo deciso di utilizzare uno strumento costruito ad hoc basandoci sui principali strumenti di riabilitazione presi in esame nella revisione della letteratura.

Abbiamo ritenuto opportuno costruire uno strumento come il questionario per il suo vasto utilizzo nella valutazione delle attività di un progetto, di un’esperienza vissuta o di un’esperienza lavorativa. Esso viene usato con più frequenza rispetto ad altre forme di indagine poiché consente di raccogliere molte informazioni in un tempo relativamente breve. La costruzione del questionario è quindi cominciata attraverso la revisione del manuale VADO (Morosini, Magliano, Brambilla, 1998) e del manuale CIGI (Magliano, 2020), per alcune domande abbiamo fatto riferimento allo strumento dell’Intervento Psicoeducativo Integrato di Falloon. Gli strumenti proposti da questi autori utilizzano un

quadro di riferimento teorico di tipo cognitivo-comportamentale e sono stati sottoposti a validazione attraverso degli studi controllati randomizzati.

La maggior parte dei quesiti riguarda la proposta di eventuali pratiche *Evidence-Based*, e due di questi sono relativi alla proposta di attività espressive. Abbiamo scelto di inserire delle domande in questo ambito in quanto condividiamo quanto riportato in letteratura (Zannini, 2008): che attività quali l'arteterapia, la musicoterapia o la teatroterapia rappresentino un'opportunità per conoscere meglio sé stessi e l'altro utilizzando abilità sia cognitive che emotive. Inoltre le attività espressive permettono di sviluppare capacità che possono aiutare a ripensare ai propri progetti di vita, a rivalutare i propri valori, e il proprio atteggiamento comportamentale e emotivo rispetto a determinati problemi (Alastra, 2021).

Il questionario comprende:

- 4 domande riferite al manuale VADO;
- 9 domande riferite al manuale CIGI;
- 4 domande riferite al manuale dell'Intervento Psicoeducativo Integrato di Falloon;
- 2 domande sulle *Humanities*;
- 2 domande sull'organizzazione della struttura
- 4 domande relative al rapporto tra gli educatori e gli psichiatri e/o psicologi

2.3 Metodologia di campionamento

I soggetti coinvolti sono stati gli educatori che svolgono la loro professione all'interno delle strutture selezionate nel territorio di competenza delle Aziende Sanitarie 6 Euganea e 2 Marca Trevigiana. È stato utilizzato il metodo di campionamento casuale semplice, attribuendo la stessa probabilità di selezione, ovvero ciascun educatore aveva la stessa possibilità di entrare a far parte del campione. Il campione (*pattern*) è un campione di convenienza.

Si è stabilito un numero minimo di 20 partecipanti, ritenendo tale numerosità congrua con i tempi dello studio e con la rielaborazione dei risultati, considerando inoltre che la situazione pandemica ha influito sull'iter di ricerca e ha delineato nei tempi la raccolta dei dati.

Prendere in considerazione questo target di soggetti è in linea con la volontà di contribuire a diffondere e documentare il lavoro di queste figure professionali.

2.4 Metodologia di raccolta e analisi dei dati:

I soggetti coinvolti hanno auto-compilato il questionario in presenza oppure online in compresenza con la ricercatrice. Per la compilazione in presenza è stato richiesto ai coordinatori della struttura di poter trovare un luogo idoneo, possibilmente poco rumoroso per poter concedere a tutte/i di potersi dedicare alla compilazione senza distrazioni esterne. Oltre a individuare un luogo idoneo per dedicarsi alla compilazione, è stato chiesto di individuare un orario che potesse coincidere con i turni degli educatori e che non interferisse con le attività previste nell'arco della giornata.

Agli educatori è stato spiegato il motivo per cui erano stati coinvolti in questa ricerca dopo aver firmato il documento del consenso informato e stato consegnato il questionario, il tutto per la durata di circa 30 – 40 minuti. Le stesse richieste sono state fatte per la compilazione dei questionari online (luogo idoneo e poco rumoroso e orari consoni con i turni e le attività della giornata), la differenza è stata nelle tempistiche, perché gli educatori dovevano compilare il questionario uno alla volta, in quanto utilizzavano tutti lo stesso dispositivo dal quale erano collegati.

In ciascuna struttura gli educatori hanno compilato il questionario nel medesimo giorno eccetto in una nella quale la tesista si è recata due volte.

Il questionario somministrato agli educatori comprende un totale di 35 domande composte nel seguente modo:

- le prime cinque relative alle generalità (anno di nascita, tipo di istruzione, genere, tipo di contratto e da quanto lavora all'interno della struttura);
- sette domande a risposta aperta breve relative all'organizzazione lavorativa della struttura e alla riabilitazione psichiatrica rivolta al paziente;
- ventitré domande dicotomiche SI/NO.

L'analisi dei dati è stata svolta utilizzando Excel per i dati che potevano essere analizzati da un punto di vista quantitativo. Per i dati che si prestano ad un'analisi qualitativa la ricercatrice ha sottoposto le risposte ad un'analisi del testo.

I dati quantitativi sono stati misurati assegnando ad ogni *item* un'etichetta e poi sono state ricavate la quantità, la media e/o la percentuale della risposta. Lo stesso processo è stato eseguito nelle domande aperte a risposta breve dove sono state rilevate famiglie di risposte (es. alla domanda: ogni quanto viene fatta l'equipe? Le risposte sono state: settimanali, giornaliere e mensili).

Per quanto riguarda i quesiti a risposta breve che richiedevano un'analisi del testo i contenuti sono stati raggruppati in macro-aree.

2.5 Tempi dello studio

Lo studio verrà completato in un tempo massimo di 7 mesi. La ricerca si articolerà in tre fasi:

- ✓ luglio-ottobre 2021: somministrazione questionari e coinvolgimento dei soggetti target dello studio;
- ✓ ottobre - dicembre 2021: lettura, trascrizione e analisi dei dati raccolti;
- ✓ gennaio 2022: discussione dei dati e descrizione, stesura dei risultati della ricerca;
- ✓ aprile 2022: restituzione in sede di discussione di tesi di laurea dei risultati dello studio.

CAPITOLO 3 PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

3.1 Descrizione dei soggetti coinvolti e dei dati raccolti

Partecipanti

Allo studio hanno partecipato 30 educatori professionali di cui 25 femmine e 5 maschi (tab.1)

Femmine	25
Maschi	5

tabella 1 genere

L'età media di coloro che lavorano all'interno delle strutture selezionate è di 43 anni (graf.1). La maggior parte dei soggetti ha un'età compresa tra i 40 e i 50 anni:

