



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria di Ferrara

Rapporto 2011-2012  
OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO E ACCREDITAMENTO  
DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE INTEGRATO SALUTE MENTALE  
DIPENDENZE PATOLOGICHE

## L'APPROPRIATEZZA DEGLI INSERIMENTI NELLE STRUTTURE TERAPEUTICHE ACCREDITATE





# **L'APPROPRIATEZZA DEGLI INSERIMENTI NELLE STRUTTURE TERAPEUTICHE ACCREDITATE Dati 2008-2012**

**Redazione a cura di:  
Cristina Sorio**

## **Gli autori:**

**Cristina Sorio**, M.O. Osservatorio Epidemiologico e Accreditamento

**Rosangela Giovannini**, M.O. Socio-Riabilitativo SerT Centro Nord

**Paola Giacometti**, M.O. SerT Ovest

**Alessio Orlando**, Psicologo "Progetti Innovativi"

**Paolo Pasetti**, Statistico "Progetti Innovativi"

**Donata Soffritti**, Sistema Informativo SerT Ferrara

**Giovanna Laghi**, Medico SerT Cento

**Ciro Garuti**, Psicologo SerT Cento

**Beatrice Pinca**, Infermiere professionale SerT Cento

**M. Rosa Fariselli**, Infermiere professionale SerT Cento

**Marina Galletti**, Assistente sociale SerT Cento

**Delia Martinoli**, Comunità Saman Le Muraglie, Bondeno

**Mauro Orioli**, Comunità Il Timoniere, Santa Giustina di Mesola

**Sabrina Mori**, Comunità Exodus La Casa di Carlotta, Bondeno

**Leonardo Scarpa**, Comunità Il Ponte, Migliaro

**Manuel Alleati**, Comunità Papa Giovanni XXIII, Denore

**Monica Ciavatta**, Centro Osservazione e Diagnosi, Argenta

*Con il contributo dei Fondi regionali per la Commissione locale di monitoraggio dell'accordo per la provincia di Ferrara*

## **OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO E ACCREDITAMENTO**

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche  
Via Francesco del Cossa 18 - 44121 Ferrara  
osservatorio.sert@ausl.fe.it

# INDICE

## **1. QUALITÀ CERTIFICATA E GESTIONE INTEGRATA DEI SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI**

- 1.1 Il modello di accreditamento della Regione Emilia-Romagna pag. 6  
1.2 Qualità e gestione integrata dei servizi pag. 9

## **2. LE STRUTTURE GESTITE DAGLI ENTI AUSILIARI ACCREDITATI** pag. 12

- 2.1 Le strutture pedagogico-riabilitative pag. 14  
2.2 Le strutture terapeutico-riabilitative pag. 16  
2.3 Le strutture specialistiche pag. 22

## **3. LIVELLI DI UTILIZZO DELLE STRUTTURE**

- 3.1 Il personale e gli indicatori di attività pag. 25  
3.2 Il profilo degli utenti in struttura pag. 32  
3.3 La valutazione dei trattamenti pag. 38

## **4. FATTORI PREDITTIVI DI ESITO DEL TRATTAMENTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI IN PAZIENTI CON DISTURBO DA DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE**

- 4.1 Introduzione pag. 48  
4.2 Materiali e metodi pag. 50  
4.3 Risultati pag. 55  
4.4 La valutazione del rischio di interruzione pag. 61  
4.5 Conclusioni pag. 63

## **5. L'AUTOPERCEZIONE DEL MIGLIORAMENTO NELLA QUALITÀ DELLA VITA** pag. 66

- 5.1 Introduzione pag. 67  
5.2 Il Tempo Terapeutico degli Utenti pag. 71  
5.3 La Co-Responsabilità delle Scelte pag. 74  
5.4 La Fase Residenziale del Processo Terapeutico pag. 76  
5.5 Cosa Accade quando in Comunità le cose non funzionano? pag. 80  
5.6 Il Rientro nella Società pag. 84  
5.7 Conclusioni pag. 87

## **6. AUDIT CLINICO SULL'APPROPRIATEZZA DEGLI INVII DEI PAZIENTI DEL SERT DEL DISTRETTO OVEST** pag. 89

## **7. VERSO UNA COMUNITÀ DI PRATICA VIRTUALE TRA AGENTI DI CURA** pag. 90

## PREMESSA

*L'implementazione del progetto regionale Rex – Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze, ha permesso di porre particolare attenzione alla definizione e alla valutazione del Progetto terapeutico condiviso dai professionisti dei Servizi Dipendenze Patologiche, delle Strutture terapeutiche accreditate e dagli Utenti.*

*In questa prospettiva sul versante del trattamento hanno assunto rilevanza il grado di adesione al progetto terapeutico, l'appropriatezza e l'efficacia dei percorsi terapeutici, la percezione del miglioramento della qualità della vita del paziente.*

*A partire dagli indirizzi regionali Il Rapporto 2011-2012 dell'Osservatorio Epidemiologico e Accreditamento del Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche, ha analizzato l'appropriatezza degli inserimenti nelle strutture terapeutiche accreditate avvalendosi delle principali tecniche che la ricerca sociale ed epidemiologica mettono a disposizione.*

*In primo luogo sono state descritte le strutture residenziali presenti sul territorio della provincia di Ferrara mettendo in luce le peculiarità e le specializzazioni dei percorsi terapeutici, e il profilo sociale e sanitario dei pazienti seguiti nel periodo di osservazione.*

*In parallelo è stato condotto uno studio di coorte sui fattori predittivi di esito del trattamento in strutture residenziali in pazienti con disturbo da dipendenza da sostanze psicoattive. I soggetti sono stati osservati retrospettivamente dal momento della presa in carico fino alla conclusione del rapporto.*

*Sul versante della percezione soggettiva del progetto terapeutico, utilizzando gli strumenti della ricerca qualitativa, sono state raccolte le narrazioni dei pazienti che avevano concluso il percorso terapeutico, soffermandosi sull'autopercezione del miglioramento della qualità della vita.*

*Infine l'équipe multidisciplinare integrata dei professionisti del SerT del Distretto Ovest e delle strutture accreditate degli Enti Ausiliari della provincia di Ferrara, ha condotto un audit clinico sull'efficacia del percorso di cura e riabilitazione integrato dei pazienti. L'audit ha permesso di porre il focus sulla pratica corrente, portando alla discussione i criteri per una più corretta formulazione del piano terapeutico.*

*L'esperienza di valutazione condivisa con i professionisti dei SerT e degli Enti accreditati del territorio di Ferrara, e integrata dal punto di vista dei pazienti, vuole essere un contributo ai processi di miglioramento della qualità dell'offerta terapeutica.*

# **1. QUALITÀ CERTIFICATA E GESTIONE INTEGRATA DEI SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI<sup>1</sup>**

## **1.1 IL MODELLO DI ACCREDITAMENTO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Il modello di accreditamento adottato dalla Regione Emilia-Romagna prevede che l'Assessorato politiche per la salute conferisca all'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale il mandato per le visite di verifica delle Strutture che rispondono al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione sanitaria regionale. L'analisi del fabbisogno è a cura del Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, competente dell'istruttoria del procedimento; la verifica dei requisiti generali e specifici delle strutture (DGR n. 26/2005) è effettuata da un team di valutatori formati dall'Agenzia che realizzano l'analisi documentale e la visita sul campo. Il team comprende professionisti dei servizi per le dipendenze pubblici e privati. Le risultanze emerse dalla verifica sono trasmesse al Servizio competente dell'istruttoria e al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali che con propria determinazione concede o nega l'accreditamento; la determinazione è pubblicata sul BUR e costituisce provvedimento definitivo.

In questi anni e grazie ai diversi Accordi tra Regione Emilia-Romagna e Coordinamento degli Enti Ausiliari (CEA) sono state affrontate importanti questioni, quali ad esempio le tariffe per gli inserimenti, l'accreditamento delle strutture per le dipendenze pubbliche e private, la definizione di livelli di qualità per gli inserimenti, il miglioramento della qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate, le modalità di accesso in struttura, l'utilizzo delle strutture regionali e le riconversioni, il sistema informativo, la valutazione, la formazione, il monitoraggio.

Nel corso degli anni il sistema di offerta delle Strutture iscritte all'ex Albo regionale degli Enti Ausiliari e convenzionate con le Aziende USL ha assunto una nuova configurazione in relazione al processo di accreditamento istituzionale.

Le specifiche competenze e le procedure in materia di accreditamento delle strutture sanitarie sono state stabilite dalla Regione Emilia-Romagna con la L.R. 34/1998.

In particolare la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali verifica la coerenza dell'organizzazione richiedente con la programmazione regionale; l'Agenzia sanitaria regionale attua le verifiche documentali e sul campo in merito al possesso dei requisiti; l'Assessore alla Politiche per la Salute rilascia il decreto di accreditamento.

L'avvio della procedura di accreditamento è subordinato alla valutazione della funzionalità della richiesta alle esigenze della programmazione regionale. Tale valutazione è svolta dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e concerne anche la tipologia dei trattamenti offerti dalle strutture terapeutico-riabilitative, pedagogico-riabilitative e specialistiche.

Con l'applicazione delle procedure di accreditamento istituzionale viene quindi a completarsi il percorso di definizione degli strumenti di regolazione del rapporto pubblico-privato nel settore dipendenze, attraverso un sistema a più livelli che passa dall'autorizzazione all'accreditamento e infine agli accordi contrattuali.

La Legge regionale n. 29 del 2004 (comma 3 dell'art. 2 e successive modifiche) stabilisce che le strutture sanitarie pubbliche e private, in possesso di autorizzazione, che intendono erogare prestazioni nell'ambito o per conto del Servizio Sanitario regionale debbano ottenere preventivamente l'accreditamento, secondo le modalità stabilite dalla legge regionale n.34 del 1998.

Nel 2004 con DGR n. 327 la Giunta regionale ha approvato i requisiti generali per l'accreditamento delle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna ed i requisiti specifici per alcune tipologie di strutture; con DGR n. 894 del 10/05/2004 la Giunta regionale ha dettato ulteriori precisazioni relative all'applicazione della citata deliberazione n.327/04, con specifico riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti.

---

<sup>1</sup> Capitolo redatto da Cristina Sorio

Nel 2005 con DGR n. 26 a parziale modifica della citata deliberazione n. 327/04, approva i requisiti specifici per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento istituzionale dei SerT e delle strutture di trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso.

Nel 2007 il percorso di accreditamento delle strutture gestite dagli Enti Ausiliari subisce una spinta di accelerazione per effetto della legge finanziaria (L. 296/2006) che stabiliva la cessazione degli accreditamenti transitori delle strutture private già convenzionate, non confermati da accreditamenti definitivi entro il 1 gennaio 2008.

La direttiva della legge finanziaria è stata recepita dalla Regione nelle priorità indicate per l'accreditamento delle strutture sanitarie nel triennio 2007-2009.

L'accreditamento istituzionale costituisce un sistema di regolamentazione a garanzia dei cittadini ed è il presupposto indispensabile affinché una struttura sanitaria, pubblica o privata, possa essere considerata soggetto idoneo a erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale e usufruire quindi dei finanziamenti pubblici.

In quanto atto amministrativo, rilasciato dalla Regione, l'accreditamento costituisce lo strumento di selezione e monitoraggio dei fornitori del SSN, si applica allo stesso titolo alle strutture sanitarie pubbliche e private e comporta la valutazione del livello di conformità ai requisiti "diversi e ulteriori" rispetto a quelli minimi autorizzativi.

In particolare si fa riferimento all'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni, ai sensi del quale l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli ulteriori indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti; e alla legge regionale n. 34 del 12/10/1998: "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14/01/1997" e successive modificazioni, da ultime l.r. n. 4/2008, che all'art. 10 pone in capo al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali la competenza di procedere al rinnovo dell'accreditamento con propria determinazione; stabilisce che l'accreditamento è valido per quattro anni decorrenti dalla data di concessione e può essere rinnovato, in presenza del mantenimento dei requisiti necessari anche per l'autorizzazione, su richiesta dell'interessato, presentata alla Regione Emilia-Romagna almeno sei mesi prima della scadenza. Alla domanda di rinnovo deve essere allegato un questionario di autovalutazione conforme al modello stabilito dalla Giunta Regionale.

Il Sistema di gestione della qualità indicato dal modello di accreditamento istituzionale adottato dalla Regione Emilia-Romagna è in gran parte sovrapponibile al sistema qualità della ISO 9001:2000. Tuttavia mentre il sistema di certificazione ISO si fonda sul concetto di tutela del cliente e spinge le organizzazioni a governare i processi operativi, l'accreditamento - partendo dal presupposto che il cliente deve ricevere garanzia degli impegni - amplia la verifica ai processi di pianificazione delle attività e degli obiettivi e cerca, nella valutazione, la rispondenza tra ciò che si è pianificato e il risultato ottenuto.

A partire dal 2006 l'accreditamento istituzionale ha coinvolto i SerT e le comunità terapeutiche come singole strutture che erogano servizi alle persone, quindi abilitate a svolgere i propri compiti istituzionali per conto della Regione, riconoscendo tuttavia nel Programma l'ambito della garanzia dell'integrazione tra erogatori basato sul modello di gestione per la qualità che consente il governo delle funzioni organizzative più significative per raggiungere il risultato desiderato.

Nell'Azienda Usl di Ferrara, nel 2006, è stata condotta una sperimentazione per ottenere l'accreditamento istituzionale del Programma Dipendenze Patologiche, una formula fortemente voluta dall'Ufficio regionale per le dipendenze, allo scopo di accreditare all'interno di un unico disegno organizzativo, tutte le sedi SerT e le comunità del territorio aziendale.

Il fatto nuovo è stato nel riconoscimento del ruolo svolto dal Programma nel garantire i percorsi di integrazione, all'interno di un processo di co-progettazione del network caratterizzato da percorsi terapeutici in grado di valorizzare le singole peculiarità, ma governato da processi di pianificazione e valutazione congiunti.

Questi percorsi si sono incardinati su due strumenti organizzativi che ne garantiscono il funzionamento. Il primo, di tipo tecnico, è costituito dal "Gruppo permanente per l'integrazione dei percorsi terapeutici" formato da operatori pubblici e del privato no profit con lo scopo di individuare i bisogni del territorio e di elaborare le risposte più efficaci. Il secondo,

orientato alla pianificazione e allo sviluppo del sistema in forma integrata, è costituito dai responsabili dei SerT e delle strutture private riuniti nel "Comitato di Programma" con compiti di pianificazione delle attività e verifica dei risultati.

Lo strumento dell'accreditamento nelle varie fasi di sviluppo della rete dei servizi ha facilitato i processi di apprendimento e specializzazione oltre a sviluppare meccanismi informativi multidimensionali. La strada seguita ha consentito di progettare in maniera partecipata i processi, definire in modo condiviso gli obiettivi, riconoscere reciprocamente il contributo portato da ciascuno e, infine, evidenziare il valore aggiunto prodotto dallo scambio nato dalle nuove relazioni di partnership.

Concluso il percorso di accreditamento previsto dalla Legge 296/2006, l'offerta di trattamenti sanitari per le dipendenze nelle strutture gestite dal privato no profit della Provincia di Ferrara risulta composta da 6 strutture, 112 posti ospite, 62 posti di tipo terapeutico-riabilitativo (55%), 17 pedagogico-riabilitativi (15%) e 33 specialistici (29%).

Nel mese di febbraio 2010 la Giunta della Regione Emilia-Romagna ha approvato la Delibera 246/2010 ad oggetto "Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2010-2012 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso". Sostanzialmente si tratta di un Accordo condiviso pubblico-privato orientato al miglioramento della qualità dei servizi offerti alle persone con problematiche inerenti le dipendenze, alcoldipendenza e tossicodipendenza in primo luogo.

Quello pubblicato dalla Giunta regionale è il terzo Accordo pubblico-privato, a dimostrazione di come il percorso sia stato lungo e denso di contenuti.

In questi anni i Servizi pubblici e privati hanno lavorato di comune accordo e in maniera sinergica sull'innalzamento complessivo della qualità dell'offerta. In molti casi il SerT e le Strutture private hanno condiviso il percorso dell'accreditamento. La quasi totalità dei SerT e delle strutture accreditate hanno condiviso criteri per l'inserimento, procedure, prassi, strumenti, valutazioni condivise.

È per questo motivo che la Regione Emilia-Romagna, ha attivato il progetto REX finalizzato all'individuazione di buone prassi per l'inserimento in struttura di persone con problematiche connesse con le dipendenze.

Questo progetto ha visto la partecipazione di operatori tecnici SerT e Enti accreditati privati, Responsabili delle Commissioni locali di monitoraggio degli Accordi, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Commissione regionale di monitoraggio Accordo RER-CEA, Presidente Direttivo CEA. Il progetto REX a partire dai modelli e dalle esperienze maturate dalle Commissioni locali di monitoraggio dell'Accordo RER-CEA, ha sviluppato "idee" progettuali e operative che si è ritenuto essenziale esaminare e diffondere a livello regionale.

Con la DGR 1718 del 25 novembre 2013 "Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2014-2016" tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento degli Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso viene stabilito che i Requisiti specifici per l'accreditamento del percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche già previsti nella DGR n.26/2005, sono integrati con i requisiti del Progetto Regionale Rex.

I requisiti del Progetto Rex resi cogenti nelle prossime verifiche per l'accreditamento dei SerT e delle strutture residenziali si sviluppano su quattro assi: 1. Definizione del progetto terapeutico, 2. Sistemi di codifica e documentazione clinica, 3. Criteri di appropriatezza degli inserimenti in struttura, 4. Valutazione degli esiti dei trattamenti.

**Definizione del progetto terapeutico:** si basa innanzitutto sulla presenza di un progetto terapeutico che deve essere stilato sulla base di una ipotesi diagnostica, deve essere condiviso tra i 3 attori principali: SerT, Struttura e utente, deve essere verificato e validato in itinere, e deve essere valutato alla dimissione.

**Sistemi di codifica e documentazione clinica:** riguarda i criteri per la codifica della diagnosi tossicologica secondo le Linee Guida regionali per l'utilizzo dell'ICD10 nei servizi per le dipendenze, i criteri per la comunicazione e l'individuazione di elementi diagnostici significativi e la garanzia della continuità terapeutica. Le Strutture e i SerT devono documentare i piani di trattamento farmacologico degli utenti e far sì che questi accompagnino l'utente durante le varie fasi del percorso.



**Criteri di appropriatezza degli inserimenti in Struttura:** riguarda la definizione da parte di SerT e Strutture, dei criteri di inclusione/esclusione, dei criteri di dimissione e garanzia della continuità assistenziale e la valutazione sull'appropriatezza dei percorsi attivati.

**Criteri per la valutazione degli esiti dei trattamenti:** fa riferimento ad una valutazione di sistema (coerenza tra bisogni assistenziali e offerta, utilizzo di strumenti e/o modalità valutative sostenibili, condivise e coprogettate finalizzate alla la valutazione dei singoli progetti terapeutici e dei risultati ottenuti); alla valutazione del percorso dell'utente e agli Audit o Root Cause Analysis congiunti nei casi di eventi avversi rilevanti.

## 1.2 QUALITÀ E GESTIONE INTEGRATA DEI SERVIZI

L'implementazione del progetto regionale "Rex – Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze", ha permesso a livello locale di porre particolare attenzione alla definizione del Progetto terapeutico condiviso dalla fase di accoglienza attraverso la rilevazione degli indicatori di tempestività e adeguatezza della risposta dei servizi e della completezza e correttezza dell'informazione diretta agli utenti. Sul versante del trattamento si valuta il grado di adesione al progetto terapeutico, l'appropriatezza e l'efficacia dei trattamenti dal punto di vista del grado di astinenza da sostanze e del miglioramento dello stile di vita. In particolare vengono sottoposti ad audit le modalità e le cause degli abbandoni dei trattamenti residenziali. La qualità del servizio così come percepita dagli utenti viene rilevata annualmente da ciascuna sede operativa. Sono utilizzati inoltre sistemi di segnalazione dei rischi clinico-assistenziali e di sorveglianza epidemiologica della mortalità e delle infezioni correlate al consumo di sostanze.

La progettazione dei processi di "trattamento residenziale o semi-residenziale" ha portato all'elaborazione della procedura di collaborazione fra pubblico e privato e, a partire dalle attività associate ai processi identificati nei documenti di indirizzo, si è passati alla loro classificazione individuandone le fasi, i responsabili, le interfacce, i documenti di riferimento e quelli di registrazione.

Al momento della presa in carico il SerT procede all'analisi delle caratteristiche di eleggibilità dei pazienti, definisce gli obiettivi sanitari e psico-sociali e individua gli operatori di riferimento. Nella fase successiva viene presentata la relazione clinico-anamnestica agli operatori della comunità che valutano la compatibilità del paziente e del piano di trattamento con la struttura che lo deve accogliere. Segue la definizione del programma terapeutico individuale con il dettaglio dei tempi, degli strumenti e della regolamentazione dei rapporti con la famiglia.

L'attuazione del programma terapeutico residenziale prevede la verifica periodica congiunta finalizzata alla valutazione e all'eventuale ridefinizione degli obiettivi. Sul finire del programma viene definita e implementata la fase di reinserimento in accordo tra paziente e operatori pubblici e privati di riferimento. Al termine di questa ultima fase, in tempi definiti è previsto un follow up finalizzato a evitare i rischi di ricadute.

La pianificazione annuale delle attività traduce i bisogni di salute della popolazione target in piani di lavoro definiti all'interno del Programma, attraverso un processo che coinvolge tutti i professionisti che svilupperanno le azioni e gli interventi programmati. La formalizzazione della pianificazione avviene nel quadro delle indicazioni aziendali e delle compatibilità economiche. Due documenti sostengono il piano annuale delle attività: l'Accordo Economico e di Programma e il Piano della Qualità. Il primo è un documento di programmazione integrata finalizzato al controllo del fondo assegnato ai SerT per sostenere il costo dei programmi terapeutici residenziali e per lo sviluppo di nuovi percorsi di cura finalizzati alla soddisfazione di nuovi bisogni.

Il Piano della Qualità individua invece i processi necessari per realizzare le attività pianificate ed è formulato dal "Gruppo permanente per l'integrazione dei percorsi terapeutici" che ha il compito di promuovere le azioni di miglioramento con il coinvolgimento degli operatori.

Utilizzando gli strumenti della verifica mirata a individuare le cause organizzative di risultati inadeguati, si innesca un ciclo virtuoso che apprende dalla ricerca di possibili soluzioni idonee a ottenere i risultati desiderati. In questo modo il sistema dei servizi è valutato di

continuo dal monitoraggio dei risultati, dalle competenze che sviluppa e dalle istanze che provengono dagli interlocutori istituzionali del territorio e da quelli interni al sistema.

In fase di progettazione il lavoro integrato ha permesso di identificare nuovi bisogni che si ritiene possano essere affrontati attraverso nuovi programmi: Trattamento residenziale per alcolisti e cocainomani, programma residenziale casa famiglia e progetto di reinserimento al termine del percorso residenziale.

Come già accennato, il ciclo della qualità raggiunge la pienezza della sua efficacia se associato al concetto di miglioramento continuo e quindi a un sistema di verifica dei risultati collegato al piano annuale degli obiettivi. Nell'esperienza concreta il controllo sistematico dell'esito dei processi ha permesso di individuare gli scostamenti dagli standard di prodotto e di pianificarne le azioni correttive o di miglioramento.

Allo stato attuale le aree di eccellenza riguardano la forte integrazione e il coordinamento fra i SerT e le strutture terapeutiche (del territorio), il coinvolgimento degli operatori nei processi decisionali, la chiarezza e la trasparenza della comunicazione verso gli utenti, la presenza di garanzie di qualità per i principali processi di cura, l'attenzione ai risultati di esito clinico e alla qualità tecnico-professionale, la semplificazione dei percorsi e la tempestività delle risposte, e infine aver orientato il sistema a valorizzare le risorse locali con oltre il 70% degli inserimenti a carico delle strutture territoriali.

Dal punto di vista degli operatori l'approccio integrato ha portato, sul versante organizzativo, importanti evoluzioni del sistema. Infatti si è passati dalle verifiche annuali legate al rinnovo della convenzione alla valutazione dei risultati orientata alla pianificazione integrata, dalla qualità auto-centrata sui requisiti dei singoli servizi/strutture alla definizione della qualità integrata orientata ai bisogni del paziente, dalla garanzia della qualità dei prodotti a prodotti, servizi e processi di qualità. Il management si è fatto carico del sistema di gestione della qualità, le scelte organizzative vengono discusse e definite con l'apporto degli operatori e i progetti terapeutici sono condivisi con i pazienti. Infine le strutture del privato sociale sono passate dal ruolo di fornitori di servizi per il settore pubblico a organizzazioni di un sistema integrato pubblico-privato.

Sul versante delle risorse umane, il percorso sperimentato ha portato alla condivisione dei linguaggi e allo sviluppo di competenze nella logica della continuità assistenziale e della completezza dell'offerta, mentre dal punto di vista metodologico ha spinto verso un'integrazione che rispetta le differenze. Ha permesso di condividere procedure che facilitano i processi assistenziali, la pianificazione e la verifica di efficacia delle attività e ha favorito i processi di comunicazione orientati al paziente. Inoltre hanno avuto uno sviluppo importante i piani formativi comuni e i sistemi di verifica dei risultati.

In una prospettiva di lungo periodo l'esperienza ha agevolato il rafforzamento della logica di sistema integrato sui tavoli di consultazione locale, dei Piani di zona in particolare, e ha consolidato una razionalità comune e un approccio condiviso alla nuova forma di gestione.

Il percorso verso l'accreditamento ha portato ad una riorganizzazione condivisa in chiave qualitativa di ogni singola struttura.

Del resto un sistema di gestione della qualità può funzionare solo se è condiviso a tutti i livelli dell'organizzazione, in modo tale che i responsabili siano in grado di pianificare le attività che ogni operatore può poi interpretare nella pratica quotidiana, tenendo presente che in ogni momento quella pratica è finalizzata alla soddisfazione dell'utente e può essere modificata all'interno di un ragionevole progetto di miglioramento finalizzato e partecipato. Non è possibile realizzare sistemi di gestione della qualità in un contesto di scarso consenso da parte anche solo di un gruppo di operatori e la difficoltà maggiore consiste nel mettere in evidenza il valore aggiunto che può rappresentare l'adozione di questo metodo per i pazienti, che sono chiamati periodicamente a giudicare le prestazioni ricevute e per gli operatori che, a loro volta, sono impegnati a migliorare il proprio operato in relazione ai risultati ottenuti.

Qualcosa quindi prossimo alla ricerca continua di soluzioni che migliorano il sistema sul piano della relazione, dell'efficacia terapeutica e dell'appropriatezza, nella consapevolezza che la qualità si colloca all'interno di un percorso di ricerca della soluzione ottimale che, non

potendo essere mai definitiva, si colloca nella capacità di cambiare adottando soluzioni nuove, quindi in un processo di miglioramento continuo. Un buon sistema della qualità supporta le capacità autocritiche e consente di migliorare il sistema senza metterlo necessariamente in crisi.

È nella capacità di realizzare questo obiettivo attraverso il coinvolgimento responsabile e competente di tutti gli operatori il valore aggiunto dell'accreditamento. Su questo coinvolgimento e sulla capacità di tenere sotto controllo attivo le varie parti della produzione, si basa la possibilità di rendere il sistema flessibile e al tempo stesso affidabile, capace di cogliere i bisogni emergenti e di mettere in atto i processi di cambiamento che possono rendere più efficaci le risposte.

Infine il percorso della qualità certificata, è stato utile per favorire l'avvicinamento fra soggetti che spesso fondano il proprio agire su presupposti teorici e culturali diversi. Da questo percorso obbligato, dalla necessità di dare evidenza al lavoro di ognuno attraverso procedure evidenziabili, è nato un linguaggio comune che ha consentito di superare i confini del lavoro in rete, costituito dalla somma di opportunità complementari, per realizzare un sistema integrato in cui i percorsi di trattamento non hanno soluzione di continuità.

L'accREDITAMENTO delle singole strutture, garantisce il mantenimento di una forte identità e conferisce all'insieme la flessibilità che favorisce l'integrazione, il confronto e la libertà di pensiero utili allo sviluppo.

In questo approccio che consente ampi margini di autonomia all'interno di un sistema fortemente caratterizzato sta l'originalità di un Sistema che mette a frutto le possibilità di sviluppo del singolo potenziandole all'interno della struttura del Programma. In questa realtà si è quindi dimostrata la potenzialità del sistema a matrice, che prevede la distinzione fra compiti gestionali e funzionali di indirizzo tecnico, favorendo nel concreto ampie possibilità di sviluppo creativo.

Il rapporto fra i diversi interlocutori si è sostanziato nella disponibilità a una contaminazione reciproca che si manifesta nei cambiamenti osservati, nei progetti realizzati, nei piani di formazione programmati insieme, nella condivisione dei progetti terapeutici. E ciò ha creato un sostanziale equilibrio che consente al sistema di essere collaborante pur mantenendo forte l'identità di ogni suo componente. È un risultato importante che non può essere considerato un punto di arrivo perché il punto di equilibrio del sistema è nella ricerca progressiva di nuove soluzioni e di nuovi punti di incontro.

Una omeostasi virtuosa fra operatori pubblici e privati provenienti da matrici culturali diverse uniti nella ricerca di proposte da adattare e adeguare alla realtà che muta.

## 2. LE STRUTTURE GESTITE DAGLI ENTI AUSILIARI ACCREDITATI

Il problema della dipendenza presenta una complessità tale da richiedere una lettura comprensiva di diversi aspetti: *fisico*, per il quadro sintomatico e le patologie ad essa correlate, *comportamentale*, per la tendenza a un agito spesso irrazionale determinato dalla necessità di dare risposta immediata a bisogni ed emozioni, *psicologica* per la perdita di contatto con sé e per la coesistenza di aspetti adattivi disfunzionali, *relazionale*, per la distorsione e la compromissione dei rapporti con gli altri infine *sociale*, per le problematiche legali, la perdita di competenze lavorative e per l'isolamento che lo stile di vita della persona, con problemi di dipendenza spesso presenta.

Questa la rappresentazione della tossicodipendenza come fenomeno complesso che emerge dalle interviste rivolte ai referenti delle sei Comunità Terapeutiche presenti nella Provincia di Ferrara. Tali strutture sono accreditate conformemente alle direttive della Legge Regionale n. 34/1998, che le distingue tra strutture residenziali a tipologia pedagogico-riabilitativo (Comunità Papa Giovanni XXIII); terapeutico-riabilitativo (Comunità "Il Timoniere", Saman "Le Muraglie" e "Il Ponte"); strutture residenziali specialistiche madre-bambino (Fondazione Exodus "La Casa di Carlotta") e strutture residenziali specialistiche di osservazione e diagnosi (Centro di Osservazione Diagnostica "L'Airone").

Ciascuna di queste realtà, pur partendo da differenti presupposti teorici e metodologici, rappresenta una risposta altrettanto puntuale al fenomeno delle dipendenze. Ogni Comunità si struttura come contesto di trattamento, finalizzato ad attivare e promuovere percorsi di allontanamento dalla sostanza e di cambiamento dello stile di vita ad essa collegate.

La mission di queste Comunità è orientata a ripristinare l'equilibrio bio-psico-sociale dei pazienti, ricostruendo via via spazi progressivamente più ampi di autonomia e di responsabilizzazione. È la residenzialità a consentire la presa in carico globale della persona con problemi di dipendenza e a rappresentare il principale fattore di intervento. La vita comunitaria, partendo da un recupero fisico, ricompono la dimensione spazio-temporale della quotidianità, preparando alla riacquisizione del proprio equilibrio interiore e alla definizione di un nuovo progetto di vita.

Le Comunità diventano così contesti protetti di sperimentazione e di messa in discussione di sé e delle proprie scelte, conservano una natura provvisoria rifiutando quelle caratteristiche totalizzanti di isolamento dei modelli residenziali tradizionali<sup>2</sup>, per inserirsi nel territorio, creando un rapporto dialettico con altri servizi e strutture, e quindi preparare percorsi di inserimento nella società.

Ciascun programma terapeutico proposto, tenta di realizzare il cambiamento possibile della persona, non aspira a una rifondazione della sua identità attraverso l'adesione coercitiva a comportamenti e valori precisi, come nelle Comunità classiche<sup>3</sup>. Sono programmi terapeutici complessi, differenziati, personalizzati, una risposta al mutamento dei consumi, alla multi-problematicità della tossicodipendenza, alle caratteristiche individuali, alle problematiche relazionali che manifesta.

La Comunità si specializza nella combinazione di osservazioni diagnostiche, terapie psicologiche, farmacologiche, in associazione agli interventi relazionali ed educativi. Sono le équipes multidisciplinari, attraverso l'apporto sinergico di psicologi, educatori professionali e operatori sociali<sup>4</sup>, a formulare progetti residenziali e a condividerli con l'utente e i suoi familiari.

Il percorso riabilitativo, indipendentemente dalla tipologia di Comunità come precedentemente definite, si snoda in tre fasi: l'accoglienza, la residenzialità e la fase di reinserimento. La prima coincide con la presa in carico dell'utente, la valutazione delle caratteristiche di personalità, la costruzione della motivazione al cambiamento, attraverso la presa di coscienza della problematicità della propria situazione. Questa fase di ingresso ha una funzione di contenimento, è dedicata al recupero dell'equilibrio fisico, anche attraverso supporti farmacologici e alla regolamentazione di ritmi vita che creano le basi per intraprendere il progetto riabilitativo della seconda fase residenziale.

---

<sup>2</sup> E. Goffman, *Stigma, L'identità negata*, 1970.

<sup>3</sup> E. Martino, G. Magliaro, *Le comunità terapeutiche e le strategie di intervento*, in Salvini et al., *Droghe. Tossicofilie e tossicodipendenze*, 2002.

<sup>4</sup> figura professionale specializzata nel lavoro delle dipendenze riqualficata da corsi regionali.

