

Analisi delle risorse e delle criticità nella gestione dei percorsi riabilitativi nell'ambito delle Dipendenze Patologiche



L'AIRONE: una Comunità multi-modale complessa

PARMA 26 MAGGIO 2010

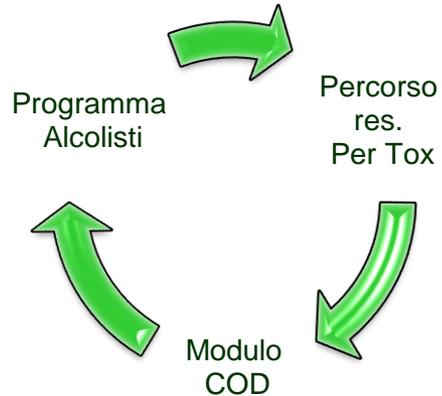


PRINCIPI ISPIRATORI

“Il mistero dell’uomo, la sua fragilità e la sua grandezza, i suoi limiti e le sue potenzialità, il suo eterno interrogarsi, ci interpellano. Il suo smarrimento, i suoi fallimenti, i suoi errori, il suo perdersi e il suo ritrovarsi sono anche la nostra storia. Partecipiamo appassionati alla sua lotta, alla sua fatica, alla sua sofferenza. Seguiamo con stupore e gioia il suo cambiamento. Camminiamo insieme nella stessa ricerca di senso. Abbiamo sete di giustizia, di bontà, di rinnovamento. Leggiamo iscritto nei suoi bisogni, nei suoi desideri, nelle sue aspirazioni e nelle sue idealità l’appello ineludibile a ciò che supera la nostra vita singola e la proietta verso la natura, il mondo e l’Altro. L’ascolto, l’empatia, il rispetto, l’onestà nei rapporti, l’amore responsabile, il prendersi cura, la condivisione, la compassione, il coinvolgimento nel cammino comune e la solidarietà ispirano le nostre motivazioni, animano il nostro operare verso gli orizzonti a cui tende il nostro essere e verso gli obiettivi che sono il fondamento del nostro agire: dare un senso alla propria esistenza, fare scelte coerenti, essere in grado di condividere con gli altri esperienze, valori, progetti e ideali.”

(Dal documento base della Federazione Italiana Comunità Terapeutiche FICT)

La Comunità Terapeutica Residenziale l'Airone



“La Comunità Terapeutica l'Airone” è definita struttura residenziale multi-modale complessa” in quanto al suo interno sono compresi i seguenti percorsi per un totale di 36 posti

L'Evoluzione del Fenomeno

L'evoluzione del fenomeno del disagio e delle dipendenze negli ultimi venti anni e la riflessione critica sulla propria attività ha portato il nostro Centro con la sua Comunità Terapeutica a differenziare il proprio programma terapeutico educativo in rapporto ai bisogni emergenti modulando i percorsi sulla pluralità delle domande. L'evidente complessità del fenomeno richiede un'attenzione e un intervento di rete da parte di tutti i soggetti socio-operativi presenti sul territorio per affrontare le nuove emergenze: l'offerta di alternative al carcere, la compatibilità di utenti con disturbi della personalità, i nuovi linguaggi di un disagio multietnico.

L'Evoluzione del Fenomeno 2

Giunge alla nostra osservazione, nell'attività per la riabilitazione di utenti tossico e alcol/dipendenti, con sempre maggiore evidenza un tipo di problematica complessa, caratterizzata da:

- tossicodipendenza di lunga durata e soprattutto poli-abuso di sostanze tipiche dell'utenza del passato (eroina e hashish), associate e ad eccitanti (nuove droghe e tipicamente cocaina per via iniettiva), psicofarmaci (benzodiazepine e altri farmaci che producono dipendenza) ed alcol.
- al precedente fenomeno si affiancano da una parte una maggiore espressione della sofferenza psichica, portato di individuabili strutture diagnostiche, soprattutto di natura personologica e legata a problematiche di ansia o depressive vere e proprie, di cui il poli-abuso è di fatto moltiplicatore.