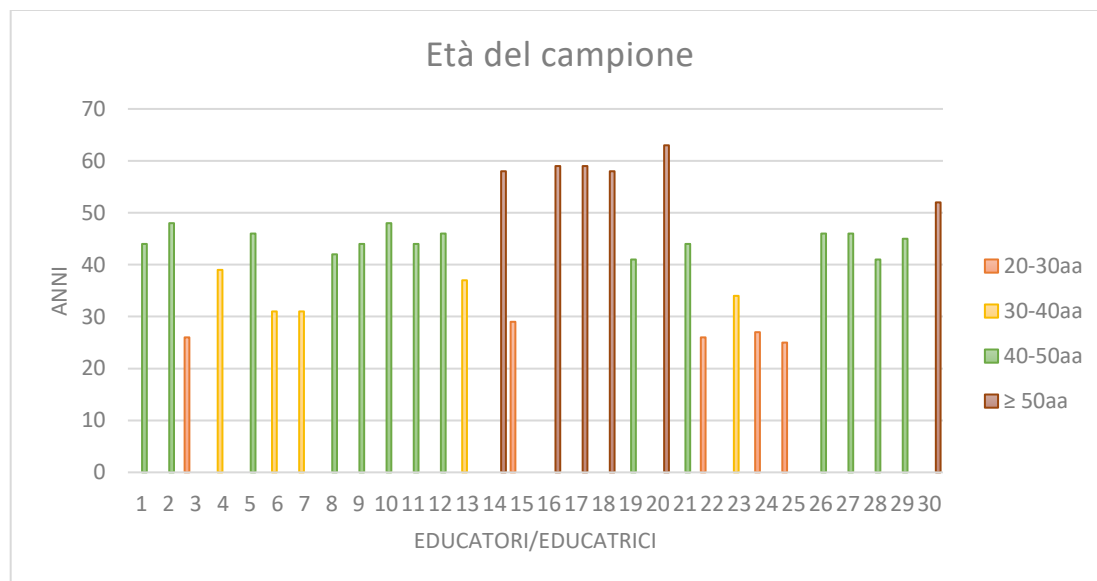


grafico 1 età

Anzianità di lavoro

La media degli anni di lavoro, all'interno della stessa struttura del campione coinvolto è di 7 anni. Più della metà dei soggetti lavora da meno di 10 anni nella stessa struttura, i restanti 9 soggetti lavorano da 10 o più anni. (graf.2)

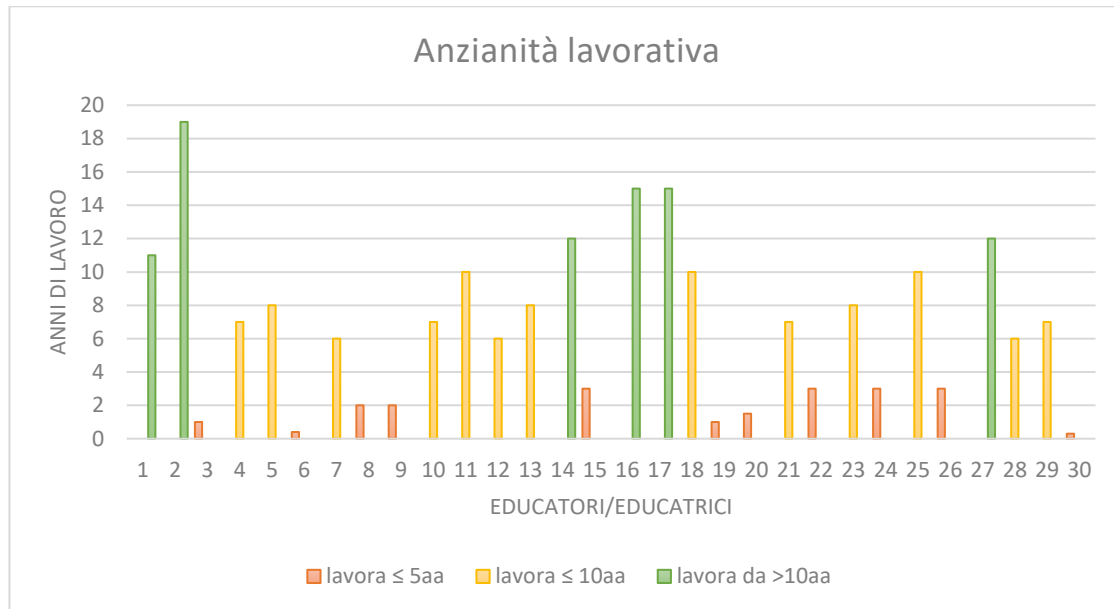


grafico 2 anzianità

Per svolgere questa ricerca sono state coinvolte 30 persone appartenenti a 15 strutture diverse. (graf. 3)

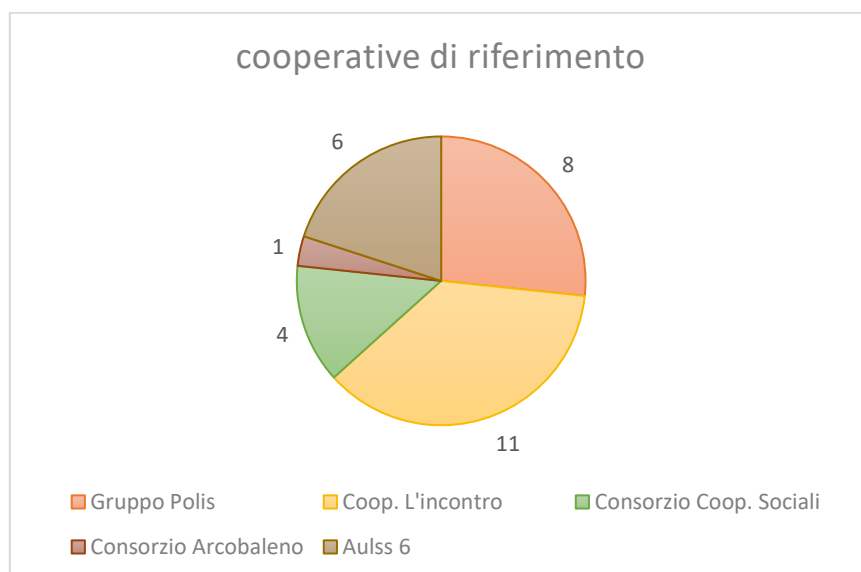


grafico 3 strutture

Per quanto riguarda il tipo di contratto (tab.2) si nota che la maggior parte ha un contratto a tempo indeterminato (25 soggetti)

Indeterminato	25
Determinato	5

tabella 2 tipo di contratto

Per quanto riguarda il titolo di studio (tab. 3 e graf. 4) quindici partecipanti hanno una laurea in educazione professionale sanitaria e otto sono educatori e animatori sociali e culturali. Ci sono cinque educatori/educatrici con un diploma di corso regionale in educazione professionale e i restanti hanno un'altra laurea: laurea in Filosofia con master in pedagogia e laurea in formatore nelle organizzazioni sociali.

Diploma corso regionale in Educazione Professionale	5
Laurea in Educazione Professionale Sanitaria (L/SNT2)	15
Laurea in Educatore Sociale (L-19)	8
Altra laurea specificare	2
Qualifica di educatore professionale socio-pedagogico 60 cfu	0

tabella 3 titolo di studio

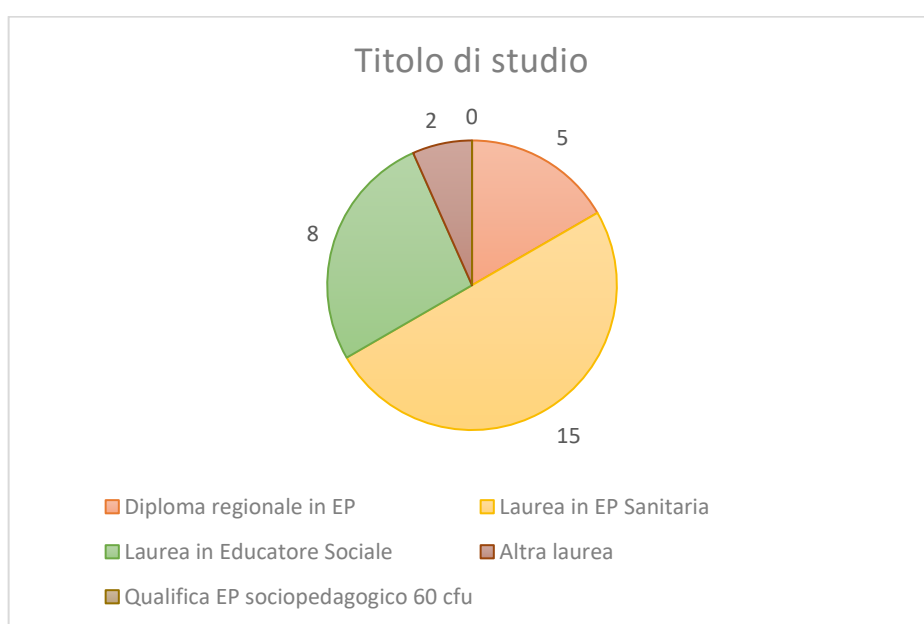


grafico 4 titolo di studio

3.1.2 I risultati del Questionario

Quesiti relativi agli strumenti riabilitativi proposti nel manuale VADO.

