

Carta dei Servizi 2020

Comunità Residenziale Terapeutico-
Riabilitativa

“ERICE”

Erice (TP)

REV. 00 _Data di emissione gennaio 2020

INDIRIZZI E RECAPITI

Comunità Residenziale Terapeutico-Riabilitativa "Erice"

Via Clemente 10/A

91016 Erice (TP)

Telefono 0923 21814

E-mail: comunita.erice@gruppoanteo.it

Come arrivare

Linea ATM Trapani numero 25-28

Ente Gestore

Anteo Cooperativa Sociale Onlus

Sede legale e amministrativa: Via Piacenza 11, 13900 Biella

Tel 015 813401 Fax 015 8134090

E-mail: anteo@gruppoanteo.it

Indirizzo Pec: anteocooperativa@legalmail.it

www.anteocoop.it

P. IVA/C. F. e Registro Imprese di Biella n. 01758780025 - Albo delle soc. coop. n. A104601 Sez. Cooperative a Mutualità Prevalente di Diritto Cat. Cooperative Sociali

Centri Filtro per l'Accoglienza

La Comunità Terapeutica gode della collaborazione dei seguenti altri Centri Filtri per l'accoglienza dislocati sul territorio nazionale:

Centro Filtro per l'Accoglienza di Milano – tel. 02 29400930

Centro Filtro per l'Accoglienza di Roma - tel. 06 70451759; 06 70450961

Centro Filtro per l'Accoglienza di Napoli – tel. 327 2270300 (solo su appuntamento)

Centro Filtro per l'Accoglienza di Apricena (FG) - tel. 0882 646440

Centro Filtro per l'Accoglienza di Erice (TP) - tel. 0923 541451

È possibile usufruire di un Servizio di Filtro per Accoglienza anche su Ravenna, internamente alla Comunità.

TIPOLOGIA UTENZA ACCOLTA

AZIENDA SANITARIA COMPETENTE: ASP Trapani.

La Struttura ha una disponibilità di n. 8 posti.

Fascia definita dal Fondo Sanitario Regionale	Retta giornaliera Iva 5% compresa
Terapeutico Riabilitativo Residenziale	€ 74,55

SOGGETTI INVIANI: la richiesta di inserimento in Struttura può provenire da Tribunali, Case Circondariali, Comuni, CSM (Centro Salute Mentale)/DSM (Dipartimento Salute Mentale), comunque mediata dal Ser.D territoriale di riferimento.

Nel caso di richieste provenienti direttamente da soggetti privati, sarà necessario il possesso di certificazione e/o documentazione apposita che attesti lo stato di tossicodipendenza da parte di un Servizio Pubblico (Ser.D). In tali casi, la retta giornaliera è a carico esclusivamente della persona o della famiglia di riferimento.

VALORI E MISSION DEL SERVIZIO

Anteo è una cooperativa sociale di tipo A (ai sensi della Legge 381/91) costituita a Biella **nel 1993** da un gruppo di persone mosse dal desiderio di accrescere l'attenzione ai problemi sociali e rispondere ai bisogni della persona e della Comunità.

Oggi Anteo è una cooperativa che ha maturato esperienza e competenza nel progettare, gestire ed organizzare servizi sociosanitari ed educativi, volti a promuovere il benessere e l'integrazione dell'individuo nella Comunità.

Anteo, in quanto impresa sociale:

- ▶ dà vita a progetti imprenditoriali che nascono dall'analisi dei bisogni e delle risorse della collettività e dei singoli cittadini;
- ▶ è una realtà economicamente autonoma, produttiva e competitiva sul mercato;
- ▶ ricerca costantemente e conserva l'equilibrio tra l'aspetto imprenditoriale e lo spirito di partecipazione, mutualità e solidarietà;
- ▶ rappresenta un'articolazione tra i bisogni della Comunità locale e le istituzioni pubbliche e private, creando e potenziando relazioni e integrazioni;
- ▶ mira a conseguire e mantenere elevati standard di qualità per la soddisfazione della Committenza e dell'utenza;
- ▶ si avvale di personale qualificato, del quale cura con particolare attenzione la motivazione e la predisposizione di un contesto di benessere lavorativo, ricercandone e stimolandone il coinvolgimento attivo;
- ▶ riserva attenzione alle proposte che giungono dai soci, ponendosi in ascolto delle istanze e delle aspirazioni personali;
- ▶ impronta le sue scelte progettuali, gestionali e operative alla massima collaborazione, trasparenza e integrità etica rispetto alle Istituzioni e a tutti i soggetti coinvolti, a vario titolo, nell'erogazione dei servizi e nella realizzazione dei progetti.

I **valori** che orientano le scelte della cooperativa Anteo e che tutti i lavoratori si impegnano a rendere operativi nella quotidianità sono i seguenti:

- ▶ la comunicazione autentica per la costruzione di relazioni significative con l'altro;
- ▶ la promozione della salute e del benessere;
- ▶ il potenziamento dell'autonomia e del potere contrattuale della persona;
- ▶ il riconoscimento della diversità e la valorizzazione delle differenze individuali;
- ▶ la trasparenza;
- ▶ il lavoro di rete.

I servizi che Anteo progetta e gestisce in favore di minori, adulti, anziani e disabili sono:

- ▶ strutture residenziali per anziani;
- ▶ strutture residenziali e semiresidenziali per pazienti psichiatrici;
- ▶ strutture residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità;

- ▶ assistenza a domicilio per anziani, portatori di handicap, malati terminali e famiglie multiproblematiche;
- ▶ integrazione lavorativa di soggetti emarginati;
- ▶ attività educative e riabilitative rivolte a persone con disabilità;
- ▶ servizi rivolti alla riduzione del danno nell'ambito delle tossicodipendenze;
- ▶ strutture e progetti di accoglienza per persone senza fissa dimora.

In data 1° gennaio 2019, Anteo ha acquisito **Saman Servizi**, cooperativa sociale laica e senza fini di lucro impegnata, dalla fine degli anni '70, a livello nazionale, nell'accoglienza di persone in stato di fragilità sociale, specializzatasi nei decenni di attività nell'accoglienza di persone in stato di consumo e/o abuso di sostanze psicotrope e nel trattamento residenziale a carattere squisitamente terapeutico.

Saman Servizi ha gestito strutture residenziali in Sicilia, Puglia, Emilia Romagna, Lombardia e alcuni progetti sociali anche in Lazio e Campania, nonché i servizi specializzati di accoglienza e analisi della domanda, denominati "Centri Filtro per l'Accoglienza" e ubicati a Milano, Roma, Napoli, Apricena (FG), Sant'Alberto (RA) e Erice (TP). Nel tentativo di cogliere le domande sociali dei diversi territori, attraverso analisi del fenomeno di consumo e abuso di droghe e delle relative esigenze terapeutiche, nonché i cambiamenti sociali, culturali e soprattutto economici intervenuti nei vari contesti, Saman ha strutturato e proposto diversi percorsi di trattamento terapeutico e progetti sociali. Essi hanno assunto, negli anni, presso ciascuna struttura, delle forti caratterizzazioni su base territoriale, costruendo un'esperienza significativa e puntuale nell'ambito del trattamento delle dipendenze e sviluppando moduli specialistici nel trattamento di alcol e poliassunzione e comorbidità psichiatrica.

