

CENTRO SPECIALISTICO RESIDENZIALE PER COMORBILITA' PSICHIATRICA

“S. MARTINO”

CARTA DEL SERVIZIO E PROGRAMMA



Comunità La Tenda
Cooperativa Sociale

Sede Legale: via Sportella Marini, 41
06034 Foligno (PG)
tel. e fax 0742.352927
e-mail: info@comunitalatenda.com
www.comunitalatenda.com

INDICE

Mission e Vision	3
Principi Generali	4
Storia	5
Requisiti minimi d'ingresso, strutturali, funzionali, e di personale	6
Metodologia	11
Accoglienza	13
Il Sistema multidisciplinare di intervento e l'offerta terapeutica del Centro	14
Strumenti	26
Regolamento del Centro	27
Gestione dei reclami	31

Mission e Vision

Il Centro Residenziale per le Dipendenze “S. Martino” è una Comunità Specialistica per Comorbilità Psichiatrica sita a Spello, in via I Traversa di via Banche, che propone percorsi di sviluppo individualizzati, specialistici, residenziali a persone di entrambe i sessi, con problemi di dipendenza che abbiano una storia clinica con manifestazioni di importanti disturbi psichiatrici diagnosticati e/o trattati dai Centri di Salute Mentale di riferimento.

Il Centro si propone di aumentare il grado di autonomia e di consapevolezza del soggetto accolto, attraverso lo sviluppo delle competenze nella relazione con se stessi, in ambienti protetti quali la convivenza comunitaria, e con il resto della rete del sistema di cura ed infine con tutti i contesti familiari e sociali significativi. Tale lavoro di sviluppo è il frutto di una lettura condivisa dall'**équipe multidisciplinare del Centro** con il soggetto accolto ed i Servizi invianti.

La Comunità La Tenda, nel rispondere ai bisogni espressi dalle persone più svantaggiate, in particolar modo a quelli dei soggetti con problemi di dipendenza, ha scelto di implementare comunità e servizi, in **alta integrazione** con l'intero sistema pubblico di intervento territoriale e nazionale.

Il Centro, come tutte le altre esperienze e i Servizi della Comunità La Tenda, ha una continua attenzione al rapporto con la comunità locale, al fine di poter aumentare e migliorare il grado di sensibilità e di accoglienza, verso tutte le persone che sul territorio si trovano in situazioni di marginalità e di sofferenza.

Principi Generali

1. Il Centro “S. Martino” accoglie utenti provenienti dai Servizi della Azienda USL Umbria 2 e da quelli di tutto il territorio nazionale, senza fare distinzione di sesso, razza, lingua, religione ed opinione politica; inoltre, pur proponendo percorsi di sviluppo individualizzati, assicura uniformità di prestazioni, nel rispetto delle condizioni personali e sociali.
2. I percorsi di sviluppo specialistici individualizzati, proposti agli utenti accolti, vengono individuati di concerto con i Servizi invianti, secondo criteri di obiettività, imparzialità e giustizia, criteri garantiti dalla continua interazione tra l’equipe del Centro e gli operatori dei Servizi Pubblici, nelle fasi di progettazione, avanzamento e conclusione dei percorsi stessi.
3. Il Centro è aperto 24 h su 24 per 365 gg l’anno assicurando la continuità della presa in carico del soggetto accolto. Al momento delle dimissioni dal Centro l’equipe predispone le stesse assicurando la continuità terapeutica rispetto al proseguimento del programma individualizzato presso ulteriori Centri o con percorsi territoriali curati dai Servizi di provenienza.
4. I percorsi di sviluppo individualizzati, vengono proposti nel rispetto del diritto di scelta dell’utente, che partecipa all’individuazione degli obiettivi di sviluppo attraverso colloqui dedicati allo scopo, con gli operatori del Centro e dei Servizi invianti. Inoltre, viene riconosciuto all’utente l’accesso alle informazioni che lo riguardano e la libertà di esprimere pareri e suggerimenti sul servizio, tramite colloqui diretti con gli operatori del Centro e del Servizio inviante.
5. La gestione del Centro si ispira a criteri di efficienza ed efficacia ed è sottoposta ad un sistema di gestione certificato secondo i criteri UNI EN ISO 9001, che prevede l’individuazione di una politica per la qualità, sia a livello di Cooperativa, che dei singoli Servizi, dove sono evidenziati obiettivi, strumenti e tempi di realizzazione con verifiche periodiche.

Storia

La Comunità La Tenda è nata ufficialmente nel settembre 1981, come esperienza di volontariato, con l'apertura di uno spazio di accoglienza diurna per tossicodipendenti ed emarginati al centro di Foligno.

La Comunità, fondata da un gruppo di volontari tra cui Don Franco Valeriani, si è costituita in Associazione nell'aprile 1982 aprendo, nello stesso anno, la Comunità residenziale per il recupero di tossicodipendenti presso Colle San Martino a Capodacqua di Foligno. Le persone accolte provenivano prevalentemente da tutto il territorio nazionale.

E' nata in questo stesso periodo l'adesione e la partecipazione attiva e propositiva al C.N.C.A. (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza), nonché l'apertura di una nuova sede a Foligno, finalizzata al reinserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti provenienti dalla Comunità "S. Martino".

Nella trentennale storia della Centro, l'obiettivo principale è stato sempre quello di prendere coscienza dei problemi sociali del territorio, di attivarsi per creare una cittadinanza solidale ed offrire risposte adeguate ai bisogni, utilizzando le risorse presenti in alta integrazione con i Servizi sociali e sanitari.

In questa ottica la Comunità, nel corso degli anni, ha elaborato e realizzato programmi nell'intento di riuscire a rispondere alle nuove esigenze del territorio, per essere pronti ad impegnarsi nelle urgenze e nelle problematiche che le nuove dipendenze evidenziavano.

Nel 2007, è stata programmata la chiusura temporanea del Centro "S. Martino", per dare la possibilità di elaborare un progetto che tenesse conto del cambiamento dei tempi e delle modalità di intervento. Dopo un anno, il Servizio è stato riaperto con la peculiarità di proporre percorsi individualizzati e focalizzati su obiettivi specifici, concordati con l'utente ed il Servizio inviante.