Nelle successive quattro tabelle si evidenzia che 24 educatori professionali su 30 compilano una scheda di valutazione del funzionamento, e gli stessi svolgono la revisione periodica delle abilità del soggetto (tab. 4 e tab. 6). Nella maggior parte delle strutture l'intervista di valutazione viene fatta dall'educatore professionale; solo in poche non è l'educatore professionale ad occuparsi della valutazione e del monitoraggio (tab. 5 e 7). Dal grafico emerge che in tutte le strutture l'utente è coinvolto nella scelta degli obiettivi per il progetto riabilitativo e che 24 educatori professionali compilano insieme all'ospite una scheda relativa ad obiettivi generali e obiettivi specifici (graf. 5).

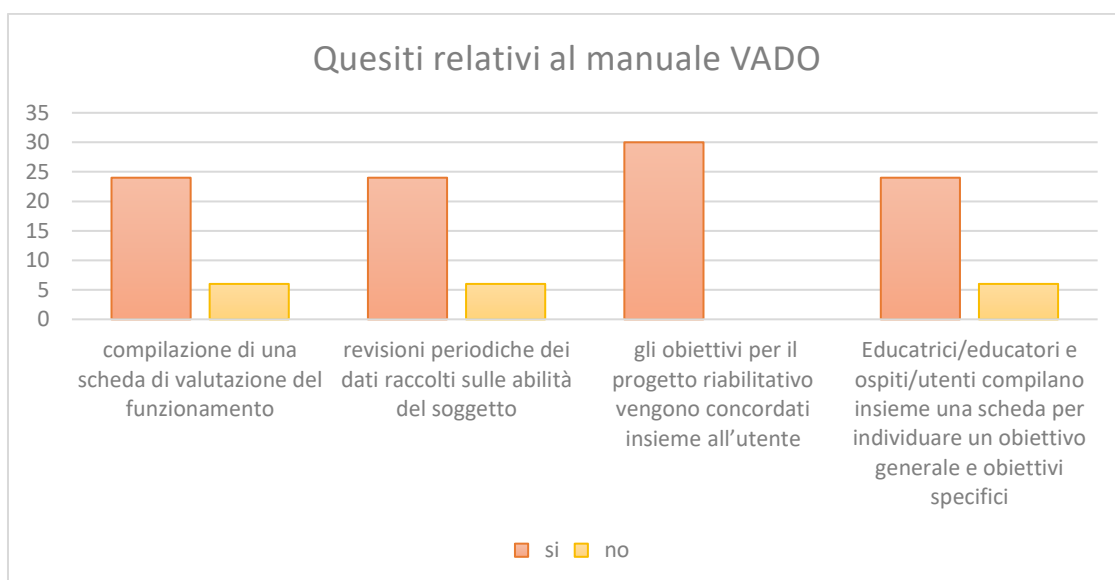


grafico 5 VADO

Nella vostra struttura è prevista la compilazione di una scheda di valutazione del funzionamento?

Si	24
No	6

tabella 4

Se sì chi la compila?

Educatore	23
Altri professionisti	1

tabella 5

Sono previste revisioni periodiche dei dati raccolti sulle abilità del soggetto?

Si	24
No	6

tabella 6

Se sì chi se ne occupa?

Educatore	23
Altri professionisti	1

tabella 7

Quesiti relativi agli strumenti riabilitativi proposti nel manuale CIGI.

In tutte le strutture ci sono dei momenti di confronto tra i vari operatori rispetto alla qualità di vita degli ospiti e momenti di confronto tra gli operatori rispetto al clima e all'organizzazione della struttura e che gli educatori professionali e gli utenti concordano insieme un programma sugli obiettivi individuali da raggiungere (graf.6). Rispetto alle attività previste emerge che in 19 casi vengono svolte attività sul riconoscimento dei segni di stress, in 28 sono previste attività per migliorare la comunicazione e in 24 sono previste sedute di *problem solving* (graf. 6).

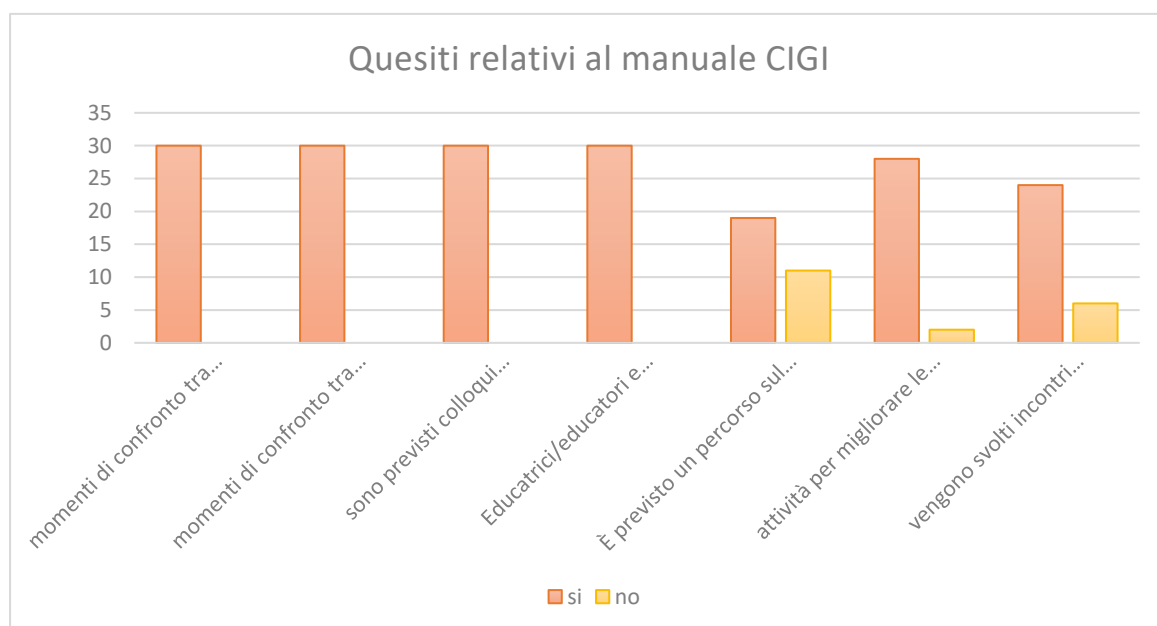


grafico 6 CIGI

Lei considera il colloquio educativo uno strumento riabilitativo?

Tutti i partecipanti ritengono che il colloquio sia uno strumento riabilitativo (tab. 8).

Si	30
No	0

tabella 8

Con quale cadenza sono programmate le riunioni di équipe?

