

Carta dei Servizi 2020

Comunità Residenziale Terapeutico-
Riabilitativa

“VILLA CILLA”
Sant’Alberto (RA)

REV. 02 _Aggiornamento gennaio 2020

INDIRIZZI E RECAPITI

Comunità Residenziale Terapeutico-Riabilitativa "Villa Cilla"

Via Basilica, 158 – 48020 Sant'Alberto (RA)

Telefono/fax: 0544 528464

E-mail: comunita.ravenna@gruppoanteo.it

Come arrivare

in treno: stazione di Ravenna;

in autostrada: A/14 uscita Cesena-Roma, tangenziale Ravenna Nord direzione Ferrara, uscita Sant'Alberto

in aereo: aeroporto di Bologna o Rimini

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

ASL COMPETENTE: ASL della Città di Ravenna.

La Struttura ha una disponibilità di n. 25 posti complessivi, articolati come segue:

- n. 15 posti per Ospiti tossicodipendenti;
- n. 10 posti per Ospiti con diagnosi di comorbidità psichiatrica.

Fascia definita dal Fondo Sanitario Regionale	Retta giornaliera IVA 5% compresa
Terapeutico Riabilitativo Residenziale	€ 75,92
Modulo Specialistico per comorbidità psichiatrica (doppia diagnosi)	€ 116,94

SOGGETTI INVIANI: la richiesta di inserimento in Struttura può provenire da Tribunali, Case Circondariali, Comuni, CSM (Centro Salute Mentale)/DSM (Dipartimento Salute Mentale), comunemente 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.) e l'avallo/indicazione da parte dello stesso Servizio della necessità del progetto terapeutico da intraprendere. 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, persone con disabilità, 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 di doppia diagnosi o qualora emergano criticità o ambiguità diagnostiche 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 uno dei seguenti **Progetti Terapeutici di Base**:

- ▶ *Progetto Terapeutico di Base Intenso "Ritrovare se stesso"*: si tratta di un percorso di disintossicazione e riabilitazione dall'abuso di sostanze psicotrope;
- ▶ *Progetto Terapeutico di Base Intenso e Specialistico "Il filo smarrito"*: si tratta di un percorso dedicato a Utenti con comorbidità psichiatrica (doppia diagnosi);
- ▶ *Progetto Terapeutico di Base Specifico Breve sulle Ricadute, "Dal Surfista al Capo Indiano"*: si tratta di un percorso legato alle situazioni di ricadute o intoppo.

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**, 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 Scheda Anamnestica e Profilo Descrittivo, al Patto Terapeutico, al Progetto Terapeutico di Base e alla registrazione puntuale dei momenti significativi e di ogni prestazione offerta (es.: colloquio settimanale, visita specialistica, ecc.), 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 Care Manager** e lo **Psicologo**; in tale periodo per gli ingressi da Modulo Specialistico, 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, attraverso un costante raccordo con il Medico Psichiatra interno alla 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 Area Dipendenze, 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 Care Manager, Psicologo ed eventuali 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. In caso di interruzione del programma, invece, 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, verbale e/o fisica, 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 "VILLA CILLA"

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



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. Per Utenti che presentano una comorbidità psichiatrica o una dipendenza da alcol e rischi alcol-correlati, la procedura d'accoglienza viene inoltre supervisionata dal Referente Clinico Area Dipendenze.

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 gruppale**, 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 percepirla come dotata 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 "Villa Cilla" sono:

1. recuperare sul piano psicofisico;
2. recuperare il proprio ritmo di vita quotidiana (sonno-veglia, regolarità dell'alimentazione) e la cura di sé (igiene personale) e del proprio ambiente;
3. realizzare una compensazione psicologica e psichiatrica;
4. effettuare un percorso di psicoterapia e supporto psicologico;
5. facilitare una maggior consapevolezza di Sé attraverso la conoscenza del proprio corpo e del proprio respiro;
6. riattivare o implementare processi, percorsi o spazi di maggior autonomia di scelta;
7. riprendere il proprio spazio di soggetto, capace di agire e partecipare attivamente a ciò che accade attorno a sé;
8. implementare l'area progettuale sostenibile ("che cosa posso fare?");
9. elaborare o sviluppare le modalità di accadimento differenti da quelle sperimentate lungo la crescita;
10. 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 Struttura (vedi oltre).