Attualmente si sta operando sia un cambio di tipologia di intervento trasformando la Comunità da Servizio pedagogico-riabilitativo a Servizio Specialistico Residenziale per Comorbilità Psichiatrica, sia un trasferimento della struttura da loc. S.Martino in comune di Foligno a Spello in via I traversa di via Banche.

Attualmente il Centro per le dipendenze "S. Martino" insieme al "Programma di Accompagnamento Territoriale" (P.A.T.) e al Centro per le dipendenze "Caino", costituisce un sistema territoriale di interventi integrati.

Il Centro è autorizzato al funzionamento con Determinazione Dirigenziale n. 3798 del 06 maggio 2005 della Regione Umbria e in possesso dell'Accreditamento Istituzionale con Determinazione Dirigenziale n. 8828 del 21.11.2013 come Struttura pedagogico riabilitativa ed è in attesa dell'autorizzazione all'esercizio come struttura Specialistica per comorbidità Psichiatrica.

Requisiti minimi d'ingresso

Il programma del Centro "S. Martino" è rivolto a persone con le seguenti caratteristiche:

- provenienti dai Ser.D e C.S.M. della USL Umbria 2 e dai Servizi di tutto il territorio nazionale
- Maggiore età
- Residenza nel territorio nazionale

Requisiti strutturali

La sede operativa del Centro "S. Martino" è ubicata nella zona rurale "La Chiona" di Spello (PG), ed è un complesso residenziale isolato, costituito da una casa e da due annessi adibiti a locali polifunzionali.

La casa, un casolare ristrutturato a tale scopo, è disposta su tre piani ed è così suddivisa:

Piano Terra

- n° 1 sala da pranzo
- n° 1 cucina
- n° 3 camere da letto
- n° 3 bagni
- n° 1 dispensa
- n° 1 lavanderia
- n. 2 locali adibiti a laboratori
- n. 1 locale adibito a stanza per colloqui
- n. 1 ripostiglio

Primo Piano

- n. 5 camere da letto
- n. 1 locale ambulatorio/infermeria
- n. 2 bagni
- n. 2 disimpegni

Secondo Piano

- n. 1 camera
- n. 1 bagno
- n. 1 disimpegno

inoltre il complesso è rappresentato anche da due annessi di cui uno destinato a laboratorio e l'altro a salone polifunzionale, quest'ultimo dotato di bagno.

Requisiti funzionali

- Il Centro "S. Martino" come già evidenziato, proporrà un programma Specialistico Residenziale per Comorbilità Psichiatrica a persone con problemi di dipendenza, provenienti dai Ser.D e C.S.M. della USL Umbria 2 e dai Servizi di tutto il territorio nazionale.
- E' stata richiesta l'autorizzazione all'esercizio, alla Regione Umbria, come trasformazione e trasferimento della struttura pedagogico-riabilitativa in struttura specialistica per comorbilità psichiatrica, conferita la quale sarà richiesto l'accreditamento istituzionale ed il rinnovo del convenzionamento con la USL Umbria 2.
- accoglie fino ad un numero complessivo di 12 utenti, di entrambe i sessi,
- è aperto 24 ore al giorno per tutti i giorni dell'anno,
- l'organizzazione interna del servizio è svolta nel rispetto del programma e del regolamento e prevede l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale così da garantire la volontarietà dell'accesso e della permanenza,
- presenta una documentata attività di miglioramento della qualità del servizio, conforme alla norma UNI EN ISO 9001 per i seguenti servizi:

progettazione ed erogazione di servizi sociali, socio-sanitari e socio-assistenziali diretti alla persona ed alla collettività.

Personale

Nelle attività del Centro “S. Martino” sono impegnati un coordinatore a tempo parziale, un medico psichiatra per 18h settimanali, sei operatori, a tempo pieno, di cui uno con funzione di responsabile di programma, come risulta anche dall’organigramma in allegato che svolgono prevalentemente un lavoro educativo. Nello specifico:

n. 1 Medico Psichiatra con funzione di Direttore Sanitario

n. 1 Coordinatore del Servizio e Responsabile di Programma

Titolo di studio: Laurea in Scienze dell’Educazione, esperienza nel lavoro sociale dal 2002.

n. 1 operatore sociale

Titolo di studio: Laurea in Psicologia, esperienza nel lavoro sociale dal 2000.

n. 1 operatore sociale

Titolo di studio: Diploma Scuola Media Superiore, esperienza nel lavoro sociale dal 2001.

n. 1 operatore sociale

Titolo di studio: Diploma Scuola Media Superiore, esperienza nel lavoro sociale dal 1989.

n. 1 operatore sociale

Titolo di studio: Diploma accademico specialistico in Arti Visive e Discipline dello Spettacolo; qualifica professionale per Animatore - Educatore sociale, esperienza nel lavoro sociale dal 2015

n. 1 operatore sociale

Titolo di studio : Laurea in Servizio Sociale, esperienza nel lavoro sociale dal 2016

Il **Coordinatore** del Centro assicura una presenza costante al di fuori dei turni con i seguenti compiti:

- Organizzazione e promozione del lavoro dell'équipe
- Verifica costante della corrispondenza tra gli interventi psico-educativi e la metodologia della Comunità
- Referente per la gestione delle emergenze
- Promotore e garante del rapporto di integrazione e sviluppo con i Servizi Pubblici invianti

Il **Direttore Sanitario** svolge un'attività di consulenza alla Direzione della Cooperativa ed al Coordinatore rispetto:

- alla supervisione delle pratiche igienico sanitarie riguardanti la struttura,
- alla gestione di una corretta custodia dei farmaci e delle modalità di auto-somministrazione delle terapie farmacologiche
- all'individuazione all'osservazione di una adeguata dieta alimentare per gli ospiti del Centro anche attraverso attività informative

Lo **Psichiatra** svolge:

- attività medico-specialistica di valutazione diagnostico- clinica,
- individuazione e monitoraggio delle terapie farmacologiche su richiesta dei Servizi invianti.

Lo **Psicoterapeuta** con il compito di :

- gestire colloqui clinici e gli approfondimenti psico-diagnostici,
- individuare e monitorare gli obiettivi di sviluppo di natura psicologica dei percorsi individualizzati,
- condurre le riunioni socioterapeutiche, i laboratori con tecniche attive, i colloqui e le riunioni con i genitori e parenti, e se richiesto dai servizi invianti psicoterapie individuali.