Anteo intende accogliere e sviluppare le scelte già avviate da Saman nella direzione di una organizzazione di tipo consortile, in grado di coordinare e integrare le diverse realtà già esistenti. In particolare, sarà rafforzato l'orientamento all'inclusione sociale, attraverso il reinserimento socio-lavorativo di persone in condizione di disuguaglianza di opportunità reali nel provvedere, in modo autonomo, ai propri bisogni materiali e immateriali.

La **mission** dell'Ente Gestore nel contesto in esame vede coinvolti tutti i soci lavoratori e volontari che operano nelle unità di offerta accreditate sul territorio nazionale nell'obiettivo comune di implementare in modo attivo, creativo, concreto e responsabile una **cultura della partecipazione attiva, della integrazione sociale e sussidiarietà** per la **promozione della salute** e del **benessere bio-psicosociale** attraverso interventi mirati a carattere terapeutico e riabilitativo.

MODALITÀ DI ACCESSO, PERMANENZA E DIMISSIONE DAL SERVIZIO

a. ACCESSO

L'ammissione in Comunità avviene previo colloquio preliminare con il referente del Centro Filtro per l'Accoglienza, in accordo con il Ser.D o altro servizio inviante. Possono essere necessari più colloqui per definire il Progetto Terapeutico di Base più consono a ciascun Utente. I soggetti detenuti effettuano i colloqui presso l'Istituto Penitenziario con l'Operatore del Centro Filtro per l'Accoglienza: la Comunità riserva agli Utenti che arrivano in regime di restrizione della libertà un numero massimo di posti pari a 5, purché non siano eccedenti ad un terzo del numero complessivo degli Ospiti presenti in quel momento.

Le modalità di permanenza in Struttura sono definite dal Responsabile del Centro Filtro in accordo con il Responsabile della Comunità, con la supervisione del Referente Clinico Area Dipendenze nei casi in cui emergano criticità o ambiguità diagnostiche, in particolare nella fase di invio.

Comprovata l'esistenza dei requisiti necessari all'ammissione (requisiti psicologici, relazionali, amministrativo-burocratici e anche relativi a condizioni di salute fisica non compromesse da gravi patologie), l'Utente viene inserito nella **lista d'attesa** secondo un criterio cronologico (tenendo anche conto dei bisogni del territorio di competenza dell'ASL) e viene informato, al pari del Servizio Inviante, sulla tempistica relativa al suo inserimento in Struttura.

I tempi di inserimento sono subordinati, oltre che a quanto previsto dalla lista d'attesa, anche al completamento dei colloqui di accoglienza e alla produzione della documentazione richiesta (analisi del sangue, certificato di residenza, certificato di tossicodipendenza, impegno spesa del Ser.D).

Sulla base dei dati emersi e della valutazione effettuata, il Centro Filtro per l'Accoglienza propone agli Utenti/Ospiti il **Progetto Terapeutico di Base Intenso "Sperimentazione Sociale"**, finalizzato all'accompagnamento all'uscita.

La scelta viene effettuata e sottoscritta a cura del Responsabile del Centro Filtro di Accoglienza, del referente dell'ente inviante e dell'Utente/Ospite stesso. Si tratta di un documento di raccordo fra il Centro Filtro di Accoglienza e la Comunità. In questa fase è possibile una prima individualizzazione, prodromica rispetto alla stesura dei **Progetti Individualizzati** veri e propri che saranno strutturati entro 30 giorni dalla data di ingresso in Comunità.

È possibile prevedere delle visite guidate alla Struttura, concordandolo preventivamente con il referente del Centro di Accoglienza di invio e il Responsabile della Comunità stessa.

Gli **ingressi** vengono effettuati preferibilmente il lunedì o il martedì, al fine di garantire il trattamento farmacologico e la presa in carico del soggetto da parte del Ser.D del Distretto competente per territorio. Per poter essere accolto secondo le modalità stabilite dalle procedure interne alla Comunità, è importante che l'Utente effettui l'ingresso entro e non oltre le ore 15.00, nei giorni indicati.

L'accesso alla Comunità è subordinato a:

- ▶ conoscenza e sottoscrizione, da parte dell'Utente/Ospite, al momento dell'ingresso, di un **Patto Terapeutico**, che viene spiegato dall'Educatore in turno che si occupa della fase di accoglienza e in cui sono esplicitate le condizioni del suo accordo con la Struttura, le norme e le regole principali, nonché la modulistica sulla privacy: l'Utente/Ospite è chiamato a firmare tale Patto impegnandosi a rispettarlo;
- ▶ presenza anche in UdO della **certificazione di tossicodipendenza** e del **piano farmacologico a mantenimento**, laddove previsto, con timbro e firma del Medico/Servizio inviante;
- ▶ originale del **Progetto Terapeutico di Base** firmato presso il Centro Filtro di Accoglienza, sul quale apporre la firma a cura del Responsabile della Comunità, durante il colloquio di accoglienza dedicato.

I dati personali vengono inseriti sia nel "**Registro Presenze**", sia in una cartella personale che, unitamente al Modulo Clinico, al Patto Terapeutico, al Progetto Terapeutico di Base e alla registrazione puntuale dei momenti significativi e di ogni prestazione offerta, andranno a costituire il **Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario (FaSAS)** di ciascun Ospite.

b. PERMANENZA

Dopo il colloquio di accoglienza con il Responsabile di Comunità e con l'Educatore in turno al momento dell'ingresso, si avvia un periodo di osservazione dell'Ospite della durata di 7 giorni finalizzata all'individuazione delle due figure di riferimento previste per tutti gli Ospiti, vale a dire l'**Educatore Case Manager** e lo **Psicologo**; in tale periodo, è previsto anche il primo colloquio con il **Medico Psichiatra** e l'**Infermiere**. Questa articolata presa in carico rappresenta una specificità del nostro modello gestionale, che consente una valutazione puntuale e approfondita fin dall'avvio del percorso.

I soggetti coinvolti nei primi 30 giorni dall'ingresso, in completa condivisione con l'Ospite, hanno il compito di individuare, elaborare e mettere per iscritto le aree di intervento con i relativi obiettivi individualizzati (**Progetto Individualizzato – PI**). Seguirà l'elaborazione della **Pianificazione Educativa degli Interventi (PEI)**, con la definizione delle strategie, con relativi tempi e attività di realizzazione. Le figure menzionate garantiscono pertanto l'avanzamento del programma, la verifica degli obiettivi, la documentazione delle fasi realizzate, lo svolgimento di momenti di valutazione, il mantenimento dei contatti con la famiglia e i servizi sociosanitari. L'avanzamento nel programma terapeutico ed il raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti sono costantemente monitorati in sede condivisa di riunione di équipe a cadenza settimanale e,

laddove utile, in sede di supervisione, oltre che con il Referente del Centro Filtro d'Accoglienza e con il Servizio Inviante, tramite aggiornamento scritto ("**Relazione di aggiornamento percorso**").