L'Evoluzione del Fenomeno 3

- Di fronte a tale complessità di problematiche psichiche e sociali occorre necessariamente rispondere in modo articolato e individualizzato. Il servizio offre uno spazio, attraverso la Comunità Terapeutica, dove fermare l'affanno e consentire al disagio di esprimersi in modo da poter essere osservato e contenuto. L'obiettivo fondamentale per la gestione mirata di tale complessità è quella di sviluppare le potenzialità delle dinamiche di **gruppo** entro orizzonti partecipativi e **comunitari**, coinvolgendo il sistema **famigliare** e **sociale** di riferimento

Gli strumenti Fondamentali

- Il *gruppo* esprime e promuove la visione antropologica della persona come essere in relazione. Il fondamento del gruppo è l'auto-mutuo-aiuto e la sua azione è decisiva e fondamentale per la partecipazione del singolo alle dinamiche del cambiamento. E' al suo interno che la persona entra in un percorso di liberazione dalla dipendenza fino alla scoperta della dimensione relazionale

Gli strumenti Fondamentali 2

La *Comunità* è il contesto privilegiato entro cui ogni espressione o azione di gruppo ritrova i suoi contenuti valoriali e la successiva verifica.

Gli strumenti Fondamentali 3

- La *famiglia* ha un ruolo primario nel predisporre e attivare ogni intervento di natura globalmente educativa o rieducativa. I familiari sono a pieno titolo i *partner terapeutici*. Ogni avvicinamento al problema del disagio e della dipendenza, essendo centrato non sulle sostanze ma sulla persona, richiede, oltre alla identificazione dei suoi bisogni la conoscenza delle sue relazioni. E pertanto la dove è possibile, l'intervento socio-riabilitativo deve proporsi di attivare:

il coinvolgimento della famiglia in quanto portatrice di energie, contributi e collaborazioni, prima che di problematiche

la partecipazione del territorio come ambiente attraversato e animato da una rete di forze che possono utilmente concorrere a migliorare in senso generale ed effettivo la qualità del vivere

Il Modulo COD

- Struttura o modulo per persone dipendenti da sostanze d'abuso per le quali sono necessarie l'osservazione terapeutica e la diagnosi effettuate in ambiente protetto al fine dell'individuazione del percorso-terapeutico riabilitativo. Possono essere svolti interventi di disintossicazione e riduzione del danno finalizzati al compenso della situazione psico-fisica. Oltre ai requisiti generali specifici deve essere garantita la valutazione diagnostica multidisciplinare (psichiatra, medico, infermiere,educatore..) e l'assistenza medico specialistica per il trattamento dello stato di intossicazione. Deve essere garantita per l'assistenza la presenza di personale qualificato con titolo di infermiere o educatore professionale o equipollente. Deve essere garantita l'attività di supervisione degli operatori.

dalla DGR 23.02 2004 n. 327

L'avvio del processo di cura

L'osservazione all'interno di una struttura residenziale, favorisce l'individuazione delle caratteristiche principali della persona e consente di individuare il livello di competenza residua secondo alcune aree predefinite:

- competenze operative (capacità organizzative, tenuta nelle attività lavorative)
- competenze cognitive ed emozionali (esame di realtà, adattamento alle regole, gestione dell'ansia e della compulsività)
- competenze affettive e relazionali (socializzazione, gestione aggressività e della sessualità, rapporto con autorità)

L'avvio del processo di cura 2

- Gli strumenti principali dunque sono l'osservazione e la valutazione sanitaria per gli aspetti internistici, infettivologici e le valutazioni personologiche e psichiatriche, attraverso il colloquio diagnostico ed i tests, al fine di restituire in termini dotati di espressione verbale e comprensibilità gli elementi di sofferenza.

L' Osservazione

L'osservazione mira al riconoscimento delle competenze relazionali, delle risorse personali, familiari e sociali; all'individuazione dei nuclei più problematici nei vissuti individuali e nelle storie familiari; alla definizione delle capacità operative e di organizzazione; alla diagnosi di eventuali disturbi di personalità.

le parole chiave: Stabilizzazione, osservazione e diagnosi

Durante la permanenza in programma è prevista, congiuntamente con gli operatori di riferimento del Ser.T, una osservazione mirata alla valutazione del programma terapeutico più adeguato per il soggetto. E' importante sottolineare che l'eliminazione delle terapie sostitutive non è un obiettivo esclusivo e che lo scalare dei farmaci sostitutivi comporta una ridefinizione diagnostica ed una riformulazione del percorso successivo.