La strutturazione delle giornate è scandita da regole e orari precisi per i pasti, il lavoro e il tempo libero. La condivisione di spazi e di attività in comune, creano un immediato contesto sociale, attraverso cui la persona recupera la capacità pratica di rispondere alle esigenze vitali in una situazione di convivenza. Colloqui e gruppi educativi definiscono la dimensione relazionale in cui si elabora la quotidianità. La figura dell'educatore guida l'organizzazione della vita comunitaria e facilita i rapporti tra gli utenti oltre a favorire il confronto e la condivisione di esperienze comuni. Percorsi più interiori di individuazione e integrazione della propria identità, procedono poi in parallelo. Il sostegno psicologico e colloqui di psicoterapia, favoriscono il recupero del contatto con se stessi, l'elaborazione dei propri problemi consolidando la motivazione al cambiamento.

Un cambiamento che si delinea anche nell'assunzione di responsabilità e nello sviluppo di competenze lavorative via via più complesse: dalla gestione della casa, cura degli spazi comuni e degli animali, manutenzione degli edifici, fino allo svolgimento di mansioni complesse che richiedono abilità specifiche, spendibili nel mondo del lavoro. Le attività di ergoterapia sono funzionali anche alla ricostruzione della propria identità sociale.

L'ultima fase post-residenziale conclude il percorso riabilitativo orientando l'utente verso altre strutture riabilitative o preparandone l'ingresso nella comunità, attraverso percorsi di orientamento lavorativo e formativo.

Le fasi generali di tale percorso residenziale, si declinano in maniera specifica, in ciascuna tipologia di Comunità, distinguendo *modelli di intervento* prevalenti dovuti a diverse combinazioni tra l'approccio educativo, psicologico e socio-sanitario.

La Comunità **"Papa Giovanni XXIII"**, declina il proprio approccio pedagogico-riabilitativo in un *modello educativo* prevalente. La mission che informa questa struttura si ispira a una filosofia di vita in cui, il disagio, legato alla dipendenza, viene affrontato in ogni sua manifestazione sostenendo la persona nel percorso verso una condizione di reale autonomia. La dipendenza si trasforma in condizione di vita da ridefinire attraverso la relazione educativa che si definisce nel percorso terapeutico dell'utente. Nella fase residenziale la figura dell'educatore è guida e supporto nell'organizzazione della vita quotidiana e nella ridefinizione di un percorso di maturazione parallelamente sostenuto dal counseling psicologico. Nella fase post-residenziale, al termine del trattamento, il ruolo dell'educatore acquisisce una funzione "genitoriale", dando continuità al percorso riabilitativo in altre strutture residenziali dell'Associazione.

Nelle Comunità Terapeutico-Riabilitative **"Il Timoniere"**, **"Saman Le Muraglie"**, **"Il Ponte"**, metodi educativi si affiancano e si integrano a un *modello psicologico* che pone al centro le caratteristiche di personalità e il sistema di relazioni familiari. Il counseling, la psicoterapia e i gruppi terapeutici sono finalizzati alla comprensione della funzione simbolica della sostanza, alla messa in discussione di pattern relazionali disfunzionali, alla destrutturazione delle difese, a elaborare la difficoltà di astensione, al riconoscimento degli stati anticipatori della ricaduta e al sostegno del percorso di recupero. La presa in carico della famiglia si traduce in colloqui di sostegno in spazi dedicati all'elaborazione della problematica, alla valorizzazione delle risorse del sistema familiare e alla ridefinizione dei rapporti con l'utente.

Nella **"Casa di Carlotta"**, specializzata nella presa in carico di madri e dei loro figli, la vita comunitaria, attraverso l'integrazione di strumenti educativi e psicologici, è incentrata non solo al superamento della condizione di dipendenza, ma al recupero della funzione genitoriale e alla promozione del benessere del bambino.

*Modelli psico-educativi* informano questa Comunità strutturando percorsi di recupero parallelamente finalizzati alla riabilitazione e alla ridefinizione della propria identità di genitore, in un percorso di crescita permanente di educazione al valore della vita e di emancipazione.

Il **Centro di Osservazione Diagnostica (COD) "l'Airone"** è una struttura residenziale specialistica finalizzata alla gestione delle crisi e alla rivalutazione diagnostica. Si distingue dalle altre strutture per una decisa caratterizzazione sanitaria sostenuta da interventi in campo educativo e psicologico. Diversamente dalle altre Comunità si avvale di un'équipe multidisciplinare con prevalenza di professionalità sanitarie.

Il COD accoglie, per periodi brevi, utenti che manifestano, in associazione alla problema della dipendenza, altre psicopatologie, finalizzando il proprio intervento, alla valutazione diagnostica, alla disintossicazione, al recupero fisico e al monitoraggio della generale condizione sanitaria. Le attività quotidiane sono commisurate al forte stato di compromissione degli utenti e sono orientate a ristabilire un funzionamento di base per indirizzare successivamente i pazienti a programmi più articolati.

## 2.1 LE STRUTTURE PEDAGOGICO-RIABILITATIVE

### Comunità Papa Giovanni XXIII<sup>5</sup>

Per comprendere la realtà profonda della Comunità Papa Giovanni XXIII<sup>6</sup> bisogna necessariamente rifarsi all'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, che è un Ente Ecclesiastico di Diritto Pontificio, giuridicamente sorto nel diritto canonico e riconosciuto nel diritto civile italiano con Decreto del Presidente della Repubblica. L'Associazione è l'ente madre, da cui bisogna partire per capire la genesi e l'evoluzione di tutte le ragioni sociali che da essa sono promosse, sostenute e collegate. Tutte le ragioni sociali nate dall'Associazione, sono poi legate in un consorzio denominato Consorzio Condividere Papa Giovanni XXIII, proprio per sottolineare con forza la visione unitaria e il collegamento esistente tra tutte le ragioni sociali appartenenti al "Gruppo Papa Giovanni".

Ogni ragione sociale è autonoma legalmente, fiscalmente e organizzativa-mente, ma tutte si ispirano e rispondono a un'unica visione d'insieme che ha la propria origine nell'Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII". La visione dell'albero rende in una figura plastica l'organizzazione del gruppo: le radici sono il Vangelo e la Chiesa Cattolica, il tronco è l'Associazione, i rami sono le varie entità giuridiche da questa promosse nel corso degli anni per meglio rispondere ai bisogni delle persone. Per comprendere quindi il "ramo" "Comunità Papa Giovanni XXIII", bisogna partire dal "tronco" Associazione Papa Giovanni XXIII.

L'Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII" è un Ente Ecclesiastico di fede cattolica civilmente riconosciuto. Gli obiettivi che la Comunità e i suoi membri si prefiggono sono: l'accoglienza, l'assistenza, la cura, la tutela ed il reinserimento sociale, di persone in difficoltà ed emarginate, attraverso la pedagogia della condivisione diretta e quotidiana della vita. Questa modalità si è evoluta fino a dar vita, alla fine dell'anno 1989, a una specifica ragione sociale appositamente votata al recupero delle persone affette da dipendenza patologica: la Comunità Papa Giovanni XXIII Cooperativa Sociale<sup>7</sup>. Si tratta di una comunità pedagogica a carattere sociale, il cui obiettivo principale è il contenimento di situazioni di crisi o di grave rischio. Nel periodo di permanenza degli utenti in struttura si attivano strategie per motivarli a intraprendere un percorso finalizzato all'interruzione dell'uso di sostanze stupefacenti. Per questo diventa anche spazio motivazionale, cioè luogo in cui la persona può elaborare, non subendo la pressione di fattori stressanti esterni quali "la piazza" o amici inopportuni, una strategia per il proprio futuro. Durante la permanenza, con gli operatori di riferimento si costruisce, nel rispetto dei tempi dell'utente, un percorso per migliorare la sua qualità di vita, la ricostruzione della propria dignità e per creare le basi per un eventuale percorso di recupero.

La Comunità Papa Giovanni XXIII ha come finalità l'impegno di condividere la vita delle persone in situazione di disagio personale, per qualsivoglia causa, affiancandosi ad esse per sostenerle in un cammino di piena realizzazione e di sviluppo delle loro capacità individuali. L'esperienza realizzata nel corso di questi 20 anni dimostra che la situazione socio familiare di provenienza degli utenti dei nostri percorsi riabilitativi è estremamente diversificata: in alcuni casi è presente una realtà familiare adeguata, vitale, in altri se ne può notare la pressoché

---

<sup>5</sup> **Testo redatto da Manuel Alleati, Responsabile Comunità "Papa Giovanni XXIII" di Denore.**

<sup>6</sup> Cooperativa sociale a r.l.

<sup>7</sup> La sede operativa di Denore è situata nel comune di Ferrara - Località Denore, Via Massafiscaglia n° 434.

La struttura è accreditata dalla Regione Emilia-Romagna con Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n° 11688 del 14/09/2012, "Rinnovo dell'accreditamento istituzionale della struttura residenziale pedagogico-riabilitativa per persone dipendenti da sostanze d'abuso denominata Comunità Terapeutica Denore, Ferrara (FE) gestita dall'ente Coop. Sociale a.r.l. Comunità Papa Giovanni XXIII Onlus, Rimini.

totale mancanza. Sempre più ampio è poi il range di oscillazione dell'età anagrafica nonché delle caratteristiche di personalità di quanti vengono accolti nelle diverse strutture terapeutiche.

Queste e altre considerazioni evidenziano la necessità di personalizzare e quindi differenziare in maniera rilevante i percorsi riabilitativi. In particolare al termine del programma, nella fase di reinserimento e ritorno alla vita sociale normale, emergono nuovi e pressanti bisogni ai quali va data una risposta adeguata. È la fase più delicata perché la persona deve ricominciare a muoversi in piena autonomia e a mettere in pratica i valori e a utilizzare gli strumenti forniti durante il percorso di recupero, senza che, il ruolo rassicurante dell'ambito terapeutico, lo sostenga direttamente. Diverse persone, in questa delicata fase, necessitano, pur avendo terminato con esito positivo il percorso riabilitativo, di ulteriori forme di sostegno, di accompagnamento e di affiancamento per raggiungere un grado adeguato di autonomia individuale. A volte, ciò è determinato da situazioni particolari di difficoltà personale oppure dalla carenza di risposte sociali o familiari provenienti dalla realtà d'origine.

Diventa perciò necessario, anche per non vanificare tutto il lavoro svolto in precedenza, tenendo sempre conto delle differenti situazioni individuali, prevedere la possibilità di inserimento in strutture residenziali specifiche. Tali strutture realizzano un mix di autogestione e di supervisione, di autodeterminazione dei protagonisti e di forte presenza di figure educative con ruoli di sostegno, richiamo, stimolo, indirizzo, di libera adesione e di accettazione incondizionata del progetto educativo predisposto e delle sue regole. Il programma educativo specifico per queste strutture è strettamente derivato dal progetto globale e dalla metodologia utilizzata dalla Comunità Papa Giovanni XXIII per il recupero delle persone dalle dipendenze patologiche. La sede operativa di Denore (FE) ha elaborato alcuni progetti di strutture satellite a supporto della comunità, in particolare per percorsi post-comunità e in alcuni casi anche per utenti durante la fase finale del programma terapeutico.

*L'Appartamento "Casa della Vita"* è gestito dalla Comunità Papa Giovanni XXIII<sup>8</sup> di Rimini, si tratta di una struttura di tipo residenziale che offre la possibilità di inserimento a persone che hanno terminato il proprio percorso riabilitativo con esito positivo presso le strutture terapeutiche della Comunità Papa Giovanni XXIII, o in fase di reinserimento sociale. L'obiettivo della permanenza è di fornire ai singoli utenti un periodo di consolidamento delle abilità personali recuperate durante il percorso riabilitativo e di incrementare il livello di autonomia raggiunto. La permanenza ha come requisito fondamentale quello di realizzare un percorso di avviamento e formazione alle abilità, alle responsabilità, alla cultura del lavoro unito alla capacità di provvedere a se stessi in modo autonomo. Tale percorso deve essere proposto e concordato preliminarmente con gli operatori ed i responsabili della Comunità Papa Giovanni XXIII al momento dell'ammissione, nonché con gli operatori del Servizio inviante.

*La Casa Famiglia "Casa di Nazaret"*<sup>9</sup> è una delle realtà più originali nate dall'esperienza dell'Associazione, una vera famiglia allargata, che si distingue dalle normali strutture residenziali (istituti, case di riposo, gruppi-appartamento) per la presenza di membri dell'Associazione che scelgono di diventare stabilmente, 24 ore su 24, padre e madre, fratello e sorella di persone temporaneamente o definitivamente prive di un ambiente familiare idoneo: portatori di handicap, bambini e adolescenti in difficoltà, ragazze madri con i loro bambini, ex detenuti, persone con problemi psichici, etilisti, ex prostitute, barboni, ex tossicodipendenti.

Le figure di riferimento gestionale diventano così figure genitoriali e svolgono la funzione paterno/materna. Esse possono essere coadiuvate anche da volontari a tempo pieno o da persone in Servizio Civile Volontario. Nella casa famiglia si supera il rapporto operatore/utente, in quanto tra chi accoglie e chi viene accolto si creano rapporti di tipo parentale basati non sul legame biologico, ma su una scelta di amore libera e consapevole costantemente alimentata dalla vita di fede e di preghiera.

La Casa Famiglia "Casa di Nazaret" è gestita dall'Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII di Rimini" che svolge il ruolo di controllo e sostegno, unico riferimento giuridico e direzionale dell'attività svolta. L'intensa collaborazione fra l'Associazione e la Cooperativa con la Casa Famiglia della Comunità Terapeutica di Denore offre la possibilità di inserimento per persone che hanno terminato il proprio percorso riabilitativo con esito positivo, o in fase di reinserimento sociale. Per questi soggetti viene valutata la possibilità di sperimentare un

---

<sup>8</sup> Coop. Sociale a r.l. con sede legale a Rimini in Valverde n.10/b.

<sup>9</sup> Con sede a Copparo (FE) in via Gran Linea n.35.

ambiente a carattere familiare, che permette rapporti umani più stretti, ma più liberi, di quelli possibili nel contesto della comunità terapeutica. La famiglia è composta da 2 coniugi che già collaborano nel settore della tossicodipendenza presso la sede di Denore e per questo possono dare continuità al programma terapeutico svolto in comunità nel senso di consentire la stabilizzazione dei risultati ottenuti.

## 2.2 LE STRUTTURE TERAPEUTICO-RIABILITATIVE

### Comunità il Timoniere<sup>10</sup>

La Comunità Terapeutica "Il Timoniere" si trova a S. Giustina, una piccola frazione del comune di Mesola. È nata nei primi anni '90, in risposta alle problematiche tossicomane emerse nel territorio, come centro di accoglienza del Ce.I.S. di Ravenna, abbracciando fin da allora la filosofia del Progetto Uomo. Questo progetto prevedeva un programma terapeutico che sviluppasse una crescita cosciente della persona mediante una condivisione delle problematiche e una reciproca solidarietà nella responsabilità delle scelte individuali.

Dal 29 novembre 1999 con la determinazione n. 011017, la sede operativa comunità di S. Giustina gestita dalla Coop. sociale "IL TIMONIERE" è iscritta all'albo regionale dell'Emilia Romagna al prot. N. (SPA/99/43934). Da questa data la comunità è diventata autonoma. Dal 01 aprile 2005 con il decreto del Ministero della Giustizia del 27 gennaio 2005 la Comunità è convenzionata con il Ministero della Giustizia e Accreditata all'interno del Programma Dipendenze Patologiche dell'ASL di Ferrara con decreto n° 43 del 28.11.2007.<sup>11</sup> Dopo alcuni anni di lavoro terapeutico con i tossicodipendenti, si è manifestata la preoccupante emergenza di un altro problema di proporzioni rilevanti: l'alcol, non solo come sostanza sostitutiva all'uso degli oppiacei, ma anche come elemento d'uso primario con un progressivo e crescente numero di invii e di richieste da parte dei SerT territoriali. Ciò ha spinto gli operatori a svolgere un'approfondita analisi della problematica e a iniziare uno specifico percorso di formazione del personale che, in collaborazione con gli operatori del SerT, ha portato nel 2007 all'apertura sul territorio, di un **Punto d'incontro ACAT**<sup>12</sup>, a Mesola.

La struttura offre la possibilità, di svolgere un programma terapeutico finalizzato alla revisione delle condotte disfunzionali conseguenti all'assunzione di alcol e un approfondimento dei fattori di personalità ad esso connessi. Gli inserimenti avvengono su invio del SerT di riferimento anche in regime di arresti domiciliari.

L'esperienza di anni di lavoro ha permesso di riconoscere, quale momento educativo e riabilitativo fondamentale, a fianco delle attività psico-educative, anche l'attività lavorativa come elemento fondamentale per riacquistare fiducia nelle proprie capacità, per rivalorizzazione l'identità personale e acquisire capacità di collaborazione con gli altri ospiti della comunità. Ogni persona può sperimentarsi in attività sempre diverse e in sintonia con i propri limiti, fisici e/o psichici, nel contesto della fattoria didattica. Qui sono presenti serre per la coltivazione di ortaggi e fiori, e orti e campi all'aperto per coltivazioni estensive. Esiste inoltre la possibilità di accudire animali da cortile e di lavorare nelle stalle con suini, asini, capre, pecore e conigli. La Comunità ha avviato da anni una macelleria, gestita da utenti in fase di reinserimento e da un operatore esterno, dove è possibile acquistare carni e insaccati di produzione e lavorazione propria.

Anche i pasti della giornata vengono preparati da ospiti della struttura nell'ottica di una corresponsabilità nella conduzione delle singole attività giornaliere.

Accanto all'attività lavorativa risultano fondamentali, per lo svolgimento del programma, la partecipazione attiva e costante ai gruppi terapeutici e ai colloqui individuali con gli operatori. Un ruolo importante rivestono anche le uscite per attività esterne.

---

<sup>10</sup> Testo redatto da V. Pastorello e Mauro Orioli, Psicoterapeuti della Comunità "Il Timoniere".

<sup>11</sup> La struttura è accreditata dalla Regione Emilia-Romagna con Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, "Rinnovo dell'accreditamento istituzionale della struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per persone dipendenti da sostanze d'abuso denominata Il Timoniere, S. Giustina di Mesola (FE), gestita dall'Ente Il Timoniere, Mesola.

<sup>12</sup> Associazione Club Alcolisti in Trattamento.



*Il Progetto Terapeutico Riabilitativo per la Dipendenza da Alcol.* Dall'osservazione clinica quotidiana e dal raffronto con quanto presente in letteratura è emersa l'esigenza di affrontare la problematica dell'alcolismo secondo *patterns* specifici d'intervento che risultino più brevi come durata rispetto ai normali programmi terapeutici per tossicodipendenti e in forte collegamento, a partire già dalla fase residenziale, con strutture territoriali professionali e non professionali.

Il progetto si struttura sulle più recenti conoscenze e modalità d'intervento nelle problematiche di dipendenza da sostanze in linea con il modello della prevenzione della ricaduta, emerso dai lavori di G. Alan Marlatt e collaboratori<sup>13</sup>. Visto che solo una parte dei pazienti, dal 20 al 50 per cento riesce a modificare in modo radicale il proprio comportamento, l'episodio della ricaduta rappresenta la regola piuttosto che l'eccezione. Si evince quindi l'importanza di inquadrare la medesima all'interno di un normale processo caratterizzante la ciclicità del problema della dipendenza e non come un evento isolato. Gorski e Kelley<sup>14</sup> infatti, sostengono che la ricaduta è "quel processo del divenire incapace di fronteggiare il quotidiano senza l'uso delle sostanze", e il suo ciclo inizia molto prima che la persona faccia uso della sostanza, ed è spesso identificata da segnali quali modificazioni nel comportamento, nei pensieri e nelle emozioni. E' quindi importante per le persone imparare a riconoscere i propri segnali ed essere capaci di implementare velocemente delle strategie efficaci<sup>15</sup>.

La ricaduta può essere concepita come momento di accrescimento delle risorse personali e consapevolezza delle difficoltà da affrontare. È necessario che tale "caduta" sia estremamente limitata e vi sia nel più breve tempo possibile una interruzione dell'uso di sostanze per evitare la completa perdita del controllo e la comparsa dei sintomi dell'assuefazione e al peggioramento del quadro clinico.

Difficilmente tali episodi di ricaduta vengono attribuiti dal soggetto a specifici schemi cognitivi disfunzionali o a carenza nelle capacità di fronteggiare situazioni critiche, ma al contrario si ha la tendenza ad attribuire tali episodi a situazioni circoscritte, a eventi potenzialmente controllabili e, nella maggior parte dei casi, a episodi di circostanza. All'interno di tale approccio, assieme al paziente, si prevede una valutazione delle difficoltà intercorse che non hanno permesso la messa in atto di comportamenti alternativi, fra i quali anche la richiesta d'aiuto e la pianificazione concordata delle strategie da utilizzare per impedire la ripresa dell'uso di droghe.

Il programma d'intervento è stato pensato per persone che mostrano difficoltà ad essere "trattate" sul territorio e con scarsa motivazione al cambiamento. Spesso gli utenti che si rivolgono ai Servizi per un inserimento in Comunità, hanno accanto famiglie assenti o poco collaborative, ripetuti tentativi di astensione dall'alcol e numerose ricadute alle spalle. Con una certa frequenza si presentano persone con disturbi mentali e turbe del comportamento o persone con situazioni di grave disagio sociale.

In seguito a un colloquio conoscitivo e dopo aver concordato l'ingresso con il servizio competente, la persona viene inserita in una fase di accoglienza della durata variabile di 1 o 2 mesi, da definire in base alle condizioni fisiche e psicologiche. E' fondamentale che durante questo periodo l'ospite rispetti e assuma con regolarità l'eventuale terapia farmacologica e che riprenda buone abitudini alimentari. In questa prima fase si sviluppa un percorso di osservazione e diagnosi al fine di proporre uno specifico progetto terapeutico personalizzato.

Successivamente si lavora con l'utente affinché prenda coscienza della difficoltà del rimanere sobrio e come la ricaduta non debba essere intesa come un evento eccezionale, ma come una parte del percorso di astensione dall'alcol.

Questo non significa creare le occasioni per poter ricadere, ma essere consapevoli che l'alcol è difficile da combattere e che è molto più utile conoscere i propri limiti e le situazioni o gli stati d'animo favorevoli alla ricaduta.

Questo stato della dipendenza e i modi in cui affrontarla, sono argomento degli incontri di gruppo che hanno l'obiettivo di rendere patrimonio comune le esperienze di ognuno dei partecipanti.

---

<sup>13</sup> G.A. Marlatt, J.R. Gordon, *Relapse Prevention*, Guilford Press, New York, 1985 .

<sup>14</sup> T. T. Gorski, J. M. Kelley, L. Havens, *An overview of addiction, relapse, and relapse prevention*, in *Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender*, Technical Assistance Publication, Series 8, Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1993.

<sup>15</sup> R. M. Kadden, *Cognitive-behavior therapy for substance dependence: Coping skills training*, Retrieved June 28, 2002.

Nei primi incontri di gruppo si descrive il percorso che porta a ricadere; si analizzano le situazioni critiche, si elencano le risposte usate dagli utenti per fronteggiare le crisi e si comincia a ipotizzare risposte alternative alle varie situazioni. Una delle fasi fondamentali di questo percorso è lavorare sul desiderio, come nasce, come aumenta, come decresce e come fronteggiarlo. La caratteristica di questo gruppo è quella di essere estremamente pratico e di utilizzare le esperienze di vita personali per poter creare modalità adeguate per affrontare il rischio di ricaduta e, nel caso accada, contenerlo o almeno gestirlo.

Nell'ultima fase del programma, il "reinserimento", si cerca di far accrescere nelle persone la capacità di essere autonomi e di riacquisire o riscoprire l'importanza del "prendersi cura di sé". In questi mesi si lavora in collaborazione con il Servizio inviante, con il Centro per l'Impiego e con le Associazioni di volontariato, per poter costruire una valida alternativa alla comunità nel reinserimento nella società. Rimane fondamentale la partecipazione ai colloqui individuali e alla vita di gruppo.

La Comunità "Il Timoniere" da sempre collabora con le associazioni di volontariato della zona. Ha sviluppato un rapporto di fiducia con il gruppo Alcolisti Anonimi di Torbiera di Codigoro e nel 2006 ha avviato alcuni operatori alla formazione per diventare Servitore Insegnante di Club ACAT (Associazione Club Alcolisti in Trattamento).

Dal febbraio 2007 un operatore della struttura ha iniziato a condurre un Club presso un locale della parrocchia di Mesola per poter accogliere le famiglie che si trovano a vivere problematiche legate all'uso di alcol e non solo. Alcuni utenti della struttura vengono incoraggiati a partecipare a questo gruppo per potersi aprire al sociale, pur restando in un ambiente protetto e necessario al cambiamento di stile di vita.

La possibilità di poter uscire e di affrontare il mondo esterno viene concepito come momento di verifica di tenuta delle risorse personali e come presa di coscienza delle difficoltà da affrontare.

## **Comunità Saman "Le Muraglie"<sup>16</sup>**

*Il progetto di presa in carico dell'utente cocainomane* parte da una riflessione della direzione scientifica gestita dal professor Luigi Cancrini all'interno dell'Associazione Saman<sup>17</sup>, sulle differenze tra due figure tipiche di tossicodipendenti: quella dell'eroinomane più tradizionale e quella del consumatore problematico di cocaina.

Il programma si rivolge specificamente ad utenti che presentano una situazione d'abuso di cocaina: uomini e donne di età variabile. La comunità accoglie utenti disintossicati o che assumono terapia psico-farmacologica concordata con il SerT inviante.

La modalità di accesso avviene tramite la segnalazione da parte del SerT che presenta la richiesta di ingresso e dopo un colloquio (telefonico o personale) tra operatore del SerT e psicologa che cura la fase di Accoglienza.

Vengono accolti in comunità anche utenti con terapia farmacologica, impostata e monitorata dal medico del SerT inviante.

Le rette sono a carico del SerT. È inoltre prevista la possibilità di prestazioni a pagamento, sempre a carico del SerT, successive alla fase residenziale quali ad esempio sedute di terapia familiare.

La dipendenza, per questo tipo di utenti, spesso riguarda solo un settore della vita della persona. Il consumatore di cocaina pare avere un'identità scissa e l'intervento dovrebbe porsi l'obiettivo, non tanto di mettere in crisi la persona e il suo sistema di vita ma la sua identità a rischio (riti, tempi, motivazioni del consumo). Al contempo vanno rispettati e valorizzati gli aspetti funzionali della sua socialità, lavorando per modificare l'identità sociale e normativa della persona (identità di lavoratore, di padre o madre di famiglia, di fratello o sorella), in riferimento al consumo problematico delle sostanze.

---

<sup>16</sup> **Il testo è stato redatto da Delia Martinoli, Responsabile della Comunità Saman Le Muraglie e F. Giovannini psicologa**

<sup>17</sup> La struttura è accreditata dalla Regione Emilia-Romagna con Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n° 11685 del 14/09/2012, "Rinnovo dell'accreditamento istituzionale della struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per persone dipendenti da sostanze d'abuso denominate Le Muraglie, Ospitale-Bondeno (FE), gestita dall'Ente Saman Servizi Coop. Soc. a.r.l. Milano.

Il programma per cocainomani si inserisce all'interno di un approccio multimodale che integra vari ambiti: psicoterapia, ergoterapia, psicopedagogia, attività psicocorporee. L'approccio psicoterapeutico include e pre-suppone l'orientamento di tipo sistemico-relazionale.

L'intervento proposto è strutturato in tre fasi:

1) *La fase di Accoglienza*, o di valutazione prevede 3-4 incontri con l'utente, la coppia o altri esponenti significativi del suo sistema di relazioni e ha diversi obiettivi: l'aggancio e la strutturazione di una relazione terapeutica, basata sul riconoscimento da parte dell'utente del suo bisogno d'aiuto; la definizione di una diagnosi personale e di sistema; l'approfondimento anamnestico con particolare attenzione alla comprensione della funzione della sostanza nei diversi ambiti; l'elaborazione di un piano terapeutico condiviso con l'utente, la famiglia e con il SerT.

Laddove è possibile, si ritiene importante che il contratto preveda la presa in carico della famiglia da parte dello psicologo che ha curato l'Accoglienza; al termine del percorso comunitario, sarà auspicabile e doveroso proseguire la presa in carico dell'utente e della famiglia in Accoglienza.

Tale fase si conclude con la definizione comune del progetto.

2) *La fase residenziale* prevede, orientativamente, un periodo di 3-6 mesi. Gli obiettivi sono: prioritariamente il recupero fisico, attraverso la presa di distanza dalla sostanza; in un secondo momento sono previste visite dei parenti mensili in comunità al fine di riallacciare le relazioni significative, in un terzo momento si mira ad avviare il riavvicinamento dell'utente al proprio contesto di vita.

La presa in carico dell'utente si svolge su tre piani:

a) l'intervento psicoterapeutico con colloqui psicologici individuali e sedute di terapia familiare. Il lavoro è inizialmente incentrato sulla situazione di "crisi", cercando di mettere a nudo l'ingenuità e l'inconsistenza delle difese costruite attorno al sé grandioso dell'utente, evidenziando la forza e la pericolosità delle collusioni familiari. Parallelamente al lavoro individuale effettuato dall'utente in comunità, è prevista la presa in carico della famiglia da parte dell'Accoglienza, che a partire dal secondo mese di residenza dell'utente in comunità, effettuerà sedute di terapia familiare a cadenza mensile;

b) l'intervento educativo basato su colloqui e gruppi educativi: tiene conto delle caratteristiche specifiche dell'utente e del coinvolgimento della famiglia nel percorso di riabilitazione. Prevede colloqui periodici con l'utente e il mantenimento di contatti con la famiglia;

c) le attività psico-corporee sono strutturate in due sessioni giornaliere ed eventuali sessioni aggiuntive. Lo scopo di tali attività è di rafforzare la capacità di prendersi cura del sé corporeo, attivando un percorso di riconoscimento e di integrazione tra le percezioni relative al proprio corpo, come la fatica e alcuni stati emotivi sottesi (il senso di vuoto o di impotenza).

Gli utenti sono inseriti in attività ergoterapiche: la pulizia della casa, la manutenzione e la gestione degli spazi esterni (giardini, viali, ecc.), la cura della stalla e degli animali; la coltivazione dell'orto; le attività di recupero all'esterno della comunità.

Il programma attuato in comunità dovrebbe motivare l'utente, ed eventualmente la coppia o la famiglia, ad intraprendere un percorso psicoterapeutico individuale e/o familiare, una volta conclusa la fase residenziale.

3) *La fase post-residenziale*. Questa proposta di intervento prevede la prosecuzione del percorso psicoterapeutico, laddove è necessario e si sia raggiunta una buona motivazione. È inoltre importante il rapporto instaurato con lo psicologo che ha condotto la terapia familiare nel corso del programma comunitario.

In tale fase il coinvolgimento del SerT è fondamentale per garantire da un lato periodici controlli delle urine che attestino l'astinenza dall'uso di sostanze dell'utente, condizione necessaria alla prosecuzione di tale fase del programma, dall'altro per effettuare momenti di verifica e incontri periodici finalizzati alla valutazione del percorso dell'utente.

In caso di ricaduta, il programma prevede un possibile rientro in comunità concordato con il SerT e la ripresa di una fase residenziale finalizzata all'elaborazione della ricaduta. La cui durata viene definita in sede di Accoglienza insieme agli operatori del SerT e all'utente.

Fino a oggi non sono stati ancora avviati con i SerT della provincia di Ferrara programmi con utenti cocainomani. Tuttavia la comunità ha acquisito un'esperienza significativa in questo ambito specifico, collaborando attivamente con SerT, di altre città e regioni che hanno inviato numerosi utenti.

## Comunità Il Ponte<sup>18</sup>

È nostra opinione che il fenomeno droga non è la causa iniziale di un "disagio" rispetto al comune vivere sociale, ma "l'esperienza transitoria" di uno stato di profondo malessere esistenziale.

L'esperienza droga attecchisce il più delle volte in situazioni prive di un solido retroterra educativo e a maggior ragione in situazioni di affettività carente o distorta.

La persona, trova nella tossicodipendenza un'apparente risposta al proprio malessere, un modo per prendere distanza da sé; il fenomeno droga trova nel disagio di queste persone il terreno adatto per attecchire.

Questo porta a un'alterazione di tutte le soglie di attivazione delle difese dell'individuo. Nel mondo della tossicodipendenza la difficoltà, la fatica, l'impegno e il sacrificio non sono riconosciuti come elementi di costruzione della persona o parte integranti della realtà umana, ma vengono nel complesso sfuggiti. Si ha di conseguenza, uno scarso senso della realtà e l'incapacità ad assumere delle responsabilità e ciò trova sfogo in una concezione della vita impostata sulla convinzione del "tutto subito e senza fatica". La personalità che ne emerge è quindi carente di capacità di controllo e di scelta, e si presenta squilibrata fra un'individualità spesso dotata di grandi potenzialità e una situazione esistenziale deformata che porta al fallimento e all'autodistruzione.

### L'associazione di volontariato Il Ponte<sup>19</sup>

Il 1 aprile 1994 è stata costituita l'Associazione Il Ponte con l'intento di garantire interventi di prima accoglienza e di orientamento, nel settore delle tossico-dipendenze attraverso una struttura "a bassa soglia", capace di rispondere ai bisogni immediati, assicurando prestazioni pluridimensionali anche attraverso una stretta collaborazione con i SerT di competenza.

L'Associazione dispone di due strutture:

*Una sede principale*, dove vengono svolte le fasi di accoglienza, il percorso terapeutico riabilitativo, le verifiche del programma e le modalità di dimissione, reinserimento e svincolo.

*Una seconda sede*, "**Casa di Massa Fiscaglia**", esclusivamente predisposta per la fase di reinserimento, per le persone che ne fanno richiesta, e per le quali se ne valuta la necessità in accordo con gli enti inviati.