I programmi realizzati sono suddivisi in **fasi**, in modo tale da consentire una costante valutazione e ridefinizione del percorso terapeutico, laddove utile, per ogni singolo Utente.

Al termine di ogni fase è prevista una **verifica** degli obiettivi raggiunti, in équipe e poi con l'Ospite stesso. Alla luce di tal verifica, i tempi previsti potranno subire variazioni ed essere ulteriormente individualizzati e personalizzati.

Ulteriori momenti di verifica sono previsti con il Centro Filtro per l'Accoglienza e con i Servizi Inviati, attraverso incontri di rete e/o aggiornamenti telefonici, tramite e-mail e relazioni d'aggiornamento.

Si tratta di un **lavoro integrato** molto importante, che caratterizza il nostro modello: solo l'aggiornamento continuo con i Servizi Inviati e il Centro Filtro per l'Accoglienza di riferimento può sancire il passaggio alla fase progettuale successiva per l'Ospite oppure la sua ulteriore permanenza nella fase precedente, finalizzata al raggiungimento di obiettivi riconosciuti come essenziali. In quest'ultimo caso, si prevede l'avvio di una revisione del progetto iniziale in accordo con il Ser.D, sulla base dei nuovi bisogni emersi o delle difficoltà e/o resistenze manifestate dall'Ospite rispetto alla sperimentazione reale di un cambiamento nel modo di vivere e stare nei propri contesti relazionali d'appartenenza.

Tutte le persone operanti nella struttura sono tenute a mantenere il **segreto professionale**; è pertanto vietato riportare, all'infuori degli ambiti convenzionali (équipe, riunioni, supervisioni), qualsiasi informazione relativa alle situazioni personali degli Ospiti, nonché rilasciare informazioni ad altri, parenti compresi, senza prima aver avviato una consultazione con relativo permesso rilasciato dall'interessato.

La **terapia farmacologica** concordata con il Ser.D inviante viene assunta tramite autosomministrazione giornaliera direttamente in Comunità, sotto il monitoraggio del Ser.D competente per territorio e attraverso un costante raccordo con il Medico Psichiatra che collabora con la Struttura.

Gli Ospiti possono manifestare il loro **grado di soddisfazione** per il programma e/o per la gestione complessiva sia attraverso incontri individuali con il Responsabile della Struttura sia attraverso il "Questionario di Soddisfazione Utenti" somministrato periodicamente e compilabile in forma anonima; è inoltre sempre possibile utilizzare schede predisposte per esprimere apprezzamenti o al contrario per riportare delle segnalazioni e dei reclami circa disservizi.

Ogni segnalazione viene analizzata singolarmente; sia le segnalazioni sia i risultati statistici ricavati dall'analisi dei questionari vengono condivisi con l'équipe, in modo da poter garantire agli Utenti una restituzione individuale (nel caso delle segnalazioni e dei reclami, entro 15 giorni) e

collettiva (nel caso dei questionari non nominativi, la cui somministrazione avviene mediamente a cadenza annuale e la cui restituzione avviene entro 45 giorni).

Il Responsabile della Comunità Terapeutica ha il compito di raccogliere tutti i dati ed allegarli alla sintesi descrittiva che annualmente invia alla Sede della cooperativa.

Ha inoltre il compito di pianificare, coordinandosi con il referente clinico di area, gli interventi di miglioramento e di risoluzione delle criticità rilevate.

I contatti con i familiari e/o con i caregiver (visite e telefonate) seguiranno, in corso di permanenza, l'andamento dei tempi e obiettivi previsti dal progetto terapeutico individualizzato dell'Ospite.

c. DIMISSIONE

Le dimissioni vengono stabilite dal Responsabile della Comunità e dal Responsabile del Centro Filtro per l'Accoglienza, in pieno accordo con l'Ente Inviante, alla luce delle indicazioni delle figure di riferimento del singolo Ospite (Educatore Case Manager, Psicologo e Medico Psichiatra e Infermiere), nonché dell'intera équipe multidisciplinare.

Di norma, le dimissioni vengono pianificate quando si considerano raggiunti gli obiettivi esplicitati dal Progetto Individualizzato (PI) dell'Ospite. In particolare, le dimissioni dalla Struttura possono rappresentare il termine del programma o il termine di una fase del programma, con raggiungimento positivo, totale o parziale, degli obiettivi. La conclusione del programma stesso può consistere nello svincolo dalla Comunità e accompagnamento sul territorio oppure nel trasferimento ad altra struttura per proseguire il percorso residenziale secondo ulteriori obiettivi (es.: reinserimento socio-lavorativo, unità abitative protette, ecc.). Nel caso in cui le dimissioni avvengano per trasferimento presso altra struttura, l'équipe invierà la relazione conclusiva del percorso alla struttura accogliente. Nel caso di trasferimento presso altra Comunità/UdO o di accompagnamento sul territorio, viene sempre garantita la continuità dell'assistenza e la presa in carico integrata del soggetto, in coordinamento con il servizio di pertinenza.

Le **dimissioni anticipate** dalla Struttura possono essere effettuate nelle situazioni in cui l'Ospite esprime la volontà di interrompere il percorso, nonostante parere contrario dell'équipe. Prima di procedere alla dimissione, la scelta viene discussa insieme al Responsabile della Struttura, al Responsabile del Centro Filtro di Accoglienza e all'équipe del Servizio Inviante. Invece, in caso di interruzione del programma, l'Utente viene invitato a firmare la **rescissione del patto terapeutico**.

Di concerto con il Ser.D di riferimento, si realizzerà, qualora possibile, un nuovo passaggio nel Centro Filtro per l'Accoglienza, nell'ambito del quale verranno affrontati gli elementi di crisi che hanno portato all'abbandono della Comunità e verrà valutata la possibilità di un nuovo ingresso; che non avverrà necessariamente nella stessa struttura.

I motivi di **allontanamento immediato** (espulsione) dalla struttura comunitaria rientrano nelle seguenti due categorie: 1. introduzione, detenzione, uso di sostanze psicotrope, nonché coinvolgimento di terzi nell'abuso delle sostanze stesse; 2. utilizzo di violenza contro persone (Utenti o Educatori) o cose.