gli obiettivi generali del COD:

- **accogliere**
contesto ambientale e relazionale disponibile alla soddisfazione di alcuni bisogni primari, strutturato ma flessibile, in grado di adattarsi alle esigenze della persona tenendo conto della necessità di stabilità del gruppo
- **contenere**
tutela e protezione mediante strategie e regole condivise, condizioni indispensabili per il raggiungimento di un minimo di equilibrio personale
- **disintossicare**
no flebo, no ricoveri in day-hospital. Si terapia farmacologica sostitutiva con protocollo di disintossicazione definito in fase di ingresso esuccessivamente dal medico Ser.T inviante
- **elaborare una osservazione e valutazione diagnostica**
valutazione psicologica e psichiatrica
- **strutturare in collaborazione con il servizio inviante il percorso terapeutico successivo**
valutazione del percorso terapeutico più idoneo.

metodologia

- Le motivazioni che spingono all'ingresso le persone che arrivano al servizio sono generalmente legate all'emergenza e non alla consapevolezza e una volontà di una progettazione volta al cambiamento, perciò è compito della struttura quello di accogliere una domanda indistinta e produrre risposte immediate, creando al contempo le condizioni di una relazione d'aiuto che possa permettere la costituzione, attraverso l'elaborazione dei vissuti, di basi più solide per un eventuale cambiamento.
- Tempi di permanenza: **3 mesi** *con possibile rivalutazione*

metodologia 2

Questo approccio psico-educativo con il coinvolgimento dell'intero gruppo di residenti si sviluppa nell'arco dell'intera giornata attraverso:

- la gestione in prima persona della vita della casa (piccole resp. relativamente alle pulizie, cucina ecc.)
- la costruzione di una relazione chiara e non conflittuale con gli altri residenti e con gli operatori
- il rispetto reciproco e il rispetto e la condivisione delle regole
- la partecipazione attiva ai gruppi terapeutici, laboratori e altre attività proposte nella programmazione terapeutica.

PROGRAMMA RESIDENZIALE SPECIALISTICO PER ALCOLISTI

..“ riconosce al progetto “Comunità per soggetti alcol dipendenti” gestito dal Centro di Solidarietà l’Orizzonte Onlus di Parma, in via sperimentale, la qualità di struttura specialistica rientrante (per quanto compatibile) nella tipologia “Centro di osservazione e diagnosi”..

Da DGR-N.ro 2005/64

L'articolazione del programma

Il programma si struttura su tre specifici ambiti distinti tra loro:

- percorso per problematiche alcol correlate complesse
- livello comportamentale e motivazionale
- livello trattamentale Albatros



percorso per problematiche alcol correlate complesse

Il percorso è indicato per soggetti con problematiche alcol correlate che necessitino di una fase di assestamento psicofisico prima di poter intraprendere un percorso di recupero vero e proprio o per soggetti che al termine della fase di ricovero ospedaliero a tempo pieno, non siano ancora in grado di passare, per il prosieguo del trattamento, ad altra struttura o servizio, o per soggetti con difficoltà temporanea a provvedere compiutamente a sé stessi (mancanza di lavoro, residenza ecc..)

Tempi: 1-3 mesi ma con una valutazione soggettiva secondo la situazione sanitaria accertata

Metodologia:

approccio educativo-assistenziale con il coinvolgimento delle famiglie che si sviluppa nell'arco della giornata attraverso:

- la cura di sé e il recupero del proprio corpo
- lo svolgimento degli impegni personali per l'igiene personale e degli spazi affidati (camera letto compatibilmente con le proprie possibilità)
- rispetto reciproco e delle regole
- la partecipazione attiva alle proposte educative, assistenziali e ricreative proposte (compatibilmente con le proprie responsabilità)

Livello comportamentale e motivazionale

- A questo livello le persone hanno la possibilità di cominciare a modificare i propri comportamenti e di strutturare le proprie attività in maniera più vantaggiosa. Attraverso appositi gruppi d'incontro la persona può, attraverso il confronto e la condivisione delle proprie difficoltà, rivedere i propri comportamenti e riflettere sulle proprie motivazioni al cambiamento. Durante il periodo dell'inserimento si favorisce la costruzione di un clima facilitante l'integrazione in struttura e i processi di interazione tra utenti e operatori devono favorire il distacco dai precedenti parametri di vita e l'avvicinamento a nuove modalità relazionali.
- **Tempi: 3 mesi**; il percorso prevede la prosecuzione al livello trattamento mentale Albatros