Le équipe vengono svolte settimanalmente in quasi tutte le strutture, in un caso sono giornaliere, mentre in una struttura riferiscono che le équipe sono a cadenza mensile (graf.7)

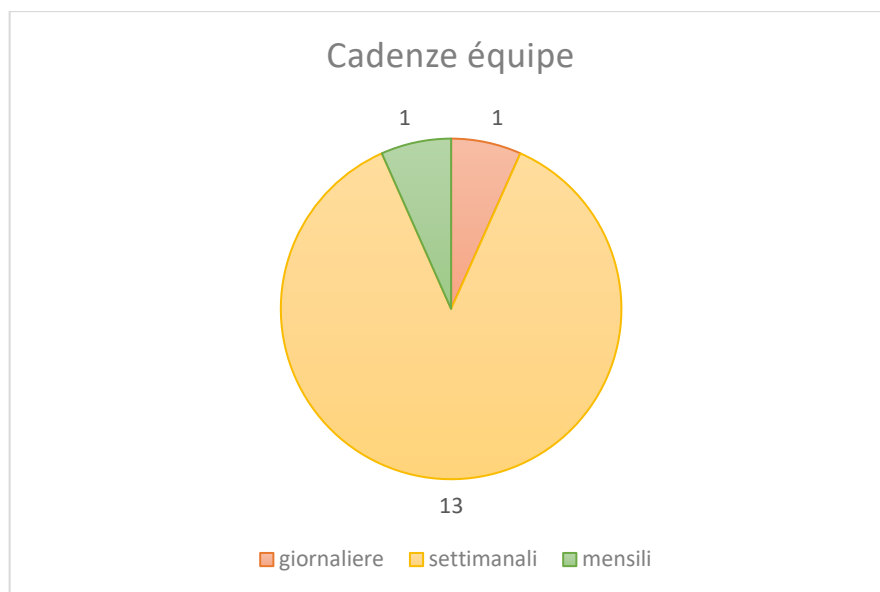


grafico 7 équipe

Argomenti principali delle riunioni di équipe

In questo quesito a risposta breve le educatrici/educatori professionali hanno risposto che l'argomento principale delle riunioni sono gli utenti. Nello specifico si condividono i progetti riabilitativi, si comunicano i vari aggiornamenti, si svolge una piccola verifica degli obiettivi raggiunti e un confronto su quelli da raggiungere. Si parla delle future dimissioni e dei nuovi ingressi. Altri argomenti che vengono affrontati sono sempre relativi ai pazienti: le attività da svolgere (di gruppo, esterne, svolte da terzi), la terapia farmacologica e le problematiche che emergono tra operatore e paziente durante il percorso riabilitativo. Altri argomenti presenti nelle équipe riguardano l'andamento della struttura, l'organizzazione del lavoro e il clima interno. Solo in una struttura è stato indicato che durante le équipe si affronta anche il tema della formazione.

Quesiti relativi agli strumenti riabilitativi proposti nel manuale Intervento Psicoeducativo Integrato.

In merito all'intervento psicoeducativo integrato di Falloon 24 soggetti affermano di conoscerlo (graf. 8). Rispettivamente alle strategie proposte dall'intervento eccetto un partecipante tutte/i gli altri affermano che la famiglia dell'utente è coinvolta nel percorso riabilitativo; in 26 casi sono previsti colloqui con i famigliari e in 16 sono previsti degli incontri a sostegno dei familiari del paziente (graf. 8).

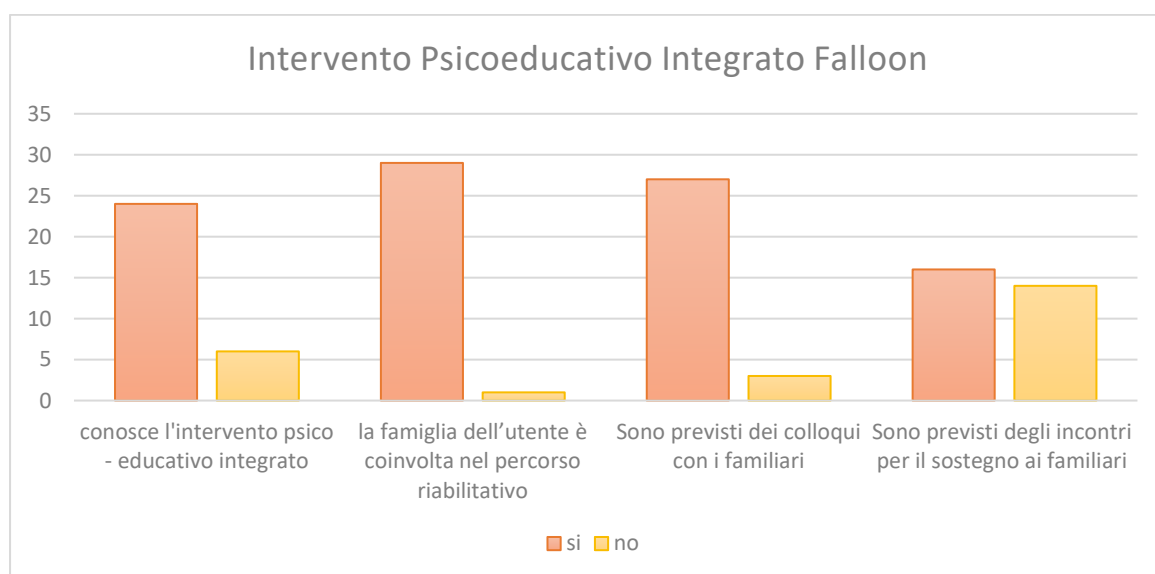


grafico 8 Falloon

Nella vostra struttura sono previste delle attività riabilitative espressive?

Dai dati raccolti si evidenzia che in 11 strutture sono previste attività riabilitative espressive.

Si	11
No	4

tabella 9

Se sì quali?

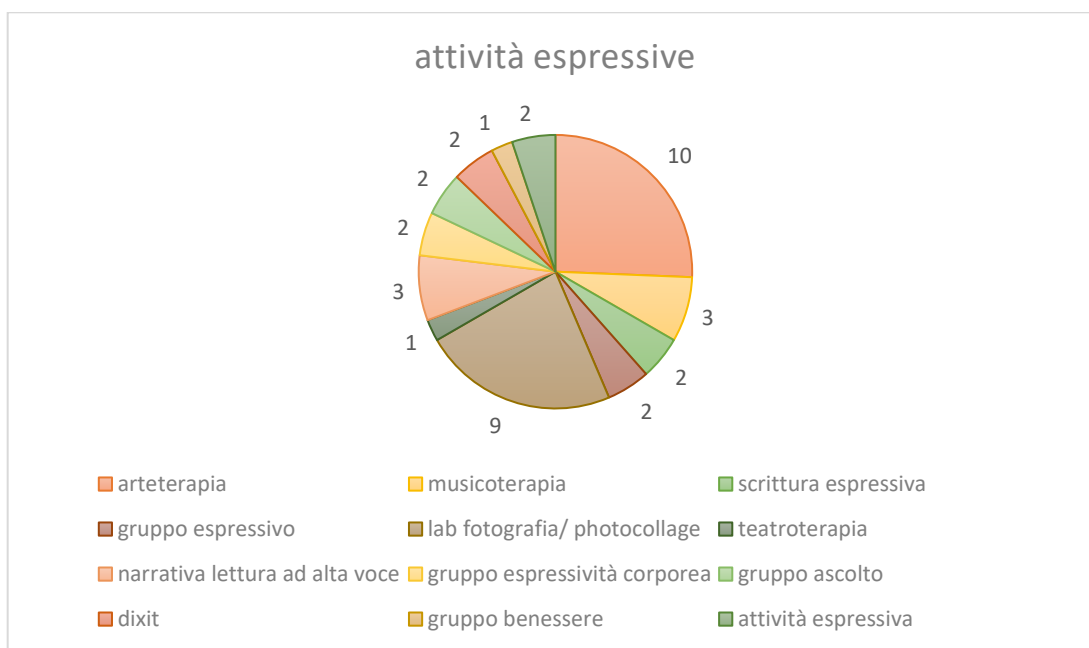


grafico 9 attività espressive

Gli intervistati hanno indicato le seguenti attività espressive: arteterapia, gruppo espressivo, narrativa e lettura ad alta voce, dixit, musicoterapia, laboratorio di fotografia e *photovoice*, gruppo di espressività corporea, gruppo benessere, scrittura espressiva, teatroterapia, gruppo ascolto e attività espressiva (graf. 9).