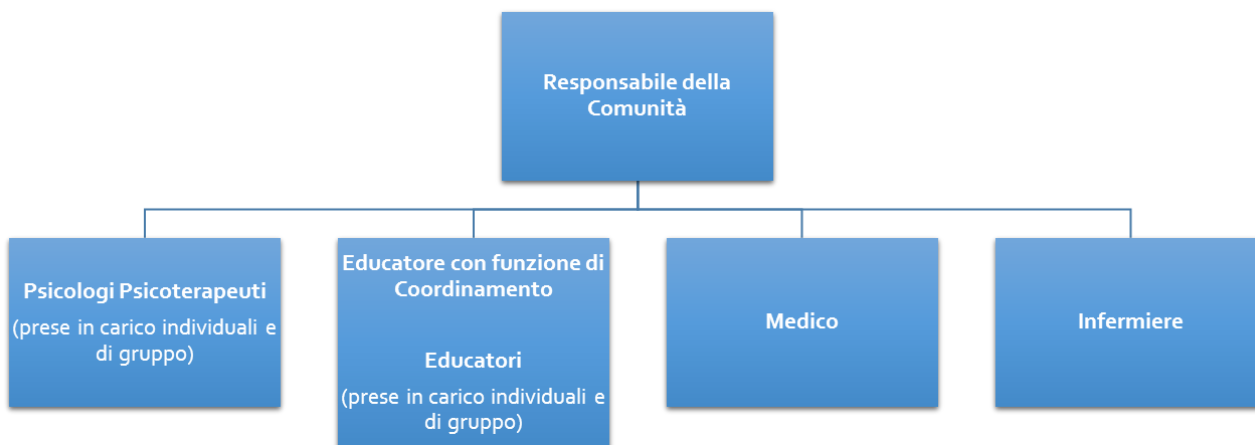
L'Utente al momento delle dimissioni riceve una relazione scritta, sintetica ma esaustiva, circa il percorso effettuato; tale documento contiene informazioni circa lo stato di salute al momento delle dimissioni, i trattamenti effettuati, l'eventuale indicazione di trattamenti successivi consigliati e le informazioni utili al proseguimento del percorso assistenziale.

Per ogni altra documentazione sociosanitaria o per il rilascio di una sua copia, l'accesso è possibile all'Ospite in dimissione solo se richiesta per iscritto da parte dello stesso; di norma, tale rilascio avviene entro 30 giorni dalla richiesta.

In caso invece di dimissioni, con espulsione e/o interruzione volontaria da parte dell'Utente, tale relazione non è prevista. L'utente potrà in ogni caso richiedere per iscritto il rilascio di copia della documentazione socio-sanitaria che sarà rilasciata secondo i tempi sopracitati.

ORGANIGRAMMA DELLA COMUNITÀ "ERICE"

L'équipe multiprofessionale è composta da personale specializzato e qualificato e si articola come raffigurato.



Nei limiti di quanto previsto dalla Normativa Regionale parte delle figure professionali potranno essere rese da personale volontario.

Il modello applicato presso la Struttura in esame prevede l'interazione fra l'équipe e il Referente Clinico Area Dipendenze, che gioca un ruolo fondamentale per l'organizzazione e la realizzazione del modello stesso; spettano, infatti, a tale figura la funzione di collante terapeutico all'interno dei protocolli di cura ed accoglienza in relazione all'identità dell'organizzazione.

L'équipe multidisciplinare si avvale, a cadenza programmata, di norma mensile, del supporto di una **Supervisione Clinica**, garantita da un professionista esterno.

La struttura si avvale anche della collaborazione di **volontari** e/o **tirocinanti** appartenenti a strutture universitarie territoriali convenzionate.

Inoltre, l'équipe multidisciplinare si raccorda con gli **Uffici di Sede Anteo**.

LE PAROLE CHIAVE DEL SAPERE, SAPER FARE E SAPER ESSERE "COMUNITÀ"

RUOLO DEI CENTRI FILTRO PER L'ACCOGLIENZA NELL'ANALISI DELLA DOMANDA

I Centri Filtro per l'Accoglienza accolgono le domande di Utenti che intendono seguire il programma terapeutico a regime residenziale, attraverso una serie di colloqui a carattere motivazionale e di orientamento, con finalità diagnostiche, che si caratterizzano per la funzione di filtro. Tali colloqui sono effettuati da uno Psicologo che, in collaborazione con l'équipe psico-educativa e il Ser.D inviante, definisce i percorsi del Progetto Terapeutico di Base, valutando la struttura più idonea ad accogliere la persona.

Tale attività, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente in materia di dipendenze, viene effettuata in collaborazione con le strutture pubbliche.

LIVELLI MULTIPLI D'INTERVENTO

La nostra attenzione è rivolta a più fattori interdipendenti, secondo un **modello biopsicosociale** di intervento, che agiscono contemporaneamente: fattori fisiologico-biologici, fattori sociali, fattori culturali, caratteristiche di personalità, qualità dei rapporti di ogni singolo individuo nell'ambito familiare, relazionale, affettivo-sentimentale. Ogni percorso in Comunità, perciò, è un percorso che non può non tener conto delle numerose variabili in gioco e quindi lavorare a diversi livelli, capaci di una integrazione mente-corpo (visione olistica della persona).

Ciascun Ospite avrà a disposizione nello specifico due figure di riferimento, un Educatore e uno Psicologo Psicoterapeuta, che assieme alla persona definiranno gli obiettivi specifici e quali soggetti coinvolgere attivamente nel tempo (rete sociale, amicale, familiare, dei servizi). Se inserito in un percorso specialistico, oltre alle due figure sopracitate, l'Ospite ha a disposizione anche lo Psichiatra di riferimento interno alla Struttura e la consulenza infermieristica.

I livelli d'intervento della "presa in carico" prevedono dimensioni e attività differenti: **(1) un livello individuale**, con l'attivazione delle figure di riferimento; **(2) un livello grupale**, attraverso attività in piccoli gruppi; **(3) un livello comunitario** con attività e momenti ricreativi e di socializzazione con la rete allargata di amicizie e legami costruiti nel tempo, dentro e fuori la Comunità.

APPROCCIO

La tossicodipendenza viene letta come un "epifenomeno", "sintomo", qualcosa che permette di agire un comportamento con effetti pragmatici su tutto l'ecosistema di appartenenza dell'individuo, che appare piuttosto come "comportamento fuori controllo". Il percorso terapeutico implicherà perciò la riappropriazione del proprio comportamento (di scelta) tramite

un processo di inserimento all'interno di una cornice contestuale e quindi relazionale più ampia, che permetta di percepirlo come dotato di significato e quindi modificabile.

Si propone infine una logica educativa, che pur passando attraverso il controllo esterno, promuove lo sviluppo di processi interni di autoregolazione e di capacità di scelta nei contesti relazionali d'appartenenza.

GIOCO

I rapporti interpersonali e quelli che intercorrono tra persone e cose sono mediati dall'attività simbolica, ossia organizzati attraverso il linguaggio; il linguaggio, sia esso fatto di parole, di segni o di gesti, assume nella quotidianità della vita comunitaria **un alto valore simbolico di gioco** e quindi di possibilità di sperimentare ruoli e modalità differenti di stare con sé stessi e con gli altri, sviluppando nuove linee narrative della propria esistenza a partendo da nuovi presupposti.

RECIPROCIÀ

Il modello di Comunità terapeutica che proponiamo intende essere un ponte tra il sistema familiare e quello sociale, ricco di attraversamenti di significati, emozioni e relazioni capaci di essere pensati e ripensati.