Livello trattamentale Albatros

Il livello tratta mentale Albatros consente alle persone provenienti dal livello comport. e motiv. Di consolidare la motivazione all'astinenza alcolica e di acquisire una maggiore consapevolezza di sé attraverso l'approfondimento in appositi gruppi terapeutici, del proprio funzionamento e delle proprie dinamiche relazionali con una particolare attenzione a quelle familiari; consente inoltre una graduale sperimentazione con il contesto esterno alla comunità e ha funzione di raccordo e ponte per il successivo inserimento degli utenti nei gruppi di auto-aiuto territoriali per alcolisti.

Metodologia:

- approccio psico-educazionale con il coinvolgimento delle famiglie
- gestione in prima persona della vita della casa: turnazione responsabilità
- costruzione di relazioni chiare e non conflittuali con gli altri residenti e lo staff
- rispetto reciproco delle regole
- uso degli strumenti terapeutici
- somministrazione disulfiram nelle uscite
- **Tempi: 3 mesi**

Struttura residenziale a tipologia terapeutico-riabilitativa

- Sono strutture in cui l'intervento è personalizzato ed articolato in una serie di proposte terapeutiche e riabilitative individuali e di gruppo dettagliatamente descritte nel programma riabilitativo con possibilità di estensione al nucleo familiare dell'utente. La struttura accoglie pazienti con caratteristiche congruenti con il programma terapeutico, che non assumono sostanze d'abuso; ove ritenuti idonei al programma e comunque in assenza di controindicazioni, la struttura può accogliere utenti sottoposti a trattamenti farmacologici specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso. Oltre ai requisiti generali e specifici previsti per la normativa vigente, deve essere integrato nell'equipe prevista, personale in possesso del titolo di psicologo o psichiatra o iscritti all'albo psicologi-psicoterapeuti.
- Deve essere garantita l'assistenza medica generale per problemi che si possono manifestare durante la permanenza. Devono essere previste modalità per fornire il supporto psicologico individuale e/o di gruppo all'utente e, ove previsto ai familiari.
- Qualora si ricorra a personale volontario per garantire la reperibilità notturna in struttura questo deve essere in possesso di titoli di competenze per il trattamento delle tox acquisiti anche in affiancamento.
- Deve essere realizzato un audit clinico delle cause di interruzione che influiscono sull'efficacia della continuità dei trattamenti.
- Deve essere garantita l'attività di supervisione dell'equipe.

dalla DGR 23.02 2004 n. 327

IL PROGRAMMA RESIDENZIALE PER TOSSICODIPENDENTI

Si procede all'interno di una unicità di approccio educativo, alla differenziazione dei percorsi in base alla tipologia di utenti e ai tempi di permanenza concordati con i servizi. Gli ambiti di intervento si sviluppano e si strutturano in modo specifico in tre livelli:

- Comportamentale e motivazionale
- psicodinamico
- psicosociale

Livello 1 comportamentale e psicosociale

A questo livello le persone hanno la possibilità di cominciare a modificare i propri comportamenti. Attraverso appositi gruppi la persona può rivedere i propri comportamenti e riflettere sulle proprie motivazioni al cambiamento. Durante il periodo dell'inserimento si favoriscono l'integrazione in struttura e i processi di interazione funzionali a favorire il distacco dai precedenti parametri di vita e l'avvicinamento a nuove modalità relazionali.