Nei vari anni di esperienza e di collaborazione all'interno del Programma delle dipendenze patologiche della provincia di Ferrara si è condiviso, insieme ai responsabili dei SerT, l'esperienza della certificazione di qualità<sup>20</sup> e successivamente il percorso di accreditamento regionale.

Dall'ottobre 2007 la gestione dell'attività terapeutica è stata trasferita alla Cooperativa "Il Ponte Servizi". La cooperativa gestisce attualmente il centro di accoglienza<sup>21</sup>, la comunità terapeutica di proprietà di Don Paolo Cavallari, presidente dell'Associazione di Volontariato. Inizialmente l'intento era di garantire interventi di prima accoglienza e di orientamento alle persone tossicodipendenti in difficoltà. Successivamente i programmi sono diventati più articolati e complessi, e attraverso la collaborazione dei SerT sono stati attivati programmi di disintossicazione riguardanti pazienti con patologie complesse.

Negli ultimi anni, in questa sede, è stato dato spazio anche alla strutturazione di programmi terapeutici personalizzati brevi o di media durata, da completarsi nella fase di reinserimento. Si è inoltre deciso di affrontare il problema delle persone con diverse esperienze

---

<sup>18</sup> Testo redatto da **Leonardo Scarpa**, psicologo della Comunità Il Ponte.

<sup>19</sup> L'associazione ha sede legale in località Borgo Cascina di Migliaro (FE), presso la struttura riconosciuta come ente ausiliario. Costituita con scrittura privata registrata, è iscritta nel registro regionale delle associazioni di volontariato di cui alla L.R. 31 maggio 1993, n° 26, con decreto del presidente della Giunta della Regione Emilia Romagna n° 783 del 30 agosto 1994; è inoltre stata iscritta presso l'albo degli Enti Ausiliari dal 10 ottobre 1997, al n° 8859 e convenzionata con l'ASL di Ferrara dal 16 aprile 1998 al n° 648.

<sup>20</sup> La struttura è accreditata dalla Regione Emilia-Romagna con Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n° 11689 del 14/09/2012 Rinnovo dell'accreditamento istituzionale della struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per persone dipendenti da sostanze d'abuso Il Ponte, via Zappelli 3, Migliaro (FE) gestita dall'ente società Cooperativa Sociale Il Ponte Servizi, Migliaro (FE)

<sup>21</sup> Sito a Migliaro c/o la sede legale.

fallimentari in comunità e, per contro anche i casi di quanti hanno un rapporto sporadico con le sostanze unito a uno scarso degrado personale.

Il target degli utenti è costituito da tossicodipendenti maschi che presentano la necessità di un contenimento differenziato, in relazione alle proprie esigenze specifiche e alla possibilità di attivarsi a vari livelli, compatibilmente con l'adesione alle regole della struttura. In accordo con il SerT è possibile continuare il trattamento farmacologico, modificarlo, ridurlo o terminarlo.

La scelta di intraprendere un percorso terapeutico al "Ponte" può essere determinata anche dalla presenza, nel paziente, di disturbi di personalità anche gravi che non necessitano di strutture psichiatriche e che sono compensati da una terapia farmacologica.

Nell'ultima fase del programma si attivano percorsi terapeutici e socio-riabilitativi che prevedono l'opportunità, di un inserimento lavorativo guidato all'interno di una struttura specifica. Questo percorso di reinserimento fa parte dei progetti speciali definiti all'interno del Programma delle dipendenze patologiche ed è descritto nell'Accordo di Programma annuale.

*La sede operativa principale* è una struttura indicata soprattutto per persone che manifestano una scarsa propensione al rispetto verso un'organizzazione della vita comunitaria rigida e strutturata, ma che si caratterizzano per una buona adesione al lavoro terapeutico.

La struttura è rivolta a:

- persone che richiedono un intervento terapeutico motivazionale sulla tendenza alla trasgressione;
- persone agli arresti domiciliari o con limitazioni giudiziarie in carico al SerT; soggetti che hanno effettuato altre esperienze comunitarie e necessitano di programmi medio-brevi individualizzati;
- persone che richiedono programmi brevi di recupero e di proseguimento per il reinserimento sociale e lavorativo;
- persone che devono disintossicarsi;
- persone bisognose di reinserimento sociale e lavorativo provenienti da altre strutture.

La tipologia dei programmi prevista è la seguente:

*Programmi di disintossicazione* anche con terapia a scalare della durata di 3/6 mesi. Durante tale periodo viene effettuata una valutazione diagnostica e delle problematiche soggettive. L'intervento terapeutico prevede l'utilizzo di tecniche motivazionali per favorire la scelta del cambiamento.

È previsto anche l'accompagnamento all'inserimento in altre strutture del territorio.

*Programmi brevi* che variano da 6 a 8 mesi, distinti a seconda della tipologia del caso in:

- programma di recupero, diretto a soggetti che sono ricaduti nell'uso di sostanze e/o hanno una lunga esperienza comunitaria. È volto a sostenere le capacità della persona a riprendere o riformulare il processo di autonomia;
- programma di reinserimento, finalizzato ad accrescere le capacità di gestione della propria indipendenza da attuare in una sede specifica anche attraverso l'inserimento lavorativo presso aziende del territorio;
- programmi a breve termine, finalizzati alla riduzione, stabilizzazione o cessazione di terapie con farmaci sostitutivi, per favorire l'ingresso dei pazienti presso altre strutture.

*Programmi di media durata* (8-12 mesi circa) volti a superare comportamenti autodistruttivi e alla realizzazione di un percorso di vita autonomo.

*Programmi di comunità* della durata di circa 18 mesi che prevedono:

- accompagnamento nella disintossicazione, osservazione delle modalità relazionali del soggetto, elaborazione di una diagnosi indirizzata alla formulazione di un programma terapeutico individuale;
- verifiche con équipe congiunte (CT, SerT, familiari);
- reinserimento nell'ambito familiare, sociale.

*Programmi in misura alternativa al carcere* secondo le indicazioni dei referenti dei SerT, seguendo le medesime opportunità per programmi brevi o di media durata con la possibilità di portare a termine il percorso con il reinserimento lavorativo.

## 2.3 LE STRUTTURE SPECIALISTICHE

### STRUTTURA MADRE-BAMBINO: Fondazione Exodus Onlus "La Casa di Carlotta"<sup>22</sup>

La Comunità Terapeutica<sup>23</sup> "La Casa di Carlotta" nasce nel marzo 1993 a San Biagio di Bondeno e dal 2000 adotta un programma specifico per affrontare le problematiche legate alla genitorialità.

La Casa di Carlotta nasce nel territorio ferrarese per il legame storico tra la Fondazione Exodus e la Congregazione Opera Don Calabria; usufruisce degli spazi della ex scuola elementare di Salvatonica di Bondeno<sup>24</sup>.

Sorta come centro di ascolto si è poi evoluta in comunità residenziale mista con un programma specifico rivolto a utenti che volessero concludere un percorso di studi e alle famiglie con problematiche di tossicodipendenza.

Exodus opera da vent'anni in risposta alle devianze, in alternativa ai programmi riabilitativi già esistenti.

Don Antonio Mazzi, fondatore di Exodus, propone un progetto basato su tre linee guida: *Itineranza*, quindi il viaggio come scoperta di se stessi; il principio di *auto-educazione*, come forma di crescita individuale in cui ogni persona si sente appartenente a un gruppo; le *quattro ruote come strumenti educativi* (lo sport, la musica, il teatro, la formazione professionale e il lavoro).

Sono obiettivi principali l'orientamento alla cura e al superamento della condizione di tossicodipendenza; il miglioramento delle condizioni di salute e lo sviluppo di percorsi terapeutici individuali che si snodano nel progetto educativo. Tali obiettivi vengono sempre condivisi con l'utente e si sviluppano in fasi successive suddivise in Accoglienza, Valutazione, Formulazione del progetto, Trattamento, Realizzazione del programma e sua valutazione.

Si tratta di un percorso che si sviluppa in 4 fasi differenziate ma integrate tra loro: Accoglienza, Cammino, Rimotivazione e Reinserimento.

La specificità del Progetto della "Casa di Carlotta" è di accogliere gli ospiti con i figli, per consentire ai genitori in difficoltà di affrontare in modo maturo i problemi legati alla genitorialità e di migliorare il proprio rapporto umano e affettivo con i figli.

Gli obiettivi generali del programma sono:

- Preservare la salute psicofisica dei minori, promuovendo il loro diritto all'infanzia e per quanto possibile quello incontestabile di un futuro sociale e affettivo sicuro.
- Ottenere cambiamenti comportamentali durante le fasi di intervento sugli adulti.
- Proporre ai genitori tossicodipendenti o "inadeguati" un'ottica di intervento intesa a favorire un positivo processo di "attaccamento" al figlio.
- Favorire la capacità di apprendimento, relazione e socializzazione.

Avendo constatato come la tossicodipendenza comprometta seriamente le capacità genitoriali, si ritiene che il processo di "riacquisizione" dei compiti parentali non possa essere disgiunto dal percorso riabilitativo:

- per prendere coscienza degli impegni e delle gioie derivanti dall'assunzione del ruolo genitoriale;
- per l'importanza dello stile di relazione che dovrebbe essere sempre quello collaborativo;
- per acquisire la capacità di sapersi adeguare dinamicamente ai cambiamenti delle fasi evolutive del figlio.

La struttura propone ai genitori tossicodipendenti un'ottica di intervento intesa a favorire lo sviluppo di un positivo processo di attaccamento al figlio.

La specificità del progetto è quella di tentare il ricongiungimento del genitore in difficoltà per problemi di tossicodipendenza o di disagio sociale con i figli e, quando vi siano i presupposti, con il coniuge: il fulcro della comunità è il lavoro sulla genitorialità. Il progetto educativo si occupa delle madri e dei padri perché sperimentino quanto il ruolo di "genitore" abbia un valore insopprimibile. Cerchiamo di coinvolgere i genitori affinché sperimentino il

---

<sup>22</sup> **Testo redatto da Sabrina Mori, Responsabile Comunità Exodus "La casa di Carlotta".**

<sup>23</sup> La Comunità è accreditata con Determinazione n° 11687 del 14/09/2012, "Rinnovo dell'accreditamento istituzionale della struttura residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori (o donne in gravidanza) denominata la Casa Di Carlotta, Bondeno (FE) gestita dall'Ente Fondazione Exodus Onlus, Milano

<sup>24</sup> Via Provinciale, 44 - Bondeno

rapporto con i propri figli con assunzione di responsabilità, apprezzandone gli aspetti di gioco e di festa. Salvaguardare il rapporto genitore-bambino e fare in modo che esso si sviluppi adeguatamente, in modo armonioso ed evitando rotture sono le linee portanti del lavoro degli operatori di "Casa di Carlotta".

Il processo di acquisizione di un consapevole e maturo ruolo genitoriale è irto di difficoltà, ma proprio per questo richiede interventi di aiuto pluri-specialistico ed omogeneo nei suoi fini e necessita di interventi integrati di professionalità diverse.

Gli Strumenti e le risorse utilizzati sono: colloqui educativi e di sostegno psicologico, psicoterapia individuale, colloqui di coppia, gruppi verbali, di genitorialità e di dinamica

Gli impegni che la Comunità ha assunto sono indirizzati a:

- operare una presa in carico globale delle persone e offrire percorsi individualizzati e dinamici;
- motivare le famiglie a un sostegno partecipato nei confronti dei loro congiunti;
- rilevare attraverso un monitoraggio continuo la relazione fra utente, operatore e famiglie nel rispetto delle necessità espresse da ognuno;
- sviluppare attività di raccordo con altri enti; promuovere momenti di informazione e di sensibilizzazione circa le problematiche delle persone svantaggiate;
- favorire la creazione di un sistema integrato con l'Azienda USL e in particolar modo con il SerT e i Servizi per i Minorenni;
- formare l'educatore Exodus affinché sia prima di tutto educatore di se stesso e che viva tutto ciò che riesce a trasmettere. Si tratta di un operatore che è in grado di lasciarsi educare dalle situazioni che incontra ed è in continua ricerca e autoformazione, è attento ai mutamenti sociali e ai fenomeni che provocano violenza, ingiustizia, disagio o emarginazione;
- svolgere attività volte alla prevenzione coinvolgendo primariamente la scuola, la famiglia, le associazioni sportive, le realtà musicali e ricreative;
- coinvolgere tutto il personale nei percorsi per l'accreditamento

La Casa di Carlotta propone un programma terapeutico in cui vengono definiti chiaramente gli obiettivi di cambiamento, le modalità di trattamento, gli strumenti psico-educativi utilizzati e la durata. Per ogni programma proposto gli obiettivi vengono condivisi con i Servizi invianti e con l'utente.

Tra i prodotti offerti il progetto prevede la Fase del Reinserimento in cui l'utente ha la possibilità di mantenere un contatto continuo con la comunità al fine di "diluire" il momento dello svincolo.

Attraverso questi contatti prolungati che coinvolgono anche la famiglia, la rete dei servizi e gli strumenti di misurazione e monitoraggio si vuole garantire la verifica dell'appropriatezza del trattamento.

L'équipe educativa della Casa di Carlotta è costituita da una responsabile psicologa, quattro educatori, una psicoterapeuta e alcuni volontari.

Tutte le figure professionali vengono coinvolte nella costruzione dei propri percorsi formativi e nella rappresentazione delle necessità evolutive della struttura di appartenenza.

## **CENTRO DI OSSERVAZIONE E DIAGNOSI "L'Airone" di Argenta<sup>25</sup>**

Il Centro Osservazione e Diagnosi (COD) "L'Airone" è stato aperto nel Novembre 2000 e ha sede ad Argenta. Il Centro che ha l'autorizzazione al funzionamento per 15 utenti, è accreditato dalla Regione Emilia Romagna.

È una struttura residenziale di tipo sanitario, che accoglie tossicodipendenti e alcolisti, anche con problematiche di doppia diagnosi non in fase di scompenso, al fine di effettuare disintossicazioni in ambiente protetto e stabilizzare i pazienti per una migliore e adeguata gestione del programma successivo. Ogni progetto è individualizzato e concordato con il SerT inviante. L'équipe della struttura è multiprofessionale: due psicologi di cui uno è il responsabile della struttura; 6 educatori professionali di cui uno è il coordinatore degli educatori, un medico psichiatra e una infermiera.

---

<sup>25</sup> Testo redatto da Olivier Carlassara, COD "L'Airone".

La durata media dei programmi è di tre mesi, ma su precisi accordi con i SerT invianti sono possibili variazioni, purché gli obiettivi siano esplicitati e condivisi con l'utente e il Ser.T inviante.

Data la tipologia di pazienti accolti nella struttura e poiché ogni programma è commisurato alla situazione clinica di ognuno di essi, le attività comuni svolte dai pazienti all'interno del COD riguardano: le mansioni (la cucina, il riordino e le pulizie, la lavanderia, l'orto); le attività sportive in palestra e in piscina; l'accompagnamento a passeggio dei cani del locale canile municipale; una attività con i cavalli al maneggio, eventuali gite o uscite giornaliere.

All'interno della struttura vengono inoltre svolti settimanalmente un gruppo psicoterapeutico e un gruppo organizzativo nel quale si parla della organizzazione della casa e al tempo stesso si gestiscono le dinamiche legate alle relazioni che si sono instaurate tra gli ospiti, al fine di dare significato ai vissuti emotivi.

Il lavoro si basa sulla scheda progetto individuale nella quale il sert inviante, il COD e l'utente, stabiliscono gli obiettivi del percorso e firmano il progetto. Ogni paziente che entra al COD è seguito da una mini-équipe formata da un educatore, uno psicologo ed uno psichiatra di riferimento. Ognuno collabora con la specificità della propria disciplina alla realizzazione degli obiettivi posti all'inizio, in costante confronto e collaborazione tra le discipline e con il servizio inviante.

Il percorso si conclude con una diagnosi multidisciplinare e la produzione di due documenti: un referto diagnostico basato sull'ICD-10 e una relazione clinica finale.

Negli anni il COD ha modificato la sua organizzazione in seguito alle variazioni dei problemi inerenti la tossicodipendenza, tanto da accogliere pazienti con problematiche multiple e complesse, tali da richiedere interventi orientati su più versanti, sia di tipo sanitario, che psichiatrico e sociale. Le disintossicazioni vengono effettuate attraverso il monitoraggio costante delle condizioni dei pazienti e degli effetti delle terapie somministrate, valutando attentamente possibili interazioni farmacologiche in base allo stato clinico, anche con accertamenti specifici effettuati nelle strutture specialistiche (malattie infettive, cardiologia, psichiatria, ecc).

Oltre alla disintossicazione da oppiacei, sono stati predisposti anche programmi specifici per alcolodipendenti. Gli obiettivi sono di stabilizzare e mantenere l'astinenza dall'alcol, utilizzando la terapia adeguata che tenga in considerazione le patologie alcolcorrelate e il loro trattamento, di aumentare la consapevolezza del problema e quindi la motivazione al cambiamento, suggerendo infine le indicazioni per aiutare nel migliore dei modi il paziente anche dopo la dimissione.

Un altro programma specifico è il Progetto di Prossimità, che consiste nell'assistenza domiciliare educativa con lo scopo di accompagnare l'utente nel ritorno sul territorio di appartenenza con tutte le difficoltà che possono incontrarsi dal punto di vista sociale, familiare, lavorativo. Tra gli obiettivi ci sono: facilitare il reinserimento sul territorio e la prevenzione della ricaduta. I progetti di prossimità sono molto flessibili nei tempi e nelle modalità e vengono costruiti individualmente per ogni utente insieme al servizio inviante. Sono attivi anche un programma specifico per la doppia diagnosi e per il trattamento della dipendenza da cocaina.



### 3. LIVELLI DI UTILIZZO DELLE STRUTTURE<sup>26</sup>

Gli Enti Ausiliari presenti sul territorio della provincia di Ferrara che gestiscono strutture accreditate per il trattamento delle dipendenze possono essere ricondotte ad una forma giuridica che può essere compresa nella categoria di organizzazioni no profit, ossia di organizzazioni che svolgono attività in ambito sanitario e socio-assistenziale, senza fini di lucro. La forma prevalente è quella della "cooperativa sociale", seguita dalla "associazione" e dalla "fondazione".

Seguendo la classificazione prevista dall'Accreditamento istituzionale, sul territorio provinciale, sono operative tre Strutture residenziali a tipologia terapeutico-riabilitativa, dislocate a Migliaro, Mesola e Bondeno, una Struttura residenziale a tipologia pedagogico-riabilitativa a Denore, una struttura residenziale per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica (Cod di Argenta), e una struttura specialistica madre-bambino a Bondeno.

Questa articolazione consente di rispondere in modo adeguato a un'ampia gamma di bisogni, espressi dalla popolazione con dipendenza da sostanze psicoattive, coerente con le indicazioni regionali e con la programmazione territoriale, volta a garantire una pluralità di risposte adeguate ai bisogni del territorio di riferimento.

#### 3.1 IL PERSONALE E GLI INDICATORI DI ATTIVITÀ

Nel 2011 nella provincia di Ferrara, il personale dipendente che ha lavorato nelle strutture accreditate del privato sociale del settore dipendenze patologiche ha raggiunto le 52 unità; 13 volontari hanno affiancato gli operatori socio-sanitari nell'attività.

Gli Educatori professionali rappresentano il 26%, gli psichiatri e gli psicologi il 20%, il personale medico e sanitario il 3%.

**Tab.1 Personale delle strutture accreditate per il trattamento delle dipendenze, diviso per profilo professionale ed Ente. Anno 2011**

Profilo professionale	Pedagogica	Terapeutico riabilitative			Specialistiche		Totale
	Papa Giovanni XXIII	Il Ponte	Saman Le Muraglie	Il Timoniere	COD L'Airone	Exodus La casa di Carlotta	
Medici	1	0	0	0	0	0	1
Psichiatri	1	0	0	0	1	0	2
Psicologi	1	1	2	2	3	2	11
Educatori prof.	1	2	5	4	8	0	17
Educatori	2	2	2	4	0	4	17
Infermieri Prof.	0	0	0	0	1	0	1
Amministrativi	0	2	0	1	0	0	3
Volontari	0	0	1	9	0	0	10
Altro	1	2	0	0	0	0	3
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>65</b>

<sup>26</sup> Testo redatto da Cristina Sorio e Paolo Pasetti

**Tab. 2 Personale delle strutture accreditate per il trattamento delle dipendenze, diviso per profilo professionale. Periodo 2008-2011**

<b>Profilo professionale</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>(%)</b>
Medici	2	2	1	1	1,5%
Psichiatri	0	0	2	2	3,1%
Psicologi	11	8	10	11	16,9%
Educatori prof.	13	16	14	17	26,2%
Educatori	15	14	18	17	26,2%
Infermieri Prof.	0	1	0	1	1,5%
Amministrativi	4	6	4	3	4,6%
Volontari	13	13	12	10	15,4%
Altro	2	2	1	3	4,6%
<b>Totale</b>	<b>60</b>	<b>62</b>	<b>62</b>	<b>65</b>	<b>100,0%</b>

Nel 2011 gli Enti Ausiliari Accreditati hanno offerto 112 posti ospite, 62 posti di tipo terapeutico-riabilitativo (55%), 17 pedagogico-riabilitativi (15%) e 33 specialistici (29%).

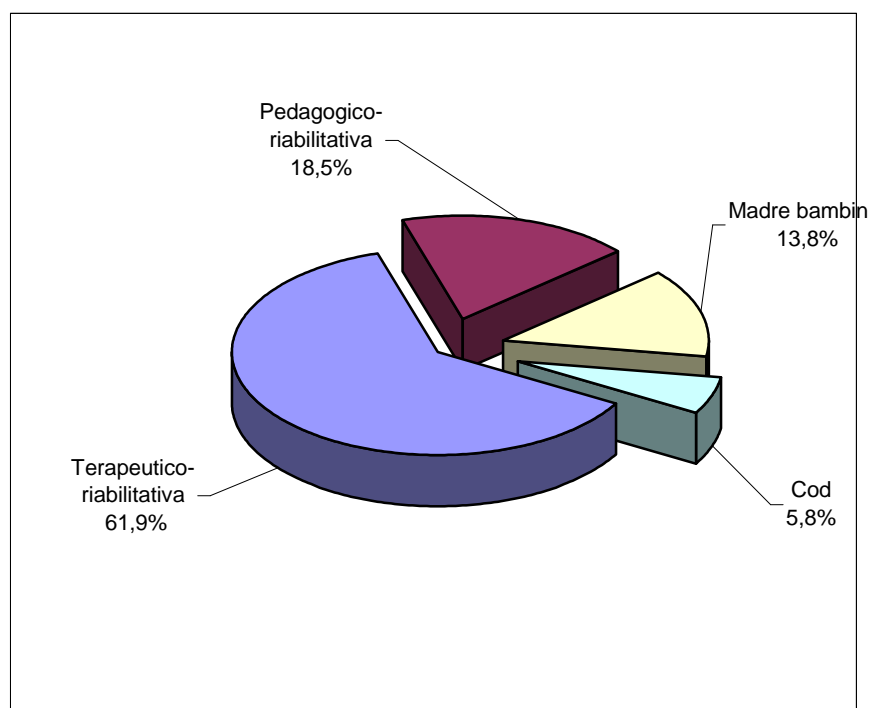
Tale dato, va letto in relazione ai progetti speciali individuati per specifici bisogni emergenti, già declinati nei paragrafi precedenti, che si sono sviluppati nei diversi ambiti territoriali rispecchiando una forte necessità di differenziazione nella struttura dell'offerta compatibile con i nuovi bisogni espressi dagli utenti.

**Tab.3 Posti ospite, giornate di assistenza e indicatori di attività. Anno 2011**

	<b>Pedagogica</b>	<b>Terapeutico riabilitative</b>			<b>Specialistiche</b>		<b>Totale</b>
	<b>Papa Giovanni XXIII</b>	<b>Il Ponte</b>	<b>Saman Le Muraglie</b>	<b>Il Timoniere</b>	<b>COD L'Airone</b>	<b>Exodus La casa di Carlotta</b>	
Posti offerti	17	15	23	24	15	18	<b>112</b>
Totale soggetti	27	33	66	37	49	18	<b>230</b>
Giornate di assistenza	5.649	4.837	7.452	6.596	1.767	4.212	<b>30.513</b>
Tasso di utilizzo (%)	91,0	88,3	88,8	75,3	32,3	64,1	<b>74,6</b>
Presenza media giornaliera	15,48	13,25	20,42	18,07	4,84	11,54	<b>83,6</b>
Indice di rotazione	1,6	2,2	2,9	1,5	3,3	1,0	<b>2,1</b>
Durata media assistenza (giorni)	209,2	146,6	112,9	178,3	36,1	234,0	<b>132,7</b>

Le giornate di assistenza residenziali fornite complessivamente dalle strutture terapeutiche ai 230 pazienti sono state 30.513, di cui il 61,9% (18.885) in strutture terapeutico riabilitative residenziali, il 13,8% (4.212) nella comunità specialistica madre-bambino Exodus "La Casa di Carlotta", il 18,5% (5.649) nella struttura pedagogico riabilitativa Papa Giovanni XXIII. Presso il centro di osservazione e diagnosi i 49 pazienti hanno usufruito di 1.767 giornate pari al 5,8% del totale.

**Fig. 1 Percentuale di giornate offerte dagli Enti Accreditati. Anno 2011**



**Tab.4 Indicatori di attività complessivi delle strutture accreditate**

	2008	2009	2010	2011
Posti offerti	112	112	112	112
Totale soggetti	231	223	226	230
Giornate di assistenza	33198	31173	29944	30513
Tasso di utilizzo (%)	81,2	76,3	73,2	74,6
Presenza media giornaliera	90,95	85,41	82,04	83,60
Indice di rotazione	2,1	2,0	2,0	2,1
Durata media assistenza (giorni)	143,7	139,8	132,5	132,7

Gli utenti che hanno seguito un trattamento residenziale nel 2011 presso le strutture del territorio della provincia di Ferrara sono stati 230 (+2% rispetto al 2010), con una ripresa del trend che nel 2009 aveva registrato un decremento del 3%.

Il 61,9% dei pazienti ha seguito programmi Terapeutico-riabilitativi, il 18,5% pedagogico riabilitativi e il 19,6% percorsi specialistici.

L'utenza presente nelle strutture accreditate nell'anno 2011 si è così distribuita percentualmente: 11,7% alla Comunità Papa Giovanni XXIII; il 14,3% al Ponte; il 28,7% alla Comunità Saman; il 16,1% al Timoniere; il 7,8% alla Casa di Carlotta e il 21,3% al Centro Osservazione e Diagnosi L'Airone. (Fig. 2)

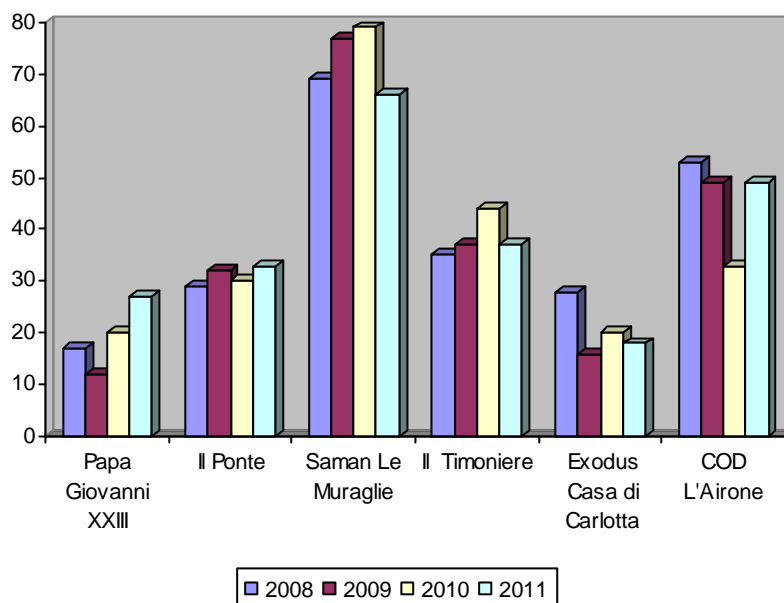
Il numero di utenti mediamente presenti in ciascun giorno dell'anno (*presenza media giornaliera*) è mediamente al di sotto del numero di posti letto offerti dalle strutture. Nel 2011 Papa Giovanni XXIII ha 11 presenze media contro i 17 posti letto; Il Ponte 18 presenze rispetto ai 15 posti residenziali; Saman 13 presenze contro i 23 posti ospite; Il Timoniere 20 utenti contro i 24 posti; La Casa di Carlotta 15 ospiti contro i 18 posti e il Cod 5 pazienti contro i 15 posti letto. (Fig. 3)

Complessivamente circa 2 utenti ruotano su ciascun posto ospite. Valori superiori all'indice di rotazione provinciale si ritrovano al Cod (3,3) e al Timoniere (3,9).

Alla Comunità Papa Giovanni XXII e al Ponte si registrano in corrispondenza di ogni posto letto indici di rotazione tra i più bassi a livello provinciale (Fig. 4); questo può essere spiegato dalla durata media della permanenza in struttura che è rispettivamente di 234 e 178 giorni rispetto alla media provinciale che 133 giorni.