Il **Responsabile di programma** con i seguenti compiti professionali:

- Organizzazione e promozione del lavoro dell'équipe
- individuazione e monitoraggio degli obiettivi educativi dei percorsi di sviluppo individualizzati
- progettazione e monitoraggio della congruità pedagogica delle attività strutturate proposte

- riferimento per i servizi rispetto agli obiettivi educativi dei percorsi di sviluppo individualizzati
- Verifica costante della corrispondenza tra gli interventi psico-educativi e la metodologia della Comunità
- Referente per la gestione delle emergenze

Gli Operatori di comunità

- Assicurano l'apertura del Centro, 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno, con una presenza organizzata in turni.
- Sono responsabili della gestione delle attività educative.
- Gestiscono il sistema qualità
- Rappresentano l'equipe, su indicazione del Responsabile di struttura, nell'elaborazione e la discussione dei casi con i Servizi

La formazione

Gli operatori del Centro "S. Martino", partecipano a corsi di riqualificazione, seminari, convegni organizzati da Enti pubblici o privati. Inoltre prendono parte anche agli incontri di formazione interna, organizzati dalla Cooperativa.

Nel 1989 ha avuto inizio un progetto di supervisione, destinato agli operatori ed ai volontari impegnati nelle Comunità, attivato grazie alla collaborazione con il DSM di Foligno. Attualmente tale progetto prosegue con incontri a cadenza quindicinale, condotti da psicoterapeuti esterni individuati dalla Cooperativa.

Metodologia

Paradigma di riferimento

Tra la fine degli anni settanta e gli inizi degli anni ottanta sono iniziate anche in Italia le prime riflessioni teoriche rispetto ai modelli di intervento sulla problematica della tossicodipendenza.

Nello stesso periodo un gruppo di Comunità di Accoglienza attive anche sul tema della tossicodipendenza, tra cui la Comunità “La Tenda”, cominciano ad incontrarsi per un confronto sulle prassi attuate. In breve tempo vengono sintetizzati, all'interno di un Documento programmatico (Giugno 1982) dieci principi di riferimento comuni. Nasce così formalmente il Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza (CNCA) ed un paradigma di riferimento che pone **al centro la persona , la sua storia ed il suo sistema relazionale** rispetto a modelli più centrati sul sintomo.

Ne consegue un metodo d'intervento che si pone l'obiettivo di prendersi cura non di un singolo ma se mai di un gruppo e delle relazioni che lo stesso esprime.

Sviluppando tale assunto teorico la Comunità La Tenda compie altre tre scelte focali:

- la prioritaria **accoglienza di soggetti provenienti dal territorio**, in controtendenza alle prassi riabilitative del panorama nazionale (1987).
- l'avvio del processo di **alta integrazione con i Servizi pubblici invianti** per le dipendenze (1987) contribuendo in modo determinante all'avvio del Dipartimento per le Dipendenze della Asl 3 dell'Umbria (1999), attualmente D.D. Usl Umbria 2
- La **Coprogettazione** come strumento indispensabile per la costruzione del sistema integrato di intervento che utilizza come cornice organizzativa il Dipartimento per le Dipendenze stesso.

Principi metodologici

1. Attuazione di un sistema complesso di supervisioni

Il gruppo è un elemento centrale non solo nell'attività educativa della Comunità La Tenda, ma anche rispetto alla formazione del personale che in essa lavora, in un'ottica del “prendersi cura” di chi si occupa di relazioni educative.

E' previsto infatti per tutti i lavoratori e collaboratori della cooperativa un sistema stabile di supervisioni su tre livelli di gruppo con uno staff di supervisori individuati dall'organizzazione.

2. Utilizzo della convivenza e delle fondamentali regole ad essa connesse come strumento di sviluppo relazionale del soggetto in un contesto simil-familiare

La presa in carico comunitaria della persona avviene in un gruppo piccolo di tipo familiare, ove si possano osservare e rielaborare dinamiche relazionali considerate *simili* a quelle che il soggetto attua all'interno del suo contesto reale di vita.

3. Accoglienza contemporanea nella medesima struttura di soggetti con diverse tipologie di Dipendenza.

La dipendenza (sia da sostanze d'abuso, sia comportamentale) e la comorbilità psichiatrica, sono intese prioritariamente come sintomo di un disagio relazionale. L'attività educativa proposta dal Centro si basa quindi nel creare sviluppo relazionale utilizzando i gruppi ed i contesti comunitari come principali strumenti di un percorso di sviluppo individualizzato.

4. Metodologia dei percorsi di sviluppo residenziale in continua discussione ed evoluzione, in funzione della lettura dei bisogni del territorio.

La metodologia e gli strumenti psico-educativi del Centro sono periodicamente rivisti ed aggiornati attraverso una costante relazione con i Servizi invianti, con l'obiettivo di attualizzare la risposta comunitaria ai bisogni di accoglienza espressi dall'utenza e dal territorio.

5. Caratterizzazione del Centro come Servizio Specialistico Residenziale per Comorbilità Psichiatrica ai sensi della D.P.G.R. 1057/2002.

Il Centro Residenziale per le Dipendenze "S.Martino" risponde alle caratteristiche di Struttura Specialistica per Comorbilità Psichiatrica ai sensi del D.P.G.R. 1057/2002 per una accoglienza contemporanea di massimo 12 persone.

6. L'inserimento del Centro nel sistema integrato di servizi messo in atto dalla Comunità "La Tenda" Cooperativa Sociale, nell'area delle dipendenze.

Il "Sistema Complesso di Risposta" attuato dalla Cooperativa nell'area delle dipendenze, comprende, oltre al Centro residenziale per le dipendenze "S.Martino" anche il Centro residenziale per le dipendenze "Caino" ed il Programma di Accompagnamento territoriale (P.A.T) inseriti nella Convenzione con l'azienda USL Umbria n.2 in materia di trattamenti integrati residenziali e semiresidenziali rivolti a persone con problematiche di dipendenza e la collaborazione con gli operatori della mediazione per l'inserimento lavorativo.