Chi conduce gli incontri di attività espressive?

Dal questionario è emerso che i conduttori delle attività espressive sono principalmente gli EP (tab. 10 e graf. 10)

Educatore	8
Educatore formato	3
Educatore e operatore sociosanitario	4
Educatore e psicoterapeuta	4
Educatore e/o altri professionisti	4

tabella 10 conduttori

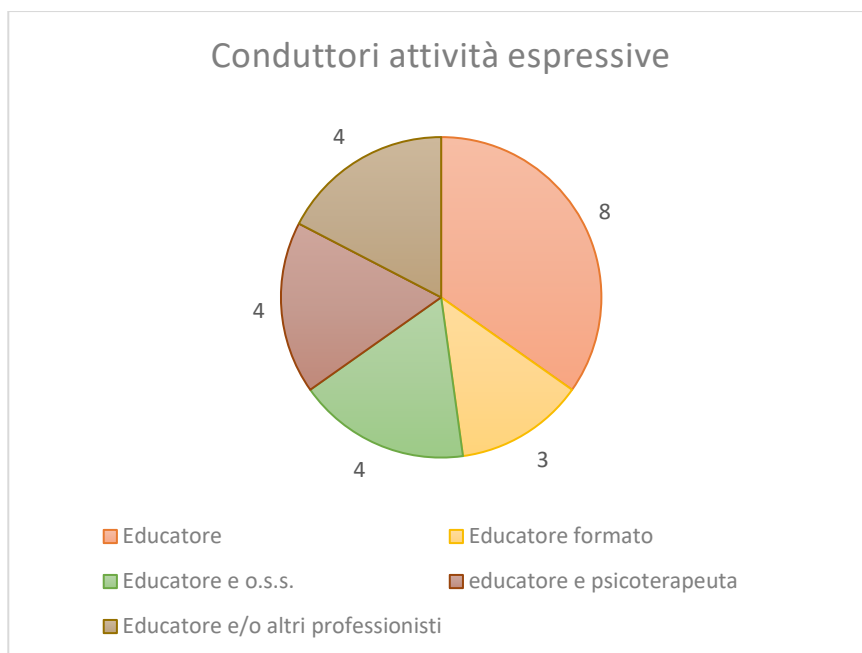


grafico 10 conduttori attività espressive

Secondo lei gli ospiti di questa struttura sono attivamente coinvolti nella presa di decisione del percorso riabilitativo?

Da questa domanda emerge che 28 educatori professionali su 30 pensano che gli utenti siano attivamente coinvolti nel processo decisionale rispetto al percorso riabilitativo (tab. 11)

Si	28
No	2

tabella 11

Lei frequenta corsi di aggiornamento relativi al suo ambito di lavoro?

Tutti gli educatori professionali coinvolti dichiarano di seguire corsi di aggiornamento (tab. 12)

Si	30
No	0

tabella 12

Considera soddisfacente il rapporto lavorativo con lo psicologo di riferimento?

Rispetto al rapporto con lo psicologo di riferimento 21 educatori professionali ritengono che questo sia soddisfacente (tab. 13).

Si	21
No	6
Non saprei	3

tabella 13 rapporto psicologo

Se ha risposto no o non saprei ci spieghi brevemente il motivo:

Chi ha risposto di no riferisce che manca una condivisione sulla situazione dei pazienti o che non si sentono riconosciuti nel proprio ruolo professionale (tab. 14).

NO	NON SAPREI
Non presente	difficoltà di condivisione dei punti di vista (rispetto ruoli)
Non previsto in struttura (la stessa risposta è stata data da altre 4 persone)	difficoltà di confronto e rispetto dei ruoli
da migliorare la collaborazione	Non è presente

tabella 14 motivazione

Considera soddisfacente il rapporto lavorativo con i medici psichiatri di riferimento dei pazienti?

Per quanto riguarda il rapporto di lavoro educatore professionale – psichiatra di riferimento, in 15 ritengono di avere un rapporto soddisfacente (tab.15).

Si	15
No	9
Non saprei	6

tabella 15 Relazione ep e altre figure professionali

Se ha risposto no o non saprei ci spieghi brevemente il motivo:

Chi ha risposto di no ha indicato principalmente una difficoltà relazionale con i professionisti per la poca presenza in struttura e difficoltà nella condivisione e comunicazione dei progetti riabilitativi (tab. 16).

NO	NON SAPREI
Non ci si rapporta direttamente con loro	Non sempre, ci sono alcuni referenti che sono più presenti e condividono con la nostra struttura gli obiettivi e la strada da intraprendere ognuno con il suo mandato, ma ci sono dei colleghi con i quali non riusciamo a creare rete, per svariati motivi.
Tutti, o quasi, i nostri utenti si riferiscono a medici pubblici del csm. Per come è organizzato il sistema di cura psichiatrica pubblico, il medico referente non ha la disponibilità (tempi e risorse) per instaurare un rapporto con gli operatori delle strutture frequentate dal paziente.	Con alcuni medici c'è un'ottima collaborazione, con altri non molta
Perché con loro c'è pochissimo rapporto, quasi nullo	Non vi è sempre disponibilità di ascolto e condivisione
Medico assente	con alcune mini-equipe si instaura un lavoro di squadra con altri si lavora per compartimenti stagni
Medico che non aiuta la relazione tra i vari stakeholder	non sempre il modo di vedere il paziente e le scelte per il suo percorso sono condivisibili
Poca collaborazione e condivisione del progetto individuale	pochi incontri

Non sempre i punti di vista sul paziente sono condivisibili	mancanza di psichiatri di riferimento, con quelli che ci sono troppo poco tempo a disposizione per co-progettare il percorso riabilitativo dell'utente
---	--

tabella 16

Ci dia una sua definizione della metodologia riabilitativa che sta alla base dei suoi interventi.