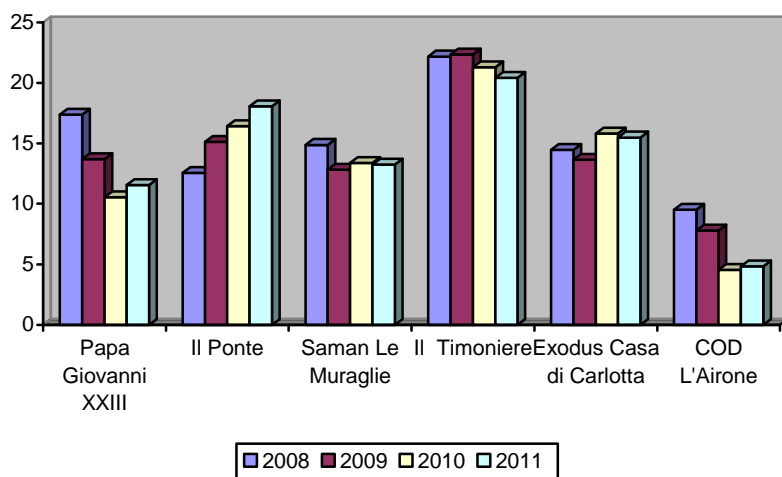
I percorsi più brevi (36 giorni) si registrano tra i pazienti afferenti Centro di Osservazione e Diagnosi struttura specialistica per programmi brevi. (Fig.5)

**Fig.2 Pazienti presenti nelle strutture accreditate nel periodo 2008-2011**



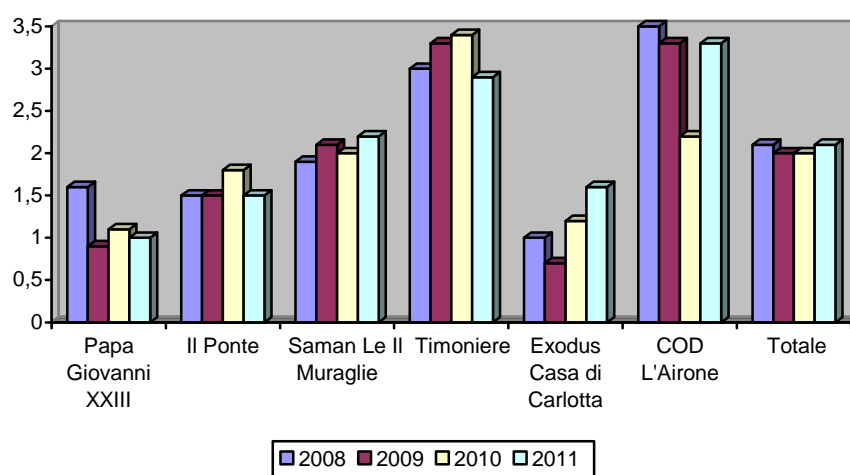
	<b>Papa Giovanni XXIII</b>	<b>Il Ponte</b>	<b>Saman Le Muraglie</b>	<b>Il Timoniere</b>	<b>Exodus La casa di Carlotta</b>	<b>COD L'Airone</b>	<b>Totale</b>	<b>Δ %</b>
<b>2008</b>	17	29	69	35	28	53	231	
<b>2009</b>	12	32	77	37	16	49	223	-3%
<b>2010</b>	20	30	79	44	20	33	226	+1%
<b>2011</b>	27	33	66	37	18	49	230	+2%

**Fig. 3 Presenza media giornaliera dei pazienti nelle strutture accreditate. Periodo 2008-2011**



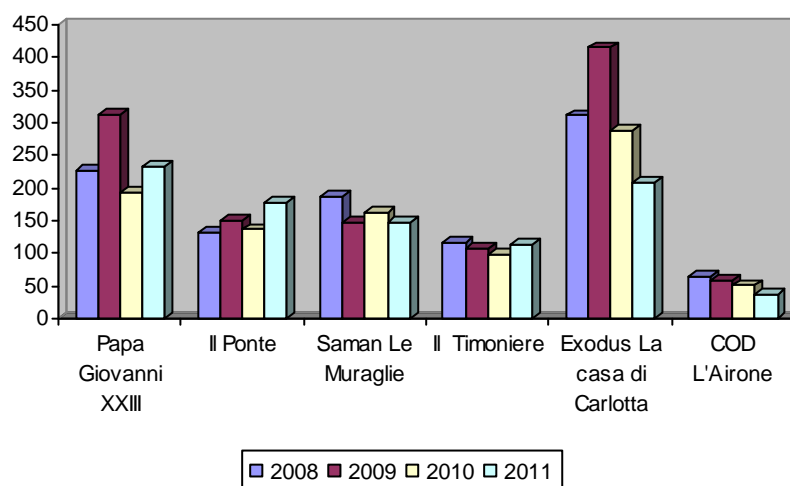
	<b>Papa Giovanni XXIII</b>	<b>Il Ponte</b>	<b>Saman Le Muraglie</b>	<b>Il Timoniere</b>	<b>Exodus La casa di Carlotta</b>	<b>COD L'Airone</b>
<b>2008</b>	17,38	12,56	14,87	22,18	14,47	9,50
<b>2009</b>	13,70	15,13	12,82	22,35	13,64	7,78
<b>2010</b>	10,55	16,43	13,38	21,30	15,82	4,56
<b>2011</b>	11,54	18,07	13,25	20,42	15,48	4,84

**Fig.4 Indice di rotazione dei pazienti nelle strutture accreditate. Periodo 2008-2011**



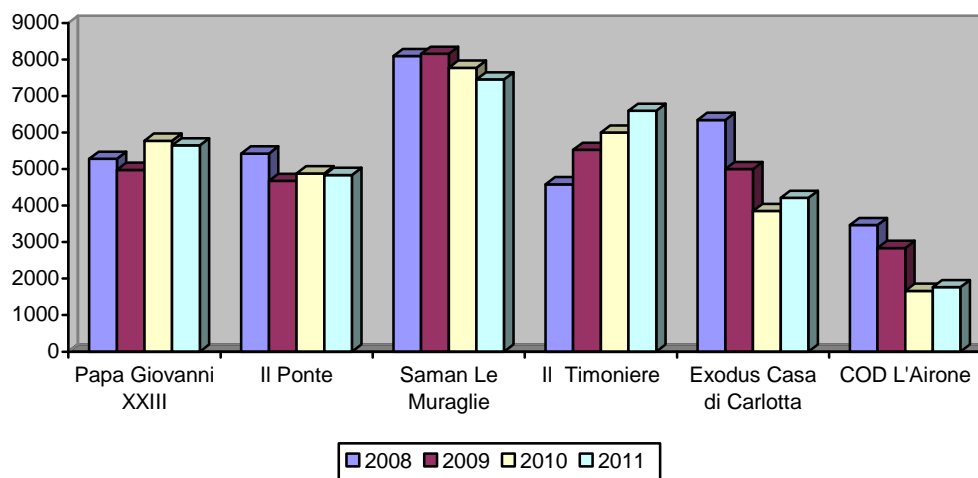
	<b>Papa Giovanni XXIII</b>	<b>Il Ponte</b>	<b>Saman Le Muraglie</b>	<b>Il Timoniere</b>	<b>Exodus La casa di Carlotta</b>	<b>COD L'Airone</b>	<b>Totale</b>
<b>2008</b>	1,6	1,5	1,9	3,0	1,0	3,5	2,1
<b>2009</b>	0,9	1,5	2,1	3,3	0,7	3,3	2,0
<b>2010</b>	1,1	1,8	2,0	3,4	1,2	2,2	2,0
<b>2011</b>	1,0	1,5	2,2	2,9	1,6	3,3	2,1

**Fig.5 Durata media dell'assistenza dei pazienti inseriti nelle strutture accreditate. Periodo 2008-2011**



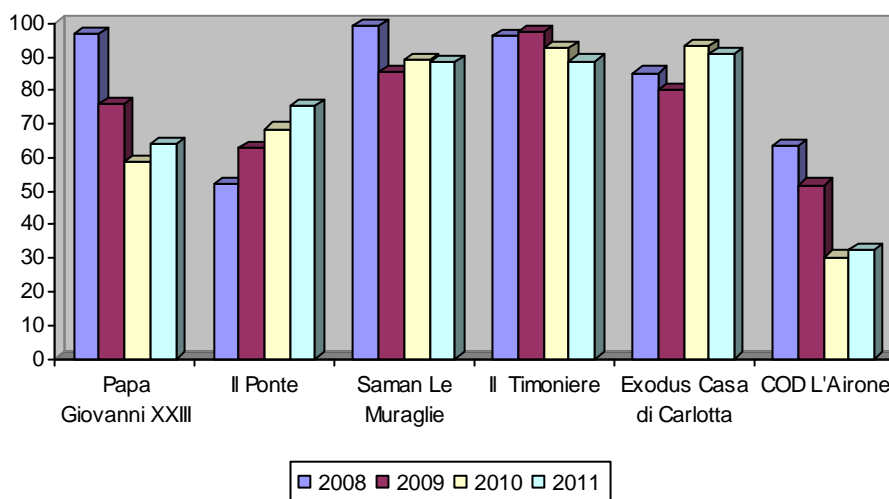
	<b>Papa Giovanni XXIII</b>	<b>Il Ponte</b>	<b>Saman Le Muraglie</b>	<b>Il Timoniere</b>	<b>Exodus La casa di Carlotta</b>	<b>COD L'Airone</b>	<b>Totale</b>
<b>2008</b>	226,6	130,9	187,1	117,3	310,6	65,4	143,7
<b>2009</b>	312,5	149,3	146,2	105,9	414,8	57,9	139,8
<b>2010</b>	192,6	136,3	162,7	98,4	288,7	50,5	132,5
<b>2011</b>	234,0	178,3	146,6	112,9	209,2	36,1	132,7

**Fig.6 Giornate di assistenza erogate dalle strutture accreditate nel periodo 2008-2011**



	<b>Papa Giovanni XXIII</b>	<b>Il Ponte</b>	<b>Saman Le Muraglie</b>	<b>Il Timoniere</b>	<b>Exodus La casa di Carlotta</b>	<b>COD L'Airone</b>	<b>Totale</b>
<b>2008</b>	5281	5426	8096	4583	6345	3467	33198
<b>2009</b>	4977	4678	8157	5523	5000	2838	31173
<b>2010</b>	5774	4882	7773	5998	3852	1665	29944
<b>2011</b>	5649	4837	7452	6596	4212	1767	30513

**Fig.7 Tasso di utilizzo medio delle strutture accreditate (%). Periodo 2008-2011**



	<b>Papa Giovanni XXIII</b>	<b>Il Ponte</b>	<b>Saman Le Muraglie</b>	<b>Il Timoniere</b>	<b>Exodus La casa di Carlotta</b>	<b>COD L'Airone</b>	<b>Totale</b>
<b>2008</b>	96,6	52,3	99,1	96,4	85,1	63,3	81,2
<b>2009</b>	76,1	63,0	85,4	97,2	80,2	51,8	76,3
<b>2010</b>	58,6	68,5	89,2	92,6	93,1	30,4	73,2
<b>2011</b>	64,1	75,3	88,3	88,8	91,0	32,3	74,6

Rapportando al numero complessivo di posti ospite offerti (112) si ottiene *il tasso di occupazione dei posti ospite annuale*, che nel 2011 stato del 75% in calo rispetto al 2008 anno in cui raggiungeva l'81%.

Le comunità che presentano i tassi di utilizzo delle strutture al di sopra del valore medio provinciale sono Exodus "La Casa di Carlotta" (91%), Il Timoniere (98,8%) e Saman Le Muraglie (88,3%). Il Ponte presenta un tasso di occupazione posti letto in linea con il valore medio provinciale guadagnando nel tempo un maggiore utilizzo della struttura (75,3% nel 2011; 52,3% nel 2008). Al di sotto della media provinciale troviamo Papa Giovanni XXI che passa dal 96,6% di utilizzo nel 2008 al 64,1% nel 2011. Anche il Cod perde capacità di utilizzo della struttura passando dal 63,3% del 2008 al 32,3% del 2011.

Nell'analisi occorre considerare la provenienza dei soggetti inseriti, dal momento che gli Enti aderenti all'Accordo offrono prestazioni nell'ambito dell'intero servizio sanitario nazionale e, pertanto, possono erogare trattamenti anche per soggetti inviati da altri servizi territoriali o da Aziende extra-regione.

Rapportando il numero delle giornate realizzate alla variabile della provenienza degli invii, si evidenzia che la quota di giornate realizzate nella provincia di Ferrara copre oltre la metà del totale (71,6%); la restante quota di giornate si realizza nella quasi totalità dei casi per soggetti extra-provincia (28,4%).

Per comprendere meglio il dato, è importante collocarlo all'interno del quadro complessivo dell'impatto dell'Accordo regionale RER-CEA<sup>27</sup> e dei relativi Accordi locali. Già nella valutazione dei primi anni di applicazione dell'Accordo i dati del Sistema provinciale dei Servizi pubblico-privato per le dipendenze danno conto del miglioramento dei meccanismi di regolazione della spesa e degli invii, con il rispetto della spesa programmata per i trattamenti in residenzialità e la riduzione di inserimenti fuori provincia e fuori Regione.

Infatti il budget speso per inserimenti in strutture fuori provincia (ma in Regione) passa dal 48,5% al 14,3% nel 2007; per gli inserimenti fuori Regione passa dal 17,1% del 2004 al 6,2% del 2007.

Si conferma l'utilizzo delle strutture provinciali per una parte cospicua di soggetti provenienti dai SerT della provincia di Ferrara: infatti la quota di budget speso nelle strutture della provincia di Ferrara passa dal 33,1% del 2004 al 78,9% del 2007, all'82% del 2009, al 94% nel 2011 quale indicatore del grado di auto-promozione del sistema di offerta locale.

---

<sup>27</sup> Valutazione dell'Accordo RER-CEA per il sistema dei Servizi per le dipendenze 2007, Regione Emilia-Romagna, Osservatorio regionale sulle dipendenze, 2007.

### 3.2 IL PROFILO DEGLI UTENTI PRESENTI IN STRUTTURA

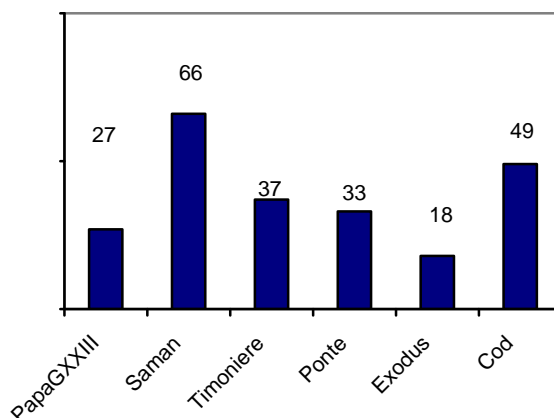
Il profilo dei pazienti inseriti nelle strutture residenziali e semiresidenziali costituisce una fonte informativa importante per delineare i bisogni di salute che compongono il quadro della domanda di trattamento degli stati di dipendenza.

Infatti la programmazione congiunta pubblico-privato dell'offerta dei trattamenti si sviluppa dalla lettura dei bisogni compositi emergenti dal territorio. Solo attraverso il monitoraggio costante delle caratteristiche degli utenti e dei fenomeni di consumo e abuso di sostanze nella popolazione si costruisce la capacità della rete dei Servizi di pianificare un'offerta rispondente ai bisogni.

I dati raccolti dagli Enti accreditati contribuiscono a comporre il quadro della domanda già monitorato dall'Osservatorio provinciale dipendenze, attraverso i flussi informativi provenienti dai SerT e dalle stime di consumo nella popolazione studentesca. Le rielaborazioni messe a disposizione dall'Osservatorio facilitano processi di autoriflessione del sistema e degli attori che lo compongono, in funzione di una programmazione congiunta e condivisa.

Nell'anno 2011 sono stati 230 i soggetti che hanno ricevuto un trattamento di cura presso le strutture residenziali e semiresidenziali accreditate sul territorio provinciale.

**Fig.8 Utenti seguiti dalle strutture della provincia di Ferrara. Anno 2011**



Per quanto concerne il profilo socio-anagrafico: i maschi rappresentano il 79% del totale degli utenti, il 29% ha meno di 30 anni contro il 31,7% che ha più di 40 anni, la classe da 30 a 39 anni rappresenta il 39,2%. Si consolida, in particolare nelle strutture residenziali in modo ancora più netto rispetto ai pazienti dei servizi ambulatoriali, la presenza consistente di una fascia di soggetti adulti in trattamento per le dipendenze.

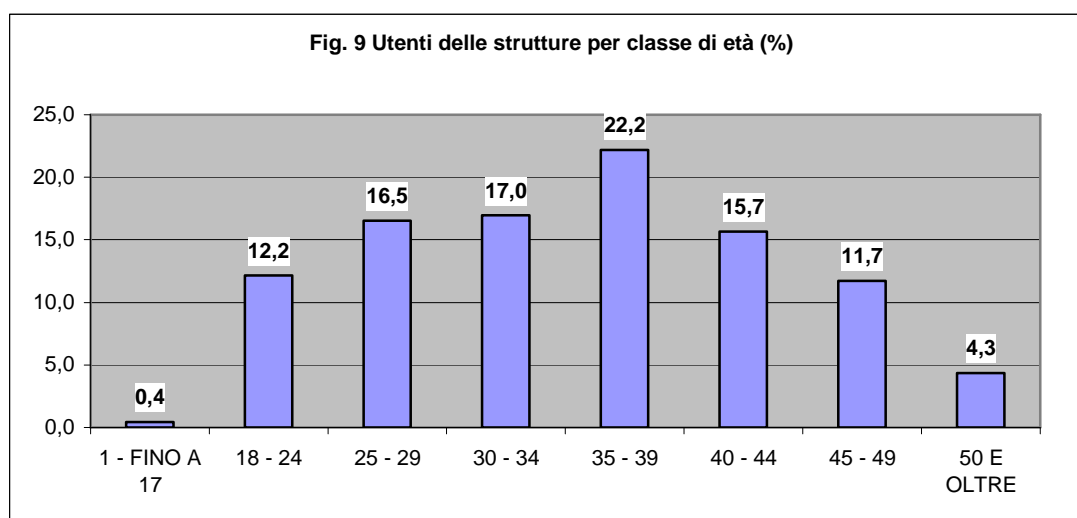
**Tab.5 Utenti in struttura distinti per Regione di provenienza. Anno 2011**

REGIONE DI RESIDENZA	Exodus La casa di Carlotta	Il Ponte	Saman Le Muraglie	Il Timoniere	Papa Giovanni XXIII	COD L'Airone	Totale	%
Emilia-Romagna	7	26	7	32	25	33	130	57%
Lazio	2	1	16	0	0	1	20	9%
Campania	2	0	16	0	0	0	18	8%
Sicilia	0	1	12	0	0	1	14	6%
Veneto	1	0	4	3	2	2	12	5%
Lombardia	0	2	3	0	0	0	5	2%
Altre regioni	6	3	8	2	0	12	31	13%
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>66</b>	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>49</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>



**Tab.6 Utenti in struttura distinti per classi di età. Anno 2011**

ETÀ	Exodus La casa di Carlotta	Il Ponte	Saman Le Muraglie	Il Timoniere	Papa Giovanni XXIII	COD L'Airone	Totale	(%)
FINO A 17	0	0	1	0	0	0	1	0,4%
18 - 24	4	0	9	0	6	9	28	12,2%
25 - 29	2	2	17	6	1	10	38	16,5%
30 - 34	5	5	12	3	5	9	39	17,0%
35 - 39	6	9	11	9	6	10	51	22,2%
40 - 44	1	6	9	12	4	4	36	15,7%
45 - 49	0	9	4	3	5	6	27	11,7%
50 E OLTRE	0	2	3	4	0	1	10	4,3%
<b>TOTALE</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>66</b>	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>49</b>	<b>230</b>	<b>100,0%</b>



**Tab.7 Utenti in struttura distinti per sesso. Anno 2011**

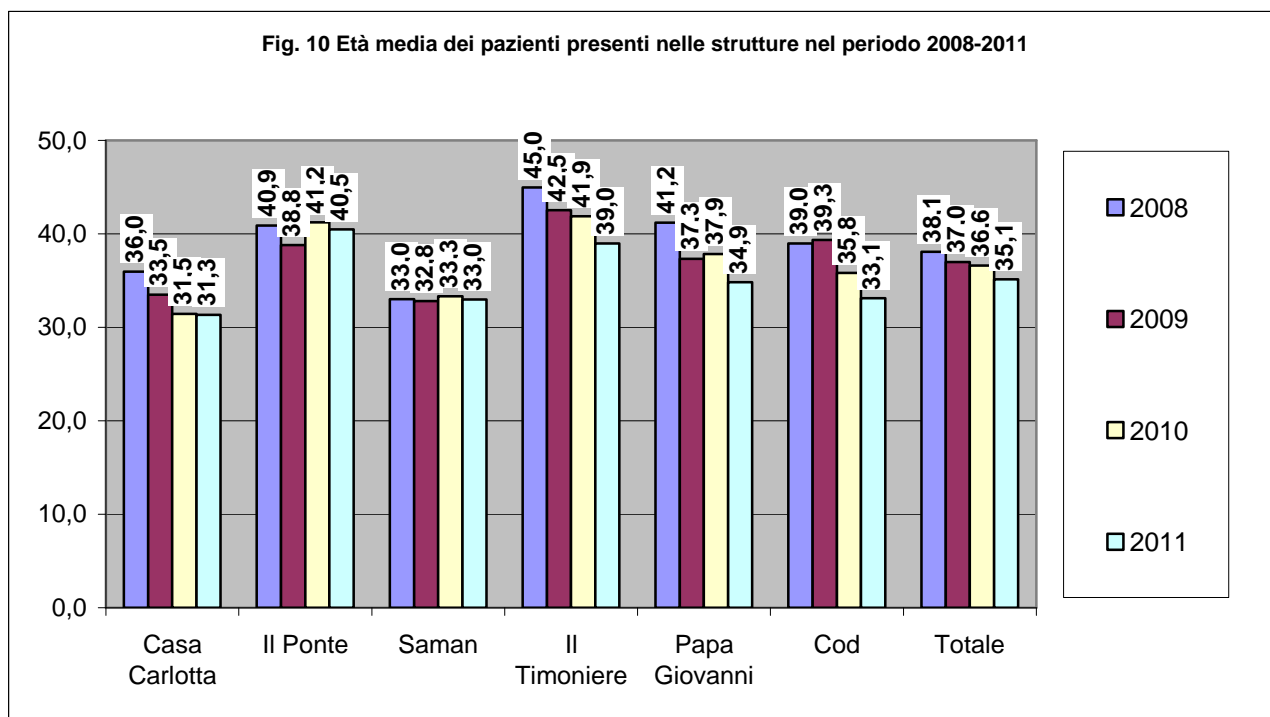
SESSO	Exodus La casa di Carlotta	Il Ponte	Saman Le Muraglie	Il Timoniere	Papa Giovanni XXIII	COD L'Airone	Totale	(%)
Maschi	3	33	54	37	18	36	181	79%
Femmine	15	0	12	0	9	13	49	21%
<b>TOTALE</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>66</b>	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>49</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>7,8%</b>	<b>14,4%</b>	<b>28,7%</b>	<b>16,1%</b>	<b>11,7%</b>	<b>21,3%</b>		

**Tab.8 Utenti in struttura distinti per classi di età e sesso. Anno 2011**

CLASSE DI ETÀ SESSO	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
FINO A 17	1	0,6	0	0,0	1	0,4
18 - 24	16	8,8	12	24,5	28	12,2
25 - 29	29	16,0	9	18,4	38	16,5
30 - 34	29	16,0	10	20,4	39	17,0
35 - 39	41	22,7	10	20,4	51	22,2
40 - 44	32	17,7	4	8,2	36	15,7
45 - 49	23	12,7	4	8,2	27	11,7
50 E OLTRE	10	5,5	0	0,0	10	4,3
<b>Totale</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>

L'età media complessiva è di 35 anni, anche se va sottolineato che le strutture con l'utenza più anziana sono Il Timoniere (39) e Il Ponte (40,5). Specularmente la comunità più giovane è Exodus "La casa di Carlotta", con un'età media dei soggetti in struttura, esclusi i figli minori residenti, di 31 anni. Saman (33) e Papa Giovanni XXIII (34,9) sono in linea con la media provinciale.

Gli utenti più anziani sono alcolisti con un'età media di 41 anni, seguono i cocainomani con 34 anni di media e gli eroinomani con 33 anni.



A fronte dei cambiamenti avvenuti in questi anni nella struttura della popolazione tossicodipendente, le comunità che fanno parte del sistema dei servizi di Ferrara hanno avviato processi di progressivo adattamento che stanno ridisegnando il profilo tradizionale degli utenti inseriti in centri residenziali.

A partire dalla fine degli anni '90 molte strutture hanno iniziato ad accogliere pazienti in trattamento sostitutivo, un approccio di avvicinamento al farmaco che ha comportato importanti processi di cambiamento organizzativo, sia sul piano culturale, sia su quello pratico-clinico e procedurale. Negli ultimi anni si stanno consolidando le sperimentazioni di trattamenti residenziali per alcolisti cronici orientati a fornire un supporto integrato a forte rilevanza sociale.

Infine va messa in rilievo la sperimentazione del modulo per il trattamento dei soggetti cocainomani avviato dalla struttura Saman.

La distribuzione dei soggetti sulla base della sostanza primaria di assunzione delinea come la popolazione target che usufruisce delle strutture terapeutiche sia piuttosto variegata. Infatti le tipologie di pazienti in carico sono così distribuite: 52,2% eroina, 22,2% cocaina, 19,1% alcol, 0,8% altre sostanze.

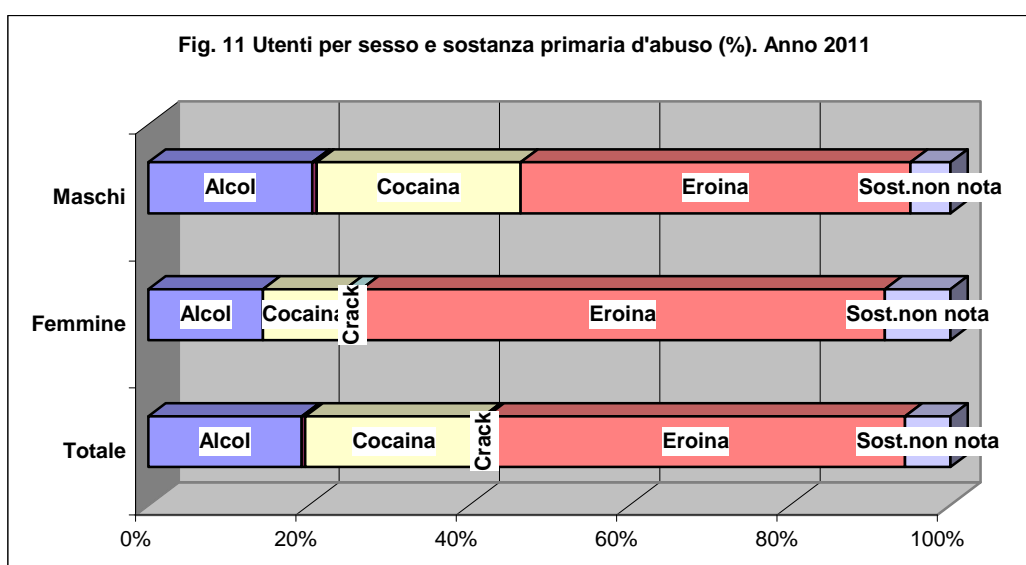
Disaggregando i dati per Struttura si osserva che la percentuale più elevata di inserimenti di soggetti tossicodipendenti interessa la struttura terapeutica di **Saman** con il 28,7% di cui il 54,5% con dipendenza da eroina e il 36,4% da cocaina come sostanza primaria. **Il Timoniere** ha la proporzione più alta di utenza alcolista: 43,2% contro il 48,6% di eroinomani.

**Il Ponte** segue in prevalenza utenti dipendenti da eroina (36,4%), anche se ha una quota rilevante di cocainomani (27,3%) e alcolisti (33,3%).

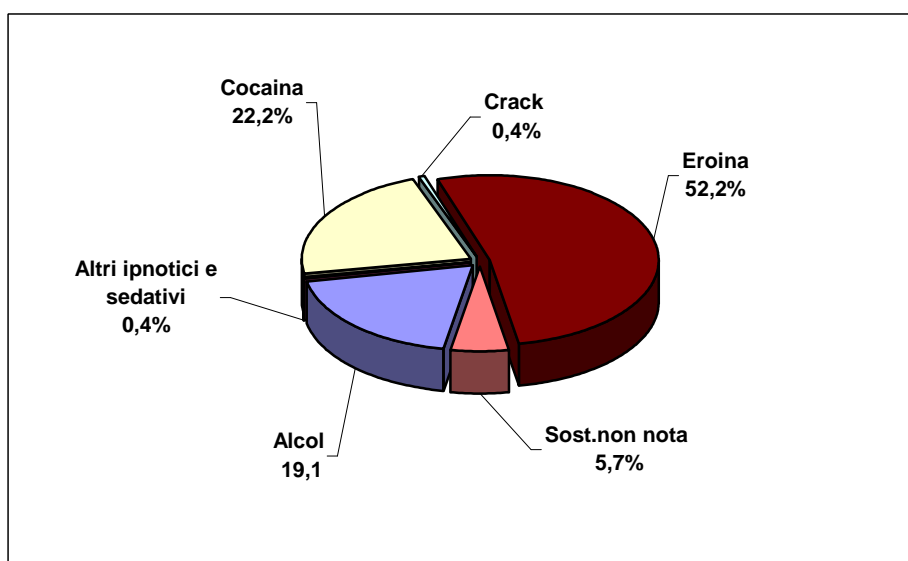
**Il COD** è la struttura che percentualmente segue il maggior numero di eroinomani (75,5% rispetto al totale dell'utenza in carico); i cocainomani rappresentano il 12,2% e gli alcolisti l'8,2%.

**Tab.9 Utenti in struttura distinti per sostanza primaria d'abuso. Anno 2011**

SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO	Exodus La casa di Carlotta	Il Ponte	Saman Le Muraglie	Il Timoniere	Papa Giovanni XXIII	COD L'Airone	Totale	%
Alcol	4	11	6	16	3	4	<b>44</b>	19,1%
Altri ipnotici/sedativi	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>	0,4%
Cocaina	2	9	24	3	7	6	<b>51</b>	22,2%
Crack	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>	0,4%
Eroina	12	12	36	18	5	37	<b>120</b>	52,2%
Sostanza non nota	0	1	0	0	11	1	<b>13</b>	5,7%
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>66</b>	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>49</b>	<b>230</b>	100,0%



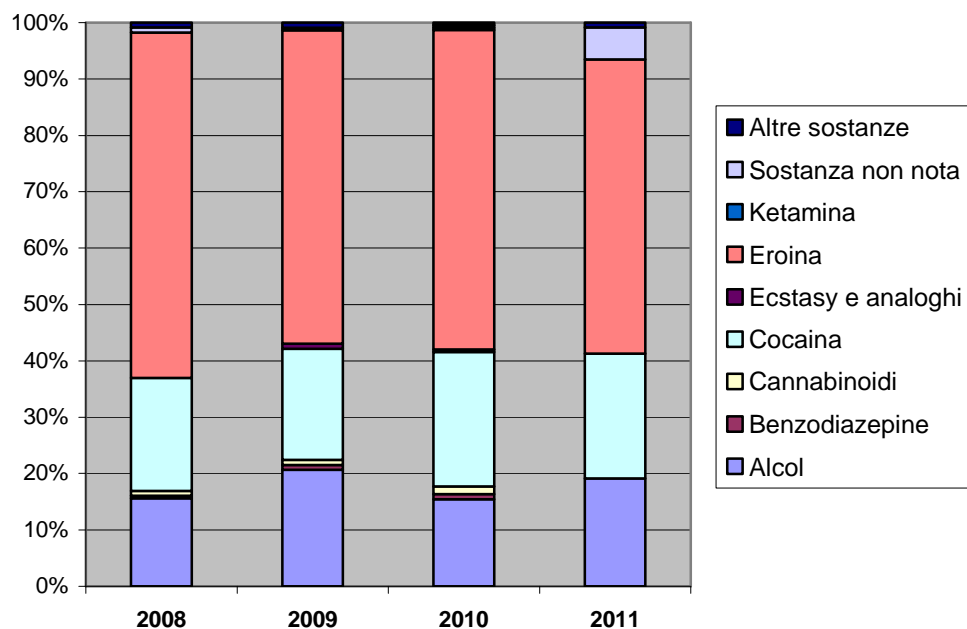
**Fig. 12 Utenti in struttura nel 2011 distinti per sostanza d'abuso primaria**

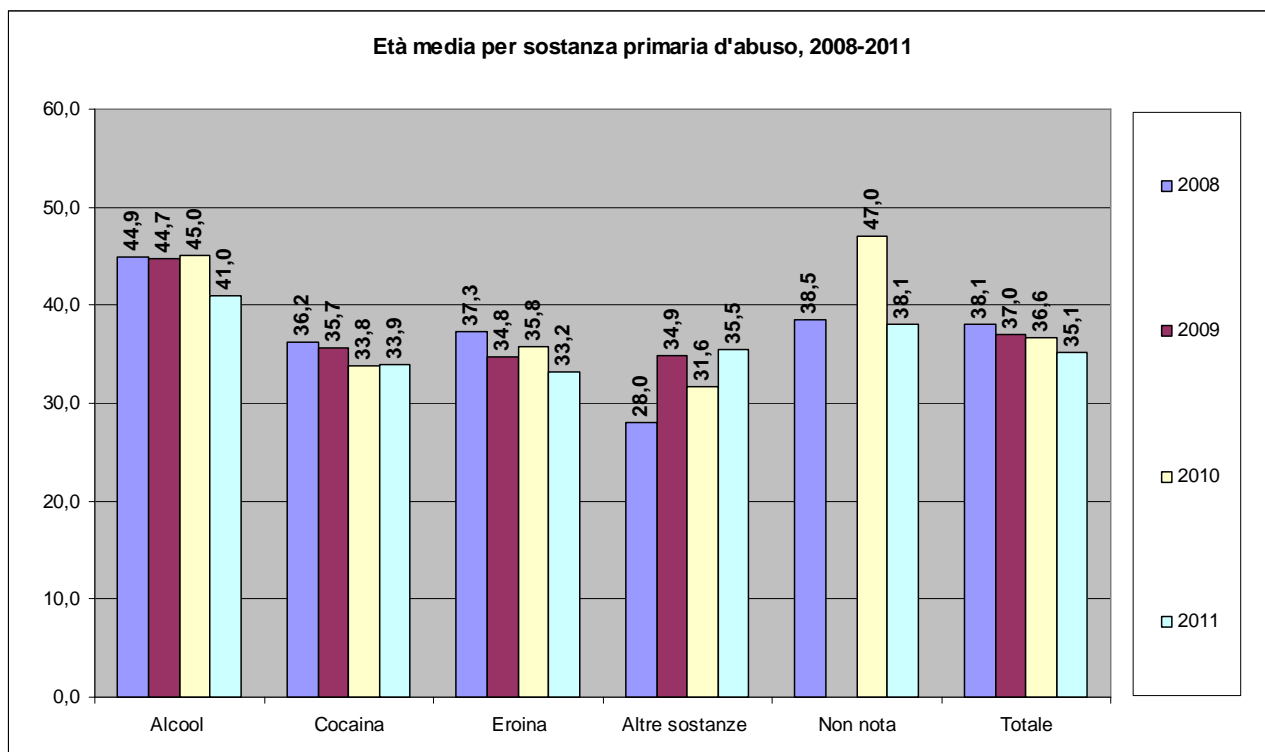


**Tab.10 Utenti in struttura distinti per sostanza primaria d'abuso.  
Periodo 2008-2011**

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Alcol	36	46	35	44
Benzodiazepine	1	2	2	0
Cannabinoidi	2	2	3	0
Cocaina	46	44	54	51
Ecstasy e analoghi	0	2	1	0
Eroina	141	124	128	120
Ketamina	0	1	1	0
Sostanza non nota	2	0	1	13
Altre sostanze	2	2	1	2
<b>Totale</b>	<b>230</b>	<b>223</b>	<b>226</b>	<b>230</b>
<b>%</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Alcol	15,7	20,6	15,5	19,1
Benzodiazepine	0,4	0,9	0,9	0,0
Cannabinoidi	0,9	0,9	1,3	0,0
Cocaina	20,0	19,7	23,9	22,2
Ecstasy e analoghi	0,0	0,9	0,4	0,0
Eroina	61,3	55,6	56,6	52,2
Ketamina	0,0	0,4	0,4	0,0
Sostanza non nota	0,9	0,0	0,4	5,7
Altre sostanze	0,9	0,9	0,4	0,9
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Fig. 13 Utenti per sostanza primaria d'abuso (%). Periodo 2008-2011**





<b>Anni</b>	<b>Alcool</b>	<b>Cocaina</b>	<b>Eroina</b>	<b>Altre sostanze</b>	<b>Non nota</b>	<b>Totale</b>
<b>2008</b>	44,9	36,2	37,3	28,0	38,5	38,1
<b>2009</b>	44,7	35,7	34,8	34,9	-	37,0
<b>2010</b>	45,0	33,8	35,8	31,6	47,0	36,6
<b>2011</b>	41,0	33,9	33,2	35,5	38,1	35,1

### 3.3 LA VALUTAZIONE DEI TRATTAMENTI

Le comunità terapeutiche accreditate presenti sul territorio della provincia di Ferrara sono oramai strutturalmente all'interno del Sistema dei servizi per le tossicodipendenze. Lo sviluppo di un confronto basato sulla valutazione degli esiti dei trattamenti è sicuramente uno degli aspetti caratterizzanti il processo di miglioramento che le strutture e i SerT hanno fatto in questi ultimi anni. L'obiettivo è di individuare gli aspetti di possibile sviluppo su cui puntare, al fine di individuare efficaci modalità di collaborazione fra SerT e strutture private, individuando programmi basati su specifici obiettivi ritenuti realizzabili e verificabili.

La valutazione costituisce uno strumento cardine della programmazione, in quanto consente di individuare i fattori che incidono sulla determinazione dei tassi di abbandono e dei tassi di ritenzione in trattamento e, di conseguenza, permette di intervenire sui punti ritenuti suscettibili di miglioramento.

Come evidenziato nella descrizione delle caratteristiche delle persone in trattamento che hanno affrontato un programma residenziale, nella maggior parte dei casi si tratta di persone con problematiche relative alla dipendenza da droghe e alcol.