Tempi: 3 mesi

Metodologia

- in termini operativi ciò comporta un'osservazione costante dei comportamenti quotidiani e delle caratteristiche di personalità, l'acquisizione di ulteriori informazioni relativamente alla situazione familiare, sociale e sanitaria della persona ed una costruzione graduale del livello di fiducia dell'utente verso i pari e gli operatori di riferimento volta al raggiungimento di un senso di appartenenza che consente l'instaurarsi di relazioni maggiormente autentiche.
- L'intervento degli operatori è quello, attraverso il prendersi cura quotidianamente dei propri utenti, di una motivazione relazionale, sensibilizzazione, motivazione e informazioni continue avvalendosi di specifici strumenti educativo-terapeutici

Livello 2 psicodinamico

A questo livello le persone hanno la possibilità di approfondire la conoscenza di sé acquisendo maggiore consapevolezza riguardo al proprio vissuto tossicomane ed in particolare al loro modo di stare in relazione con le sostanze stupefacenti, con le persone e con se stessi approfondendo ogni area di vita in un processo introspettivo favorito da appositi e specifici strumenti educativo-terapeutici e da una riduzione dei contatti con l'esterno.

Tempi: 9 mesi

Metodologia:

Essa verte sul quotidiano accompagnamento degli utenti verso un percorso di crescita personale e di gruppo mediante la condivisione dei vissuti, il coinvolgimento nella vita di comunità, il confronto tra le esperienze, la verifica costante del comportamento e l'analisi delle motivazioni sottostanti. Lo strumento cardine in questo processo è la relazione di auto e mutuo aiuto e la costante lettura delle dinamiche relazionali.

LIVELLO 3 psicosociale

- Le persone, una volta acquisita una sufficiente autonomia e consapevolezza delle proprie responsabilità, possono cominciare a sperimentarsi gradualmente, in maniera ancora protetta e strutturata fuori dalla Comunità e progredire verso il distacco da questa

Tempi: 6 mesi

Metodologia

Essa verte su una modalità relazionale “adulto-adulto”, è restituita infatti alla persona sempre più la responsabilità delle proprie scelte e dei propri comportamenti. La funzione e il supporto degli operatori è quella di accompagnare le persone nella fase di reinserimento sociale fungendo da punto di riferimento per un confronto ed una condivisione dei vissuti e delle problematiche impostati sulla fiducia reciproca.

Percorsi brevi

All'interno del percorso comunitario sono previsti anche percorsi brevi individualizzati specifici per:

- Soggetti ricaduti
- Soggetti che necessitano solo di un accompagnamento diurno

Il processo di cambiamento

“dar vita ai processi, mettere in movimento le cose perché qualcosa di migliore accada”

(F.Folgheraiter, '93)

CARATTERISTICHE DISTINTIVE DEL LAVORO DI COMUNITA'

Il modello di Comunità terapeutica a cui ci si riferisce è quello che integra alcuni elementi delle C.T. democratiche (Tom Main e Maxwell Jones) dove non vi è gerarchia e si considera il contributo dei pazienti come parte integrante del trattamento e della costruzione dell'alleanza terapeutica e elementi delle comunità comportamentali (C.Dederich Synanon) caratterizzati da una struttura gerarchica, basata su sistemi di ricompense e sanzioni e incontri di gruppo.

Caratteristiche comuni

Entrambi i modelli si prefiggono lo scopo di migliorare i comportamenti tramite l'incoraggiamento dei pazienti ad assumere responsabilità per sé e per gli altri, l'uscita dalla condizione di emarginazione attraverso il superamento del modello medico-paziente, la circolarità del setting e la richiesta di onestà e supporto del gruppo dei pari.

Lo specifico della C.T.

Uno dei contributi più importanti della Comunità Terapeutica al trattamento dei tossicodipendenti è rappresentato dalla sua struttura sociale. La sua forma organizzativa è nettamente diversa da quella delle altre istituzioni terapeutiche più tradizionali. Una Comunità terapeutica non ha un sistema di separazione e dualismo 'noi-loro':

- Autorità disciplinari / Detenuti
- Medico/Paziente
- Guaritori/Malati

(L.Yablonsky)

Caratteri imprescindibili

- 1. alleanza tra il singolo utente e lo staff degli operatori
- 2. comunità intesa come luogo in cui creare verifiche dinamiche per utilizzarle come fattore di trasformazione
- 3. mandato sociale, inteso come compito della comunità di curare e rieducare l'individuo
- 4. mandato terapeutico, nel senso di consentire all'individuo l'acquisizione di una identità sana e adulta, la capacità di ritornare nel contesto sociale dotato di maggiori competenze, abilità e soft skills, rispetto a quando è entrato nella comunità

La C.T. quale spazio protetto

La C.T. è uno spazio protetto e strutturato il quale, tramite il confronto e la condivisione delle proprie difficoltà e risorse, consente ai suoi ospiti di operare una profonda riflessione sulla propria situazione personale, sulle proprie dinamiche affettive e relazionali e di sperimentare un effettivo cambiamento di vita.