Per quanto riguarda la definizione della propria metodologia riabilitativa, la maggior parte dei partecipanti considera come propria base di riferimento teorico la *recovery* e la restante parte del campione pone alla base del proprio intervento il modello bio-psico-sociale (tab. 17)

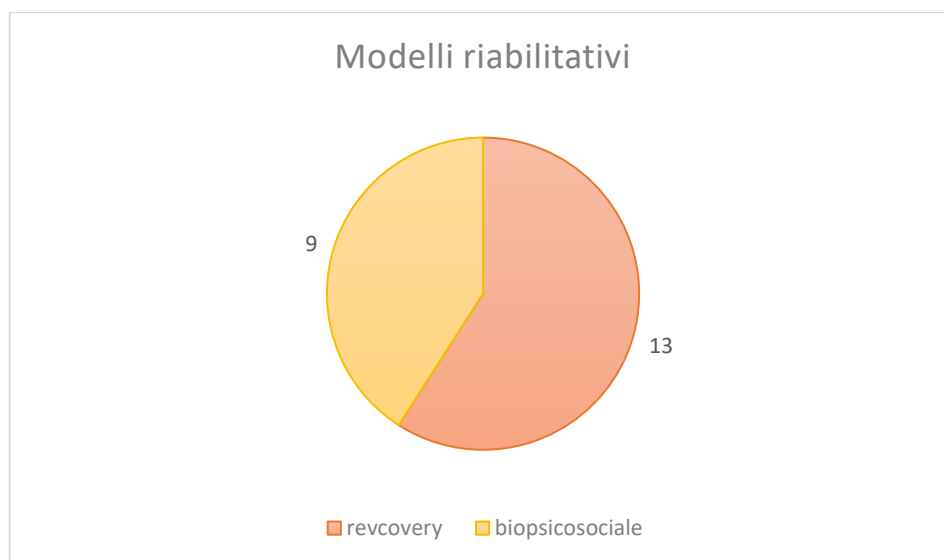


Tabella 17 modelli riabilitativi

CAPITOLO 4 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

4.1 I temi emersi dal questionario

Il questionario ad hoc costruito per questa ricerca si è basato in buona parte sulla rivisitazione delle pratiche *evidence based* descritte nei manuali presi in considerazione (Intervento psicoeducativo Integrato, Vado e Cigi). Nella maggior parte delle strutture sembra che questi strumenti siano conosciuti dalle educatrici e dagli educatori, e in alcuni casi nella quasi totalità di questi servizi o nella totalità gli operatori affermano di coinvolgere le utenti e gli utenti nella costruzione del progetto riabilitativo.

Per quanto riguarda le strategie suggerite nel manuale Vado, che ricordiamo è stato pubblicato nel 1998 e ha avuto una buona diffusione negli ambienti della riabilitazione psichiatrica, su trenta partecipanti ventisette affermano di utilizzare l'intervista di valutazione sul funzionamento e che questo è vissuto come un compito dell'équipe, programmato e condiviso tra colleghe e colleghi.

Su questo dato si potrebbe riflettere e cercare di comprendere quanto poi questa valutazione venga effettivamente utilizzata per costruire un percorso individualizzato per il paziente. Questo dato grezzo ci fornisce l'indicazione che il gruppo di lavoro indaga la conoscenza del soggetto in termini di abilità e potrebbe essere interpretato come una volontà da parte del gruppo di lavoro di tendere verso la conoscenza del soggetto e di non inserirlo a priori nelle attività della struttura. Infatti, la maggior parte dei partecipanti afferma di coinvolgere la famiglia del paziente anche attraverso dei colloqui come suggerito dall'intervento psicoeducativo integrato, quindi l'idea che l'ambiente nel quale vive o ha vissuto il soggetto sia parte integrante del percorso riabilitativo sembra essere tenuta in considerazione. Al contempo però non è ritenuto importante sostenere la famiglia attraverso dei percorsi di consapevolezza sulla malattia mentale del familiare o condividere delle strategie che possano aiutarli a rielaborare il vissuto di caregiver, le difficoltà incontrate.

Questo ci porta ad evidenziare come questo *gap* non renda il familiare un alleato dell'educatore e dell'équipe nel sostenere l'utente nel suo percorso riabilitativo, e che si perda l'opportunità di verificare se il familiare possa sostenere piuttosto che ostacolare il proprio congiunto seguito dal servizio (Magliano, 1995).

Per quanto riguarda il clima di lavoro le domande sul confronto in équipe su temi che riguardano gli aspetti organizzativi della struttura ed il confronto periodico e sistematico sulla qualità della vita di ospiti e utenti hanno trovato delle risposte affermative.

Questo risultato, insieme ad altri che discuteremo in seguito, ci fa supporre che alla base di queste risposte ci sia un bias. Riteniamo che le informazioni su questo importante aspetto della vita degli utenti e degli operatori all'interno della struttura debbano essere interpretate in un'ottica critica, valutando l'eventualità che i partecipanti non abbiano risposto alla domanda in sé, ma abbiano risposto dando una interpretazione della domanda, come se ci fossero dei contenuti non esplicitati.

La sezione che riguarda le strategie e le attività rivolte sul percorso riabilitativo degli utenti gli interventi più attuati nelle varie strutture sono quelli sulle abilità di comunicazione (93%) il *problem solving* (80%) e quelli riguardanti il riconoscimento dei segni di stress (63%). In merito allo strumento di riconoscimento dei segni di stress, riteniamo che dovrebbe essere ancora più diffuso considerando i risultati ottenuti con i pazienti e le evidenze su come possa permettere di prevenire le ricadute e quindi di vivere al meglio un eventuale ritorno nella società (Goh, Agius, 2010).

Un altro aspetto che ci interessava indagare riguarda le attività espressive, rispetto al tipo di attività in sé e conoscere quale figura professionale le propone. Per quanto riguarda la/il conduttore di queste attività abbiamo notato che a partire dalla definizione della figura professionale non c'è una completa chiarezza. Infatti, viene scritto da parte dei partecipanti "educatore formato" o semplicemente "educatore". Queste due risposte ci fanno riflettere sulla dimensione dell'identità che queste figure professionali costruiscono durante il loro percorso di lavoro, l'educatore che lavora in queste strutture come abbiamo visto può provenire da un percorso formativo differenziato, quindi con competenze e capacità di interpretazione degli strumenti riabilitativi che possiamo pensare abbiano dei punti di partenza diversi, ma nel rispondere alla domanda su "chi conduce le attività espressive" viene indicato un generico educatore o un educatore formato. Questo inglobare in un'unica definizione la figura dell'educatore ci fa supporre che all'interno dei nostri servizi sul territorio non ci sia una riflessione sulle competenze o non si sviluppi nel corso dell'attività professionale una differenziazione anche sul tipo di attività da proporre anche a partire dalla propria formazione di base. La mancanza di chiarezza la ritroviamo anche nella descrizione delle attività, gli intervistati spesso utilizzano una definizione generica come "arteterapia" che però non ci dice che cosa facciano o che tipo di scuola questi operatori seguano. In altri casi risulta anche un po' vago e ulteriormente incomprensibile come ad esempio: dicit, gruppo ascolto, attività benessere. Con queste affermazioni non si intende in alcun modo dare un giudizio, ma semplicemente riflettere sulla conoscenza dei contenuti proposti. Una descrizione generica fa supporre che potrebbe non esserci una formazione specifica. Inoltre,

dai dati raccolti è emerso che le attività espressive non vengono svolte in tutte le strutture, gli educatori hanno riferito alla ricercatrice che negli ultimi due anni queste attività sono state fermate a causa delle difficoltà dovute all'emergenza sanitaria e poi non sono più state riprese. Rispetto a ciò crediamo che le strutture dovrebbero investire sulla formazione degli educatori e degli altri professionisti presenti, per garantire maggior funzionalità a questa tipologia di attività.