7. Percorsi individualizzati costruiti per obiettivi di sviluppo

Al soggetto accolto viene chiesto, di partecipare all'individuazione di obiettivi di sviluppo, verosimilmente raggiungibili e che rientrino nelle aree disciplinari di intervento caratterizzanti il Centro, e di sottoscrivere il percorso di sviluppo individualizzato (PSI) comprendente strumenti e tempi per il raggiungimento degli obiettivi stessi.

La residenzialità, infatti, viene considerata come un intervento intensivo, necessariamente invasivo, tanto che in virtù delle importanti opportunità offerte dal sistema integrato di intervento, precedentemente descritto, è opportuno che venga utilizzata per i tempi strettamente necessari al raggiungimento degli obiettivi proposti.

L'accoglienza

L'ammissione al programma avviene sulla base di una domanda veicolata dai Servizi di provenienza dell'utente. Qualora ci sia una richiesta personale dell'interessato, egli viene invitato a contattare il Servizio competente per concertare con esso il percorso di sostegno all'ingresso.

Vengono quindi effettuati uno o più colloqui conoscitivi e di valutazione da parte degli operatori dell'equipe, durante i quali la persona viene informata sulle caratteristiche dell'esperienza riabilitativa, sui metodi adottati e sulle regole delle quali si richiede il rispetto. Si effettua inoltre una prima valutazione delle motivazioni, una conoscenza della storia e della situazione socio-familiare della persona, l'individuazione degli obiettivi di ingresso.

Per l'ingresso e l'attuazione del percorso è indispensabile l'assenso del soggetto e la sua permanenza volontaria presso il Centro, una terapia farmacologica e relativi paino terapeutico e medico di riferimento, eventuali provvedimenti di misure alternative e cautelari compatibili con le attività terapeutiche del Centro

Gli operatori effettuano incontri periodici di verifica e di progettazione dei percorsi individualizzati con i Servizi di riferimento inviando, qualora necessario, con cadenza periodica, relazioni di aggiornamento.

Il Sistema Multidisciplinare di intervento e l'offerta terapeutica del Centro.

Per far fronte alla crescente richiesta di interventi residenziali su casi complessi, cioè casi dove esiste una presa in carico di più Servizi Specialistici e/o multidisciplinare, il Centro si è dotato di una équipe, con professionalità di natura **medica, psicologica, educativa e sociale** con l'obiettivo di riuscire ad elaborare e gestire percorsi di sviluppo individualizzati (PSI) con lo scopo di integrarli al progetto che l'intero sistema di intervento ha sul caso proposto.

L'équipe multidisciplinare del Centro, quindi, attua un lavoro clinico che necessariamente tiene conto sia del **contesto di cura** del soggetto, rappresentato dai Servizi Inviati e dai professionisti che attuano la presa in carico, sia del **contesto familiare e sociale** dal quale il soggetto stesso proviene.

L'offerta terapeutica del Centro, quindi, è rappresentata dalla possibilità di proporre e concordare **obiettivi di sviluppo individualizzati**, che mirino al perseguimento e /o potenziamento di competenze di base (cura di se e degli spazi di vita) e competenze relazionali in uno od entrambi i contesti di riferimento.

Tale lavoro prevede progetti individualizzati comprendenti le 4 aree disciplinari del Centro e delle relative aree di intervento come di seguito descritto.

L'approccio multidisciplinare dell'équipe si esprime non solo dall'integrazione delle diverse prestazioni disciplinari erogate, ma anche dall'integrazione dei punti di vista che le varie professionalità esprimono dal loro vertice di osservazione/interazione all'interno delle riunioni di équipe e delle équipe multidisciplinari integrate sul caso.

Le quattro aree disciplinari, i livelli di sviluppo e gli strumenti utilizzati

Di seguito sono illustrate le 4 aree disciplinari ed i livelli di sviluppo, con le principali aree di intervento dove vengono individuati gli obiettivi (figura 1) ed i principali strumenti di sviluppo utilizzati.

LIVELLI di SVILUPPO				
	Area Educativa	Area Psicologica	Area Medica	Area Sociale
1. Relazione con se	<ul style="list-style-type: none"> Cura personale Ritmi sonnoveglia 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione psicodiagnostica consapevolezza 	<ul style="list-style-type: none"> valutazione terapie valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> competenze sulla situazione legale competenze sulla situazione

stessi	<ul style="list-style-type: none"> • Cura spazi di vita personali • autogestione terapie farmacologiche 	<p>delle proprie risorse e punti di debolezza</p> <ul style="list-style-type: none"> • sviluppo di abilità di problem-solving • sviluppo di un pensiero critico 	<p>psichiatrica</p> <ul style="list-style-type: none"> • cura di se su aspetti di igiene e profilassi personale, gestione terapie ed alimentazione 	<p>lavorativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • competenze legate alla sfera delle responsabilità genitoriali
2. Relazioni con il contesto di cura	<ul style="list-style-type: none"> • Cura e rispetto regole di convivenza • Cura degli spazi comuni di convivenza • gestione pulizie e pasti comuni • Relazioni in contesti di gruppo • Relazioni e competenze espressive di natura organizzativa ed emotiva • gestione delle relazioni in contesti simil-lavorativi 	<ul style="list-style-type: none"> • sviluppo di una domanda d'aiuto • creazione di un'alleanza terapeutica • competenze nelle dinamiche gruppali della convivenza 	<ul style="list-style-type: none"> • consulenza informativa sulle competenze dei Medici dei Servizi i MMG e i Medici Specialistici 	<ul style="list-style-type: none"> • relazioni con servizi invianti area sociale • relazione con i servizi sociali • relazioni con UEPE • relazioni con legali
3. Relazioni con il contesto familiare e sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Relazioni ed interventi con i familiari • competenze educative/genitorial • sviluppo delle relazioni con i contesti di lavoro • sviluppo delle relazioni con i contesti del tempo libero 	<ul style="list-style-type: none"> • sviluppo di modalità relazionali funzionali con i familiari • sviluppo delle competenze relazionali con i contesti del tempo libero 	<ul style="list-style-type: none"> • Competenze e riferimenti con i consultori familiari • Competenze e riferimenti con uffici medicina dello Sport 	<ul style="list-style-type: none"> • mediazione familiare

Figura 1

L'Area Educativa

L'approccio disciplinare di natura educativa, anche all'interno di un Centro terapeutico specialistico, quale il Centro per le Dipendenze S.Martino, risulta essere centrale nell'intera proposta di sviluppo .