Attenzione alla quotidianità

1. La C.T. fornisce un tipo di trattamento sistematico che è guidato da una lettura peculiare sulla natura dei disturbi di dipendenza, sulla persona, sul processo di guarigione. Per questo la gestione della vita quotidiana e gli interventi di tipo specifico e specialistico sono costantemente saldati in una circolarità che non dovrebbe conoscere soluzione di continuità.

La CT molecola societaria

La Comunità è un sistema complesso, interagente con gli altri sistemi dai quali però è distinta. In quanto la Comunità è a tutti gli effetti una molecola societaria e questo aspetto è di cruciale importanza, perché uno dei principali strumenti di lavoro che vengono utilizzati sono le relazioni che si instaurano all'interno di questo contesto, dove emergono i comportamenti, gli atteggiamenti, le convinzioni delle persone, gli approcci, le similitudini, le diversità, la gestione del tempo di lavoro e quello libero ecc...

La CT Luogo/Strumento

La Comunità è sia il LUOGO (strutturato, accogliente e contenitivo) dove si verifica il cambiamento, sia il METODO e lo STRUMENTO per facilitare il cambiamento (un clima terapeutico non-stop nel quale “tutto è educativo”) dove l’ospite non è mai visto soltanto come destinatario passivo di prestazioni, ma anche come COOPERATORE di un processo che si avvale di competenze diversificate e di strumenti diversi (attività animative, i gruppi, la psicoterapia, i laboratori di lavoro, la gestione della quotidianità) che rimanda tutte contemporaneamente a quel complesso intreccio tra responsabilità individuale e reciproca (auto-mutuo-aiuto) giocato nelle continue relazioni con gli altri.

Confronto di aspettative

Le aspettative di chi entra in Comunità sono costituite principalmente dalla ricerca di una esperienza che possa permettere di sentirsi nuovamente "padroni di se stessi" a volte dubitando fortemente che ciò sia possibile. L'iter prevede che l'aspettativa dell'utente si confronti con le aspettative degli altri ospiti e degli operatori, ciò dovrebbe consentire al soggetto di poter difendere il sentimento di identità personale e di stabilire fra sé e gli altri, quindi tra esterno ed interno, una linea di confine. Nello stesso tempo però, entrare in relazione con gli altri comporta una rinuncia a quello che donald Winnicott chiama il *controllo onnipotente* sulla paura di dissolversi e l'angoscia di rimanere frammentati o scissi, nel tentativo di includere altre realtà nel proprio mondo inconscio.

Il ruolo centrale del gruppo

In questa continua tensione e lotta interiore , il gruppo può svolgere una funzione di mediazione tra il sistema di valori ideali che la collettività avanza nei confronti del singolo e costituirsi come filtro tra le norme della collettività e l'elaborazione che il singolo può realizzare nella sua vita quotidiana

La visione del disturbo

- L'abuso di droghe è visto come costituente di un disturbo della persona nel suo complesso e non solo un problema di singoli sintomi o comportamenti sintomo. L'abuso coinvolge infatti, indipendentemente dal tipo di sostanza molte o anche tutte le aree del funzionamento (cognitivo-comportamentale, dell'umore).

La visione della dipendenza

- La dipendenza è vista quindi come sintomo di un disagio più ampio della persona, non l'obiettivo del trattamento. All'interno della CT gli individui si distinguono semmai per la portata delle difficoltà relazionali- emotive e per i deficit sociali e relazionali piuttosto che per la modalità di uso delle droghe. La scommessa è quindi aiutare la persona a creare le condizioni per cui non sia necessario l'uso di sostanze.