Ogni percorso terapeutico, attraverso un accompagnamento educativo e psicoterapeutico, prevede la costruzione 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 sue 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; in tal modo si può cogliere l'emergere di possibili comportamenti funzionali in quanto maggiormente adattivi rispetto ai propri sistemi di riferimento. La **relazione** diviene quindi modello, contesto di intervento, strumento stesso di trasformazione e quindi "prodotto".

Nella direzione indicata, vengono definitivi gli **obiettivi individualizzati**, ritenuti rilevanti rispetto al proprio percorso di cambiamento dall'Ospite stesso; tale processo avviene attraverso il supporto tecnico dei professionisti dell'équipe multidisciplinare, che, ciascuno nel proprio ruolo e nell'ambito delle proprie competenze, integrano gli elementi significativi raccolti nella fase

d'ingresso (diagnosi, relazioni di invio, anamnesi completa) con l'osservazione effettuata durante i primi 30 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, nonché presa in carico della gestione di eventuali piani farmacologici previsti in presenza di patologie croniche e non e/o di natura psichiatrica, nonché di eventuali piani di disintossicazione da sostanze psicotrope con l'adozione di farmaci sostitutivi;
- ▶ **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.

Il modello applicato presso la Struttura in esame prevede una particolare attenzione rispetto alla presa in carico di Ospiti che presentano una comorbidità psichiatrica o una dipendenza da alcol e rischi alcol-correlati; 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 (**Care 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 Care Manager viene svolta a stretto contatto non soltanto con lo Psicologo Psicoterapeuta di riferimento dell'Ospite stesso e, anche nei casi di comorbidità psichiatrica o una dipendenza da alcol e rischi alcol-correlati, 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:

- ▶ la conoscenza che l'Ospite possiede della propria modalità di relazionarsi e l'attraversamento, con processi di risignificazione, della propria storia personale (biografia);
- ▶ 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);
- ▶ 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. terapia individuale, visite specialistiche, modulazione trattamento farmacologico con lo Psichiatra, visita e monitoraggio con l'Infermiere;
4. gruppi terapeutici;
5. gruppi di espressione verbale e gruppi di terapia psico-corporea;
6. attività di meditazione;
7. attività ludico ricreative e uscite di socializzazione, divertimento e condivisione.

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 e-mail.

PROGETTO TERAPEUTICO DI BASE 1 - RITROVARE SE STESSO

MODULO CLASSICO

Durata: 12 mesi

Si tratta di un programma tradizionale centrato sul lavoro psicologico individuale, attraverso il gruppo e la meditazione. 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 svincolarsi nel tempo, dopo aver vissuto l'esperienza di un rapporto di fiducia e affidamento. Il percorso terapeutico si struttura in tre 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 (OUT). L'Ospite passerà da un tempo nel quale il setting è intensivo, ma assolutamente destrutturante, ad un tempo nel quale lo spazio comunitario apparirà più strutturato e perciò rassicurante. Potrà così iniziare a muoversi più autonomamente, sperimentandosi nella gestione delle piccole responsabilità e nella capacità di reggere lo stress e le frustrazioni.