L'area dell'offerta educativa si sviluppa fondamentalmente (come del resto anche le altre 3 aree disciplinari) su tre livelli ideali di sviluppo relazionale rappresentati dai contesti relazionali di riferimento del soggetto come evidenziato nella fig. 1

I principali strumenti utilizzati dall'equipe del Centro per il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti risultano i seguenti:

- **Regolamento del Centro**

Gli ops hanno cura che la persona all'ingresso conosca ed accetti e sottoscriva volontariamente il regolamento del Centro come condizione favorente il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra e per la permanenza in programma.

- **La Relazione educativa (fare con)**

L'interazione degli operatori con il gruppo degli utenti nella gestione delle attività del Centro (fare con), permette l'osservazione delle dinamiche relazionali del soggetto nel piccolo gruppo che rappresenta come già detto un ambiente "simil-familiare" di sviluppo relazionale.

La relazione educativa è uno degli strumenti indispensabili nell'individuazione **dell'ipotesi di sviluppo individualizzata**

- **Attività Strutturata**

Le attività strutturate permettono al soggetto accolto di fare esperienze pratiche ed operative e successivamente di ripensarsi, attraverso un lavoro di rielaborazione con gli operatori del Centro. L'attività risulta pretestuosa al fine di favorire la misurazione dello sviluppo del soggetto stesso su aspetti relazionali prestabiliti.

Le attività strutturate proposte dal Centro rispondono alle seguenti caratteristiche:

- Sono proposte a tutti gli utenti accolti
- Vengono proposte con una periodicità regolare (giornaliera, settimanali ecc.)
- Prevedono la presenza di almeno uno degli operatori del Centro che generalmente ne è il referente per l'équipe per le valenze educative ed organizzative
- Sono verificabili
- Sono accessibili a tutti gli ospiti del Centro.

Sono attività strutturate:

- La cura giornaliera degli appartamenti e degli spazi esterni alla struttura
- Le riunioni settimanali pedagogico-organizzative e socio-terapeutiche
- Le attività simil-lavorative

- Il laboratorio con tecniche attive (Psicodramma)
- Le attività esperienziali di gruppo
- Ecc.

- **Riunione pedagogico-organizzativa**

Il Centro prevede 1 riunione pedagogico-organizzativa, a cadenza settimanale .

La riunione ha lo scopo di favorire l'organizzazione della vita quotidiana del Centro e le attività settimanali ed evidenziare la valenza educativa delle attività proposte.

- **Colloquio educativo**

Il Colloquio educativo viene utilizzato nel Centro per affrontare su un piano individuale, tutte le difficoltà, i conflitti i dubbi espressi dall'utente rispetto al percorso di sviluppo proposto dal Centro.

Nella fig. 2 vengono rappresentate alcune delle declinazioni di come il colloquio educativo viene usato dagli ops del Centro.

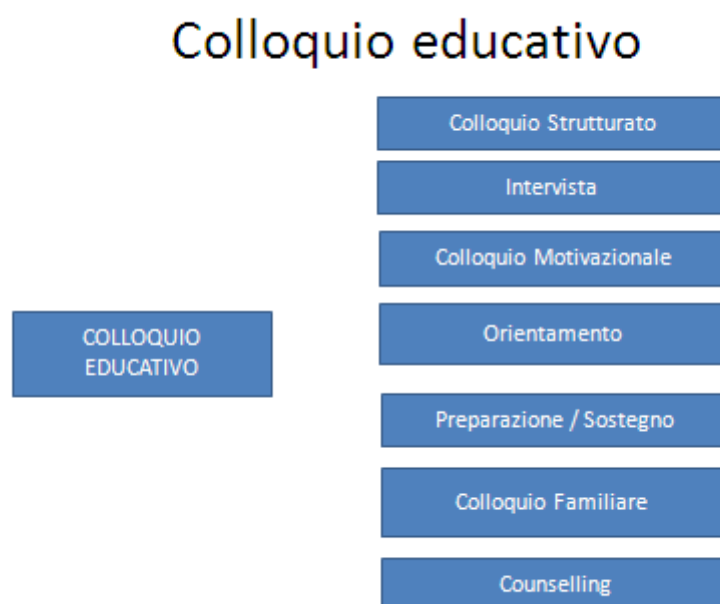


Figura 2

- **Tutoraggio**

Il tutoraggio viene inteso come un affiancamento alla persona per un tempo definito, da parte di un operatore del Centro per il superamento di determinate difficoltà pratiche inerenti diverse attività della vita quotidiana quali la gestione economica, la situazione legale, ecc.

Nella fig. 3 vengono evidenziate alcune possibili declinazioni utilizzate dagli Op.s del Centro



Figura 3

- **Counselling di prevenzione dei comportamenti a rischio**

Tale lavoro di counselling mira principalmente a rendere più consapevole possibile la persona accolta sul rischio di overdose inerente l'assunzione di sostanze a seguito di un periodo di astinenza. All'interno del colloquio viene reso consapevole la persona anche degli obblighi che Il Centro ha ai sensi della D.G.R. 1439/2006 "Linee di indirizzo per la prevenzione dei decessi per overdose" che nello specifico prevede la consegna del farmaco salvavita "Naloxone Cloridrato" (Narcan) e del materiale informativo rispetto alla somministrazione ogni qualvolta un ospite è dimesso, abbandona o viene allontanato dal Centro.

- **I Colloqui familiari**

Il coinvolgimento delle famiglie degli utenti quando possibile rappresenta una risorsa da utilizzare per il lavoro di consapevolezza relazionale.

Sono previsti, dopo un breve periodo dall'ingresso contatti con i familiari o i partners attraverso telefonate o visite presso il Centro. Appena l'équipe ne valuta la possibilità gli utenti possono usufruire di uscite, preventivamente concordate nel gruppo organizzativo, per recarsi a casa. All'interno dell' Op.S se lo si ritiene opportuno e necessario, vengono pianificati anche **colloqui familiari**, condotti da operatori individuati dall'équipe di lavoro.