TAVOLA COMPARATIVA FRA LA CT DI IERI E QUELLA DI OGGI

Convegno Internazionale di Genova

Marco Boeri

Presidente CeIS L'Ancora di Sanremo

Criteri d'ammissione

- Ieri
 - Disintossicazione da completare all'esterno, prima dell'ingresso nella struttura residenziale.
 - Fase preparatoria detta di "accoglienza" nella quale:
 - sospendere l'uso di sostanze
 - la raccolta di dati anamnestici
 - Esplorare e sollecitare la motivazione al cambiamento
 - Coinvolgere nel trattamento la famiglia e altre figure di riferimento
 - Ingresso in Comunità subordinato al superamento di una verifica motivazionale con operatori e ospiti della C.T.
 - Primi contatti spesso diretti tra l'utente e/o la sua famiglia e il Centro. Successiva autorizzazione del Ser.T
- Oggi
 - Progressiva flessibilizzazione nella presa in carico:
 - disintossicazione ora savolta in comunità(si tratta di solito di sospensione di farmaci agonisti i cui dosaggi spesso elevati prolungano questa fase anche per mesi)
 - percorsi maggiormente individualizzati con obiettivi differenziati
 - abolizione della fase diurna
 - ingresso preceduto da valutazione psichiatrica e psicosociale, per individuare la struttura più idonea
 - L'invio di utenti avviene quasi esclusivamente attraverso il Ser.T

Interruzioni del percorso

■ Ieri

- L'abbandono e allontanamento erano vissuti come eventi piuttosto drammatici, su cui riflettere e interrogarsi profondamente.
- Dopo un abbandono il rientro era valutato con attenzione e i tempi di riammissione potevano anche non essere brevi.
- La richiesta di adesione al programma (compliance) era molto alta. Un primo passo avanti fu fatto attraverso l'accoglienza residenziale, che aveva criteri più elastici

■ Oggi

- L'abbandono con conseguente ricaduta è spesso vissuto come evento rischioso ma potenzialmente "utile", sia per riformulare il contratto terapeutico che per riflettere sulle difficoltà specifiche del paziente e della fase che sta attraversando.
- Non ci sono più molti limiti al numero di uscite/rientri dalla C.T. quanto piuttosto una valutazione di inadeguatezza della struttura a gestire una determinata problematica).
- Ciò sembra essere maggiormente funzionale alla tipologia di persone che vengono oggi inviate nella comunità.
- Per i casi di comorbidità psichiatrica, le interruzioni più frequenti riguardano ricoveri ospedalieri

Lavoro terapeutico educativo

- ***Ieri***
- Adesione ad un preciso modello terapeutico, formazione di base comune per tutti gli operatori.
- Applicazione del metodo in modo poco individualizzato, centrato sul lavoro di gruppo e al sostegno reciproco che ne può derivare (auto-mutuo-aiuto) e conseguente forte senso di appartenenza.
- Pressione elevata al cambiamento, attraverso il confronto delle contraddizioni, la sanzione dei comportamenti non adeguati, lo sviluppo della capacità di tolleranza alla frustrazione.
- Incoraggiata la condivisione e l'espressione delle emozioni (in appositi spazi terapeutici)
- Le terapie farmacologiche, di qualunque tipo, venivano utilizzate su stretta sorveglianza del medico, verificandone con attenzione anche eventuali simulazioni e tendenze ipocondriache.
- **Oggi**
- Il modello è diventato maggiormente eclettico e flessibile e il metodo evolve nel tempo insieme alle tipologie di utenti.
- L'approccio tende ad essere molto più individualizzato, il baricentro del rapporto terapeutico si è riposizionato sul ruolo dell'operatore e meno sul gruppo dei pari. La pressione sociale al cambiamento viene maggiormente modulata.
- L'approccio alle emozioni è molto più cauto, attento e contenitivo /a maggior ragione per i casi di comorbidità). L'auto-mutuo-aiuto tra pari si è ridotto, in alcuni casi anche moltissimo.
- E' stata abbandonata l'idea che sia necessario far breccia nelle difese psicologiche per far emergere il vero Sé. Lo sviluppo della capacità di tolleranza alla frustrazione ha assunto una connotazione molto meno spinta.
- Interventi di recupero di social skills e laboratori creativi per le persone in comorbidità psichiatrica.
- Colloqui individuali con psicologo, psichiatra, psicoterapeuta.
- L'utilizzo dei farmaci-naturalmente sempre su prescrizione medica-è prassi quotidiana