Nell'analisi dei dati che provengono dal "Sistema informativo comunità terapeutiche" della Regione Emilia-Romagna, sono stati considerati i programmi terapeutici di tutti i soggetti in carico alle strutture nel corso del 2011, contando anche coloro che nel corso dell'anno hanno proseguito un trattamento iniziato durante l'anno precedente. Tutti i programmi sono stati esaminati sino al 31 dicembre del 2011.

Per ogni programma è stata considerata la data di inizio, la data di fine e l'esito del processo terapeutico. Per i soggetti che proseguono dei programmi iniziati precedentemente al periodo di osservazione, è stata esaminata la data di ingresso in struttura anche se antecedente al 2011.

Il concetto di esito in questo caso è stato limitato al processo terapeutico e non ai risultati raggiunti. Ogni esito è stato classificato come segue:

Ancora in corso che riguarda quanti sono ancora in carico alle strutture alla data del 31/12

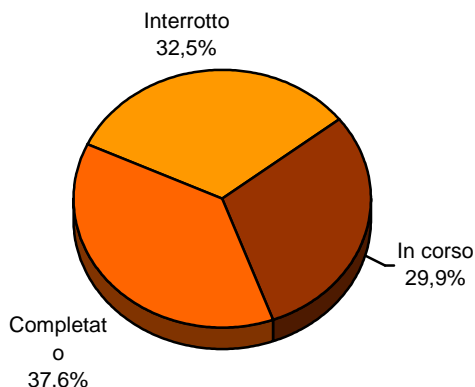
Concluso, che comprende il percorso completato e terminato con dimissione concordata

Interrotto, che somma l'abbandono del programma da parte dell'utente e l'espulsione dalla comunità.

Sono stati esaminati 230 differenti percorsi terapeutici intrapresi dai soggetti in struttura nel corso dell'anno. La maggior parte dei soggetti ha intrapreso un solo percorso terapeutico nel corso dell'anno (93%), il restante 7% ha effettuato due o più percorsi sempre all'interno dello stesso Ente.

Al 31 dicembre 2011, 58 soggetti, pari al 29,9% del totale avevano un trattamento in corso; 63 utenti (pari al 32,5%) lo avevano interrotto; per 73 soggetti (37,6%) il programma è risultato concluso, cioè portato a termine secondo quanto stabilito inizialmente nel contratto terapeutico concordato.

**Fig.14 Soggetti distinti per esito del trattamento al 31/12/2011**



**Tab.11 Esito dei programmi terapeutici in struttura. Anno 2011**

<b>ESITO (*)</b>	<b>Exodus La casa di Carlotta</b>	<b>Il Ponte</b>	<b>Saman Le Muraglie</b>	<b>Il Timoniere</b>	<b>Papa Giovanni XXIII</b>	<b>COD L'Airone</b>	<b>Totale</b>
Totale utenti	18	33	66	37	27	49	<b>230</b>
Concluso	4	5	27	9	6	22	<b>73</b>
Interrotto	4	11	13	15	0	20	<b>63</b>
In corso al 31/12	6	14	19	8	11	0	<b>58</b>
Passaggio ad altra struttura	4	3	0	3	10	5	<b>25</b>
Utenti con più di un percorso	0	6	6	1	3	0	<b>16</b>
Durata media programmi interrotti	145,5	127,7	66,2	172,1	-	49,4	<b>101,8</b>
Durata media programmi conclusi	402,8	645,2	207,3	425,9	412,3	107,6	<b>261,8</b>

(\*) L'esito fa riferimento, nei casi in cui vi siano più percorsi, all'ultimo percorso terapeutico

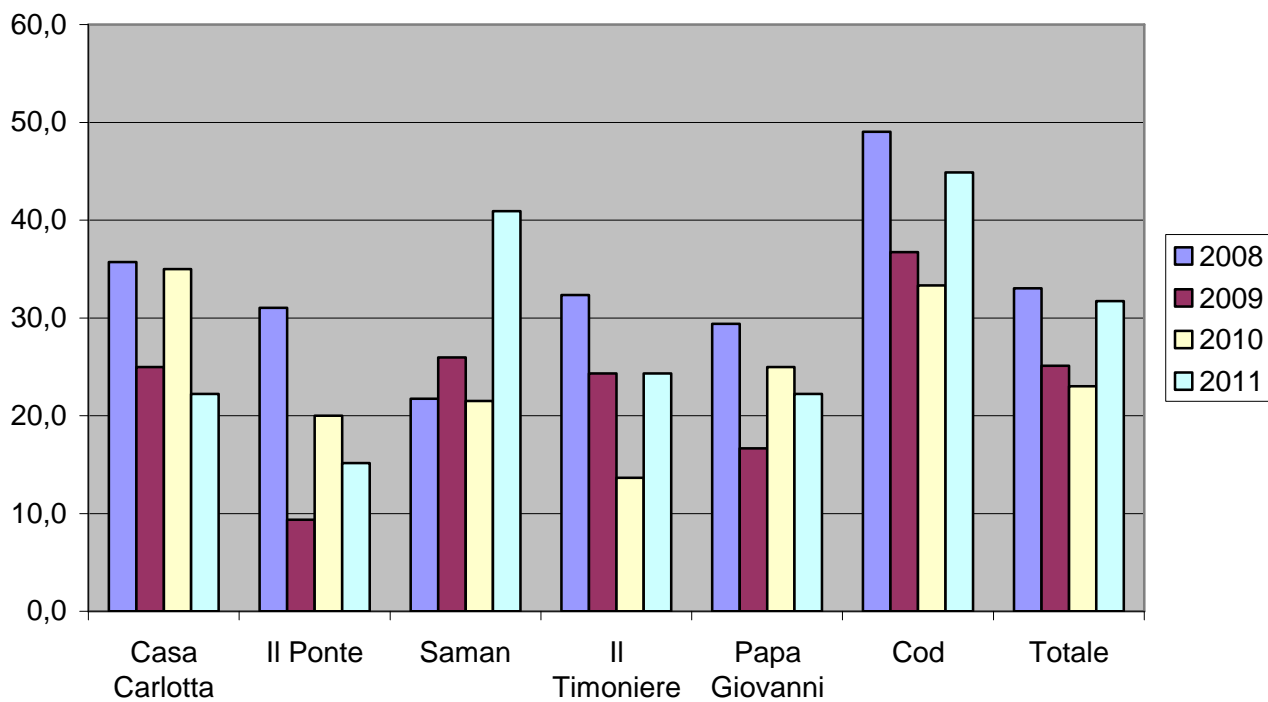
**Tab.12 Esito dei programmi terapeutici in struttura. Periodo 2008- 2011**

<b>ESITO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Totale utenti	230	223	226	230
Concluso	76 (33,0)	56 (25,1)	52 (23,0)	73 (31,7)
Interrotto	69 (30,0)	77 (34,5)	53 (23,5)	63 (27,4)
In corso al 31/12	56 (24,3)	68 (30,5)	84 (37,2)	58 (25,2)
Passaggio ad altra struttura	16 (7,0)	18 (8,1)	30 (13,3)	25 (10,9)
Utenti con più di un percorso	13 (5,7)	13 (5,8)	4 (1,8)	16 (7,0)
Durata media programmi interrotti	105,2	125,3	112,9	101,8
Durata media programmi conclusi	262,6	222,2	302,6	261,8

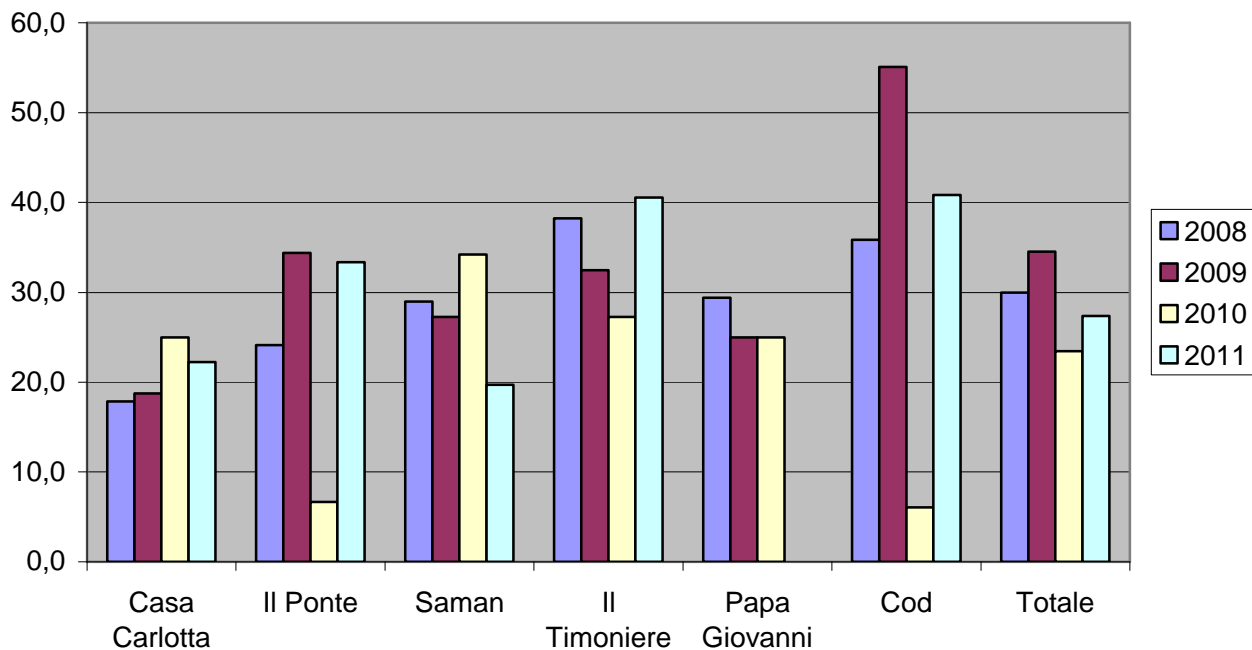
La ritenzione in trattamento, ossia la capacità di una struttura di evitare gli abbandoni dei programmi terapeutici è uno degli indicatori maggiormente consolidati nell'ambito degli studi sulle dipendenze, poiché proseguire il trattamento consente di ottenere dei miglioramenti sia nel rapporto con le sostanze, sia in termini di qualità della vita e inoltre consente di rimanere al di fuori di ambienti e relazioni potenzialmente pericolosi.

I programmi completati nell'anno mediamente sono giunti a conclusione dopo 262 giorni di comunità, con un minimo di 108 giorni al Centro Osservazione e Diagnosi e un massimo di 426 giorni alla comunità Il Timoniere.

**Fig. 15 Percentuale di utenti con programma completato per struttura terapeutica. Periodo 2008-2011**

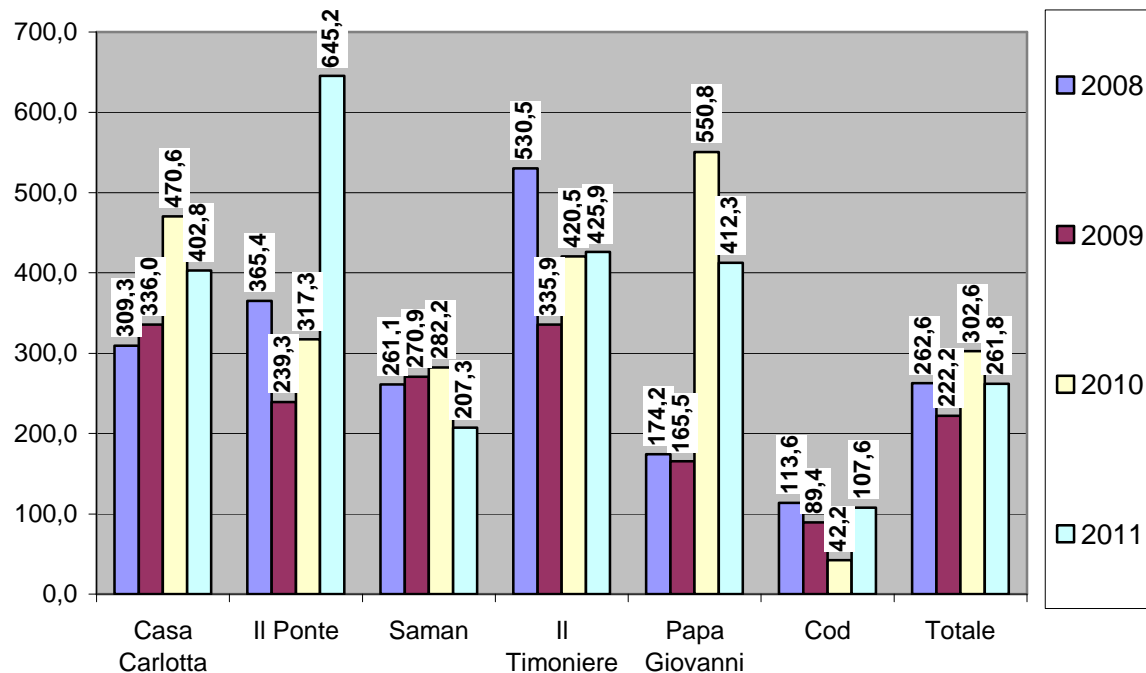


**Fig. 16 Percentuale di utenti con programma interrotto per struttura terapeutica. Periodo 2008-2011**

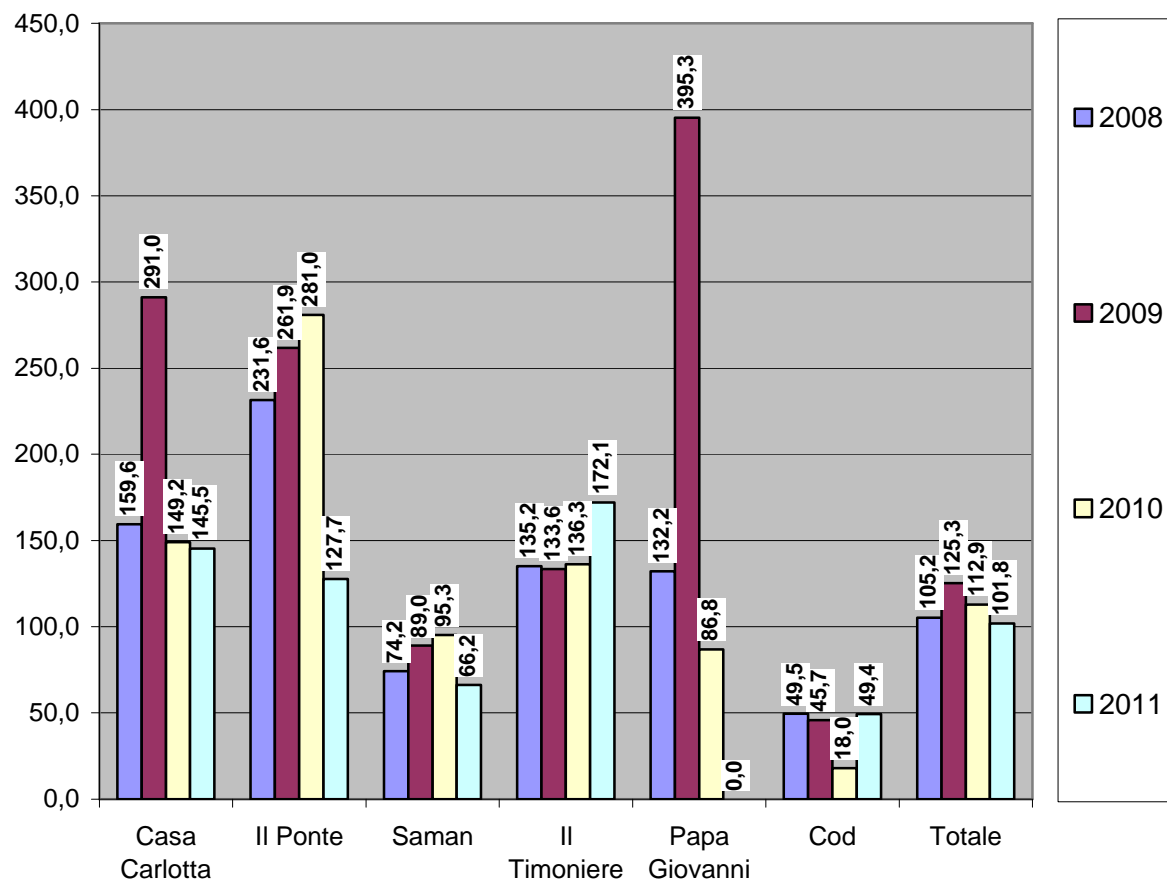




**Fig. 17 Durata media dei programmi completati per struttura.  
Periodo 2008-2011**



**Fig. 18 Durata media dei programmi interrotti per struttura.  
Periodo 2008-2011**



**Tab.13 Durata del trattamento per esito concluso. Periodo 2008-2011**

<b>ESITO CONCLUSO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
1-29 gg	2	3	6	3
30-59 gg	8	11	8	9
60-89 gg	10	9	3	5
90-119 gg	10	7	2	8
120-179 gg	9	3	4	15
180-364 gg	17	10	10	13
365-729 gg	17	11	16	15
2 anni e oltre	3	2	3	5
<b>TOTALE</b>	<b>76</b>	<b>56</b>	<b>52</b>	<b>73</b>
<b>%</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
1-29 gg	2,6	5,4	11,5	4,1
30-59 gg	10,5	19,6	15,4	12,3
60-89 gg	13,2	16,1	5,8	6,8
90-119 gg	13,2	12,5	3,8	11,0
120-179 gg	11,8	5,4	7,7	20,5
180-364 gg	22,4	17,9	19,2	17,8
365-729 gg	22,4	19,6	30,8	20,5
2 anni e oltre	3,9	3,6	5,8	6,8

I trattamenti interrotti durano mediamente 102 giorni, con un minimo del Cod di 49 e un massimo di 172 giorni presso "Il Timoniere".

Le motivazioni che portano al termine anticipato di un programma terapeutico (27,4%, pari a 63 casi) vanno ricercate nel percorso individuale dell'utente e nella sua storia terapeutica.

Studi internazionali e nazionali sugli esiti nelle comunità terapeutiche mostrano come le prime fasi di trattamento siano le più suscettibili di abbandoni da parte dei pazienti.

L'accoglienza e i primi trattamenti hanno l'obiettivo di inserire la persona in un nuovo contesto che nella maggior parte dei casi segna una rottura rispetto alle abitudini di vita condotte sino a quel momento. E' una fase che le comunità terapeutiche definiscono di accoglienza, proprio a significare che l'obiettivo che ci si pone è in primo luogo di accogliere la persona con i propri bisogni e le proprie caratteristiche.

Questa è la fase in cui si verificano la maggior parte delle interruzioni dei programmi; per questo è essenziale esaminare quali siano gli elementi che facilitano le interruzioni.

Seguendo le indicazioni delineate nello studio regionale<sup>28</sup>, è stato analizzato l'esito di tutti i soggetti in struttura per classi temporali di abbandono.

<sup>28</sup> Valutazione dell'impatto dell'Accordo Regione Emilia-Romagna Coordinamento Enti Ausiliari. Anno 2008

**Tab.14 Durata del trattamento per esito interrotto. Periodo 2008-2011**

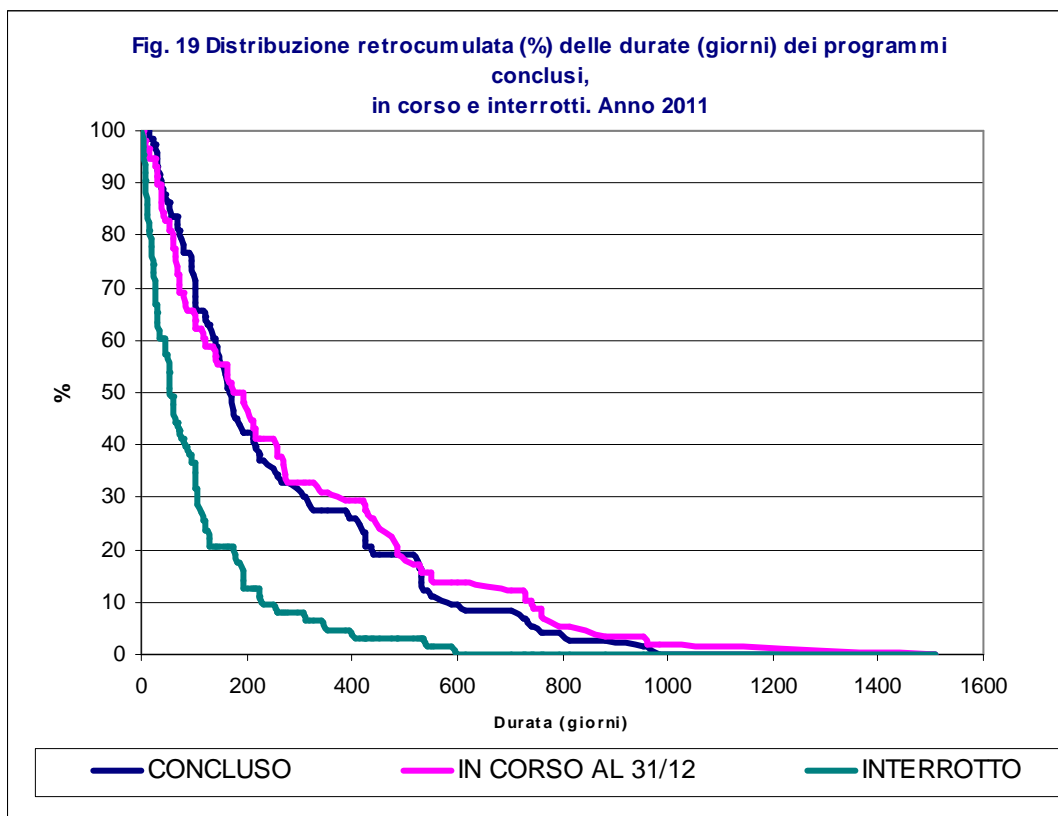
<b>ESITO INTERROTTO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
1-29 gg	16	27	10	21
30-59 gg	12	13	15	11
60-89 gg	11	8	8	6
90-119 gg	7	6	4	9
120-179 gg	12	7	6	4
180-364 gg	9	7	6	9
365-729 gg	2	8	4	3
2 anni e oltre	0	1	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>69</b>	<b>77</b>	<b>53</b>	<b>63</b>
<b>%</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
1-29 gg	23,2	35,1	18,9	33,3
30-59 gg	17,4	16,9	28,3	17,5
60-89 gg	15,9	10,4	15,1	9,5
90-119 gg	10,1	7,8	7,5	14,3
120-179 gg	17,4	9,1	11,3	6,3
180-364 gg	13,0	9,1	11,3	14,3
365-729 gg	2,9	10,4	7,5	4,8
2 anni e oltre	0,0	1,3	0,0	0,0

Come descritto nella tabella 15 nei soli primi 15 giorni il tasso di abbandono è del 19%; in questo caso le motivazioni dell'abbandono possono essere sicuramente attribuite alle difficoltà di adattamento a un contesto di vita in comune molto strutturato e normativo.

La tendenza si riflette anche nei mesi successivi, con incrementi percentuali rilevanti: al trentesimo giorno il tasso di abbandono risultava del 34,9%; alla scadenza dei primi 90 giorni il 60,3% dell'utenza inserita ha interrotto il programma terapeutico.

**Tab.15 Percentuale cumulata per esito del programma. Anno 2011**

<b>GIORNO</b>	<b>Concluso</b>	<b>In corso al 31/12</b>	<b>Interrotto</b>
<b>15°</b>	1,4	3,4	19,0
<b>30°</b>	5,5	8,6	34,9
<b>90°</b>	23,3	34,5	60,3
<b>120°</b>	34,2	39,7	74,6
<b>180°</b>	54,8	50,0	81,0
<b>365°</b>	72,6	69,0	95,2
<b>Totale</b>	100,0	100,0	100,0



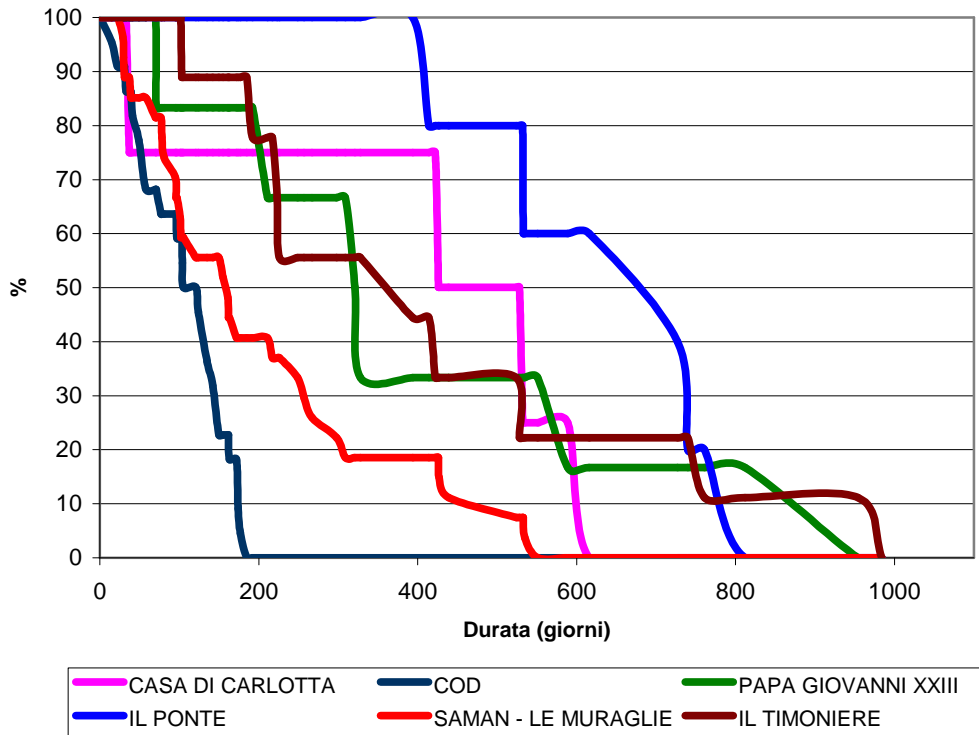
Per individuare il periodo più a rischio di interruzione è stato costruito un grafico che rappresenta una distribuzione retrocumulata degli esiti per durata della permanenza in struttura.

Il grafico evidenzia come nei primi 90 giorni il tasso di abbandono del programma sia di gran lunga la curva maggiormente rappresentata rispetto agli altri esiti. È una tendenza progressiva che parte dal primo giorno sino all'ultimo senza soluzione di continuità. I primi periodi sono i più delicati per la determinazione di una interruzione, infatti nei primi 90 giorni si verifica la maggioranza delle chiusure anticipate dei programmi (60% nei primi 90 giorni).

Dal terzo mese si assiste ad una stabilizzazione degli abbandoni con programmi maggiormente consolidati e meno suscettibili di interruzioni.

I diversi percorsi terapeutici si completano per lo più oltre i 180 giorni, ma è interessante notare come nei primi 90 giorni vi sono delle conclusioni di trattamento che possono essere attribuite a programmi terapeutici brevi come quelli effettuati presso i centri di osservazione e diagnosi.

**Fig. 20 Distribuzione retrocumulata (%) delle durate (giorni) dei programmi conclusi, per singola CT (2011)**



**Fig. 21 Distribuzione retrocumulata (%) delle durate (giorni) dei programmi interrotti, per singola CT (2011)**

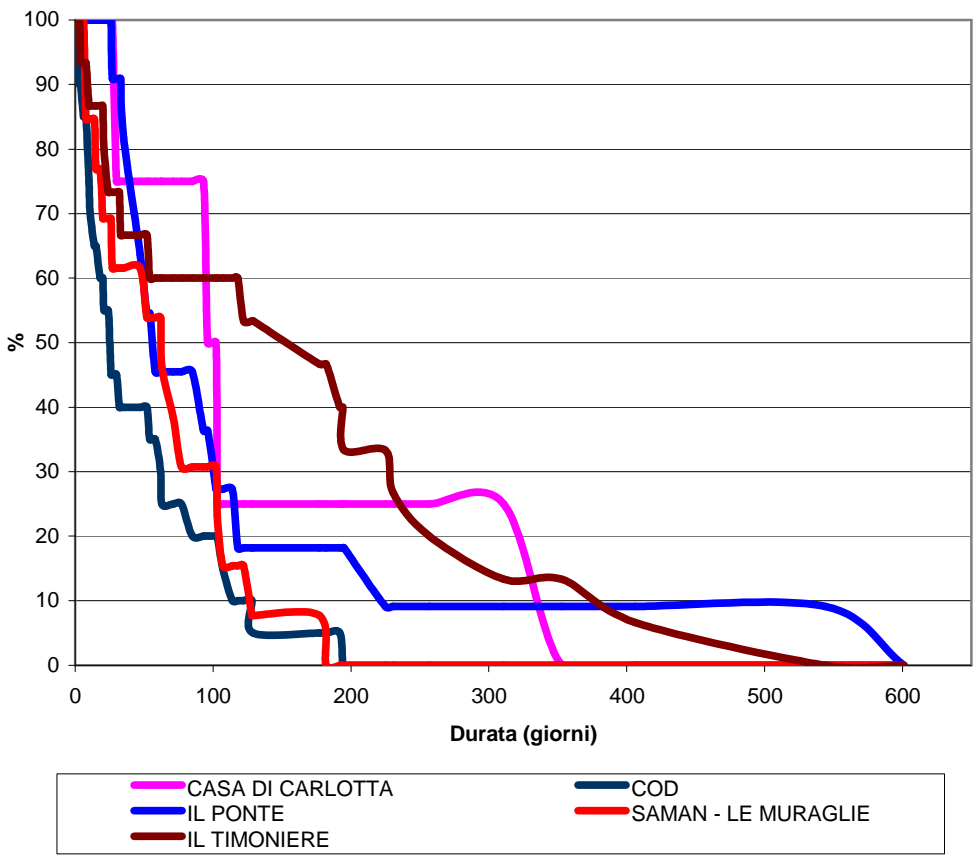


Fig. 22 Distribuzione retrocumulata (%) delle durate (giorni) dei programmi conclusi, per anno, 2008-2011