La logica unilaterale dell'essere amato, curato e sostenuto propria di un sistema familiare deve essere trasformata ed evolvere attraverso il lavoro terapeutico in una **logica della reciprocità**, dell'interscambio affettivo, economico e sociale. In questo senso, la Comunità non è il sostituto della famiglia d'origine o attuale, non si sovrappone ad essa, ma è una struttura terapeutica che compie le funzioni del "terzo", ossia del differenziatore. La **funzione del terzo** deve presentarsi come un chiaro sistema di riferimento diverso da quello familiare nei suoi livelli, da quello etico, a quello ludico e relazionale più ampio.

FOLLOW UP - INCONTRI CON LA FAMIGLIA

Sono previsti dei periodici colloqui psicologici di **verifica post programma** (a 6 e a 12 mesi, di norma), rivolti a quei soggetti che sono giunti al termine del programma e hanno affrontato lo svincolo dalla Comunità. Agli Utenti viene inoltre offerta la possibilità di potere usufruire di un supporto psicologico tramite **colloqui di sostegno individuali, di coppia o familiari, a cadenza quindicinale/mensile, anche dopo il termine del proprio programma**. Tale supporto viene generalmente organizzato dal Centro Filtro per l'Accoglienza, previo appuntamento e con l'applicazione di tariffe agevolate. In genere, queste situazioni hanno visto il coinvolgimento attivo del gruppo allargato d'appartenenza (coppia, famiglia) già durante il percorso comunitario.

Gli incontri con i familiari e/o altre persone significative (caregiver) possono aver luogo già a partire dal secondo/terzo mese dall'inserimento in Struttura (percorso classico) e dopo la prima fase (in caso di Modulo Specialistico), con lo scopo di inserire i membri del nucleo familiare ed altre persone significative all'interno del percorso riabilitativo dell'Utente, permettendo l'emersione e la conseguente elaborazione delle dinamiche relazionali disfunzionali.

METODOLOGIA, FINALITÀ E STRUMENTI

FINALITÀ PRINCIPALI

Le finalità principali individuabili nel percorso presso la Comunità "Erice" sono:

1. effettuare un percorso di psicoterapia e supporto psicologico;
2. riattivare o implementare processi, percorsi o spazi di maggior autonomia di scelta;
3. riprendere il proprio spazio di soggetto, capace di agire e partecipare attivamente a ciò che accade attorno a sé;
4. implementare l'area progettuale sostenibile ("che cosa posso fare?");
5. facilitare un atteggiamento di apertura verso l'esterno e quindi attivare le potenzialità relazionali di ciascuno.

MODELLO D'INTERVENTO

Tutti gli ingressi sono gestiti dai **Centri Filtri per l'Accoglienza** che seguono l'Utente lungo tutte le fasi del percorso terapeutico scelto, a partire da finalità generali definite attraverso i progetti terapeutici di base offerti dalla nostra struttura.

Ogni percorso terapeutico, attraverso un accompagnamento educativo e psicoterapeutico, prevede la costruzione poi di un **progetto personale di vita** dell'Ospite, che è parte attiva in un processo nel quale gli Operatori giocano il ruolo di strumenti di facilitazione e di significazione nel qui ed ora degli accadimenti. Nell'ambito del progetto personale e quindi individualizzato, l'Ospite può far emergere, sperimentare e/o implementare le proprie competenze relazionali.

Ogni momento/fatto quotidiano diventa rilevante e significativo, quindi spunto e occasione per lavorare su aspetti di sé e del proprio modo di relazionarsi, rispetto all'emergere di un possibile comportamento funzionale perché maggiormente adattivo rispetto ai propri sistemi di riferimento. La **relazione** diviene perciò modello, contesto di intervento, strumento stesso di trasformazione e quindi "prodotto".

Per fare questo, vengono definitivi gli **obiettivi individualizzati**, ritenuti rilevanti rispetto al proprio percorso di cambiamento dall'Ospite stesso, attraverso il supporto tecnico dell'equipe multidisciplinare, che a partire dalle specificità di ruolo dei singoli professionisti e operatori coinvolti, integrano gli elementi significativi raccolti nella fase di ingresso (relazioni di invio, anamnesi completa) con l'osservazione effettuata durante i primi trenta giorni di permanenza in struttura.

La stesura del **Progetto Individualizzato (PI)** avviene quindi congiuntamente con l'Ospite ed è condivisa con i Servizi Inviati (committenti); potrà interessare le seguenti **aree di intervento**:

- ▶ **psicoeducativa**, intesa come lo sviluppo di pensieri sul percorso e su di sé, nonché sulle proprie modalità relazionali;
- ▶ **sociale**, intesa come sviluppo della rete affettiva e dei servizi disponibili; la casa e/o il lavoro vengono intesi, in questo contesto, come categorie utili alla gestione di processi di autonomia sia affettiva sia economica;
- ▶ **sanitaria**, intesa come monitoraggio dello stato di salute generale e mantenimento degli eventuali piani farmacologici in corso;
- ▶ **legale**, qualora vi fossero misure alternative alla detenzione e il coinvolgimento dei servizi territoriali di competenza, come l'UEPE.

Dal **Progetto Individualizzato (PI)** discende la **Pianificazione Educativa degli Interventi (PEI)**, che consiste nell'individuazione di una o più aree di intervento, insieme all'Ospite stesso, e la conseguente declinazione degli obiettivi specifici misurabili, nonché delle strategie, le azioni, tempi di realizzazione, a cura dell'équipe multidisciplinare.

Le linee guida di ogni programma-percorso privilegiano e mantengono comunque in primo piano l'obiettivo dell'**assunzione di responsabilità da parte dell'Ospite rispetto al percorso intrapreso, al proprio stato di salute, nonché di co-responsabilità rispetto alla convivenza comunitaria**.

L'Educatore di riferimento è il tramite tra équipe, Servizi Inviati e Ospite. Egli opera tramite il lavoro di gestione del caso (**Case Manager**) per giungere alla identificazione di aspetti significativi, documentati attraverso la cartella clinica personale: il metodo osservativo gli consente di cogliere elementi riguardanti il comportamento visibile messo in atto durante la permanenza in Struttura; è inoltre chiamato a considerare aspetti come il contesto affettivo e/o familiare di provenienza, il contesto sociale e lavorativo, nonché elementi riguardanti gli aspetti di gestione amministrativo-finanziaria, quelli medico-sanitari rilevanti e quelli legali qualora presenti. La funzione del Case Manager viene svolta a stretto contatto non soltanto con lo Psicologo Psicoterapeuta di riferimento dell'Ospite stesso e con lo Psichiatra e l'Infermiere.

Dare all'Ospite delle regole e dei "compiti educativi" significa consentirgli di allenarsi ad esplicitare le proprie modalità di gestire aspetti difficoltosi nel *qui ed ora* dell'incontro con gli altri significativi e non, di riflettere su tali elementi e di elaborare lungo tutto il percorso modalità relazionali funzionali al contesto comunitario e quindi sociale più ampio, esterno.