Per quanto riguarda il rapporto tra gli educatori e le educatrici e le altre figure professionali questo studio riporta un dato positivo. Dai dati raccolti la maggior parte delle educatrici e degli educatori afferma di avere una relazione soddisfacente con le psicologhe/gli psicologi e le psichiatre/gli psichiatri e in particolare con le/gli psicologi. Questo era inaspettato poiché dalle osservazioni della ricercatrice effettuate durante i tirocini curricolari erano emersi aspetti problematici proprio nel rapporto tra le varie figure professionali, e spesso gli educatori professionali, soprattutto a livello informale, avevano sottolineato con la tirocinante il mancato riconoscimento delle loro competenze nell'ambito lavorativo. Effettivamente i partecipanti che riportano di non avere un buon rapporto con psicologi e/o psichiatri lo descrivono sotto il profilo di un mancato riconoscimento del ruolo professionale, una difficoltà nel potersi confrontare, oppure la mancanza di una vera collaborazione e condivisione dei progetti rendendo così complicato sia il rapporto tra le varie figure professionali, sia il rapporto tra lo psicologo/psichiatra e il paziente.

Per quanto riguarda i corsi di aggiornamento tutti i professionisti coinvolti nello studio dichiarano di partecipare a corsi di formazione. Questo dato è molto positivo considerando che l'aggiornamento continuo non è previsto nelle strutture del privato sociale. Sappiamo quanto sia importante nella riabilitazione psichiatrica che tutti gli operatori realizzino degli interventi supportati da conoscenze a livello teorico e con strumenti e metodologie riabilitative riconosciute. A conferma di questo la maggior parte degli educatori che hanno compilato il questionario, ma soprattutto quelli che lavorano nella stessa struttura, hanno come modelli di riferimento per la progettazione di percorsi riabilitativi l'approccio bio-psico-sociale e/o quello della *recovery*.

Alcuni partecipanti sostengono di utilizzare queste due metodologie in sinergia per sostenere al meglio il paziente nel suo percorso di recupero «*La riabilitazione bio-psico-sociale si basa sul modello stress-vulnerabilità e prevede un intervento che superi la diagnosi medica per concentrarsi sull'aumento delle risorse possedute dalla persona al fine di cominciare un percorso di recovery.*». (id. 3)

Altri soggetti dichiarano che la *recovery* e il modello bio-psico-sociale sono alla base del loro intervento alla quale si aggiungono le conoscenze di tipo più teorico. L'esperienza sul "campo" è un altro elemento ritenuto importante per acquisire le abilità necessarie a creare una buona relazione ed essere capaci di ascoltare l'altro. Oltre al colloquio educativo con il paziente e il coinvolgimento della famiglia è ritenuto importante il supporto di una giusta terapia farmacologica. Tutto questo in una visione di lavoro di équipe: «*Credo di usare una metodologia prima di tutto relazionale, basata sull'ascolto e la conoscenza reciproca, che porti a stabilire un rapporto di partnership operatore-utente e viceversa, basandomi sul metodo bio-psico-sociale.*» (id. 4).

4.2 Limiti dello studio

Un primo pensiero che sorge rispetto ai risultati è la possibilità che alcune domande siano state soggette ad un errore un "*bias sulla desiderabilità sociale*". La desiderabilità sociale si riferisce al bisogno di approvazione sociale e accettazione che alcune persone vivono, e alla convinzione di costoro di poterle ottenere attraverso condotte appropriate e socialmente accettate (Marlowe e Crowne, 1961). Secondo la definizione proposta da Paulhus (2002) questo costrutto consiste nella propensione di alcune persone a dare risposte molto positive quando vengono poste domande su di sé, con l'obiettivo di risultare positivamente agli occhi dell'altro. Tale costrutto è stato oggetto di molteplici studi perché potrebbe dar luogo a bias nelle risposte (Roccatò, 2003): esistono, infatti, numerose evidenze empiriche del fatto che le persone tendono a dare risposte che alterano il loro reale pensiero quando rispondono a questionari o interviste.

Un esempio a cui si può fare riferimento per questo *bias* è il seguente, alla domanda: "*Nella vostra struttura gli obiettivi per il progetto riabilitativo vengono concordati insieme all'utente?*" , la totalità del nostro campione ha dato una risposta affermativa.

Il dubbio che alcune risposte (come quella sopracitata) siano soggette al *bias* di desiderabilità sociale è dettato dal fatto che i progressi teorici dei nuovi modelli riabilitativi, prevedono un coinvolgimento attivo del paziente nel suo percorso di recupero (VADO 1998, CIGI 2020), fino a cercare di renderlo protagonista e autonomo nelle sue scelte con la *recovery*. Quindi questo è quello che gli educatori professionali dovrebbero possedere a livello di bagaglio di conoscenze e che dovrebbe poi essere messo in pratica. Si ipotizza che queste risposte affermative siano più un volersi sentire adeguati rispetto ad occhi esterni che non una reale pratica di quanto ci viene riportato nella letteratura di settore (Cardano, M., 2012; Casula, G., 2012).

Nel quesito successivo: “*Secondo lei gli ospiti di questa struttura sono attivamente coinvolti nella presa di decisione del percorso riabilitativo?*” due soggetti hanno dato una risposta negativa. Queste due risposte sono incongruenti con la domanda esposta in precedenza, poiché se gli obiettivi venissero concordati insieme all’utente, questo comporterebbe che egli è attivamente coinvolto nel processo decisionale rispetto al proprio percorso riabilitativo.

Questo elemento e il numero limitato di soggetti coinvolti non consentono di poter generalizzare i risultati che sono da considerarsi un punto di partenza per ulteriori ricerche.

4.3 Conclusione

L’intento di questa ricerca è stato quello di contribuire alla raccolta di dati che spesso manca in questo settore per comprendere meglio qual’ è il *trend* riabilitativo e che cosa viene realmente proposto agli utenti psichiatrici.

I pazienti psichiatrici sono tra i soggetti deboli che hanno presentato un aumento delle loro difficoltà a causa delle restrizioni sociali imposte dall’emergenza sanitaria COVID-19 (Minozzi, S., Saulle, R., Amato, L., & Davoli, M., 2021; Barlati, S., Calzavara Pinton, I., Savorelli, A., & Vita, A., 2020). L’interruzione di alcune attività e il ripensamento di queste attività per dare continuità al servizio sono state sicuramente un banco di prova anche per le educatrici e gli educatori professionali che lavorano in questo ambito.

Concludiamo sottolineando che nel contesto contemporaneo coinvolgere il paziente nelle scelte che riguardano il suo percorso di recupero dovrebbe essere un elemento ineliminabile e ritenuto indispensabile, perché è la sua vita e perché un paziente coinvolto, partecipe, consapevole e cosciente delle proprie capacità e bisogni, sarà più stimolato a investire risorse, tempo e energie per ritornare nella società (Carozza, 2006).