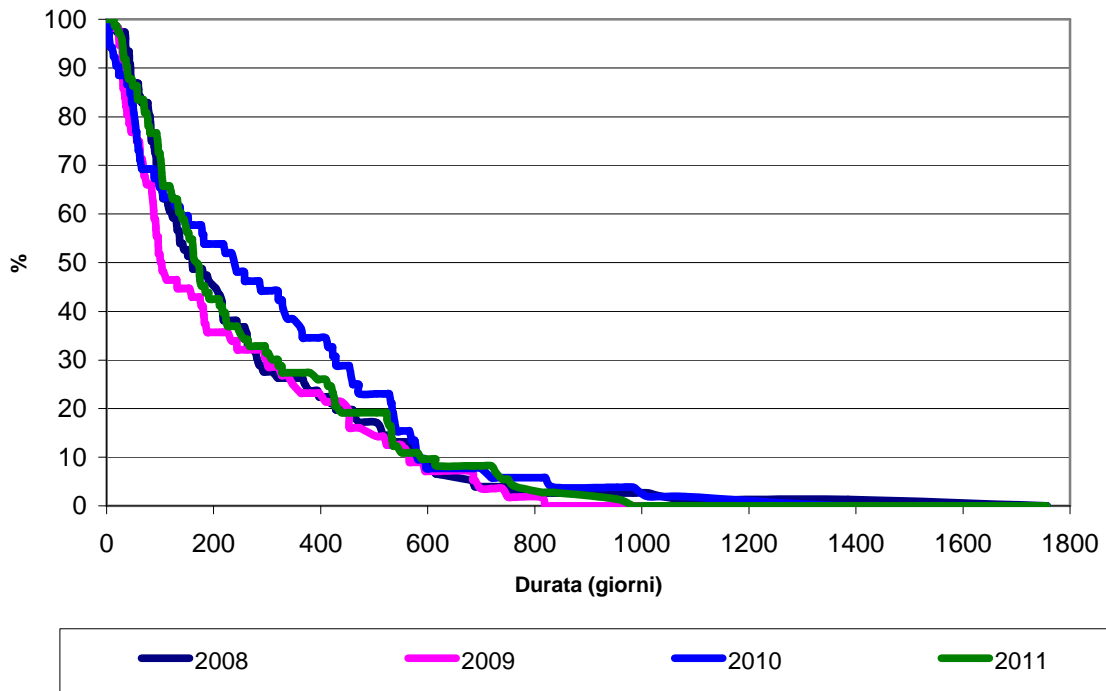
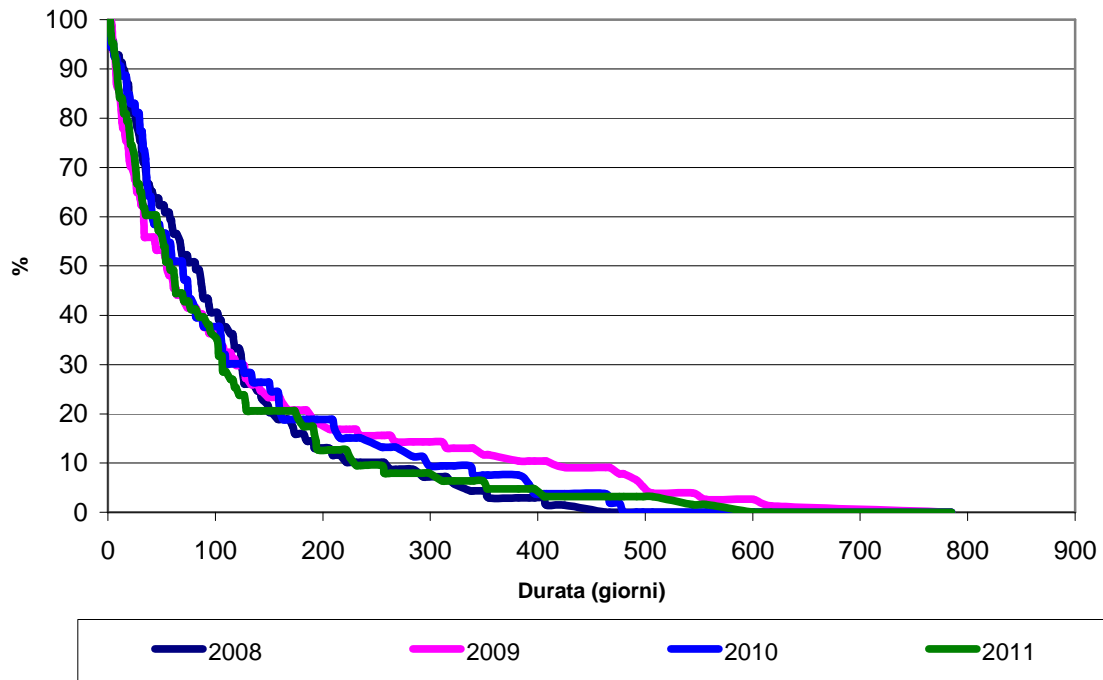
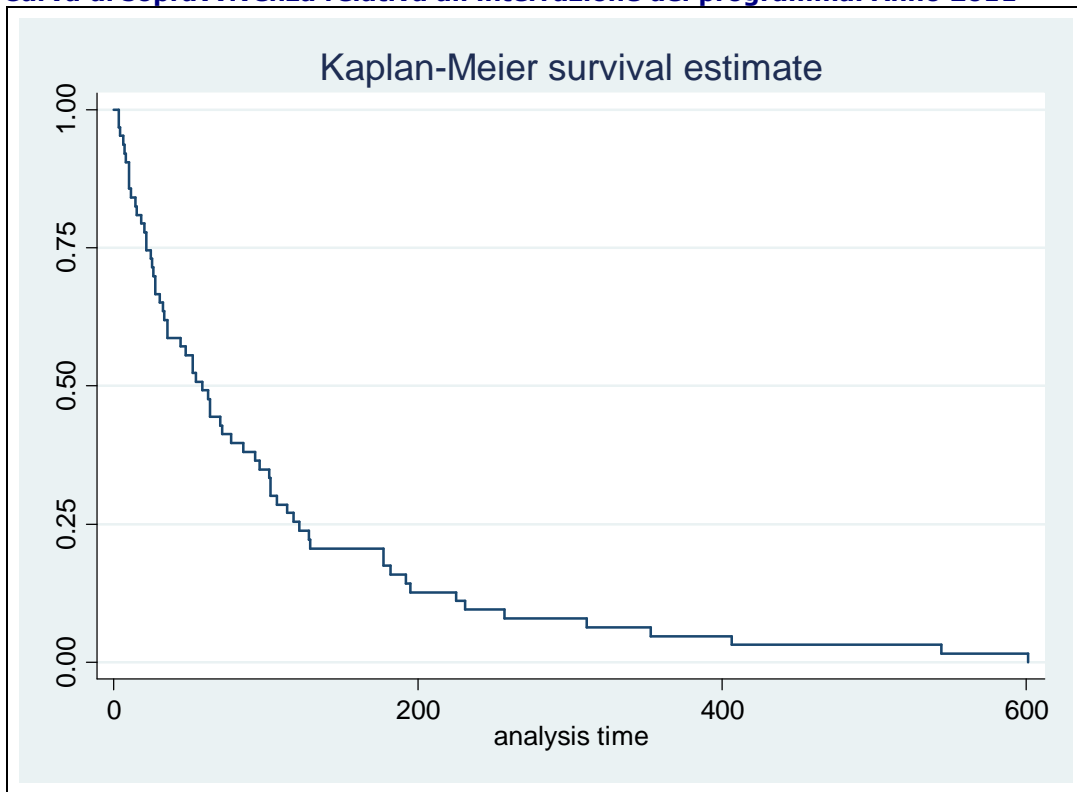


Fig. 23 Distribuzione retrocumulata (%) delle durate (giorni) dei programmi interrotti, per anno, 2008-2011

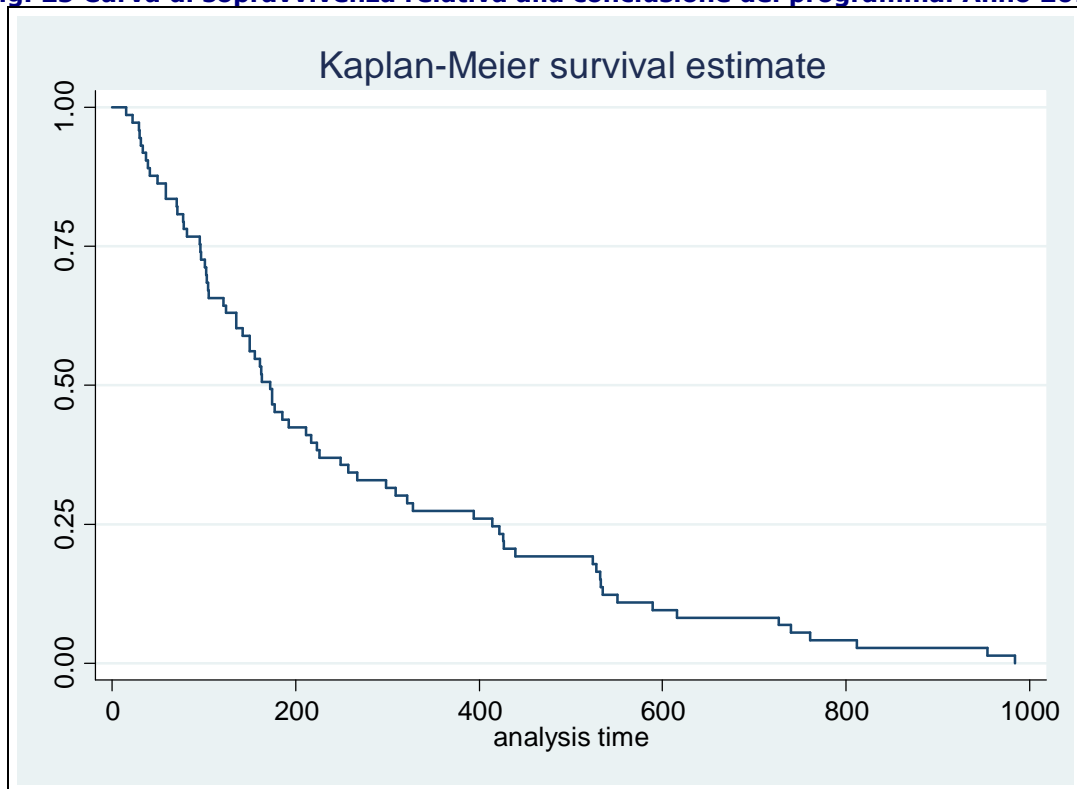


Le curve di sopravvivenza che seguono rappresentano la probabilità di interruzione del programma e di conclusione.

**Fig. 24 Curva di sopravvivenza relativa all'interruzione del programma. Anno 2011**



**Fig. 25 Curva di sopravvivenza relativa alla conclusione del programma. Anno 2011**



## **4. FATTORI PREDITTIVI DI ESITO DEL TRATTAMENTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI IN PAZIENTI CON DISTURBO DA SOSTANZE PSICOATTIVE<sup>29</sup>**

### **4.1 Abstract**

In questo studio vengono presentati i risultati relativi all'esito del percorso terapeutico dei pazienti in carico ai SerT, con un percorso terapeutico nelle strutture gestite degli Enti Ausiliari accreditati della Regione Emilia-Romagna.

Lo studio prende in esame una coorte retrospettiva dinamica di pazienti tossicodipendenti e alcolisti (292 soggetti, 227 maschi e 65 femmine). Il periodo di osservazione va dal 1/1/2005 al 31/05/2012 e copre circa 7 anni. I tassi di interruzione sono 51% in tutto il periodo, mentre gli indici di completamento raggiungono il 46,9%.

L'uscita dal trattamento per interruzione o completamento del trattamento non presenta differenze nei due periodi di calendario osservati (2005-2008; 2009-2012).

Nello studio viene valutato il rischio di abbandono generale nell'intera coorte e viene descritto il suo andamento in relazione a potenziali predittori di carattere socio-economico (età, sesso, titolo di studio, condizione lavorativa, situazione giudiziaria), stimando il contributo delle diverse cause e del suo andamento temporale e viene analizzata l'associazione tra alcuni possibili predittori sociodemografici e la sopravvivenza.

Punto di forza: lo studio di coorte retrospettivo osservato per 7 anni tra gli studi osservazionali con più forza esplicativa, più potente e più valido

Punto di debolezza: Le variabili sulla condizione di salute legate a certe patologie e sul trattamento farmacologico non sono state inserite nel modello.

### **4.2 Background**

Dalla revisione della letteratura e dalle ultime pubblicazioni del Gruppo Cochrane sui trattamenti in Comunità Terapeutiche per disturbi correlati all'uso di sostanze, emergono deboli evidenze di efficacia degli interventi residenziali confrontati con tipi di comunità diverse, in termini di esiti legati all'uso di sostanze ed alla ritenzione in trattamento (Cochrane Drugs and Alcohol Group, 2008).

Tuttavia nonostante l'assenza di prove disponibili in grado di identificare l'elettività di un singolo percorso, la comunità scientifica concorda nel ritenere auspicabile affrontare la complessità del disturbo da dipendenza da sostanze associando le terapie farmacologiche a interventi psico-sociali (Camposeragna, 2005; De Angeli, 2001).

Di fatto l'eterogeneità culturale delle persone che si rivolgono ai servizi e le caratteristiche delle modalità di assunzione (eroina primaria, cocaina primaria, secondaria associata all'eroina, poliassunzione, alcolismo) richiedono trattamenti orientati ai bisogni di salute del paziente e operatori professionali con competenze specifiche.

Di fronte a questi nuovi scenari nasce l'esigenza di ripensare complessivamente l'assessment della cura e l'organizzazione del sistema dei servizi offrendo percorsi residenziali sufficientemente differenziati, flessibili, accoglienti e prossima alla domanda (EMCDDA, 2008).

A partire dallo stato attuale delle revisioni sistematiche della letteratura scientifica, lo studio sull'esito dei percorsi terapeutici residenziali seguiti dai pazienti dei SerT dell'Azienda USL di Ferrara, si pone l'obiettivo di descrivere e valutare l'esperienza maturata dal sistema dei servizi pubblici e privati accreditati della provincia di Ferrara nella risposta ai problemi di dipendenza (eroina, cocaina, alcol, altre sostanze) nel periodo che va dal 1/1/2005 al 31/05/2012.

L'analisi dell'appropriatezza delle risposte terapeutiche offerte dagli Enti Ausiliari Accreditati permetterà di focalizzare la riflessione sui determinanti della pratica terapeutico-riabilitativa

---

<sup>29</sup> Capitolo redatto da Cristina Sorio e Paolo Pasetti



per la scelta delle strategie terapeutiche messe in campo dalle équipes multiprofessionali e del loro impatto sull'esito finale del percorso terapeutico.

L'appropriatezza dei percorsi terapeutici è stata misurata confrontando i risultati ottenuti (esiti) rispetto agli obiettivi definiti, in un circolo di coerenza tra problemi di salute, obiettivi generali, obiettivi specifici e risultati.

Alcuni sistemi di valutazione delle performance in sanità utilizzano indicatori di outcome rilevati longitudinalmente nei pazienti e inseriti come variabili dipendenti in modelli multivariati (Vittadini, 2000). Le banche dati sanitarie, che raccolgono le informazioni anamnestiche e sui trattamenti dei pazienti, possono costituire quindi una fonte importante dalla quale far scaturire disegni di ricerca sugli esiti degli interventi socio-sanitari.

Lo studio che viene presentato cerca di analizzare un problema complesso quale quello legato all'addiction cercando soluzioni metodologiche congruenti con la qualità e l'eshaustività dei dati disponibili, con la complessità dell'approccio alla dipendenza e con le esigenze conoscitive dei servizi.

Va ricordato che nella valutazione dell'appropriatezza del trattamento terapeutico delle dipendenze non può essere applicata la stessa impostazione che si utilizza per vedere l'effetto di un antibiotico su un'infezione (dove il rapporto causa-effetto è verificabile), ma vi è la necessità di comprendere e misurare il risultato di una serie di fattori che portano il paziente a modificare i propri comportamenti e stili di vita in termini che non sempre è in una relazione di causa-effetto con gli interventi eseguiti (Serpelloni, Simeoni, 2002).

L'obiettivo dello studio è pertanto la valutazione di esito dei programmi terapeutici residenziali attivati sui pazienti con dipendenza da sostanze psicotrope, nella direzione della valutazione dell'efficacia pratica (effectiveness), analizzando il livello di compliance al trattamento raggiunta nel tempo.

In altre parole tenuto conto che la motivazione risulta essere la pre-condizione per l'efficacia del trattamento, di conseguenza per ciascun programma terapeutico vanno considerati obiettivi e indicatori di esito intermedi (Curzio, Gori, Mariani 2006).

La conclusione positiva del programma terapeutico si ipotizza sia correlata, come ampiamente dimostrato, ad una sospensione dell'uso di sostanze e al miglioramento della qualità della vita dopo il trattamento. Specularmente l'interruzione del programma viene letta come una mancata appropriatezza nel "matching" tra paziente, trattamento, terapeuta e setting.

Un assunto importante, condiviso dalla comunità scientifica, è che non vi è un trattamento universalmente valido per la cura della tossicodipendenza ma sono spesso necessari diversi trattamenti variamente combinati nel corso del tempo.

L'obiettivo dello studio è quello valutare i programmi in base alle necessità assistenziali dei diversi pazienti (Prendergast, Podus et al., 2002).

La durata del trattamento è stata considerata un indicatore indiretto che è stato saggiato per verificare una ipotetica relazione tra ritenzione in trattamento e miglioramento clinico, rilevata in alcuni studi.

Lo studio non mira alla ricostruzione del rapporto di causalità "trattamento-esito", che abbisognerebbe di disegni di studio sperimentali randomizzati e controllati (RCT).

Inoltre non si tratta di un'*outcome research* perché il sistema concettuale di riferimento allo stato attuale non è in grado di fornire parametri condivisi capaci di misurare le differenze delle condizioni del paziente prima e dopo la terapia.

Con il termine esito si è voluto intendere la conseguenza dell'azione dei trattamenti eseguiti sui pazienti, sintetizzata nella valutazione data dagli operatori di riferimento dei casi, rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati nel programma terapeutico.

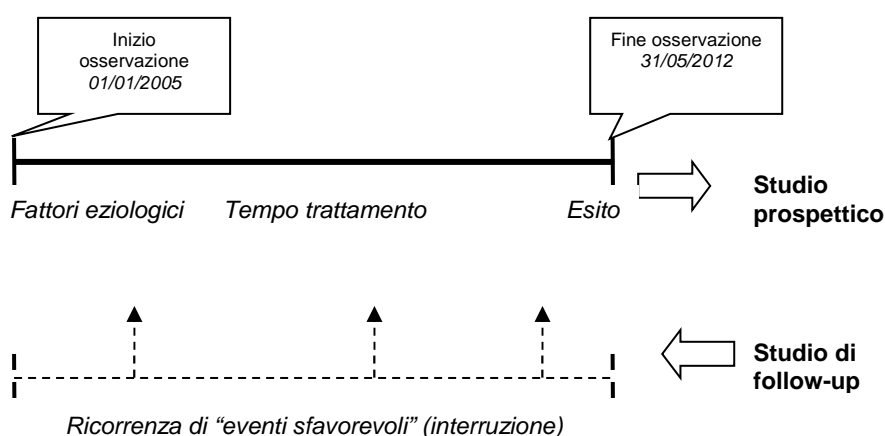
### 4.3 Materiali e Metodi

Il disegno dello studio è di tipo osservazionale, in quanto utilizza dati sugli utenti con dipendenza da sostanze psicoattive (eroina, cocaina, alcol, altre) e sui trattamenti terapeutici provenienti da canali di raccolta già esistenti, nella fattispecie dal sistema informativo regionale (SistER), basato sulla cartella socio-sanitaria informatizzata individuale dei pazienti dei servizi pubblici per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze.

Si tratta di uno studio di coorte in senso retrospettivo, effettuato su una coorte dinamica: i soggetti vengono osservati – retrospettivamente – per un determinato periodo, dal momento della presa in carico del paziente fino alla conclusione del rapporto con il servizio.

Il presente studio in particolare consente di osservare i bisogni di salute della popolazione arruolata in un periodo di oltre 7 anni e di valutare la combinazione dei percorsi riabilitativi residenziali che raccolgono la migliore compliance.

**Fig. 1. Struttura dello studio**



La disponibilità di archivi storici informatizzati sulle dipendenze ha permesso di disegnare lo studio osservazionale sulla base delle informazioni disponibili nel data set che riproduce su supporto informatico la cartella socio-sanitaria dei pazienti in carico ai SerT dell'Azienda Usl di Ferrara, controllate da sistemi informativi paralleli di tipo amministrativo e dalle équipe di riferimento, raggiungendo un livello elevato di omogeneità e confrontabilità dei dati.

Il disegno dello studio (Rothman, Greenland, 1998) è di tipo **osservazionale**, nel senso che si limita ad osservare l'andamento dei fenomeni e non interviene sperimentalmente applicando strategie terapeutiche per saggiarne i risultati; **descrittivo**, perché si basa sull'utilizzo di dati già esistenti e non mira ad analizzare i legami tra esposizione ed effetto; **longitudinale**, perché la popolazione viene seguita per un determinato periodo (follow up) al fine di rilevare la comparsa dell'evento "esito" oggetto dello studio; **retrospettivo** perché la valutazione dell'evento oggetto di studio viene eseguita al momento dell'impostazione dello studio.

Per prevenire i bias di informazione in fase di disegno dello studio sono stati esclusi dallo studio i pazienti di cui non si disponeva del dato relativo alla diagnosi classificata con il sistema internazionale ICD-10.

La dipendenza patologica viene intesa come il prodotto di una moltitudine di determinanti: individuali, socio-economici, ambientali, legati allo stile di vita, per questo viene valutato il rischio di abbandono del trattamento in relazione a potenziali predittori di carattere socio-economico (età, sesso, titolo di studio, condizione lavorativa, situazione giudiziaria), stimando il contributo delle diverse cause e del suo andamento temporale analizzando l'associazione tra alcuni predittori socio-demografici e l'adesione al trattamento.

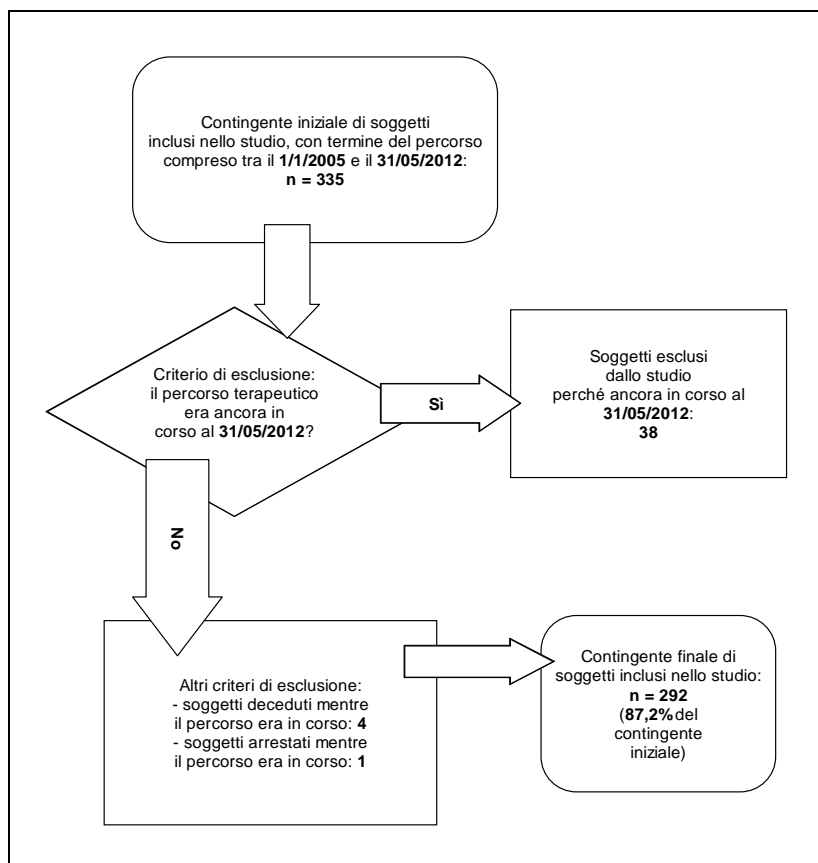
## Popolazione in studio

E' costituita da tutti i pazienti in carico ai SerT dell'Azienda UsI di Ferrara<sup>30</sup>, che hanno seguito un percorso terapeutico residenziale nelle strutture accreditate, che presentavano al momento della presa in carico una diagnosi primaria di dipendenza, abuso o consumo problematico (anche in compresenza di altre sostanze in posizione di secondo piano per rilevanza clinica), classificata con il sistema internazionale ICD-10 (International Classification Disease ver.10) e con un programma terapeutico residenziale terminato.

## Criteri di inclusione e di esclusione

Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti la cui data di termine del percorso terapeutico (qualsiasi fosse l'esito del percorso stesso) è compresa tra il 1° gennaio 2005 e il 31 maggio 2012. Da questo contingente iniziale, formato da 335 soggetti, sono stati successivamente esclusi i pazienti il cui percorso era ancora in corso alla data del 31/05/2012 (38 soggetti), mentre sono stati inclusi tutti coloro il cui percorso era terminato, qualsiasi fosse l'esito. Dal contingente così ottenuto, sono stati infine esclusi coloro il cui percorso è stato interrotto per cause "esterne": il decesso (4 soggetti sono deceduti durante il percorso) e l'arresto (è questo il caso di 1 soggetto).

Dopo quest'ultima selezione, i soggetti inclusi in via definitiva nello studio sono 292 (pari all'87,2% del contingente iniziale). Il processo di inclusione/esclusione è schematizzato nel diagramma che segue.



<sup>30</sup> SerT di: Cento, Ferrara, Copparo, Portomaggiore, Codigoro.

## Follow-up

Il periodo di osservazione della coorte è ampio (oltre 7 anni di follow-up). L'esito del trattamento è stato accertato al 31 maggio 2012 utilizzando la banca dati SistER, la banca dati amministrativa del Programma Dipendenze Patologiche e la valutazione degli operatori di riferimento del caso.

I percorsi multipli nelle stesse strutture terapeutiche residenziali sono stati valutati dalle équipe multiprofessionali dei SerT e se compatibili con obiettivi terapeutici congruenti, ricondotti in un unico percorso terapeutico.

Le **Variabili** investigate sono state le seguenti:

- *Variabili demografiche*: sesso, età all'ingresso nel primo percorso terapeutico, età al termine dell'ultimo percorso terapeutico;
- *Variabili socio-economiche*: titolo di studio conseguito, condizione lavorativa, situazione giudiziaria;
- *Variabili relative al contesto terapeutico*: periodo di calendario di inserimento in CT (2005-2008 oppure 2009-2012; la data fa riferimento al termine del percorso nella/nelle struttura/e, qualunque ne fosse l'esito), SerT (della provincia di Ferrara) di provenienza, tipologia di comunità terapeutica, numero di percorsi terapeutici intrapresi nella/nelle struttura/e, esito osservato dell'ultimo percorso terapeutico, durata dell'ultimo percorso terapeutico, durata totale del complesso dei percorsi terapeutici osservati (somma della durata dei singoli percorsi, anche quando intervallati da interruzioni);
- *Variabili tossicologiche e psicologiche*: sostanza primaria d'abuso, presenza o assenza di sostanza secondaria di poliassunzione, sostanza secondaria d'abuso, quando presente, presenza o assenza di doppia diagnosi.

Per quanto riguarda le variabili "titolo di studio", "condizione lavorativa", "situazione giudiziaria", "sostanza primaria d'abuso", "presenza o assenza di sostanza secondaria di poliassunzione", "sostanza secondaria d'abuso", "presenza o assenza di doppia diagnosi", si fa riferimento alla condizione registrata dai pazienti (esempio: condizione lavorativa) al momento dell'ultimo contatto in ordine di tempo con il SerT di riferimento. Per quanto riguarda la tipologia di CT, si fa riferimento alla tipologia di comunità nella quale il paziente ha effettuato l'ultimo percorso terapeutico.

I soggetti arruolati sono pazienti con diagnosi ICD10 di dipendenza patologica, residenti nelle aree geografiche di riferimento al momento della presa in carico da parte delle Comunità Terapeutiche.

## Analisi dei dati

Si articola su diversi livelli: 1) descrittiva dei programmi terapeutici residenziale; 2) valutativa della durata del programma terapeutico attraverso l'analisi delle curve di sopravvivenza; 3) valutativa dei fattori predittivi (di rischio di interruzione) associati all'esito del programma terapeutico residenziale, mediante l'applicazione di un modello di regressione logistica multivariato.

Tutte le analisi sono state condotte con i programmi statistici Stata (Statistical Software: Release 11.0) e SPSS (Statistical Package for the Social Sciences: Release 15.0)<sup>31</sup>.

### **Analisi Descrittiva dei Programmi Terapeutici Residenziali**

---

<sup>31</sup> Stata Statistical Software: Release 11.0. College Station, Texas: Stata Corporation, 2001; Statistical Packet for Social Sciences: Release 15.0. Spss Inc., Chicago USA.

Il programma terapeutico residenziale è stato assunto come l'insieme dei trattamenti farmacologici, medici, psicologici, sociali, rieducativi e riabilitativi pianificati nel tempo sulla base di specifici obiettivi di cura e prevenzione formalizzati e formulati dopo l'analisi dei bisogni, la valutazione diagnostica ed in accordo con la persona.

Nella fase di disegno dello studio si è proceduto alla individuazione di alcune tipologie di programma terapeutico residenziale sulla base della classificazione utilizzata dalla Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale n. 34/1998), per l'autorizzazione al funzionamento degli Enti Ausiliari.

In specifico sono state applicate analisi descrittive e multivariate utilizzando le seguenti tipologie di Struttura:

Strutture residenziali a tipologia Pedagogico-Riabilitativa: sono strutture il cui obiettivo è recuperare l'autonomia e le capacità di integrazione sociale attraverso la condivisione della vita comunitaria e lo svolgimento dell'attività lavorativa. La struttura accoglie pazienti con caratteristiche congruenti con il programma terapeutico che non assumono sostanze d'abuso;

Strutture residenziali a tipologia Terapeutico-Riabilitativa: sono strutture il 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;

Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori (o donne in gravidanza): in queste strutture è svolto un programma di superamento della tossicodipendenza unitamente ad interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale. Sono accolti figli minori che, di norma, hanno un'età compresa tra 0 e 6 anni.

Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso affette da patologie psichiatriche: il programma terapeutico è congruente con le caratteristiche dell'utente e vede essere preceduto da formulazione o conferma della diagnosi psichiatrica effettuata dal Servizio Salute Mentale di residenza. La congruenza è valutata caso per caso congiuntamente tra SerT, Servizio Salute Mentale e struttura che accoglie l'utente;

Strutture residenziali per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica: sono strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso per le quali sono necessarie l'osservazione terapeutica e la diagnosi effettuate in ambiente protetto, al fine di individuazione del percorso terapeutico-riabilitativo. Possono essere svolti interventi di disintossicazione, di riduzione del danno finalizzati al compenso psico-fisico.

### **Analisi della durata dei programmi terapeutici: curve di sopravvivenza di Kaplan Meier**

La durata del trattamento è stata considerata uno dei fattori in grado di predire un esito post-cura favorevole. Dall'analisi della letteratura emerge che i tempi del trattamento hanno dimostrato di essere correlati ad esiti positivi. Infatti i pazienti che rimangono in cura più a lungo e che completano un programma terapeutico hanno dimostrato di avere più probabilità di ottenere i risultati migliori a prescindere da come viene misurato l'esito (Gossop, 2006).

Da questa prospettiva la ritenzione in trattamento costituisce un predittore importante di esito soprattutto per i pazienti più gravi, per i quali si è riscontrato che rimanere in trattamento almeno per 90 giorni porta a risultati favorevoli (De Angeli, Serpelloni, 2006).

Moos ed altri in uno studio su 21.000 pazienti con disturbo da uso di sostanze confermano la relazione significativa tra durata del trattamento e migliori esiti anche in pazienti con dipendenza da cocaina (Moos et al., 2000).

Il tempo di trattamento è una misura complessa, considerata un indicatore di altri fattori e non è in sé sufficiente per un miglioramento clinico, in particolare se non è associato

alla partecipazione attiva al programma da parte del paziente ed alla modificazione di aspetti cognitivi e comportamentali durante il trattamento (Simpson et al., 1985; McLellan et al., 1993).

In un recente articolo Robert Walker sottolinea come la ritenzione in trattamento sia diventata il "gold standard" dei programmi per i tossicodipendenti; si rende necessario approfondire l'influenza che su questa dimensione hanno le caratteristiche di personalità del paziente e dall'ambiente in cui si è sviluppato il trattamento (Walzer, 2009).

È inoltre importante analizzare il tempo di ritenzione in relazione alla tipologia di trattamento. Appaiono maggiormente incisivi sulla tossicodipendenza e sulla ritenzione in trattamento modelli di intervento che utilizzano la terapia cognitivo comportamentale (McLellan, 1997).

La conclusione del programma, se da un lato si correla ai migliori outcomes dopo il trattamento, dall'altro indica, nel caso di interruzione, una mancata appropriatezza nel "matching" tra paziente, trattamento, terapeuta e setting. Molti pazienti che abbandonano il programma richiedono un nuovo trattamento con caratteristiche diverse. Il fatto che i trattamenti terapeutici siano efficaci nel ridurre l'uso di sostanze ed i reati è ampiamente dimostrato per cui l'obiettivo è quello di mettere a punto dei programmi in base alle necessità assistenziali dei diversi pazienti (Prendergast et al., 2002).

Un assunto importante, condiviso dalla comunità scientifica, è che non vi è un trattamento universalmente valido per la cura della tossicodipendenza ma sono spesso necessari diversi trattamenti variamente combinati nel corso del tempo.

La durata del programma di trattamento, tenendo conto dei tempi di sopravvivenza troncati, quelli per i quali non si è verificato l'evento di interesse (completamento del primo programma terapeutico) è stata analizzata attraverso il **metodo delle curve di sopravvivenza di Kaplan Meier**.

La variabile di interesse è in questo caso rappresentata dal numero di giorni effettivi di trattamento, ottenuto sommando le durate di tutti i programmi attivati dalla data di inizio fino al momento della conclusione dello stesso o fino alla data di uscita dallo studio per motivi diversi dal completamento della terapia.

Nello studio le categorie utilizzate sono costruite sulla base della durata mediana che in letteratura viene identificata in tre mesi, cut off in grado di identificare il rischio di interruzione del trattamento.

## **Valutazione dei fattori predittivi di esito dei percorsi terapeutici**

La disponibilità dei dati provenienti dai sistemi informativi ci ha permesso di identificare alcuni fattori eziologici e di processo in grado di influenzare l'esito del trattamento, che possono essere così classificati:

*Fattori anagrafici:* sono stati introdotti l'appartenenza di genere utilizzando la variabile originaria e l'età all'ingresso nel primo percorso terapeutico; quest'ultima variabile è stata dicotomizzata sulla base dell'età mediana ( $\geq 35$  anni vs  $< 35$  anni).

*Fattori socio-ambientali:* il livello di istruzione è stato suddiviso in "scolarità bassa" (nessun titolo di studio, elementare, media inferiore) versus "scolarità alta" (diploma professionale, media superiore, laurea); per quanto riguarda la situazione giudiziaria sono state utilizzate le categorie "aver avuto problemi con la giustizia (denunce, condanne, carcerazioni o alternativa al carcere) versus "essere incensurati".

*Fattori comportamentali legati al consumo:* eroinomani versus altre sostanze; sulla base del numero di sostanze assunte i pazienti sono differenziati in monoconsumatori versus policonsumatori (utilizzatori di almeno un'altra sostanza oltre alla sostanza primaria)<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Definizione tratta da: DSM-IV-TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 2005.

*Fattori di gravità:* presenza di doppia diagnosi versus solo dipendenza patologica;  
*Fattori legati al processo di trattamento:* trattamento residenziale per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica versus trattamenti pedagogico e terapeutico riabilitativi.

Tenuto conto che nei pazienti più gravi il rischio di ricaduta nell'anno successivo al trattamento risulta avere un'alta probabilità, è stata utilizzata la variabile relativa al **numero dei programmi terapeutici** seguiti dai pazienti nel periodo di osservazione per verificare in che misura sia predittiva di esito sfavorevole.

Per valutare la durata dei programmi terapeutici, intesa come ritenzione in trattamento, è stata applicata **l'analisi delle curve di sopravvivenza**, sia relativamente ai programmi terapeutici interrotti, sia relativamente ai programmi completati. Successivamente, si è effettuata l'analisi delle curve di sopravvivenza stratificando la coorte in studio secondo la tipologia della Struttura Terapeutica residenziale (relativamente all'ultimo percorso terapeutico seguito dai soggetti). Successivamente sulla base dei risultati la curva di sopravvivenza è stata stratificata per tipologia di Struttura Terapeutica residenziale.

Per individuare i predittori di rischio di interruzione del percorso terapeutico residenziale, è stato applicato il modello statistico regressione logistica multivariato dicotomico. Questo modello consente di ottenere una stima del rischio di interruzione del trattamento, associata a tutti i possibili predittori di esito inseriti nel modello stesso.

### 4.3 RISULTATI

La coorte dinamica complessiva è costituita da 292 soggetti, 227 maschi (77,7%) e 65 femmine (22,3%), con un rapporto maschi/femmine osservato di 3,5:1, il 45% proviene dai SerT del distretto Centro Nord, il 35% dal distretto Sud Est e il 20% proviene dal SerT di Cento del distretto Ovest.