I colloqui familiari mirano quindi alla restituzione ed elaborazione delle dinamiche relazionali osservate e nel verificare e sostenere le difficoltà riportate dai componenti il nucleo familiare della persona accolta.

Nel caso di persone con figli il programma prevede un percorso individuale volto anche alla presa di coscienza delle problematiche e delle responsabilità legate al ruolo di genitore attraverso **colloqui educativi strutturati e di sostegno**. Gli utenti che vivono queste situazioni possono usufruire di uscite settimanali da dedicare al rapporto con i figli ed hanno la possibilità di rielaborare il proprio vissuto con gli operatori del Centro, che favoriranno in ogni modo la collaborazione con tutti i Servizi eventualmente coinvolti (Servizi Sociali, Tribunale per i Minorenni).

- **Il Genogramma**

A cura degli operatori del Centro, qualora ritenuto opportuno, attraverso uno o più colloqui di intervista, viene evidenziata la storia familiare del soggetto ricercando dati e ricordi su tre generazioni al fine di evidenziare se possibile la ripetizione generazionale di modelli di comportamento e/o di fattori psicologici che caratterizzano le relazioni familiari del soggetto accolto.

- **L'Ecomappa**

Al fine di evidenziare la situazione e l'evoluzione del sistema relazionale delle persone accolte, gli operatori del Centro chiedono alla persona di rappresentare graficamente la situazione relazionale mettendo al centro del foglio se stesso ed intorno i sistemi relazionali e di indicare con dei tratti di congiunzione il livello della relazione (ad esempio se la linea è continua il legame è forte).

La somministrazione periodica dell'ecomappa risulta un indicatore dello sviluppo e del miglioramento o del cambiamento della situazione

relazionale del soggetto ed è utilizzata almeno all'inizio e alla fine del percorso di sviluppo.

L'Area Psicologica

Accanto all'offerta educativa, e strettamente interconnessa ad essa, si pone quella psicologica offrendo una lettura altra dei tre livelli ideali di sviluppo relazionale. (vedi fig. 1)

Gli strumenti utilizzati per raggiungere gli obiettivi declinati sono i seguenti:

- **Valutazione psicodiagnostica**

Questo strumento consente di individuare le risorse del soggetto che possono essere sviluppate al fine dell'orientamento verso l'individuazione di un'ipotesi di lavoro, che non fornisca solo indicazioni su un trattamento specifico all'interno del contesto comunitario ma che delinea anche una linea di intervento ad hoc, tenendo in considerazione varie possibilità come per esempio il coinvolgimento del sistema familiare, l'invio ad un medico psichiatra, uno spazio di sostegno psicologico o una fase di preparazione alla psicoterapia in attesa che si presentino le condizioni per un intervento più specifico, etc..

Tale strumento pur essendo circoscritto appunto al contesto comunitario, si unisce in maniera trasversale al più generale intervento sulla persona, costituendosi come parte integrante del lavoro di co-progettazione con i Servizi territoriali.

Infine esso, può essere considerato anche come strumento di verifica e di controllo dell'intervento stesso.

Tale processo, dopo una prima fase legata all'analisi della domanda, può avvalersi della somministrazione di una batteria di test (Reattivi grafici –albero, figura umana, famiglia, Wartegg – Rorchach – WAIS-R – MMPI- SCID).

- **Riunione Socio-terapeutica**

Il Centro prevede che gli utenti partecipino, a cadenza settimanale, ad una riunione della durata di 1 h e 30 a valenza socioterapeutica.

Tale riunione condotta da due educatori e dallo Psicoterapeuta del Centro ha lo scopo di narrare e rinarrare l'esperienza comunitaria della convivenza, evidenziando in particolar modo le dinamiche agite dal gruppo.

Gli educatori conduttori hanno il compito di far emergere gli accadimenti qualora il gruppo dei pari abbia difficoltà nel farlo, mentre lo psicoterapeuta ha la funzione di restituire una lettura delle dinamiche di gruppo osservate.

- **Gruppo multifamiliare**

Il coinvolgimento delle famiglie degli utenti quando possibile rappresenta una risorsa da utilizzare per il lavoro di consapevolezza relazionale.

A cadenza mensile viene organizzata una riunione con i familiari e gli utenti del Centro allo scopo di condividere narrazioni ed emozioni concernenti l'impegno della vita comunitaria per gli utenti, ed il sostegno collaborativo per i familiari.

La riunione condotta da un educatore e dallo psicoterapeuta, essendo circoscritta al contesto comunitario, vuole essere uno spazio strumento di connessione fra clienti, familiari e comunità.

- **Lo Psicodramma**

Lo psicodramma, come suggerisce la stessa etimologia del termine (psiche: mente e drama: azione), nasce come strumento volto ad esplorare le dinamiche psicologiche, affettive e relazionali, attraverso l'azione e la rappresentazione scenica, al contempo è uno spazio generativo di narrazioni che, mediante la "messa in gioco" e le interazioni

dinamiche tra i partecipanti, consente di sviluppare “la loro capacità di cogliere e/o istituire connessioni tra temi ed emozioni, tra affetti e storie, tra dimensioni prevalentemente interne e quelle prevalentemente esterne” (Di Maria F., Venza G., “2002). Il suo impiego in comunità ha finalità di tipo psico-pedagogico, più che psicoterapeutiche in senso stretto, mirate alla sperimentazione e all’apprendimento di ruoli diversi, di modalità comunicative e relazionali propedeutiche allo sviluppo della capacità di adattarsi creativamente ai contesti e/o a situazioni nuove. Si delinea dunque, all’interno del programma del Centro, quale laboratorio esperienziale e di scambio dialogico entro il quale prendono corpo narrazioni che trovano una matrice comune nella condivisione del contesto di convivenza comunitario. Lo psicodramma diventa dunque un pre-testo, un’occasione di promuovere un “pensiero emozionato su” eventi, racconti, rappresentazioni di specifici accadimenti che prendono corpo nel percorso di/in comunità, consentendo ai partecipanti di sviluppare maggiore conoscenza, di catalizzare i conflitti e apprendere nuovi modi di stare in rapporto con sé, con l’altro e con il contesto. La “messa in scena” promuove l’azione trasformativa entro una processualità di co-costruzione di senso e attribuzione di significati, orientata a sviluppare maggiori livelli di consapevolezza (insight) circa i propri modi di relazionarsi, di comunicare e di attribuire significato agli eventi.