BIBLIOGRAFIA

- Alastra, V. (2021). *Cura di sé cura dell'altro e Humanities*. Rovato: Pensa Multimedia;
- Anthony W., Cohen M., Frank M., Gange C., (2002) *Psychiatric Rehabilitation, Second Edition*. Boston University;
- Asciano G. Vaccaro. (2020) *Recovery in psichiatria: dalla valutazione al progetto personalizzato*. Milano: Franco Agnelli;
- Ba G. (2003) *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Milano: Franco Agnelli;
- Balestri M. et al. (2014) *L'educatore professionale e il processo educativo-riabilitativo in psichiatria*;
- Barlati, S., Calzavara Pinton, I., Savorelli, A., & Vita, A., (2020). *L'impatto dell'emergenza COVID-19 sui servizi di salute mentale: tra clinica e organizzazione*. *Nòos. Aggiornamenti in psichiatria*, 26(1), 33-46;
- Bobbo N. e Moretto B. (2020) *La progettazione educativa in ambito sanitario e sociale*. Roma: Carocci editore;
- Bruschetta S. (2016) *Verso servizi comunitari di salute mentale recovery-oriented*;
- Cardano, M. (2012). *Prefazione a Vincenza Pellegrino, Follie ragionate. Il male e la cura nelle parole dei pazienti psichiatrici*, Torino: Utet;
- Carozza P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Milano: Franco Agnelli;
- Casula, G. (2012). *Benvenuto in psichiatria. Storie e incontri di straordinaria follia*. Milano: Unicopli;
- Cipriano P. (2018) *Basaglia e la metamorfosi della psichiatria*. Siene: Elèuthera;
- Crisafulli, F. (2018) *Le "competenze core" dell'Educatore professionale. Modelli proposti e sintesi di letteratura*. Università di Bologna;
- Falloon I. et al. (1994) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Trento: Erickson;
- Faulkner A. *Strategies for Living: A Report of User-Led Research into People's Strategies for Living with Mental Distress*. 2000. London: Mental Health Foundation;

- Gigantesco, A. et al. (2006) *The VADO Approach in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial*. Psychiatric services;
- Goffman E. Asylums. (2001) *Le istituzioni totali: i meccanismi dall'esclusione e della violenza*. Torino: Einaudi;
- Goh C., Agius M. (2010). *The stress-vulnerability model how does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences?*. *Psichiatria Danubina*, Vol. 22, No. 2, pp 198–202;
- Liberman, R. P. (1992). *Effective Psychiatric Rehabilitation*. Hoboken: Jossey-Bass/Wiley;
- Magliano L. (1995). *L'intervento psicoeducativo familiare: l'esperienza in italiana*. Cambridge;
- Magliano L. (2020) *CIGI intervento riabilitativo combinato nei contesti residenziali psichiatrici*. Trento: Erickson;
- Marlow, D., & Crowne, D. P. (1961). *Social desirability and response to perceived situational demands*. *Journal of Consulting Psychology*, 25(2), 109–111;
- Minkowski, E. (1996). *La schizofrenia*. Torino: Einaudi;
- Minozzi, S., Saulle, R., Amato, L., & Davoli, M. (2021). *Impatto del distanziamento sociale per covid-19 sul benessere psicologico dei giovani: una revisione sistematica della letteratura*. *Recenti Progressi in Medicina*, 112(5), 360-370;
- Morosini, P. et al. (1998). *Vado. Manuale per la riabilitazione in psichiatria*. Trento: Erickson;
- Paulhus, D. L. (2002). *Socially desirable responding: The evolution of a construct*. In H. I. Braun, D. N. Jackson, & D. E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49–69). Lawrence Erlbaum Associates Publishers;
- Roccato M. (2003). *Desiderabilità sociale e acquiescenza: Alcune trappole delle inchieste e dei sondaggi*. Milano: Led Edizioni Universitarie
- Rogers, C.R. (1957). *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95-103;
- Scarpa P. N. (2018) *L'educatore professionale. Una guida per orientarsi nel mondo del lavoro e prepararsi ai concorsi pubblici*. Rimini: Maggioli Editore;
- Strauss, E. (2010) *Il vivente umano e la follia*. Macerata: Quodlibet;

- Whitley R, Drake RE. (2010) “*Recovery: a dimensional approach*”. *Psychiatr. Serv.*; 61(12):1248-1250;
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa: nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina;

SITOGRAFIA

- [Riabilitazione e residenzialità. Dott.ssa Paola Carozza - YouTube](#); Maurizio Bergianti, 2012, “Riabilitazione e residenzialità. Dott.ssa Paola Carozza” [Video], Youtube

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO SULLE ATTIVITÀ RIABILITATIVE

Anno di nascita:

Genere:

Anzianità lavorativa:

Struttura di riferimento:

Tipo di contratto:

- Determinato
- Indeterminato

Titolo di studio:

- Diploma corso regionale in Educazione Professionale
- Laurea in Educazione Professionale Sanitaria
- Laurea in Educatore Sociale e Animazione Culturale
- Altra laurea specificare
- Qualifica di educatore professionale socio-pedagogico 60 cfu

Le chiediamo di rispondere ad alcune brevi domande che riguardano la sua attività lavorativa. La preghiamo inoltre di rispondere alle domande in assoluta franchezza e senza tralasciare alcuna risposta.

1) Nella vostra struttura sono previsti dei momenti di confronto tra operatori sulla qualità della vita degli ospiti/utenti?

- SI
- NO

2) Nel vostro piano di lavoro sono previsti dei momenti di confronto tra operatori sul clima e l'organizzazione della struttura?

- SI
- NO

3) Con quale cadenza sono programmate le riunioni di équipe?

4) Argomenti principali riunioni di équipe.

5) Nella vostra struttura è prevista la compilazione di una scheda di valutazione del funzionamento?

- SI
- NO

6) Se sì chi la compila?

- Educatore
- Altra figura professionale

7) Sono previste revisioni periodiche dei dati raccolti sulle abilità del soggetto?

- SI
- NO

8) Se sì chi la compila?

- Educatore
- Altra figura professionale

9) Nella vostra struttura sono previsti colloqui individuali educatore-utente?

- SI
- NO

10) Lei considera il colloquio educativo uno strumento riabilitativo?

- SI
- NO

11) Nella vostra struttura gli obiettivi per il progetto riabilitativo vengono concordati insieme all'utente?

- SI
- NO

12) Educatrici/educatori e ospiti concordano insieme un programma sugli obiettivi individuali da raggiungere?

- SI
- NO

13) Educatrici/educatori e ospiti/utenti compilano insieme una scheda per individuare un obiettivo generale e obiettivi specifici?

- SI
- NO

14) Lei conosce l'intervento psico - educativo integrato?

- SI
- NO

15) Nella vostra struttura la famiglia dell'utente è coinvolta nel percorso riabilitativo?

- SI
- NO

16) Sono previsti dei colloqui con i familiari?

- SI
- NO

17) Sono previsti degli incontri per il sostegno ai familiari (consapevolezza sulla malattia del familiare, strategie di coping)?

- SI
- NO

18) È previsto un percorso sul riconoscimento dei segni di stress (sensibilizzare gli ospiti sull'effetto dello stress sulla salute fisica e mentale e aiutarli a riconoscere i propri segni di stress e stabilire che cosa fare se dovessero presentarsi)?

- SI
- NO

19) Nella vostra struttura vengono svolte attività per migliorare le abilità di comunicazione?

- SI
- NO

20) Nella vostra struttura vengono svolti incontri per lavorare sulle abilità di problem solving?

- SI
- NO

21) Nella vostra struttura sono previste delle attività riabilitative espressive?

- SI
- NO

22) Se sì quali?

23) Chi conduce gli incontri di attività espressive?

24) Secondo lei gli ospiti di questa struttura sono attivamente coinvolti nella presa di decisione del percorso riabilitativo?

- SI
- NO

25) Lei frequenta corsi di aggiornamento relativi al suo ambito di lavoro?

- SI
- NO

26) Considera soddisfacente il rapporto lavorativo con lo psicologo di riferimento?

- SI
- NO
- NON SAPREI

27) Se ha risposto no o non saprei ci spieghi brevemente il motivo:

28) Considera soddisfacente il rapporto lavorativo con i medici psichiatri di riferimento dei pazienti?

- SI
- NO
- NON SAPREI

29) Se ha risposto no o non saprei ci spieghi brevemente il motivo:

30) Ci dia una sua definizione della metodologia riabilitativa che sta alla base dei suoi interventi.

GRAZIE PER LA SUA COLLABORAZIONE