Il percorso educativo è sostenuto continuativamente da un percorso parallelo e d'integrazione completa sul piano terapeutico ad opera dello Psicologo Psicoterapeuta di riferimento. In particolare, questa figura focalizza il proprio intervento sui seguenti aspetti:

1. la conoscenza che l'Ospite possiede della propria modalità di relazionarsi e l'attraversamento, con processi di risignificazione, della propria storia personale (biografia);
2. l'elaborazione continua del proprio modo di "stare/non stare" in relazione (in gruppo e/o in una relazione duale, in primo luogo con gli Operatori di riferimento);
3. il lavoro su di una definizione del sé che permetta, quando è necessario, l'elaborazione della distanza o frattura emotiva con la famiglia d'origine o successiva e/o con figure di riferimento e l'elaborazione di uno svincolo reale.

Il percorso educativo sulle regole procederà pertanto di pari passo con il lavoro terapeutico di consapevolezza del proprio bisogno di aiuto e sua elaborazione, con il conseguente affidamento al terapeuta e quindi alla Struttura. Il timore nel rapporto con l'esterno, i frequenti vissuti di inadeguatezza nelle relazioni interpersonali, la mancanza di una progettualità reale, il rapporto ed i richiami ad un sistema familiare a volte incapace di riconoscere i cambiamenti, non ancora pronto a riconoscere uno svincolo o al contrario espulsivo, sono tra i temi e vissuti più frequenti su cui si lavora a livello psicoterapeutico.

STRUMENTI PRINCIPALI

I livelli di lavoro attraverso il Gruppo Équipe

Sono programmati differenti momenti di incontro e di lavoro collegiale, su diversi livelli:

1. l'équipe multidisciplinare al completo si riunisce a cadenza settimanale per la **riunione d'équipe** con il Responsabile della Comunità; tale riunione ha una durata massima di 4 ore, in relazione alle tematiche da trattare;
2. l'équipe dello staff educativo si riunisce a cadenza settimanale per il **briefing organizzativo** con il Responsabile della Comunità; tale incontro ha una durata media di un'ora;
3. l'équipe multidisciplinare si riunisce a cadenza mensile con il Supervisore per l'analisi dei casi clinici, con particolare riferimento a quelli più problematici.

I livelli di lavoro attraverso il Gruppo Ospiti

Sono programmati differenti momenti di lavoro, su diversi livelli:

1. counseling e psicoterapia individuale con lo Psicologo Psicoterapeuta (colloquio settimanale con il terapeuta di riferimento);
2. intervento educativo (colloquio settimanale formale e informale con l'Educatore di riferimento);
3. gruppi di espressione verbale e gruppi di terapia psico-corporea;
4. attività di meditazione;
5. attività ludico ricreative e uscite di socializzazione, divertimento e condivisione, che prevedono il coinvolgimento dei famigliari o caregiver e altri soggetti del territorio (associazionismo locale e gli enti di cittadinanza attiva)

6. attività di formazione e professionalizzazione sia internamente alla Comunità sia all'esterno (es. tirocini lavorativi, stage in collaborazione con enti pubblici e privati del territorio)
7. attività di educazione alla salute con il coinvolgimento di figure esperte del territorio.

PROGETTI TERAPEUTICI DI BASE

Di seguito, la descrizione delle caratteristiche essenziali dei Progetti Terapeutici di Base che vengono proposti agli Ospiti presso la Struttura in esame. Ulteriori informazioni e delucidazioni possono essere richieste dai Servizi e/o dai cittadini ai Referenti dei Centri Filtro per l'Accoglienza dislocati sul territorio nazionale, attraverso contatti telefonici o email.

PROGETTO TERAPEUTICO DI BASE 1 - SPERIMENTAZIONE SOCIALE

DURATA: 12 mesi

Il programma è centrato sull'accompagnamento verso l'uscita dopo il lavoro psicologico individuale e di gruppo svolto durante la permanenza in altre Strutture, anche facenti capo ad altri Enti Gestori, in fase intensiva. La Comunità di Erice è, infatti, l'unica realtà presente in Sicilia che adotta questa tipologia di programma ed è per tale motivo che viene data la possibilità ad altri Enti Gestori di poter inviare i propri ospiti ad intraprendere l'ultimo segmento di percorso terapeutico, ovvero il reinserimento socio-lavorativo, presso tale Struttura.

In Comunità, l'Ospite si trova al centro di un intreccio di relazioni e vissuti emotivi che configurano la Comunità stessa come una "base sicura" da cui si dovrà svincolare nel tempo, dopo aver sperimentato l'esperienza di un rapporto di fiducia e affidamento. Il percorso terapeutico si struttura complessivamente in fasi che hanno come filo conduttore l'attenzione ai vissuti emotivi e alle dinamiche personali e relazionali dell'Ospite, dentro la Comunità (IN) e fuori dalla stessa (OUT). L'Ospite passerà da un tempo nel quale il setting è intensivo e assolutamente destrutturante, ad un tempo nel quale lo spazio comunitario apparirà più strutturato e perciò rassicurante. L'Ospite comincerà, così, a muoversi più autonomamente, provandosi in piccole responsabilità e sperimentando la propria capacità di reggere lo stress e le frustrazioni.

Ciascuna fase può essere prolungata nel tempo qualora si avvertisse la necessità di permanere in una fase di chiusura dall'esterno (relazionali, sociali, amicali e familiari) e quindi di maggiore regressione ad una posizione di forte affidamento all'équipe, utile ad esprimere, elaborare e poi associare vissuti costruttivi alle relazioni significative.

Fase 1. Osservazione e Costruzione della relazione d'aiuto attraverso una chiusura dal mondo esterno – durata: 1 mese

Il primo periodo di permanenza nella Struttura, come descritto, è dedicato alla "presa in carico" dell'Ospite. Si instaura la relazione terapeutica ed educativa e l'Ospite viene responsabilizzato rispetto alle scelte per il suo prossimo futuro, diventando gradualmente protagonista del suo progetto di vita. Si tratta di un periodo di grande intensità emotiva che segna, per gli invii interni ed esterni, il passaggio da una Comunità più strutturata nei tempi e nelle attività e con ritmi elevati, ad una Comunità in cui si favoriscono maggiormente l'autonomia e la capacità di organizzazione personale. Ciò può risultare inizialmente destabilizzante e generare il bisogno di un periodo di adattamento e di "allenamento" prima che quelli che inizialmente vengono vissuti come "tempi morti" e generano ansia divengano spazi da utilizzare per sé.

La conclusione di questo primo periodo si traduce concretamente nella stesura del **Progetto Individualizzato (PI)**, che rende l'Ospite "operatore di se stesso", attraverso la definizione di tempi e modalità di realizzazione della progettualità. In questa fase non sono previste né uscite, né l'utilizzo del telefono cellulare o altre apparecchiature elettroniche.

Fase 2. Lavori protetti – Sperimentazione uscite – durata: 3 mesi

Il passaggio alla seconda fase del programma avviene dopo la verifica della prima fase d'osservazione e rappresenta l'inizio di una fase sperimentale in cui l'osservazione stessa si sposta in ambiti più allargati.