L’Area Medica

Il Centro Specialistico residenziale per comorbilità psichiatrica, prevede l’accoglienza di soggetti che necessitano di un trattamento farmacologico per i disturbi di natura psichiatrica. Il Medico Psichiatra del Centro, di concerto con lo psichiatra e/o il medico dei Servizi invianti, ha il compito di valutare gli obiettivi di natura medico farmacologica individuati e proposti al soggetto accolto.

Anche rispetto a questa area disciplinare si possono distinguere tre livelli di sviluppo con relative aree tematiche di intervento come riportato dalla figura 1.

L’Area Sociale

Qualora necessario e su specifica richiesta dei Servizi invianti, il Centro può erogare consulenze, formazione ed orientamento al soggetto accolto su tutte le questioni che riguardino l'area dell'assistenza sociale. Nello specifico si possono effettuare consulenze su bisogni di natura legale, di mediazione e inserimento lavorativo, di gestione di figli minori e relazione con i Servizi Sociali area minori e mediazione familiare, gestione di misure alternative con gli UEPE ecc.

A tale scopo, l'équipe sarà integrata dalla figura dell'Assistente Sociale, dall'operatore della mediazione lavorativa, dall'operatore di rete sociale per le ore necessarie al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo previsti nel percorso individualizzato.

L'Ipotesi di sviluppo individualizzato per obiettivi

Intrecciando all'interno di una o più supervisioni e/o approfondimenti sul caso, ciò che emerge dall'osservazione dei professionisti che compongono l'équipe, ognuno dal proprio vertice professionale di delle dinamiche relazionali all'interno della convivenza comunitaria, con tutti gli altri elementi inerenti la storia del soggetto quali, la raccolta anamnestica, l'approfondimento psicodiagnostico, il genogramma, l'ecomappa, la storia relazionale, l'équipe del Centro evidenzia un'Ipotesi di Sviluppo individualizzata, cioè un'ipotesi romanziata che tenga insieme e spieghi verosimilmente tutti gli elementi raccolti durante la permanenza del soggetto nel Centro e che dialoghi significativamente dalla storia che il soggetto racconta di se quella e che i Servizi Inviati hanno sul caso in questione.

Tale ipotesi discussa e validata con i referenti dei Servizi Inviati, diventa la cornice di senso entro la quale acquista significato l'individuazione degli **obiettivi di sviluppo** proposti e concordati con la persona accolta.

L'obiettivo di sviluppo

L'équipe del Centro con gli operatori di riferimento del Servizio rispetto al caso in questione, evidenzia gli obiettivi di sviluppo attraverso l'individuazione di 5 elementi essenziali di cui consta l'obiettivo stesso. Essi sono, **la definizione, gli strumenti, i tempi, gli step di monitoraggio e gli indicatori.** (vedi fig. 4)

Costruzione dell'obiettivo di sviluppo

Elementi essenziali

- **Definizione** : specifico , congruo , raggiungibile , monitorabile e verificabile (5 Aree e indicatori)
- **Strumenti**: specifici della comunità
- **Tempi**: certi e compatibili con la residenzialità o semiresidenzialità
- **Step di monitoraggio**
- **Indicatori**

Principi metodologici

- Progettualità condivisa con la persona (autodeterminazione)
- Condivisione con il Committente

Figura 4

Gli Strumenti di Equipé



Figura 5

Il Gruppo di Lavoro Congiunto (GLC)

A cadenza mensile, l'èquipe del Centro si incontra con gli operatori referenti del Ser.T di Foligno (AUSL Umbria 2) che gestisce le terapie farmacologiche degli utenti in "appoggio" presso il suddetto Servizio perché provenienti da fuori territorio, con lo scopo di una gestione integrata degli utenti accolti presso il Centro.

Riunione degli operatori del Centro (Op.S)

L'èquipe degli operatori del Centro si riunisce a cadenza settimanale per l'organizzazione del lavoro di èquipe e delle attività settimanali della vita comunitaria.

Il Gruppo sul Caso (GSC)

Quando possibile, o comunque nelle situazioni più complesse, in sintonia con le linee metodologiche della Comunità La Tenda, il Responsabile di programma prova a favorire la formazione di un èquipe multidisciplinare integrata con i professionisti dei Servizi che a vario titolo sono coinvolti nella gestione del caso (da qui Gruppo

sul caso). Il GSC ha lo scopo di integrare il percorso di sviluppo individualizzato proposto alla persona dal Centro, con il percorso che la persona stessa sta attuando e continuerà ad attuare con il Servizio di riferimento.

Il Case-Manager che ha o avrà il compito della gestione del Gruppo Multidisciplinare integrato è sempre appartenente al Servizio pubblico inviante.

Gli operatori dei servizi invianti sono così coinvolti nell'individuazione e monitoraggio degli obiettivi di sviluppo previsti per la persona in oggetto.

Supervisione

A cadenza mensile, gli operatori del Centro si incontrano con il Supervisore, individuato dalla Cooperativa, per analizzare le dinamiche emotive interne all'equipe e le difficoltà incontrate in ambito lavorativo nella relazione educativa con gli utenti accolti.

Tali supervisioni rientrano nel sistema generale di supervisioni dell'intera cooperativa come già evidenziato.

MFP

Quando richiesto gli operatori del Centro hanno la possibilità di inserire documentazione relativa al caso accolto all'interno della **piattaforma informatica** utilizzata dai Servizi della USL Umbria 2

Formazione continua

A cadenza annuale il Coordinatore del Centro il Responsabile dell'area dipendenze ed il Responsabile Qualità della Cooperativa hanno cura di evidenziare i bisogni formativi per l'equipe e la predisposizione di un piano formativo.

Il Regolamento del Centro

Nel Centro non è ammesso:

- usare qualsiasi forma di violenza,
- introdurre e consumare alcool o sostanze stupefacenti,
- instaurare rapporti di coppia o di complicità con gli altri componenti del gruppo.

Il non rispetto di queste regole basilari prevede la messa in discussione del programma fino, in casi estremi, all'allontanamento immediato.