Il 24% è entrato in struttura prima dei 29 anni, il 41% ha iniziato un percorso residenziale tra i trenta e i 40 anni, il 34% è entrato in comunità tra i 40 e i 50 anni, il 10% dopo i 50 anni.

L'età media all'ingresso nel primo percorso terapeutico è pari a 36,4 anni (DS 9,1); l'età media all'ingresso nel primo percorso terapeutico, relativamente a coloro che hanno completato l'ultimo percorso terapeutico è pari a 36,8 anni (DS 9,7); l'età media all'ingresso nel primo percorso terapeutico, relativamente a coloro che hanno interrotto l'ultimo percorso terapeutico è pari a 35,9 anni (DS 8,7).

L'età media al termine dell'ultimo percorso terapeutico effettuato è pari a 37,9 anni (DS 9,0); l'età media al termine dell'ultimo percorso terapeutico effettuato, relativamente a coloro che hanno completato l'ultimo percorso terapeutico è pari a 38,7 anni (DS 9,5); l'età media al termine dell'ultimo percorso terapeutico effettuato, relativamente a coloro che hanno interrotto l'ultimo percorso terapeutico è pari a 37,1 anni (DS 8,6).

Per quanto riguarda il profilo sociale dei pazienti osservati (Tab.1) il 72,8% della coorte ha un titolo di studio elementare o di media inferiore e solo il 15,4% ha un diploma di media superiore. La condizione prevalente è quella di disoccupato (44,4%), seguita dagli occupati stabilmente (23,7%) e dai lavoratori precari (12,9%). Infine il 13,6% ha una pensione di invalidità e il 3,7% ha un lavoro sospeso per ragioni legate alla condizione giuridica. Nel quadro della situazione giudiziaria il 48,2% è incensurato, il 29,7% ha avuto delle denunce, il 6,9% è stato condannato, il 13% ha già avuto carcerazioni e il 2,1% misure alternative alla detenzione.

La sostanza primaria di abuso è per il 64,3% l'eroina, per il 24,7% l'alcol, per l'8,2% la cocaina e per il 2,7% altre sostanze (benzodiazepine, cannabinoidi). Il 50,7% ha un consumo concomitante di due sostanze, mentre il 49,3% ha una sola sostanza d'abuso. Sotto il profilo sanitario il 13,7% presenta una doppia diagnosi.

**Tab. 1 Profilo dei pazienti che hanno seguito percorsi terapeutici residenziali**

	<b>Freq.</b>	<b>% valida</b>
<b>Sesso</b>		
Maschio	227	77,7
Femmina	65	22,3
<b>Età di ingresso in Struttura</b>		
16-17 anni	2	0,7
18-24	26	8,9
25-29	41	14,0
30-34	57	19,5
35-39	63	21,6
40-44	50	17,1
45-49	29	9,9
50-54	19	4,5
55-59	10	3,4
>60	1	0,3
<b>Grado di istruzione</b>		
Nessuno	1	0,3
Elementari	49	16,9
Media inferiore	162	55,9
Formazione professionale	28	9,7
Media superiore	45	15,4
Laurea	5	1,7
<b>Condizione lavorativa</b>		
Lavoro regolare	57	23,7
Saltuario	31	12,9
Disoccupato	107	44,4
Pensionato	33	13,6
Sospesa causa forza maggiore	9	3,7
Non professionale	4	1,6
<b>Situazione giuridica</b>		
Incensurato	133	48,2
Denunce	82	29,7
Condanne	19	6,9
Carcerazione	36	13,0
Misure alternative alla detenzione	6	2,1
<b>Sostanza primaria di abuso</b>		
Eroina	187	64,3
Alcol	72	24,7
Cocaina	24	8,2
Cannabinoidi	5	1,7
Benzodiazepine	2	0,7
Altre sostanze	1	0,3
<b>Sostanza secondaria</b>		
Si	148	50,7
No	144	49,3
<b>Doppia Diagnosi</b>		
Si	40	13,7
No	252	86,3

Se osserviamo i percorsi terapeutici (Tab.2) si può rilevare che il 65,4% ha seguito un solo percorso in Comunità, il 21,2% due percorsi, il 6,8% tre percorsi e il 6,5% da quattro a nove percorsi.

L'ultimo percorso terapeutico registrato prima dell'esito finale ha riguardato per il 47,3% dei pazienti un trattamento in Comunità a tipologia terapeutico-riabilitativa, per il 16,1% una permanenza in struttura pedagogico-riabilitativa.

Per quanto riguarda i percorsi in strutture specialistiche il 20,5% ha seguito un percorso terapeutico in un Centro di osservazione e diagnosi, il 4,8% è stato inserito in una struttura madre-bambino, il 4,8% ha seguito un trattamento presso strutture per pazienti con doppia diagnosi e il 3,8% ha seguito un percorso in strutture per alcolisti.



**Tab. 2 I percorsi terapeutici residenziali**

	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
<b>SerT di invio</b>		
Cento	60	20,5
Codigoro	71	24,3
Copparo	44	15,1
Ferrara	86	29,5
Portomaggiore	31	10,6
<b>Tipologia trattamento</b>		
Pedagogico- riabilitativa	47	16,1
Terapeutico-riabilitativa	138	47,3
Madre-bambino	14	4,8
Cod	60	20,5
Alcolisti	11	3,8
Doppia Diagnosi	14	4,8
Altre	8	2,7
<b>Numero Percorsi Residenziali</b>		
Un solo percorso	191	65,4
Due percorsi	62	21,2
Tre percorsi	20	6,8
Quattro percorsi	10	3,4
Da cinque a nove percorsi	9	3,1
<b>Durata totale dei percorsi residenziali</b>		
1-29 giorni	27	9,2
30-89 giorni	46	15,8
90-179 giorni	61	20,9
180-364 giorni	54	18,5
365-729 giorni	63	21,6
730-1094 giorni	23	7,9
>1095 giorni	18	6,2
<b>Durata ultimo percorso residenziale</b>		
1-29 giorni	49	16,8
30-89 giorni	60	20,5
90-179 giorni	64	21,9
180-364 giorni	42	14,4
365-729 giorni	53	18,2
730-1094 giorni	16	5,5
>1095 giorni	8	2,7

La valutazione dell'esito dei trattamenti rileva che il 51% dei pazienti ha interrotto il percorso contro il 46,9% che ha portato a termine positivamente tutti gli obiettivi terapeutico-riabilitativi pianificati in fase di definizione del progetto terapeutico.

Se ci riferiamo alla durata totale (sommata) del complesso dei percorsi, il 45,9% ha avuto percorsi di durata inferiore ai 180 giorni, il 18,5% dai sei mesi a 1 anno, il 21,6% da un anno a due anni e il 14,1% due anni e più.

La durata media totale dei percorsi con ultimo esito di raggiungimento degli obiettivi terapeutici è pari a 506,3 giorni (DS 455,2; minimo 10 giorni; massimo 2182 giorni); la durata media totale dei percorsi con ultimo esito di interruzione è pari a 216,7 giorni (DS 247,3; minimo 2 giorni; massimo 1612 giorni).

Diversamente se ci riferiamo alla durata del solo ultimo percorso terapeutico effettuato, la durata media dei percorsi completati è pari a 395,1 giorni (DS 385,2; minimo 10 giorni; massimo 2182 giorni); la durata media dei percorsi interrotti è pari a 129,5 giorni (DS 167,5; minimo 1 giorno; massimo 874 giorni) (Tab.3-4).

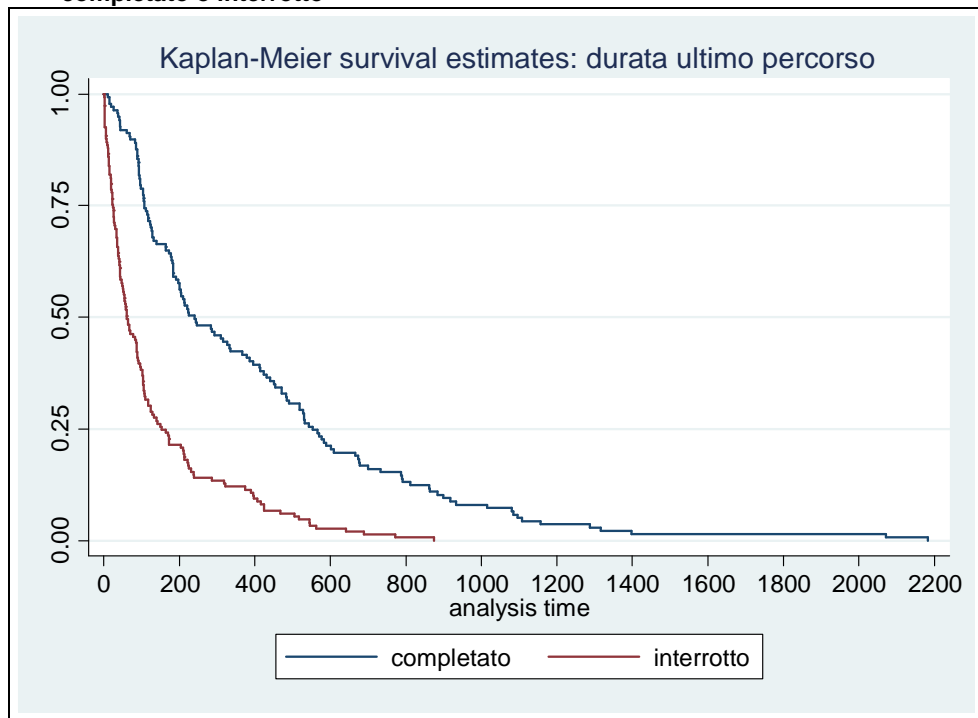
**Tab. 3 Esito dei percorsi terapeutici residenziali**

	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
<b>Esito Totale</b>		
Completato	137	46,9
Interrotto	149	51,0
Altro	6	2,1
<b>Esito Completato e Tipologia Struttura</b>		
Pedagogico- riabilitativa	24	51.1
Terapeutico-riabilitativa	69	50.0
Madre-bambino	9	64.3
Centro Osservazione Diagnosi	20	33.3
Alcolisti	9	81.8
Doppia Diagnosi	9	64.3
Altre	3	37.5
<b>Esito Interrotto e Tipologia Struttura</b>		
Pedagogico- riabilitativa	23	48.9
Terapeutico-riabilitativa	69	50.0
Madre-bambino	5	37.5
Centro Osservazione Diagnosi	40	66.7
Alcolisti	2	18.2
Doppia Diagnosi	5	35.7
Altre	5	62.5
<b>Esito Completato e Sostanza primaria d'abuso</b>		
Alcol	43	59.7
Eroina	87	46.5
Cocaina	12	50.0
Altre sostanze	1	12.5
<b>Esito Interrotto e Sostanza primaria d'abuso</b>		
Alcol	29	40.3
Eroina	100	53.5
Cocaina	12	50.0
Altre sostanze	7	87.5
<b>Età di uscita dalla Struttura</b>		
16-17 anni	1	0.3
18-24	17	5.8
25-29	35	12.0
30-34	50	17.1
35-39	61	20.9
40-44	59	20.2
45-49	39	13.4
50-54	17	5.8
55-59	9	3.1
>60	4	1.4

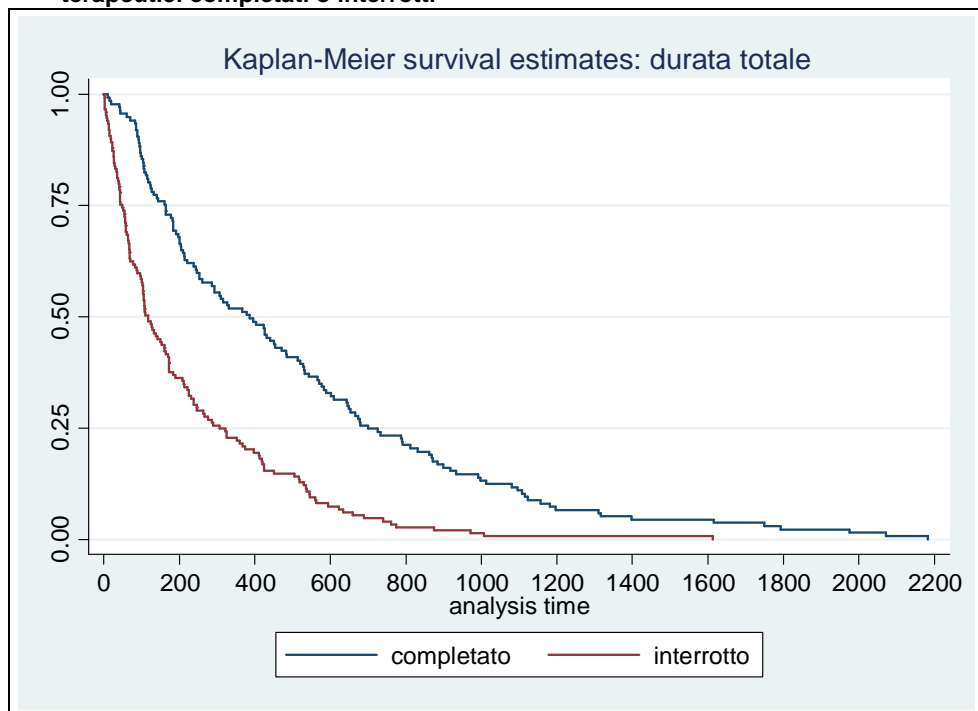
**Tab. 4 Analisi della permanenza in trattamento**

<b>Durata ultimo percorso</b>	<b>Completato</b>		<b>Interrotto</b>	
	n. cumulato	% cumulata	n. cumulato	% cumulata
15° giorno	3	2,2	27	18,1
30° giorno	5	3,6	45	30,2
60° giorno	12	8,8	74	49,7
90° giorno	20	14,6	89	59,7
180° giorno	51	37,2	117	78,5
1 anno	79	57,7	131	87,9
2 anni	115	83,9	147	98,7
874 giorni (durata massima percorsi interrotti)	122	89,1	149	100,0
2182 giorni (durata massima percorsi completati)	137	100,0	-	-

**Fig. 1** Curva di sopravvivenza relativa alla durata dell'ultimo percorso terapeutico completato o interrotto



**Fig. 2** Curva di sopravvivenza relativa alla durata complessiva di tutti i percorsi terapeutici completati o interrotti



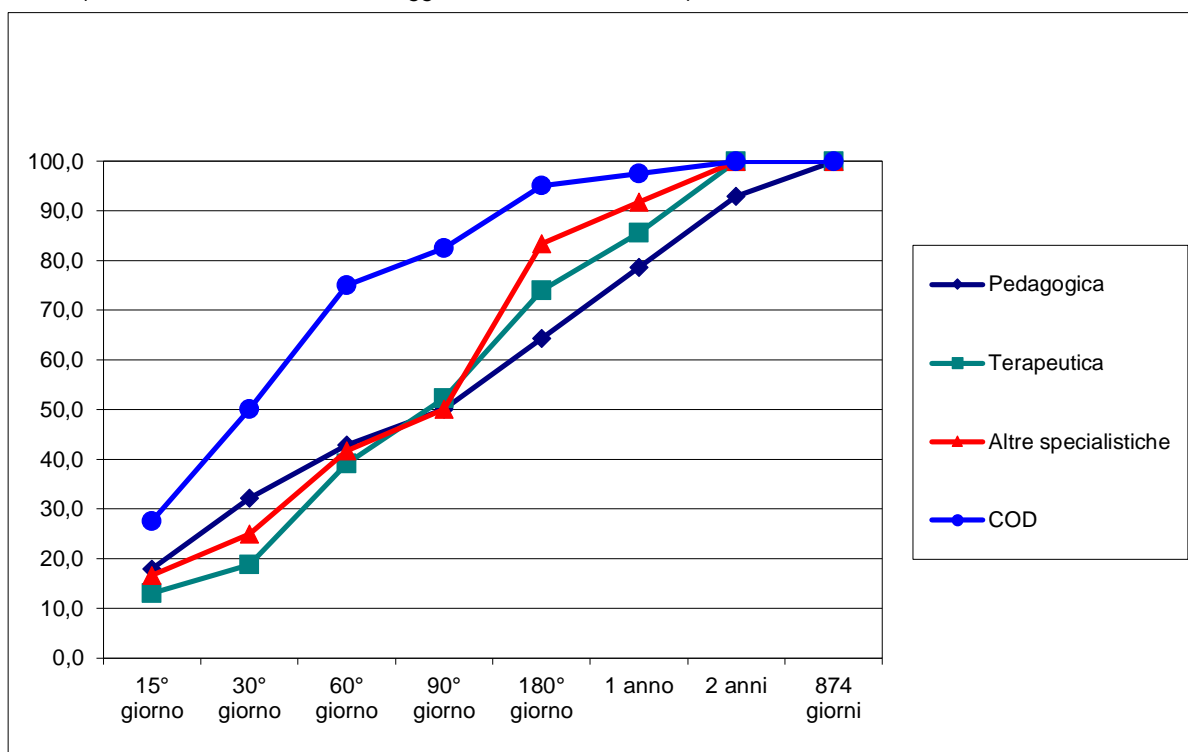
Le due curve si riferiscono, rispettivamente, alla durata dell'ultimo percorso terapeutico, e alla durata complessiva (sommata) di tutti i percorsi terapeutici (funzioni di sopravvivenza Kaplan-Meier).

**Tab. 5 Analisi della permanenza in trattamento distinti per tipologia di struttura terapeutica**

Durata ultimo percorso	Pedagogica		Terapeutica		Altre specialistiche		COD		Totale percorsi interrotti	
	<i>n cum.</i>	<i>% cum</i>	<i>n cum</i>	<i>% cum</i>	<i>n cum</i>	<i>% cum</i>	<i>n cum</i>	<i>% cum</i>	<i>n cum</i>	<i>% cum</i>
15° giorno	5	17,9	9	13,0	2	16,7	11	27,5	27	<b>18,1</b>
30° giorno	9	32,1	13	18,8	3	25,0	20	<b>50,0</b>	45	<b>30,2</b>
60° giorno	12	42,9	27	39,1	5	41,7	30	75,0	74	<b>49,7</b>
90° giorno	14	<b>50,0</b>	36	<b>52,2</b>	6	<b>50,0</b>	33	82,5	89	<b>59,7</b>
180° giorno	18	64,3	51	73,9	10	83,3	38	95,0	117	<b>78,5</b>
1 anno	22	78,6	59	85,5	11	91,7	39	97,5	131	<b>87,9</b>
2 anni	26	92,9	69	100,0	12	100,0	40	100,0	147	<b>98,7</b>
874 giorni*	28	100,0	69	100,0	12	100,0	40	100,0	149	<b>100,0</b>

\*durata massima percorsi interrotti

**Fig.3 Andamento cumulativo delle interruzioni nel tempo per tipologia di struttura**  
(% interruzioni sul totale dei soggetti che hanno interrotto)



## 4.4 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO

### Modello di Regressione Logistica Multivariata

Al fine di valutare il peso delle diverse variabili investigate di natura demografica (sesso, età al primo ingresso in trattamento), di natura socio-economica (titolo di studio conseguito, condizione giudiziaria), legate direttamente alla tipologia del servizio offerto (tipologia della comunità), o ad aspetti di carattere sanitario e tossicologico (tipo di sostanza d'abuso primaria, presenza/assenza di due sostanze, presenza/assenza di doppia diagnosi), è stato applicato ai dati un modello di regressione logistica multivariata, con variabili esplicative dicotomiche.

Quale variabile di outcome del modello è stata scelta la condizione di interruzione dell'ultimo percorso terapeutico svolto dal paziente ( $Y=1$ ), contrapposta a tutte le altre condizioni (completamento del percorso o altro esito) sempre relativamente all'ultimo percorso terapeutico ( $Y=0$ ). Rispetto a questa variabile di esito, verranno valutati, con riferimento alle diverse variabili esplicative, tutte dicotomiche, i rispettivi OR (Odds Ratio) di rischio, i quali permetteranno di stabilire quali delle variabili incluse nel modello possano essere ritenute buoni predittori del rischio di interruzione del trattamento terapeutico.

Le variabili esplicative sono le seguenti (tra parentesi, viene indicata la modalità di riferimento: si intende che la modalità considerata "di esposizione" comprende tutte le rimanenti modalità):

- sesso (riferimento: maschi);
- età all'ingresso nel primo percorso terapeutico (riferimento: età maggiore o uguale a 35 anni);
- titolo di studio conseguito (riferimento: titolo superiore alla licenza di scuola media inferiore, compresi i diplomi di qualifica professionale);
- situazione giudiziaria (riferimento: incensurato);
- tipologia di comunità terapeutica (riferimento: tutte le tipologie esclusa la specialistica COD);
- numero di percorsi terapeutici intrapresi (riferimento: 1 solo percorso);
- presenza di doppia diagnosi (riferimento: presenza di doppia diagnosi);
- sostanza primaria d'abuso (riferimento: eroina);
- presenza di sostanza secondaria di poliassunzione (riferimento: assenza di sostanza secondaria).

Le variabili appena elencate, con l'eccezione dell'età all'ingresso nel primo percorso, della tipologia di comunità e del numero di percorsi, fanno tutte riferimento alla condizione registrata dai pazienti (esempio: situazione giudiziaria) al momento dell'ultimo contatto in ordine di tempo con il SerT di riferimento.

Per quanto riguarda la tipologia di Struttura Residenziale, si fa riferimento alla tipologia di comunità nella quale il paziente ha effettuato l'ultimo percorso terapeutico. Infine va precisato che le variabili età, sesso e titolo di studio, oltre ad essere valutate per il loro ruolo intrinseco, svolgono nel modello anche la funzione di controllo del confondimento: pertanto, tutte le rimanenti variabili, vanno considerate corrette, cioè al netto del (almeno potenziale) confondimento rispetto a sesso, età, titolo di studio.

**Tab. 6 Risultati dell'applicazione del modello di regressione logistica multivariato dicotomico. Predittori del rischio di interruzione del percorso terapeutico.**

<b>VARIABILE ESPLICATIVA</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P</b>
<b>Sesso</b>			
Maschi	1		
Femmine	1,09	0,58 - 2,04	0,783
<b>Età all'ingresso in coorte nel primo percorso</b>			
>= 35 anni	1		
< 35 anni	0,92	0,54 - 1,55	0,741
<b>Titolo di studio</b>			
Licenza media superiore, laurea	1		
Licenza media inferiore, elementare	1,42	0,77-2,61	0,257
<b>Situazione Giudiziaria</b>			
Incensurato	1		
Problemi con la giustizia (denunce, condanne ..)	<b>1,96*</b>	1,15-3,33	<b>0,013</b>
<b>Tipologia Struttura Residenziale</b>			
Terapeutica riabilitativa e Pedagogica	1		
Specialistica COD	<b>2,23*</b>	1,18-4,20	<b>0,013</b>
<b>Numero di percorsi terapeutici</b>			
Un solo percorso	1		
Più di un percorso	1,28	0,75-2,17	0,365
<b>Doppia diagnosi</b>			
Doppia Diagnosi presente	1		
Doppia Diagnosi non presente	<b>2,03</b>	0,95-4,30	0,067
<b>Sostanza primaria d'abuso</b>			
Eroina	1		
Alcol, cocaina, cannabis, altro	<b>1,37</b>	0,74-2,54	0,315
<b>Sostanza secondaria di assunzione</b>			
Una sola sostanza d'abuso	1		
Sostanza primaria e sostanza secondaria	<b>1,91*</b>	1,10-3,32	0,021

## 4.5 CONCLUSIONI

Questo studio sull'esito dei programmi terapeutici residenziali attivati in una coorte di pazienti con dipendenza da sostanze psicotrope, in carico ai SerT dell'Azienda Usl di Ferrara, si caratterizza per la lunga durata del follow-up (oltre 7 anni), che permette di valutare l'efficacia pratica (effectiveness), analizzando il livello di compliance al trattamento raggiunta nel tempo.

In termini descrittivi, la popolazione inserita in programmi terapeutici residenziali è in prevalenza maschile (77,7%), ha un grado di istruzione basso (73,1% fino alla media inferiore), è in larga misura disoccupata (44,4%), ha avuto nel corso della vita problemi giudiziari (51,8%), è arrivata al servizio prevalentemente con dipendenza da eroina (64,3%) o alcol (24,7%) e un'età media all'ingresso nel primo percorso di 36,4 anni.

Complessivamente nella coorte si configura un rischio di interruzione del programma terapeutico elevatissimo, in linea, con quanto pubblicato da altri studi, senza distinzioni significative tra maschi e femmine. In termini di ritenzione in trattamento osservata, la probabilità di essere ancora in trattamento dopo 60 giorni dall'ingresso risulta del 50%. Dopo i due mesi il ritmo di interruzione del trattamento si riduce, infatti a 180 giorni risulta ancora in trattamento quasi il 20% del contingente iniziale.

Per il 34,6% si è verificato un *revolving door*, per il 21,2% con due percorsi e per il 13,3% con tre percorsi e più. L'ambito omogeneo di una sola provincia conferma una bassa variabilità territoriale dell'esito dei percorsi terapeutici.

Tra coloro che hanno avuto un esito positivo nell'ultimo trattamento (46,9%) si registra che a due anni dall'ingresso in struttura l'83,9% ha raggiunto tutti gli obiettivi clinico riabilitativi.

Il **percorso terapeutico** che ha maggiore probabilità di avere un esito negativo è quello di osservazione e diagnosi.

Passando ad analizzare i risultati dell'analisi multivariata (modello di regressione logistica dicotomica), una serie di variabili sembrano essere correlate alla ritenzione nel programma di trattamento residenziale. L'età all'ingresso nel primo percorso, il sesso e il titolo di studio non sembrano influenzare in modo rilevante la probabilità di ricaduta (OR non statisticamente significativi). Un'età di ingresso nella coorte inferiore ai 35 anni rispetto ad un arruolamento dopo i 35 anni, non è risultata fattore predittivo negativo di ricaduta durante il trattamento. Tale dato indica che probabilmente più alti gradi di gravità della malattia non aumenta il tasso di resistenza al trattamento.

Come confermato dai dati di letteratura, l'aver avuto **problemi con la giustizia** (denunce, condanne) è un predittore negativo di ritenzione in trattamento (OR=1,96, statisticamente significativo).

Il tipo di **sostanza primaria d'abuso** e la **modalità di assunzione** sembrano influenzare il rischio di ricaduta, con un impatto negativo sul risultato del trattamento, seppure non statisticamente significativo. In particolare, le sostanze primarie cocaina o alcol associate a sostanze d'abuso secondarie sono risultati come fattori predittivi negativi (OR=1,28, non statisticamente significativo).

Risulta forte il ruolo della tipologia di struttura: il rischio di ricaduta è notevolmente più forte (OR=2,23, statisticamente significativo) per gli utenti dei COD rispetto alle altre tipologie di struttura.

Un aspetto importante nella predizione del risultato, è **la durata del trattamento**.

La ricerca su questo tema indica che la ritenzione in trattamento rende meno probabile il verificarsi di un esito negativo, il che suggerisce che i primi risultati tendono a consolidarsi nel tempo trascorso in trattamento. I soggetti in trattamento per un tempo più lungo (due anni) hanno esitato favorevolmente per l'89%, mentre il 50% delle interruzioni si verificano dopo 60 giorni dall'inserimento. In questa prospettiva le caratteristiche individuali non sono risultate come predittori di outcome positivo.

Di particolare interesse sono i risultati dell'analisi multivariata rispetto alla **doppia diagnosi**, definita da concomitanti disturbi psichiatrici in evidenza prima della comparsa del consumo di eroina. Infatti la doppia diagnosi è risultata essere un forte predittore della ritenzione in trattamento per tutto il periodo di osservazione, indipendentemente da altre variabili demografiche, cliniche e sociali (OR=2,03 per chi non ha doppia diagnosi; non statisticamente significativo, seppure di poco  $p=0,067$ ).

Per quanto riguarda il ruolo della doppia diagnosi come fattore prognostico, il presente studio rileva un impatto positivo della comorbidità psichiatrica sul rischio di recidiva.

Tale constatazione non è di facile interpretazione: la migliore risposta terapeutica dei soggetti con doppia diagnosi può essere dovuta, oltre l'uso di alti dosaggi di metadone per il trattamento della dipendenza da sostanze psicotrope, anche dal *setting* del percorso terapeutico in strutture specialistiche per doppia diagnosi che risulta particolarmente strutturato, monitorato *step by step* e valutato, tanto da determinare un esito finale positivo, indipendentemente dal tipo di sostanza d'abuso.

Come rilevato da altri autori (Maremmani, Pacini, La Manna et al. 2008), i soggetti con determinate condizioni di comorbidità tendono a rispondere meglio al percorso terapeutico residenziale. In un programma riabilitativo residenziale la presenza di doppia diagnosi, definita come comorbidità psichiatrica associata al consumo regolare e alla dipendenza da sostanze

psicotrope risulta essere il miglior predittore di sopravvivenza libera da recidiva in trattamento, indipendentemente da altre caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

## Bibliografia

- Bassani N., Perotti P., Fratti C. (1994), "Percorsi comunitari per tossicodipendenti", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2: 7-9.
- Camposeragna A. (a cura di) (2005), *Revisione della letteratura*, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- De Angeli M. (2001), *Una revisione della letteratura scientifica sull'outcome nelle tossicodipendenze*, Progetto Dronet del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni, Roma.
- Cois A., Ganadu L., Moritu S. (1995), "Uno studio di follow-up su 545 eroinomani ammessi in comunità residenziale tra il 1980 e il 1992", *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, 2: 33-40.
- Consoli A., Strumenti e processi nella valutazione degli esiti dei trattamenti, in Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L. (2003), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, Verona, La Grafica, [accessibile all'indirizzo web: [www.dronet.org](http://www.dronet.org)].
- Curzio O., Gori M., Mariani F., (2006), "La valutazione dei risultati dei trattamenti del punto di vista epidemiologico", in Serpelloni G., Macchia T., Mariani F., *Outcome. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*, op. cit., pp. 367-374
- De Angeli M., Serpelloni G. (2006), "I progetti di ricerca sulla valutazione dell'outcome e del processo di trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze: una revisione della letteratura scientifica", in Serpelloni G., Macchia T., Gerra G. (a cura di), op. cit. pp.113-151.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007), *Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug*, Luxembourg.
- Garuti C., Boroni M. (2001), *Ricognizione sugli utenti inseriti in Comunità*, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 21: 16-20.
- Gossop M. (2006) "L'efficacia del trattamento nei problemi correlati alla cocaina", in Serpelloni G., Macchia T., Gerra G. ( a cura di), *Cocaina. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico*, Dipartimento Nazionale per le politiche antidroga, Verona, pp. 339-413.
- Maremmanni I., Pacini M., La manna F., Pani P.P., et al. (2008), *Predictors for non-relapsing status in metadone-maintained heroin addicts. A long-term perspective study*, *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, Pacini Editore, 10 (4):19-28.
- McLellan A.T. (1993), Arndt I., Metzger D., Woody G., O'Brien C., "The effects of psychosocial services in substance abuse treatment" *Journal of the American Medical Association*, 269, pp. 1953-59.
- McLellan A.T., Wood G.E., Metzger D.S., McKay J., & Alterman A.I. (1997), "Evaluating the effectiveness of addiction treatment: Reasonable expectations, appropriate comparisons", in "Treating Drug abusers effectively", Egerton J.A., Fox D.M., Leshner A.I. (Eds), Blackwell, Oxford.
- Moos R.H., Finney J.W., Federman E., Suchinsky R. (2000), "Speciality mental health care improves patients' outcomes: findings from a nationwide program to monitor the quality of care for patients with substance use disorders", *Journal of Studies on Alcohol*, 61, pp. 704-713.
- Nsw Department Of Health (2007), *Drug and alcohol treatment guidelines for residential settings*, North Sydney.
- Osservatorio Fumo Alcol e Droga, (2008), *Trattamenti delle tossicodipendenze e dell'alcolismo: le revisioni sistematiche della letteratura scientifica*, Cochrane Drugs and Alcohol Group
- Prendergast M., Podus D., Chang E., & Urada D. (2002), *The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies*, *Drug and Alcohol Dependence*, 67, pp. 53-72.



Serpelloni G., Simeoni E. (2002), "La valutazione dell'outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica", in Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L., La valutazione dell'outcome, Regione Veneto, pp. 19-62.

Simpson D.D., Joe G., Rowan-Szal G., Greener J. (1985), "Client engagement and change during drug abuse treatment", *Journal of Substance Abuse*, 7, pp. 117-134.

Tidone L. (1988), "Risultati del lavoro delle comunità residenziali", *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo*, 1-2-3: 46-51.

Truden B. (1988), "Risultati del lavoro delle comunità residenziali", *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo*, 1-2-3: 84-89.

Vittadini G. (2000), *Sistemi di valutazione delle performance in sanità*, Dipartimento di Statistica, Università di Milano-Bicocca, Milano.

## 5. L'AUTOPERCEZIONE DEL MIGLIORAMENTO NELLA QUALITÀ DELLA VITA<sup>33</sup>

«Al termine di ogni esperienza, non si diventa saggi,  
si diventa esperti. Ma in che cosa?»  
**Albert Camus**

Quali sono gli aspetti fondamentali del lavoro terapeutico dei SerT e delle comunità? Come si integrano i diversi livelli terapeutici e quali sono i punti di forza e debolezza del sistema curante? Quando, un paziente, ha realmente concluso il suo percorso?

In parte, la ricerca qualitativa qui presentata, ha cercato di rispondere a queste domande. In parte, si cerca di riflettere su alcuni casi clinici scelti, col fine di declinare ed approfondire una modalità di lavoro che il SerT di Ferrara utilizza da diversi anni.

In parte, però, non tutto può essere definito in modo inequivocabile, in quanto, accanto a prassi consolidate, linee guida e modelli di riferimento, l'approccio terapeutico al paziente è un atto creativo, costruito con il paziente stesso e quindi, nella sua autopoieticità, unico.