Fase 1. Osservazione e Costruzione della relazione d'aiuto – durata: 1 mese

Il primo periodo di permanenza nella Struttura è dedicato alla "presa in carico" dell'Ospite. Il primo mese, in particolare, è finalizzato all'accoglienza e alla reciproca conoscenza, volte a favorire una reale integrazione nel contesto comunitario. È il momento in cui gli Operatori lavorano per facilitare l'instaurarsi di una relazione terapeutica in senso ampio, creando i raccordi con la famiglia, i colleghi della sede di provenienza dell'Ospite (nel caso di invio da altra struttura) e gli Operatori dei servizi socio-sanitari di riferimento, in un'ottica di condivisione. È la fase nella quale si responsabilizza l'Ospite rispetto alle scelte per il suo prossimo futuro, mettendolo al centro del suo progetto di vita, e si valuta la possibilità di un lavoro psicoterapeutico con la famiglia dell'Ospite.

L'impostazione del lavoro prevede:

1. un piano di disintossicazione, associato in una prima fase a terapie farmacologiche sostitutive che saranno poi oggetto di scalaggio;
2. una parte di attività organizzate, alternate a momenti di tempo libero per favorire l'autonomia e la capacità di organizzazione personale;
3. l'impostazione e la stesura da parte dell'Educatore insieme all'Ospite e all'intera équipe multidisciplinare del Progetto Educativo Individualizzato.

Tale fase di reale *chiusura* rispetto al mondo esterno e alle possibili relazioni con esso è indispensabile, in quanto è in grado di determinare significativamente l'andamento successivo di

tutto il cammino che il singolo Ospite intende realmente intraprendere. L'Ospite deve affidarsi agli Operatori, figure strategiche con le quali confrontarsi quotidianamente (rapporto duale) e avrà modo di instaurare relazioni significative sia con gli Operatori sia con il gruppo dei pari (rapporto multiplo). Il gruppo allargato degli Ospiti fungerà da attivatore esso stesso per una partecipazione attiva alla vita comunitaria. Il gruppo dà senso anche al periodo di *chiusura* in Comunità in quanto offerta di protezione per tutto il periodo comunitario, spazio di rispecchiamento e confronto continuo e luogo ulteriore di confronto ed elaborazione dei vissuti associati all'uso/abuso di sostanze stupefacenti (in un'ottica di educazione tra pari tra adulti).

Questa fase come quelle successive, seppure per motivazioni e obiettivi differenti, può essere prolungata nel tempo qualora si avvertisse la necessità di permanere in una fase di chiusura dall'esterno (relazioni 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 2. Integrazione nel contesto allargato. Graduale responsabilizzazione ed apertura all'esterno attraverso anche la ripresa di contatti familiari o con persone ritenute significative – durata: 9 mesi

Il passaggio alla seconda fase del programma avviene gradualmente: si tratta di un'apertura rispetto al mondo esterno, attraverso una ripresa dei contatti con i contesti principali d'appartenenza (amicali e/o familiari) e una sperimentazione protetta a livello lavorativo (abilità concrete). Questa fase rappresenta il passaggio ad una maggiore responsabilizzazione per l'Ospite.

L'Ospite può ricevere due visite mensili della famiglia o da parte di altre persone per lui significative. Contemporaneamente viene responsabilizzato sia all'interno della struttura sia all'esterno, attraverso l'affidamento di lavori da svolgersi dentro o all'esterno della Comunità (lavori protetti, alla presenza di un Operatore).

La sperimentazione lavorativa esterna (lavori protetti) si concentra sulle capacità di tenuta della responsabilità, della relazione con l'esterno, dell'autonomia, dell'equilibrio tra bisogni e limiti in relazione alla vita comunitaria/vita esterna, e rappresenta un cambiamento delicato, poiché richiede agli Ospiti di impegnarsi di più nel rimanere aderenti al programma terapeutico e, allo stesso tempo, di misurarsi con ciò che si trova al di fuori della Comunità. In questa fase, il soggetto si trova al centro di un intreccio ulteriore di relazioni e vissuti emotivi che configurano la Comunità stessa come una base sicura dalla quale svincolarsi in modo funzionale. Proprio per la complessa esposizione a più livelli di relazioni importanti, l'inserimento eventuale nei lavori protetti non è automatico ed è perciò a discrezione della équipe multidisciplinare.