Inoltre gli ospiti:

- non possono gestire denaro personale,
- possono fumare a loro spese,
- si occupano delle pulizie e della preparazione dei pasti, organizzando tali attività con gli operatori,
- le spese settimanali per la gestione della casa vengono fatte a turno dagli utenti accompagnati da un operatore,
- le iniziative, le decisioni e le proposte della vita quotidiana vengono valutate e discusse con gli operatori e/o in gruppo,
- i contatti telefonici con i familiari vengono tenuti dagli utenti e concordati con gli operatori,
- la programmazione della settimana prevede il coinvolgimento attivo del gruppo degli ospiti,
- nella Comunità, infine, è richiesta un'attenzione costante al rispetto dell'altro, della sua intimità, della sua personalità e diversità.

La giornata tipo è strutturata nel seguente modo:

7.15	sveglia
7.45-8.00	colazione
8.00-9.00	terapia farm.
9.00-12.00	attività strutturata
12.00	pausa
13.00	Pranzo
14.00-15.00	terapia farmacologica
15.30-18.00	attività strutturate
18.00	pausa
20.00	cena
21.00	terapia farmacologica
21.00-23.00	attività varie
23.30	notte

Esiste anche una programmazione settimanale delle attività che, essendo soggetta a variazioni, viene presentata all'utente viene illustrata al momento dell'ingresso in Comunità.

Nella giornata di domenica si organizzano uscite di gruppo ludico-culturali.

Gli orari delle attività sono soggetti a cambiamenti stagionali, e, in casi particolari, essi vengono modificati in accordo con gli utenti secondo le esigenze del momento.

Nell'intero percorso comunitario sono considerate importanti attività educative e riabilitative la cura e la pulizia della casa, delle cose personali, la spesa e la preparazione dei pasti. Tali attività rappresentano per gli ospiti il primo approccio con le responsabilità quotidiane, il rispetto degli impegni, il "prendersi cura" dei propri bisogni, in vista del raggiungimento di una futura autonomia e autogestione. Compiti e responsabilità degli operatori sono lo stimolo, il coordinamento e l'educazione al rispetto di tutte le norme igieniche previste dal regolamento interno, ovvero:

- attenzione alla preparazione e alla conservazione dei cibi,
- attenzione ad una dieta equilibrata ed appropriata,
- igienizzazione quotidiana della cucina,
- uso della lavastoviglie ad alta temperatura,
- cura e igiene personale,
- igienizzazione quotidiana dei bagni,
- utilizzo personale di biancheria intima e non (asciugamani, lenzuola),
- lavaggi individuali di biancheria ed indumenti,
- utilizzo di guanti sterili e di materiale monouso per la disinfezioni delle ferite.

I farmaci prescritti vengono custoditi in un armadio presente nella stanza degli operatori chiusa a chiave, per evitare il rischio di un loro cattivo uso o abuso e vengono distribuiti agli utenti, per l'auto somministrazione, in conformità alle prescrizioni mediche. Un medico del Servizio, inoltre, segue tutte le situazioni cliniche degli utenti, provvede agli opportuni accertamenti diagnostici e prescrive le terapie anche su indicazione dello psichiatra del servizio o del Centro.

Due volte la settimana, o ogni qual volta ritenuto necessario, sono effettuati i controlli tossicologici.

Il periodo di permanenza presso il Centro

I percorsi proposti sono sempre focalizzati su obiettivi specifici concordati con l'utente e il Servizio inviante, per questo la durata del programma è individualizzata. È prevista la possibilità di ospitare utenti per poche settimane, per alcuni mesi oppure, ove si ritiene necessario, anche per periodi più lunghi.

Durante il periodo di permanenza presso il Centro, per tutti gli utenti inseriti, è prevista la partecipazione attiva ai colloqui strutturati personali con l'operatore di riferimento, all'incontro settimanale di gruppo, ai colloqui informali con gli operatori ed alle attività programmate.

Laddove il coinvolgimento delle famiglie degli utenti non rappresenti un ostacolo o un problema aggiuntivo, ma una risorsa da utilizzare per una buona riuscita del programma, gli utenti, potranno incontrare i familiari o i partners durante gli incontri presso il Centro e/o le uscite per recarsi a casa.

La conclusione del percorso

Il programma degli utenti accolti ha termine a seguito di tre situazioni:

- la dimissione dal Centro, qualora l'utente abbia raggiunto gli obiettivi previsti,
- l'abbandono del Centro, a seguito dell'interruzione del percorso dell'utente senza che ciò sia concordato con l'équipe degli operatori,
- l'allontanamento dal Centro, per decisione dell'équipe degli operatori.

Il momento delle dimissioni viene pianificato e concordato con l'utente ed il Servizio inviante, nell'ultimo periodo del percorso.

L'abbandono del Centro, evento non concordato, viene immediatamente comunicato al Servizio di riferimento.

L'allontanamento può essere immediato a causa del non rispetto di una delle regole principali del Centro, oppure programmato in quanto l'équipe degli operatori ritiene che l'utente non sia in grado di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Gestione dei reclami

Per informazioni riguardanti il Centro “S. Martino”, nonché per esporre indicazioni e reclami sono a disposizione i seguenti riferimenti:

Massimo Costantini, Direttore Reti Sociali e Relazioni Istituzionali, Comunità La Tenda Cooperativa Sociale cell. 3475703549

Rosita Cardinali, Responsabile di Programma 3452379192

Centro “S. Martino”, cell. 3452379192

Uffici sede legale, via Sportella Marini n. 41, 06034 Foligno (PG), tel. e fax 0742.352927

Email: areadipendenze@comunitalatenda.com info@comunitalatenda.com

Sito internet: www.comunitalatenda.com

Inoltre:

- per gli utenti sono previsti colloqui esplicativi con il Coordinatore del Centro, qualora richiesto,
- per i committenti è prevista la somministrazione di un questionario di soddisfazione dove è possibile esprimere valutazioni, suggerimenti, sollecitazione e reclami, sull’offerta dei programmi comunitari erogati dal Centro.

Si allega alla presente Carta del Servizio e Programma, l’organigramma del personale del Centro.

Luglio 2019

L’Equipe del Centro per le dipendenze S.Martino