Si prevede per l'Ospite la possibilità di usufruire di uscite dalla struttura al fine di socializzare e familiarizzare con l'esterno. La verifica sarà gradualmente, quindi, sempre più proiettata verso sperimentazioni al di fuori dei confini della Comunità: ci saranno permessi di verifica da trascorrere all'esterno e contemporaneamente avverrà una maggiore responsabilizzazione sia all'interno che all'esterno della struttura.

Agli Ospiti vengono affidati dei **lavori protetti retribuiti** (pulizie di uffici, prestazioni d'opera di vario genere), la cui gestione sarà monitorata dall'équipe.

Gli Ospiti della Comunità, inoltre, grazie ad una rete di partenariati e collaborazioni strutturate negli anni, vengono costantemente coinvolti in diverse attività orientate all'**integrazione sociale** (es.: attività nel settore agricolo e/o con realtà scolastiche locali e/o in occasione di eventi culturali e sportivi per promuovere la prevenzione dell'uso di sostanze, la lotta alla micro e macrocriminalità, ecc.).

Gli Ospiti hanno anche la possibilità di portare a termine l'eventuale percorso di **studi** interrotto e di frequentare corsi per il conseguimento del diploma di scuola media inferiore o superiore. Si cerca inoltre di favorire la **formazione professionale**, attraverso la collaborazione con agenzie formative del territorio.

Il timore del rapporto con l'esterno, i frequenti vissuti di inadeguatezza nelle relazioni interpersonali, la mancanza di una progettualità reale, il rapporto e i "richiami" di un sistema familiare/sociale rischioso sono tra i temi ed i vissuti più frequenti del lavoro terapeutico. Ulteriori temi abitualmente affrontati in questa fase: craving, relazione con l'alcol, gestione economica, socializzazione, responsabilità lavorativa, affettività, sessualità, ecc.

Fase 3. Fase ricerca lavoro – durata: 2 mesi

Nella fase di ricerca del lavoro, ha inizio una vera e propria "prova del nove" nella quale l'Ospite si scontra con le proprie problematiche, le difficoltà riscontrate in Comunità e quelle sociali o familiari e si verifica con una modalità maggiormente realistica. Spesso l'Ospite vive l'esperienza "illuminante" in cui scopre la relazione tra consapevolezza dei propri limiti e consapevolezza delle proprie risorse. Si tratta di una fase molto delicata, in cui il sostegno terapeutico ed educativo torna nuovamente a farsi sentire di più e assume la forma dell'accompagnamento alla ricerca del lavoro e di un maggiore sostegno durante le uscite di socializzazione. Nel caso di un prolungamento della ricerca del lavoro (4-6 mesi), in accordo con il Centro Filtro per l'Accoglienza e i Servizi invianti si procederà alla rivalutazione del programma intrapreso, con possibilità di

continuazione, trasferimento o chiusura del progetto.

Fase 4. Fase lavoro esterno - durata personalizzata

Se la ricerca di lavoro ha avuto esito positivo, è prevista una fase di sperimentazione lavorativa esterna, di durata variabile, su piano individuale. Tale fase prepara allo svincolo dalla Comunità, attraverso una personalizzazione degli obiettivi (scelta del territorio, ricerca casa, ecc.), e alla conclusione del programma terapeutico. In questa fase si può usufruire di appartamenti protetti, se disponibili.

Durante la fase di sperimentazione lavorativa esterna, la verifica si concentra sulla capacità di tenuta delle responsabilità, della relazione con l'esterno, dell'autonomia, dell'equilibrio tra bisogni e limiti in relazione al rapporto vita comunitaria/vita esterna. Attraverso il riconoscimento delle competenze e delle risorse emerse, degli obiettivi raggiunti e dei successi ottenuti, è possibile preparare un progetto di uscita concordato con l'Ospite.

È la fase in cui l'Ospite valuta la possibilità di ritornare nel proprio territorio e, nel caso in cui opti per questa soluzione, viene sostenuto e guidato dagli Educatori.

PROGETTO TERAPEUTICO DI BASE 2 – SCELTA ZERO GRADI

MODULO SPECIALISTICO PER ALCOL O POLIASSUNZIONE

Durata: 12 mesi

FASI

L'accreditamento del servizio di trattamento specialistico per alcol e polidipendenti è il naturale sviluppo della sperimentazione iniziata nei primi anni Duemila con il progetto "Alcolismo e luoghi di cura", quale programma ad alta specializzazione per il trattamento degli alcolisti.

Il Servizio ha integrato e sviluppato l'esperienza acquisita in merito ai percorsi di trattamento alcologico con quella relativa ad altre forme di abuso di sostanze psicotrope, strutturando una specializzazione per il Modulo Alcol che prevede:

- A) livelli di interventi multipli, capaci di lavorare sull'individuo anche attraverso i gruppi;
- B) livelli di lavoro dall'alto valore educativo (attraverso settori di lavoro ruoli e compiti diversificati per responsabilità) sostenuti da livelli di lavoro squisitamente psicoterapeutico, e monitoraggio continuo dello stato di salute più in generale, con il Medico di Base, l'Infermiere e lo Psichiatra;
- B) percorsi altamente individualizzati e personalizzati, capaci di prevedere tempi personalizzati ed evoluzioni di programma sulla base delle reali risorse oltre che interne all'individuo, anche esterne; nonché percorsi con tempi più lunghi (fino a 18 mesi);
- C) un coinvolgimento diretto del singolo Ospite e, laddove sostenibile e verificabile, della rete familiare, amicale e dei servizi, attraverso sperimentazioni in contesti lavorativi funzionali all'autoefficacia.

La proposta progettuale si rivolge agli Ospiti alcolisti per i quali l'alcol ha invaso la propria vita relazionale più di ogni altro abuso di sostanza (poliassunzione).

Il progetto consiste in un **percorso giornaliero in cui l'Utente viene controllato nel percorso astinenziale, per poter sviluppare nel tempo un processo interno di autoregolazione; l'obiettivo è il mantenimento dell'astinenza una volta fuori dalla Comunità.**

La Comunità "Erice" non permette al suo interno alcun tipo di bevanda alcolica. La giornata dell'Ospite alcolista è organizzata per compiti specifici, con tempi e attività regolari.

Per quanto concerne le **figure specializzate coinvolte**, il programma per ogni singolo Ospite è monitorato costantemente da uno Psicoterapeuta di riferimento individuale ad orientamento sistemico-relazionale, da uno Psicoterapeuta dei gruppi terapeutici, e da un Educatore di riferimento che svolge anche il ruolo di *Case Manager* e rappresenta l'interlocutore principale del Servizio Inviante che ha in carico il paziente, oltre al Centro Filtro per l'Accoglienza referente dell'invio. Ulteriori figure specializzate previste per il modulo alcol sono l'Infermiere e lo Psichiatra, collaboratori interni alla Struttura.