Fase 3. Conclusione del percorso terapeutico e svincolo– durata: 2 mesi

Attraverso il riconoscimento delle competenze, delle risorse emerse e degli obiettivi raggiunti è possibile preparare con la persona un progetto condiviso di uscita dalla Comunità.

Si lavora sulla preparazione dello svincolo dalla Comunità e dunque sulla conclusione del programma terapeutico per un periodo della durata minima di 2 mesi. Il passaggio è consequenziale al buon esito della verifica della fase precedente, quindi nessun passaggio o step alla fase finale è scontato e automatico.

Ogni svincolo prevede un accompagnamento sul territorio in piena collaborazione con il Servizio Inviante, a supporto reciproco.

PROGETTO TERAPEUTICO DI BASE 2 - IL FILO SMARRITO

MODULO SPECIALISTICO PER TRATTAMENTO SPECIALISTICO PER COMORBILTÀ PSICHIATRICA (DOPPIA DIAGNOSI)

Durata: 1-18 mesi

L'accreditamento del servizio di trattamento specialistico per comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi) prevede:

- ▶ livelli di interventi multipli, capaci di lavorare sull'individuo anche attraverso i gruppi;
- ▶ livelli di lavoro di elevato valore educativo (attraverso settori di lavoro, ruoli e compiti diversificati per responsabilità) sostenuti da un lavoro squisitamente psicoterapeutico e monitoraggio continuo dello stato di salute generale, attraverso il Medico di base, l'Infermiere e lo Psichiatra interno;
- ▶ 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;
- ▶ percorsi con tempi più lunghi (fino a 18 mesi);
- ▶ coinvolgimento nel lavoro, laddove sostenibile e verificabile.

La nostra proposta consiste in un percorso giornaliero in cui l'inserimento dell'Ospite, nei vari contesti e setting comunitari, avviene gradualmente, anche se è necessario invitarlo a rendersi partecipe e operativo per entrare nel clima comunitario e lasciare quello interiorizzato della clinica o dell'ospedale o della strada.

L'Ospite usufruisce di una giornata organizzata in compiti specifici con tempi e attività costanti in base alle sue possibilità e alle sue risorse.

Per quanto concerne le **figure specializzate coinvolte**, il programma per ogni singolo Ospite in Comunità è monitorato costantemente da: uno Psicologo Psicoterapeuta di riferimento individuale; uno Psicologo Psicoterapeuta del gruppo terapeutico; un Educatore di riferimento che svolge anche il ruolo di Care Manager, ossia quello di interlocutore principale del Servizio Inviante, oltre che del Centro Filtro per l'Accoglienza d'invio; ulteriori figure specializzate previste per il Modulo Specialistico sono l'Infermiere e lo Psichiatra, collaboratori interni alla struttura.

Le **finalità generali** del Progetto Terapeutico di Base in esame sono:

1. mantenimento e consolidamento dell'astinenza;
2. conoscenza del problema dipendenza;
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 18 mesi, suddivisi in micro-progetti consequenziali, contenenti le finalità specifiche. Il progetto terapeutico d'ingresso verrà presentato dagli Operatori del servizio territoriale e sottoscritto dall'Ospite. All'ingresso in Struttura vengono spiegate le regole e sottoscritto per accettazione anche il patto terapeutico.

Durante le tappe del percorso, gli Operatori dei servizi territoriali che hanno in carico il paziente monitorano il percorso comunitario attraverso: specifiche riunioni con gli Operatori di Comunità, presso i Servizi o presso la sede della Comunità, relazioni d'aggiornamento e colloqui per e-mail o telefonici costanti con l'Educatore Care Manager). Laddove opportuno, è garantito il trattamento farmacologico, allo scopo di facilitare l'avvio e/ o il proseguimento del lavoro psicoterapico.

Entro i primi 30 giorni, inoltre, viene stilata la **Pianificazione Educativa degli Interventi (PEI)**, attraverso il coinvolgimento attivo dell'Ospite e la stesura degli obiettivi individualizzati, che potranno subire 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.