Personale

■ Ieri

- Lavoro integrato d'equipe.
- Presenza di operatori provenienti sia dal volontariato, sia ex-pazienti che hanno terminato il percorso terapeutico con successo.
- Formazione di base comune, prevalentemente esperienziale.
- Presenza quasi esclusiva di figure di educatore e di qualche psicologo

■ Oggi

- Lavoro di equipe di tipo multidisciplinare integrato.
- Prevalenza di operatori professionali (educatori, psicologi, pedagogisti, medici, infermieri, psichiatri) rispetto agli operatori non qualificati.
- Difficoltà a valorizzare i più qualificati a causa di basse retribuzioni.
- Difficoltà a garantire il posto a personale non qualificato (es.volontari) perché nel tempo i criteri del personale tendono gradualmente ad alzarsi

Reinserimento sociale

- Ieri
- In una struttura a sé stante (comunità di reinserimento), avente finalità di comunità aperta, nella quale i pazienti affrontavano il processo di risocializzazione (lavoro protetto, ricerca di lavoro esterno, ripresa dei contatti sociali, gestione del denaro e del tempo libero, relazioni affettive ecc.
- Oggi
- Una prima fase è oggi attivata direttamente all'interno della comunità terapeutica, alla quale può seguire l'eventuale inserimento presso piccole strutture intermedie (alloggi protetti) o direttamente presso alloggi autonomi

Il concetto di guarigione

- Ieri
- Non soltanto l'abbandono dell'uso di stupefacenti, ma anche uno stile di vita positivo, strutturato e volto all'autonomia
- Oggi
- Al concetto precedente, sempre auspicabile, si è aggiunto il concetto di miglioramento della qualità della vita, nella più realistica consapevolezza che non tutte le situazioni sono uguali e non è sempre possibile raggiungere e soprattutto mantenere una autonomia completa, senza l'attivazione di una rete sociale e di servizi

Valutazione dei risultati

■ Ieri

- Numero di persone che terminavano il programma terapeutico con successo, rispetto al numero di inserimenti

■ Oggi

- Oltre al criterio precedente, anche il numero di dimissioni anticipate o precoci.
- Sviluppo delle prime forme di valutazione attraverso indicatori, profili di funzionamento in ingresso e in dimissione, ecc.

I cambiamenti.....

... I cambiamenti di contesto normativo, di situazione sociale, di programmazione dei servizi e naturalmente di evoluzione della tox hanno spinto quindi la Comunità a riprogettarsi, ad apportare cambiamenti e a cercare di rispondere alle nuove esigenze. La C.T. non deve però permettersi il rischio di assomigliare nè a una clinica, o a una sorta di piccolo reparto psichiatrico ospedaliero, nè ridursi a luogo di mera custodia del disagio. E' necessario fare attenzione a non scivolare in una pratica custodialistica o puramente assistenziale, perché ciò vorrebbe dire farla diventare un'altra cosa perdendone molte delle funzioni riabilitative che le sono proprie.

Il Personale

- “Elemento del prendersi cura è la convinzione che aiutare richiede un cammino permanente di apprendimento, di rivisitazione delle proprie motivazioni, di riflessione e di crescita. Le competenze professionali sono al servizio di questa crescita. La rinuncia all’onnipotenza e la decisione di restituire momenti di benessere e spunti di dignità; la vicinanza e la presenza accanto alle persone in difficoltà sono un valore in sé a prescindere dai risultati. L’impegno a superare l’impotenza e alimentare la speranza”
(*Padre.G. Stenico “Professionalità nel volontariato, volontariato nelle professioni” 2002*)

L'Equipe

- 1 Responsabile struttura
- 1 Vice-responsabile
- 9 Educatori
- 1 Infermiera
- 1 medico psichiatra
- 1 medico internista
- 1 supervisore casi programma algologico
- 1 supervisore casi programma tossicodipendenze
- 1 supervisore relazionale
- 1 collaboratore specialistico alcol

Altri servizi e percorsi

- A supporto della Comunità per il raccordo con i servizi, la valutazione e l'organizzazione degli inserimenti:

Settore Accoglienza-Colloqui

che si occupa anche della gestione dei percorsi non-residenziali:

- Progetto “Dedalo” per il trattamento dei Cocainomani
- Progetto “Spazio-Teen” per adolescenti e giovani tox
- Progetto “Territoriale di reinserimento”

Organizzazione dei percorsi