Le **finalità generali** del progetto terapeutico sono:

1. conoscenza del problema dipendenza alcolica;

2. mantenimento e consolidamento dell'astinenza dall'assunzione di bevande alcoliche;
3. rafforzamento degli aspetti motivazionali all'astinenza;
4. ri-orientamento delle relazioni familiari e sociali;
5. costruzione e consolidamento di divieti interni ed esterni necessari per il mantenimento dell'astinenza (Processo di Autoregolazione).

La **durata complessiva del percorso** è di 12 mesi, suddivisi in micro-progetti consequenziali, ciascuno della durata di 4 mesi, con obiettivi specifici.

Il progetto terapeutico viene presentato dagli Operatori del servizio territoriale all'Utente e/o ai suoi familiari; quando il paziente si presenta presso il Centro Filtro per l'Accoglienza, viene invitato a firmarlo. L'Utente lo porta con sé fino all'arrivo in Comunità, dove viene controfirmato dal Responsabile della Struttura, una volta effettuato il colloquio d'accoglienza. Nella stessa occasione vengono spiegate le regole che l'Utente è tenuto ad osservare all'interno della Comunità e viene proposto alla firma per accettazione il Patto Terapeutico. Progetto terapeutico con programma di massima e patto terapeutico con l'insieme delle regole base da rispettare costituiscono il Contratto di ingresso dell'Ospite.

Da questo momento in poi il progetto terapeutico sotto forma di programma e il patto terapeutico con regole, firmati da tutte le parti coinvolte attivamente, entreranno a far parte del FaSAS.

Durante le tappe del percorso, gli operatori dei servizi territoriali che hanno in carico l'Utente/Ospite monitorano il percorso comunitario attraverso specifiche riunioni con gli Operatori, presso i servizi o presso la sede della Comunità, relazioni d'aggiornamento e colloqui per email o telefonici costanti con l'operatore di riferimento (Case Manager). Se il medico del servizio di riferimento ha prescritto all'alcolista specifiche terapie avversivanti è compito degli operatori della Comunità rispettare il programma (anche ritualistico) concordato con il servizio per l'assunzione della terapia stessa da parte del paziente.

Entro i **primi 30 gg. verrà stilato il Piano Individualizzato (PI)** attraverso il coinvolgimento attivo dell'Utente stesso. Questo costituirà di fatto il primo passo più importante verso l'individualizzazione del lavoro con l'Ospite stesso. Lo stesso PI potrà ovviamente subire ulteriori modifiche solo ed esclusivamente per l'intercorrere di eventi specifici importanti e capaci di far rivalutare o integrare gli obiettivi principali sui quali impegnare le risorse interne ed esterne dell'Ospite e di eventuali servizi territoriali. Per la buona riuscita ed efficacia del PI si ritiene indispensabile raccogliere tutte le informazioni prima possibile, per questo sarà indispensabile che l'entrata dell'Ospite in Struttura venga preceduta dalla condivisione in equipe di una *Relazione di Invio con diagnosi, storia e motivazioni, stilata dal Servizio Inviante*.

AREE DI PRESTAZIONE PER IL TRATTAMENTO SPECIALISTICO PER ALCOL E POLIDIPENDENTI IN SINTESI:

Tali aree possono essere così sintetizzate:

1. la fase progettuale dei singoli percorsi si fonda su criteri di valutazioni multidisciplinari che comprende competenze psicoterapeutiche, psicologiche, educative, mediche e psichiatriche;
2. vengono offerte prestazioni di carattere psicologico sia individuale sia di gruppo, di carattere medico e di carattere educativo;
3. attività educativo-riabilitative, svolte con cadenze differenziate (giornaliere e settimanali), fanno sì che l'Ospite fruisca di una giornata organizzata in compiti e ruoli specifici con tempi e attività regolari; i compiti spaziano tra le cure di sé e del proprio spazio vitale e la partecipazione attiva alla vita comunitaria attraverso l'inserimento nei gruppi di lavoro suddivisi per settori: pulizia casa, cucina, lavanderia, orto e giardino e manutenzione casa; ciascun Ospite svolgerà inizialmente il ruolo del facente parte del gruppo di lavoro stesso; successivamente sarà responsabile del gruppo dei pari corrispondente ad uno dei settori; fino ad arrivare ad assumere la posizione di "supervisor" dei gruppi di lavoro e relativi responsabili di settore;
4. per l'Ospite vi è l'obbligo di partecipare ad alcune attività imprescindibili e specifiche, concordate dagli Operatori in sede di équipe e inserite nella programmazione interna, come i gruppi del mattino, quello serale e i due gruppi terapeutici settimanali previsti dal Modulo Specialistico; vengono inoltre calendarizzati gruppi esperienziali su dinamiche gruppali e relazioni familiari.

A quanto sopra dettagliato si aggiungono le attività settimanali previste e calendarizzate per tutti gli Ospiti della Comunità, partecipanti ad altri percorsi.

ORARI E ATTIVITÀ

IL RITMO DELLA GIORNATA

Orario	Attività
6.30	Sveglia per gli addetti alla colazione
7.00	Sveglia per tutti
7.30/8.00	Colazione
8.00/8.30	Terapie / ritiro prodotti / consegna indumenti in lavanderia
8.30/11.00	Attività di gruppo e individuali
11.00/11.30	Break
11.30/12.45	Ripresa attività di gruppo e individuali
12.45	Fine attività e riordino
13.00/14.00	Pranzo
14.00/14.30	Terapie / ritiro prodotti / consegna indumenti in lavanderia
14.30/15.00	Free time
15.00/17.00	Attività di gruppo e individuali
17.00/17.30	Break
17.30/18.45	Ripresa attività di gruppo e individuali
18.45	Fine attività e riordino
19.00/20.00	Free time
20.00/21.00	Cena
21.00/21.30	Terapie / attività serali
21.30/23.00	Attività di socializzazione e free time
23.00	Riposo notturno: la "buonanotte a tutti i naviganti"
23.15	Radio e luci spente in tutta la Comunità

Rispetto alla giornata-tipo sopra delineata, sono previste alcune variazioni per il sabato pomeriggio e i giorni festivi.

Previo accordo con il Responsabile della Comunità, è prevista la possibilità di effettuare visite in Struttura.

Le visite e i contatti con i familiari seguono la specificità dei progetti degli Ospiti.

Sommario

INDIRIZZI E RECAPITI	1
TIPOLOGIA UTENZA ACCOLTA	2
VALORI E MISSION DEL SERVIZIO	3
MODALITÀ DI ACCESSO, PERMANENZA E DIMISSIONE DAL SERVIZIO	5
ORGANIGRAMMA DELLA COMUNITÀ "ERICE"	10
LE PAROLE CHIAVE DEL SAPERE, SAPER FARE E SAPER ESSERE "COMUNITÀ"	11
METODOLOGIA, FINALITÀ E STRUMENTI	13
PROGETTI TERAPEUTICI DI BASE	17
PROGETTO TERAPEUTICO DI BASE 1 - SPERIMENTAZIONE SOCIALE	17
PROGETTO TERAPEUTICO DI BASE 2 – SCELTA ZERO GRADI	20
ORARI E ATTIVITÀ	23