AREE DI PRESTAZIONE PER IL TRATTAMENTO SPECIALISTICO PER POLIDIPENDENTI E DOPPIA DIAGNOSI

Tali aree possono essere così sintetizzate:

1. la fase progettuale dei singoli progetti di base si fonda su criteri di valutazione multidisciplinare che comprendono competenze psicoterapeutiche, psicologiche, educative, mediche e psichiatriche;
2. vengono offerte prestazioni di carattere psicologico, di carattere medico e di carattere educativo, sia individuali sia di gruppo;
3. le attività educativo-riabilitative, svolte con cadenze differenziate (giornaliere e settimanali), fanno sì che l'Utente 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, laboratorio di ceramica, 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.

PROGETTO TERAPEUTICO DI BASE 3 - DAL SURFISTA AL CAPO INDIANO

MODULO BREVE RICADUTE

Durata: 4 mesi

Si tratta di un progetto d'intervento strategico ed integrato sulla ricaduta, inteso e breve.

L'immagine del *surfista* rappresenta la possibilità di surfare l'onda del "desiderio da sostanze" senza farsi travolgere dall'onda stessa.

Il *capo indiano* rappresenta il cambiamento che un "dipendente da sostanze" dovrà mettere in pratica, vale a dire un cambiamento a livello intra e interpersonale, familiare e sociale, una scelta che necessita di un rituale di passaggio, come era abituale presso i Nativi americani. Si tratta di un atto creativo ed efficace, in quanto si richiede all'Ospite di immaginare di "darsi un nuovo nome", come farebbe un fiero guerriero pellerossa, a simboleggiare una nuova capacità, ovvero modificare uno stile di vita precedente e scegliere di eliminare, ovvero "uccidere", la sostanza.

Il passaggio avviene con il supporto terapeutico di specialisti Psicoterapeuti, mediante l'applicazione di protocolli d'intervento specifici, brevi e mirati per un periodo massimo di 4 mesi, variabile solo in relazione a specifici bisogni dell'Ospite, che saranno presi in considerazione e valutati dall'équipe multidisciplinare.

Gli **strumenti** principali, gestiti dall'Educatore di riferimento (Care Manager), sono il colloquio clinico (a cadenza settimanale) e il diario delle ricadute (compilato puntualmente); il Care Manager viene coadiuvato dall'intera équipe, che coinvolgerà l'Ospite in attività individuali e gruppal mirate e individualizzate lungo l'intera settimana.

Per un buon equilibrio di movimenti e contenuti interni al gruppo allargato degli Ospiti, non sarà possibile prevedere più di 2/3 inserimenti in contemporanea nel Progetto di base per le ricadute. L'ingresso sarà soggetto a valutazione del Centro Filtro per l'Accoglienza sulla base del contestuale gruppo allargato presente in Comunità.

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 ed i contatti con i familiari seguono la specificità dei progetti degli Ospiti.

Allegato 1 - Questionario di Gradimento Ospiti Servizi Dipendenze

Gentile Utente,

attraverso questo questionario cerchiamo di comprendere il suo livello di soddisfazione rispetto al servizio di cui usufruisce. *Il questionario è anonimo e, se compilato, ci permetterà di migliorare la qualità dei servizi.*

DATA DI COMPILAZIONE: _____ **SERVIZIO:** _____

1. **Età:** ☐ da 19 a 30 anni ☐ da 31 a 44 anni ☐ 45 anni o più


2. **Da quanto tempo è utente di questa Struttura?**

























☐ meno di tre mesi ☐ da tre mesi a sei mesi ☐ oltre 6 mesi













3. **Chi sta compilando questo questionario?**

☐ l'Ospite ☐ l'Ospite con l'aiuto di un parente ☐ l'Ospite con altro aiuto

VALUTI I NOSTRI SERVIZI

 Insufficiente –  Sufficiente –  Buono –  Ottimo

A. La qualità delle cure e delle relazioni		Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
A1	Come valuta l'attenzione e l'ascolto dell'educatore di riferimento?				
A2	Come valuta l'attenzione e l'ascolto dello psicologo di riferimento?				
A3	Come valuta l'assistenza degli educatori più in generale?				
A4	Come valuta l'assistenza psichiatrica? (solo per gli Ospiti del modulo specialistico)				
A5	Come valuta l'assistenza degli infermieri? (solo per gli Ospiti del modulo specialistico)				
A6	Come valuta il cambiamento su di lei, sulla base delle attività e degli obiettivi che fino ad oggi ha portato avanti?				

B. Attività proposte e grado di coinvolgimento		Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
B1	Come valuta la condivisione con gli operatori di riferimento dei suoi impegni personali e gli obiettivi concordati sui quali lavorare?				
B2	Come valuta l'informazione ricevuta circa le decisioni prese rispetto all'andamento del suo percorso comunitario?				
B3	Come valuta le attività proposte (educative, terapeutiche, di socializzazione, ecc.) all'interno della Comunità rispetto allo svolgimento del suo percorso terapeutico?				

B4	In che misura si sente coinvolto nelle decisioni che riguardano il suo programma terapeutico?				
B5	Come valuta il suo coinvolgimento all'interno del Gruppo Ospiti?				
B6	Come valuta lo spazio e gli ambienti rispetto alle attività proposte?				

C. Ambiente: dalla pulizia al comfort degli spazi





















		Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
B1	Come valuta le pulizie dal punto di vista di presa di cura del proprio spazio vitale?				
B2	Come valuta le pulizie dal punto di vista dell'igiene?				
B3	Come valuta il comfort delle camere?				
B4	Come valuta il comfort degli spazi comuni?				
B5	Come valuta i mobili e il decoro della struttura?				
B6	Nella struttura esistono spazi in cui è possibile restare tranquilli?				

D. Il territorio

		Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
C1	Come valuta le attività svolte sul territorio (es.: <i>piscina, palestra, gite, proiezioni di film, laboratori, ecc.</i>)?				
C2	Come valuta la partecipazione delle persone esterne al Servizio, per le attività che ne prevedono la partecipazione?				
C3	Il servizio è frequentato da associazioni di volontariato o di promozione del territorio?				

E. Altro

		Insufficiente	Sufficiente	Buono	Ottimo
D1	Come valuta il confronto sulle regole e sul suo senso con il gruppo e con gli educatori?				
D2	Come valuta il sostegno offerto dall'equipe intera?				
D3	Come valuta la posizione in cui si trova il servizio?				

D4	Viene informato sul suo stato di salute?				
D5	Ritiene che venga garantita riservatezza rispetto ai suoi dati personali e alle notizie che la riguardano?				
D6	Come valuta il rapporto umano con il personale della struttura?				
D7	Se in passato ha espresso critiche o proposte, come sono state considerate?				
D8	In generale, in che misura è soddisfatto del servizio erogato in questo servizio?				

Grazie per la disponibilità e per la collaborazione!

La Direzione

Allegato 2 - Scheda di rilevazione apprezzamenti e reclami

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____

Tel./Cell. _____

Email _____

OGGETTO E MOTIVO DELL'APPREZZAMENTO O DEL RECLAMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Firma.....

Da consegnare al Responsabile della Comunità Terapeutica

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 "VILLA CILLA"	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 - RITROVARE SE STESSO	17
PROGETTO TERAPEUTICO DI BASE 2 - IL FILO SMARRITO	20
PROGETTO TERAPEUTICO DI BASE 3 - DAL SURFISTA AL CAPO INDIANO	22
ORARI E ATTIVITÀ	23
Allegato 1 - Questionario di Gradimento Ospiti Servizi Dipendenze	24
Allegato 2 - Scheda di rilevazione apprezzamenti e reclami	27