Di seguito viene presentato un caso complesso, utilizzando l'intervista semi-strutturata della ricerca. Esso espone un processo terapeutico ad orientamento sistemico affiancando altri casi clinici di pazienti intervistati.

Cercheremo di approfondire i punti di forza e debolezza dei percorsi a partire quindi da casi specifici che hanno portato in evidenza prassi funzionali o disfunzionali. Il tentativo sarà quello di condurre una riflessione sui complessi intrecci terapeutici che favoriscono o rendono difficile l'avanzamento del processo terapeutico stesso.

Al fine di tutelare la privacy dei pazienti e focalizzare l'attenzione sul processo, non si farà riferimento al nome della comunità specifica o del SerT di riferimento ma agli strumenti messi in campo per ogni caso, che rappresentano il cuore pulsante di ogni processo terapeutico.

I percorsi terapeutici non esauriscono mai pienamente il compito ideale della "guarigione", e forse nel nostro campo bisogna evitare di porsi questo obiettivo: il paziente diventa "esperto" in quanto sperimenta nuove modalità e stili di vita, ed ogni expertise è soggettiva e propedeutica ad un nuovo inizio. I percorsi rappresentano un viaggio, una esperienza surreale, che le persone "normali" potrebbero non capire mai fino in fondo. Quando un paziente termina un percorso residenziale, fatica a condividere fino in fondo questa esperienza con gli altri, sia perché ha paura del giudizio, sia perché teme che la sua esperienza possa non essere compresa fino in fondo da chi non l'ha sperimentata.

Ad accompagnare queste pagine e le diverse storie che vi si intrecciano, sarà il filo conduttore legato ad una famosa favola: "Alice nel paese delle meraviglie" di Carroll Lewis, storia piena di metafore e metafora essa stessa di un viaggio e di un cambiamento.

Di seguito, invece, sono presentate due tabelle che introducono ad una cornice epistemologica complessa il contributo di questo articolo.

## 5.1 INTRODUZIONE

Viene qui di seguito presentato uno studio di valutazione qualitativa, frutto di una collaborazione iniziata nel 2004, anno in cui si è costituito il primo gruppo di lavoro integrato SerT-Strutture residenziali della provincia di Ferrara. Il gruppo è nato dall'esigenza di migliorare l'offerta dei servizi e di adeguare i programmi terapeutici ai bisogni dell'utenza.

Il lavoro del gruppo è partito dalla constatazione che le strutture del privato sociale e dei servizi pubblici non possono essere considerati luoghi di guarigione, ma opportunità di cura: la complessità dei problemi legati alla dipendenza da sostanze psicoattive, pone di fronte ad una sofferenza psichica che raramente trova in singoli progetti terapeutici una risposta definitiva e un contenitore adeguato. Questi disturbi, complessi ed articolati, seguono un'evoluzione unica, legata alla peculiarità del singolo individuo che, a seconda dei momenti e delle fasi, contatterà e coinvolgerà nel suo percorso luoghi, operatori e strumenti differenti. Da questo punto di vista, il processo di cura, per eterogeneità ed articolazione, è difficile che sia legato ad un unico referente terapeutico. La stessa realtà di vita dei pazienti è spesso disgregata e frammentata e le risorse del proprio contesto sociale tendono lentamente a deteriorarsi; pertanto approcciarsi a questa realtà in modo frammentato (proponendo percorsi e programmi con attori autoreferenziali) porrebbe le basi per un pericoloso e sterile isomorfismo<sup>34</sup> tra il sistema-curante e quello il sistema-paziente, che dovrebbe sempre essere evitato.

Si è resa quindi necessaria una integrazione dell'offerta dei servizi, delle strutture e delle risorse complessive che, partendo dal monitoraggio dei bisogni dell'utenza e dalle offerte terapeutiche, attraverso l'analisi delle criticità del sistema, potesse portare ad una programmazione condivisa, al fine di ampliare le opportunità di cura e promuovere un'articolazione differenziata ed integrata delle risorse stesse. Questa collaborazione ha permesso di pensare all'insieme di operatori e strutture come ad una rete di servizi in cui ogni membro è divenuto parte attiva ed integrante, migliorando la percezione delle potenzialità e rinforzando un'identità di gruppo.

Sul piano operativo lavorare in rete significa promuovere, facilitare, organizzare l'instaurarsi di legami tra differenti soggetti allo scopo di attivare risposte a bisogni. È stato questo il meta-strumento di riferimento del gruppo di lavoro SerT-Strutture che ha permesso il superamento dell'autoreferenzialità terapeutica delle comunità, nonché l'altrettanto pericoloso rischio di "delega" del SerT alle strutture stesse, dei problemi di gestione del paziente. Pertanto emerge, quale elemento centrale, il concetto di processo terapeutico condiviso e integrato, riconoscendo ai vari agenti la possibilità di reperire maggiori risorse nel lavoro in rete e superare un concetto improprio di "fallimento dei programmi" per aprire all'analisi critica del *sistema curante* allargato e giungere, includendo *il paziente*, al più articolato *sistema terapeutico*.

Pertanto i SerT e le comunità hanno lavorato insieme con una implicita e collaterale finalità: evitare la possibile collusione con meccanismi di difesa di scissione e proiezione spesso attivati dagli utenti per gestire i fallimenti, proponendo un pensiero integrato e strutturante quale meta-strumento di lavoro, trasversale e terapeutico.

La visione del processo terapeutico ha superato lo stretto tunnel della causalità lineare, passando da "semplici" cure a processi articolati, approdando ad un modello bio-psico-sociale e restituendo ai tecnici un ruolo importante: pensare non "al problema", ma "alla complessità" a cui il problema stesso appartiene. Questo studio, andando ad analizzare il punto di vista dell'utente, ha mirato all'individuazione sia degli aspetti positivi che delle criticità dei percorsi terapeutici dei pazienti nelle seguenti fasi del processo:

- valutazione e invio da parte dei SerT;
- accoglienza ed evoluzione del programma da parte delle strutture;
- svincolo e separazione dalla comunità;
- articolazione dell'intervento del SerT nella fase di reinserimento o di contenimento e

---

<sup>34</sup> von Bertalanffy L., (1950), *The Theory of Open Systems in Physics and Biology*, Science, vol. 111, pp. 23-29

continuità terapeutica in caso di interruzione del programma residenziale.

La ricerca è stata condotta da un intervistatore opportunamente formato, assunto con incarico professionale, al fine di garantire maggiore obiettività nello svolgimento dell'intervista e nell'elaborazione dei dati emersi.

Sono state raccolte 19 interviste (4 a Cento, 2 a Codigoro, 6 a Copparo, 4 a Ferrara, 3 a Portomaggiore; 11 dimissioni, 6 interruzioni, 2 passaggi ad altre strutture) utilizzando i seguenti criteri di inclusione per il campione degli intervistati:

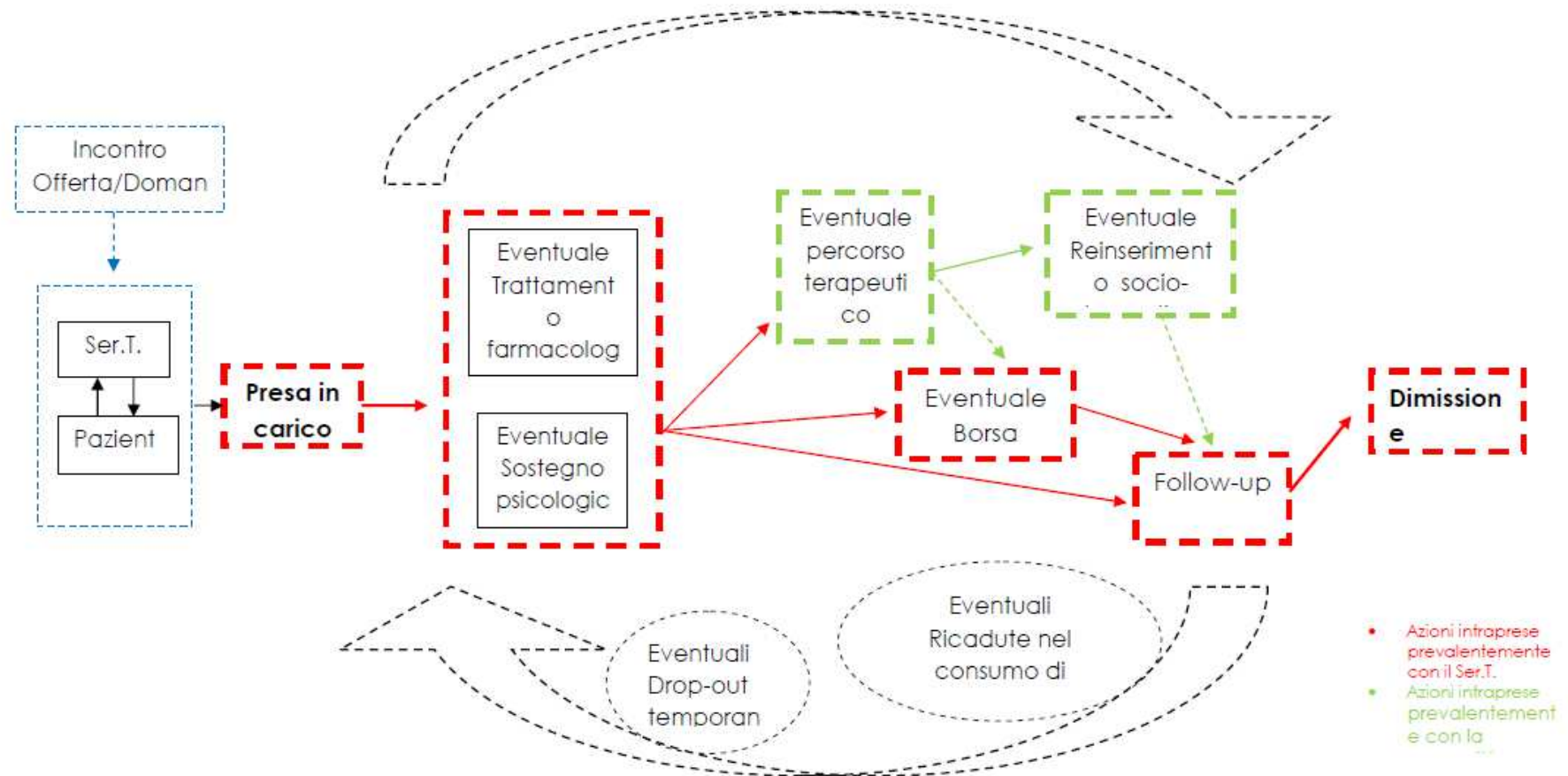
- Ingresso nelle comunità della provincia, su invio dei SerT di Ferrara;
- Dimissioni dalla comunità nel seguente arco di tempo: dal 01/07/2010 al 30/06/2011.

Ai candidati potenziali è stata richiesta la disponibilità a sottoporsi all'intervista direttamente dagli operatori di riferimento dei SerT di appartenenza. L'intervista semi-strutturata è stata condotta negli uffici del SerT di appartenenza degli utenti, e ha avuto la durata di circa un'ora.

Sono stati coinvolti da un lato i cinque SerT provinciali (SerT di Ferrara, Copparo, Cento, Distretto Sud-Est, Codigoro e Portomaggiore) e, dall'altro, le sei strutture residenziali (II Ponte, II Timoniere, La Casa di Carlotta (Exodus), Le Muraglie (Saman), il C.O.D., e la Comunità Papa Giovanni XXIII di Denore.

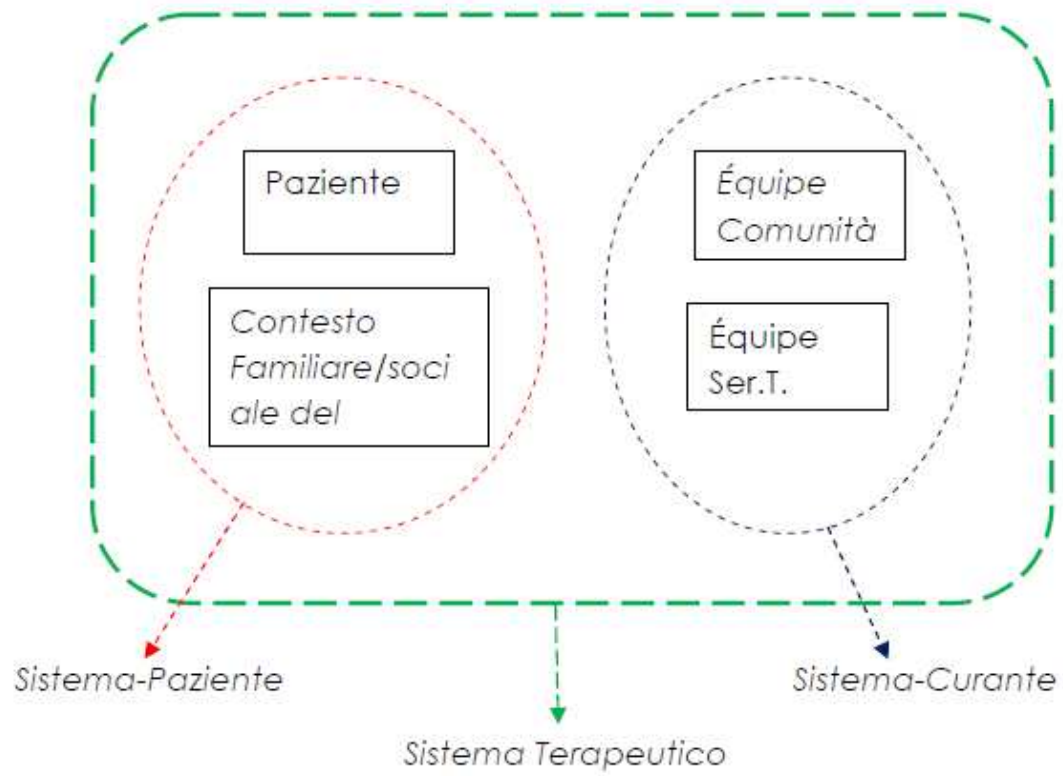
Lo studio ha cercato di disvelare la complessità del fenomeno indagato attraverso l'uso di uno strumento flessibile, in grado di adattarsi alle diverse personalità degli intervistati e di concedere libertà di espressione, favorendo l'utilizzazione delle proprie categorie mentali ed il proprio linguaggio.

**Tab.1 Il Processo Terapeutico**



Il processo terapeutico è un percorso complesso, circolare e ricorsivo. Le ricadute nel consumo di sostanze e i Drop-out temporanei, spesso legati alle ricadute stesse, fanno parte del processo terapeutico e possono avvenire durante qualsiasi azione che il sistema terapeutico mette in atto. Entrambi (drop-out e ricadute) portano alla ridefinizione e ricalibrazione di obiettivi, azioni e tempi, rendendo l'intero processo non lineare, poco prevedibile e stocastico.

**Tab.2 Articolazione del Sistema Terapeutico**



## 5.2 IL TEMPO TERAPEUTICO DEGLI UTENTI

*"Se tu conoscessi il Tempo come lo conosco io" disse il Cappellaio, agitando sprezzante il capo. "Scommetto che non ci hai nemmeno parlato, col Tempo!".*

*"Forse no" rispose prudente Alice; "ma so che devo batterlo quando ho lezione di musica". "Ah! Questo spiega tutto" disse il Cappellaio. "Non gli va di essere battuto. Se invece ti fossi mantenuta in buoni rapporti con lui, lui farebbe fare al tuo orologio tutto quello che vuoi tu".*

*Per esempio, metti che siano le nove di mattina, l'ora di cominciare le lezioni: basta che gli sussurri una parolina, al tempo. ed ecco che le ore volano via in un battibaleno! L'una e mezza, ora di pranzo!..*

*"Certo sarebbe magnifico " disse Alice soprappensiero - però. mi sa che non avrei ancora fame." "Dapprincipio no. forse" disse il Cappellaio "ma puoi tenerlo fermo all'una e mezzo finché vuoi". "E tu fai così?" chiese Alice.*

*Il Cappellaio scosse il capo dolorosamente. "No". rispose "abbiamo litigato lo scorso marzo...e da allora...non vuol fare più nulla di quello che gli chiedo! Ora sono sempre le sei"..."*

Maria è una ragazza molto giovane, ha 24 anni quando entra in comunità per la prima volta. Ha una dipendenza da eroina, prevalentemente fumata, che inizia a consumare dall'età di 15 anni. Riesce a terminare il Liceo, ha buone risorse cognitive, ma questo non la tutela abbastanza. La sua condotta è davvero a rischio e i suoi genitori sono molto preoccupati per la sua incolumità.

Dopo la presa in carico ed un percorso al SerT orientato ad acquisire una maggiore consapevolezza dei suoi problemi, accetta di entrare in comunità nel 2008. La sua famiglia è collaborativa e partecipa ai colloqui familiari con la psicologa del SerT che la segue. Il suo percorso in comunità si interrompe dopo pochi mesi perché Maria vuole mettersi alla prova; la famiglia l'appoggia: anche loro pensano che la comunità in fin dei conti è "per i tossici", ma non per Maria.

Se è vero che i pionieri della terapia familiare hanno sempre sostenuto che *"dietro ogni figlio disturbato c'è sempre un matrimonio disturbato (anche se non tutti i matrimoni disturbati producono figli disturbati)"*<sup>35</sup>, è vero anche che ad attribuire i problemi dei figli, specie adolescenti o prossimi allo svincolo, esclusivamente alle dinamiche familiari si commette un errore di ingenuità clinica. Il problema principale è, dunque, non tanto quello di "curare" o "riparare" le aree disfunzionali del sistema familiare ma riattivare le sue risorse di modo che il sistema stesso si riappropri del proprio tempo evolutivo e favorisca la crescita e il benessere dei suoi componenti.

Spesso le famiglie però mostrano molte resistenze al cambiamento, nonostante l'incredibile sofferenza che colpisce i componenti stessi. Tale rigidità evidenzia il prevalere di tendenze omeostatiche nel sistema familiare. Quando la tossicodipendenza è una calda coperta sotto cui nascondersi, non tutti sono realmente disposti a mettersi in gioco e scoprirsi. Però, se la famiglia non accompagna il paziente nel cambiamento, aiutandolo a "scoprire" un nuovo modo di essere ed essere-con, le problematiche tendono a ripresentarsi con inesorabili ricadute. La famiglia di Maria non è ancora pronta ad accettare la sua identità tossicomana: *"La comunità è per tossici, non per Maria"*. Pertanto i suoi genitori vivono questa situazione pensando che qualche mese in comunità possa essere una lezione sufficiente. Inoltre il diniego dei problemi di Maria, aiuta la famiglia a non mettere in discussione tutte le altre difficoltà.

La madre di Maria riesce a trovarle un lavoro, ma poco dopo tutto inizia ad andare a rotoli: Maria perde il lavoro ed è sempre più invischiata in un mondo clandestino ed illegale, sporco, che contrappone ad una famiglia d'origine, pulita, borghese e "per bene". Chiede nuovamente di rientrare nella stessa comunità dopo un anno. La comunità non è cambiata molto ma è la paziente che è in una condizione diversa, una *predisposizione* motivazionale differente.

I tempi del cambiamento individuale, nei paziente, non sempre scorrono paralleli con i tempi terapeutici dei percorsi proposti. Gli operatori coinvolti, spesso, contribuiscono ad un processo di sincro/sintonia di queste due dimensioni temporali al fine di rafforzare la compliance terapeutica. L'incapacità di favorire questa sincronizzazione porta ad una forzatura che può andare in due diverse direzioni: o quella di pretendere dal paziente troppo e troppo presto

<sup>35</sup> Framo, J. (1965) "Programma e tecniche della psicoterapia familiare intensiva". Tr. it. In: Boszormenyi - Nagy, I, e Framo J. (a cura di) *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Boringhieri, Torino, 1969.

oppure quella di non riconoscergli che è pronto ad un cambiamento e lasciarlo in una condizione di passivo stallo.

*Intervistatore: Per quale motivo hai scelto di entrare in ct?*

*Maria: “Perché mi sono resa conto di aver toccato il fondo, che non riuscivo più a guardarmi allo specchio, non vivevo più... non dico che non c'erano altre soluzioni... ne avevo già sperimentate, avevo fatto per 5 mesi un altro programma prima di rientrare e quindi ho avuto la fortuna che mi riprendessero nello stesso posto che conoscevo; per cui quella era una spinta in più per entrare perché se avessi dovuto ricominciare d'accapo da un'altra parte, boh... non lo so; e poi... mhh... ti posso dire il motivo per cui non sono entrata in comunità: avendo fatto due percorsi, uno di 5 mesi e uno di 17 mesi, nel primo ci ero andata perché lo volevano i miei genitori, la famiglia... la società, diciamo...”*

Un altro importante parametro è l'orientamento motivazionale iniziale. Nell'intervista emerge un tema classico: la differenza tra motivazione intrinseca ed estrinseca. Gli operatori dei SerT della provincia di Ferrara, nell'ipotesi di un invio in comunità, cercano di favorire nei pazienti una maggiore consapevolezza dei problemi e dei rischi legati alla dipendenza da sostanze e di rendere più chiara ed esplicita la richiesta d'aiuto.

Non sempre, infatti, la motivazione ad entrare in comunità nasce da un bisogno espresso dal paziente; spesso ci si trova ad intervenire proponendo l'invio in una comunità, al fine di contenere una situazione di emergenza (psichica, medica o sociale) e per allontanare il paziente da un contesto a rischio. In questo caso la motivazione può essere di natura estrinseca, strumentale e la compliance terapeutica con le strutture è più debole, soprattutto dopo un periodo di iniziale adattamento.

In altri casi, invece, ci si allea con il partner convivente o con la famiglia d'origine del paziente (soprattutto se giovani-adulti) per spingerlo all'ingresso in comunità e strutturare un percorso terapeutico residenziale. Spesso questi pazienti vivono i percorsi come uno strumento di ricatto e, anche in questi casi, la compliance può essere molto superficiale e bassa, soprattutto all'inizio del percorso residenziale.

In queste situazioni, un primo obiettivo, assieme a quello dell'adattamento al contesto comunitario, è quello di rinforzare la motivazione al cambiamento e le risorse dell'utente.

*Intervistatore (parlando del primo tentativo di percorso comunitario fallito): Quindi era un percorso più fatto per gli altri...*

*Maria: Sì esattamente. Poi, uscendo, sono passati sette mesi, uno o due e sono ricaduta, poi sono passati 5 mesi ed è andata molto più a scatafascio che prima... tra l'altro è stato molto più veloce e là ho capito io che dovevo entrare; quindi la seconda volta, di entrata, è direttamente collegata alla prima, concatenate. La prima esperienza mi è servita per la seconda.*

*Stai parlando di motivazione? La prima era un po' più esterna...*

*No, proprio esterna!*

*E la seconda, essendo ricaduta è stata una motivazione più interna?*

*Absolutamente, è stata proprio l'ultima spiaggia... o era il suicidio o era l'alzarsi. Quindi tra le due... non so come di preciso... ma ho scelto l'altra, per cui sono entrata in comunità.*

Il “Tempo” invece è una dimensione “a-logica” nei pazienti con dipendenza da sostanze psicotrope: questo concetto è un paradosso che fonde insieme il tempo perso del passato con quello desiderato del futuro, nella dimensione impotente ed edonistica del presente. Pertanto spesso il paziente vive la dimensione temporale cercando di godere del futuro, facendolo avvicinare il più possibile e non tollerando la frustrante attesa, evitando di pensare al passato, carico di sofferenza e dolore, rifiutando di mettere in discussione il presente per modificarlo; perciò i pazienti faticano nel cambiare e ridefinire i propri obiettivi e trovare valori differenti, in quanto ogni cambiamento rappresenta comunque una perdita e ad ogni perdita si associa una frustrazione e un pericolo; tutto questo si traduce in una situazione di pericoloso stallo evolutivo. Quindi, a volte, è difficile proporre dei tempi che definiscano la durata di un programma e spesso i pazienti vivono questo argomento con ambivalenza e conflittualità.



*Intervistatore: Sapevi per quanto tempo ci saresti stata lì (In comunità)?*

*Maria: Sì, ma era un tempo un po' particolare... a me era stato detto che avrei fatto un anno, più il reinserimento, così come ho fatto; ma in realtà, arrivata a fine anno o un po' prima.. a nove mesi ehm... ho avuto tipo un crollo e si parlava di allungare il percorso, eccetera eccetera... e, come si dice, si inizia a fare la comunità quando si smette di pensare a quando uscirai, per cui all'inizio anch'io... tutti pensano alla data di uscita... e da lì a poco ho finito il programma, ho iniziato il reinserimento e sono uscita*

*È stato un tempo troppo lungo... troppo corto?*

*Boh! Non lo so... è personale, per dire... io fino a nove mesi non avevo fatto niente per cui se ne avessi fatti tre non mi sarebbero serviti a niente; d'altro canto se fossi rimasta lì tre anni sarebbe stato troppo; per quello che ho fatto io è andata bene, anche con questa cosa del reinserimento: dentro/fuori dentro/fuori è stata una cosa abbastanza giusta...*

È invece differente l'esperienza di altri pazienti. Luca entra in una comunità con una situazione di emergenza; il suo tempo evolutivo, la sua compliance e la motivazione sono racchiuse in questo breve stralcio di intervista.

*Intervistatore: Come si è concluso il suo percorso, si è interrotto?*

*Luca: Interrotto?... io mi sono dato un tempo e ho deciso, prima, di entrare... ultimamente ho problemi di alcolismo, non più legati alle sostanze... non dico di averli risolti ogni tanto scivolo... non sono un angelo, però non da perdermici.*

*Attualmente il rapporto con le sostanze com'è?*

*Sono a posto*

*È astinente oppure no?*

*È legato al contesto in cui sono, al disordine della mia vita personale. Ora sono con una persona a cui voglio bene e che non gli fa piacere che io faccia l'imbecille e mi trattengo. Però io col bere vado a secchi, dopo che sia il bere, il fumare o altro uno si deve stordire, bevo per sballarmi, non cambia niente.*

*perché era entrato al xxxxx?*

*Senza altro c'era un abuso di alcol legato anche alla vita quotidiana; sei senza lavoro, sei in giro tutto il giorno, ti infili in situazioni strane; l'ultima volta che sono entrato al xxxxx ero in una situazione intrigata, mi ero messo con una persona disturbata, bevevo tutto il giorno, le alzavo le mani sopra, mi ero lasciato andare fisicamente, dormivo sulle panchine. Si cercava una opportunità residenziale che mi tirasse fuori dalla strada e mi riprendessi fisicamente... mi dava da mangiare e da dormire... nel contesto riuscivo a fare qualcosa...*

Simone è un ragazzo di appena 18 anni, ma con una forte compulsione per le sostanze ed una dipendenza da eroina. Vive con i nonni ma il suo coinvolgimento con le sostanze lo pone in circostanze molto critiche.

*Intervistatore: Perché hai scelto di entrare in comunità?*

*Simone: Sono stato obbligato dai miei, praticamente*

*Dai tuoi nonni? Cosa ti hanno detto ?*

*O entri in comunità o non ti teniamo più in casa...*

*La situazione quindi era brutta? Perché non ce la facevano più?*

*A vedermi con tutti i buchi sulle braccia... non ce la facevano più*

*Erano spaventati?*

*Sì*

*Ti hanno detto "entri in comunità" e tu hai accettato?*

*Ho dovuto accettare*

*l'hai vissuto come un obbligo?*

*E sì!*

*Chi ha scelto la comunità?*

*Il mio dottore, xxxxxxx*

*Quindi ti ha proposto una comunità... e come ha funzionato, cosa ti ha detto?*

*Tu entri in comunità e ci stai un periodo, poi dopo da lì vai a xxxxxxx (un'altra comunità)... solo che ci sono stato meno del previsto a xxxxx, perché sono scappato e sono tornati con della cocaina e una siringa...*

Il cambiamento è un incastro che si adatta a diverse circostanze; esso è un processo stocastico<sup>36</sup>: le differenti esperienze sedimentano portando ad un momento trasformativo causale in cui la logica del tempo terapeutico non è prevedibile. Maria infatti ha tentato un percorso un anno prima, ma non era pronta, la sentiva una scelta esterna. Tuttavia il primo ingresso non è una esperienza isolata e avulsa ma va inserita lungo quel continuum; diventa un'esperienza strutturante che, pur rappresentando formalmente un fallimento terapeutico, si legherà al secondo tentativo, ridefinendo la percezione personale, con una maggiore consapevolezza del problema.

Neanche Luca è al primo ingresso in comunità. Per lui però l'esperienza ha un significato differente, come differenti sono le sue risorse. Nel percorso di Simone invece la sostanza ha ancora troppa centralità, tanto da depotenziare molto il sistema terapeutico.

I percorsi residenziali o semi-residenziali in comunità, le borse lavoro, i percorsi strutturati al Ser.T. rappresentano piccole parti di un continuum, di un processo articolato e complesso che non si esaurisce mai nelle parentesi di una singola azione.

### 5.3 LA CO-RESPONSABILITÀ DELLE SCELTE

*Alice: Volevo soltanto chiederle che strada devo prendere!*

*Stregatto: Be', tutto dipende da dove vuoi andare!*

*Alice: Non mi importa molto dove*

*Stregatto: Allora non importa quale strada prendi*

Condividere le scelte terapeutiche dà la possibilità di costruire con il paziente un'aderenza maggiore ai progetti terapeutici. Tra l'altro è difficile che la definizione di un percorso possa prescindere dal paziente interessato. La realtà è di per sé co-costruita<sup>37</sup> e pertanto implica un ruolo attivo degli attori coinvolti. Non è fondamentale che il paziente dichiari le sue scelte, ma è importante che esso partecipi nel modo più attivo possibile alla costruzione del progetto ad essa associato. Anche in questa fase, coinvolgimento del paziente e interesse mostrato possono essere parametri utili a comprenderne motivazione e compliance.

*Intervistatore: Chi ha scelto la comunità?*

*Maria: È stata una scelta semplicissima: qui in regione c'era la possibilità di scegliere solo tra due comunità: la Comunità x o la Comunità y, perché il Ser.T. pagava soltanto in provincia e c'erano quelle due e, non volendo andare in un istituto religioso, la scelta è stata ovvia.*

*Tu c'eri già stata in quella comunità... la seconda volta com'è avvenuta la scelta?*

*Beh, la motivazione è uguale perché comunque il Ser.T. avrebbe pagato soltanto in provincia e mi ritrovavo a fare la stessa scelta però sono stata felice di tornare nel posto in cui ero stata, a quel punto non ho scelto di andare nell'altra per non tornare qui, comunque conoscevo tutti.*

*Avresti potuto scegliere l'altra?*

*Io comunque avevo capito di aver fatto degli errori rispetto a degli operatori, a degli utenti e rispetto a me e quindi diciamo che bene o male non avevo una grossa coda di paglia per dire "no, non torno" perché loro sono persone che sono abituate a vedere utenti che escono e tornano e quindi non giudicano... e mi sono sentita tranquilla a tornare.*

*La scelta di quella comunità era legata a qualche altra motivazione?*

*Al fatto che facessero qualcosa in particolare? No. È stato anche un suggerimento della mia psicologa del Ser.T. in realtà, perché... anzi, all'inizio mi aveva proposto anche san Patrignano, però... anzi all'inizio mi disse che era anche più adatta a me, però poi comunque mi disse che la Comunità x era una buona comunità, che aveva buoni rapporti, e che secondo lei siccome si lavora molto, ed io era molto pigra, anche pigra mentalmente... si dice: "imbornita", ... ehm, diceva che sarebbe stata molto buona e io mi sono fidata anche abbastanza cecamente di lei per cui...*

Il paziente diventa così consulente esperto e necessariamente parte integrante dell'équipe di

<sup>36</sup> Bateson, G. (1984) *Mente e natura, un'unità necessaria*, Milano, Adelphi

<sup>37</sup> Maturana H., Varela F. (1985) *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia.

lavoro. È importante infatti definire degli obiettivi semplici, chiari e lineari al momento del suo ingresso. Gli obiettivi devono essere condivisi.

Abbandonare un rigido modello medico in cui "io sono il professionista che ha la terapia per te e tu sei il paziente... ora apri la bocca!", mette il paziente stesso nelle condizioni di superare un meccanismo di delega, assumersi una quota di responsabilità e recuperare un po' di autostima ed un ruolo attivo. Per l'operatore invece, uscire da un modello salvifico e terribilmente pesante può ridurre il rischio di burn out, in quanto i fallimenti non ricadono sul singolo ma sul sistema terapeutico, dove le responsabilità sono condivise e le risorse sono maggiori. Quando la motivazione al cambiamento è bassa, la compliance ne risente e i pazienti sono meno disposti a farsi carico di scelte ed obiettivi, anche se formalmente condivisi. All'interno della comunità, poi, gli obiettivi si ampliano e diversificano, in modo proporzionale al lavoro terapeutico sul paziente e alle risorse di quest'ultimo.

*Intervistatore: Quindi c'erano già degli obiettivi che tu avevi concordato con...*

*Maria: Sì, che mi erano stati proposti e che avevo accettato*

*Quali erano gli obiettivi?*

*Che si sarebbe lavorato tantissimo*

*Quindi sulla pigrizia?*

*Sulla impostazione mentale della giornata: io non mi svegliavo mai e lì ci si svegliava alle 6.00, se non prima a volte.. si lavorava tutto il giorno, si lavorava anche dopo cena a volte... anzi spesso e volentieri, mmh... c'era poi questo fatto della meditazione che a me non convinceva all'inizio, certo poi tra la chiesa e la meditazione scelgo la meditazione... e infatti all'inizio non la volevo fare; poi ho avuto dei validi supporti umani anche da quel punto di vista e quindi mi è piaciuto molto anche quello... Quindi, gli obiettivi: rimettere in moto le attività mentali e fisiche che avevo perso rovinosamente e fare tipo una sorta di palestra per poi un futuro...*

*Acquisire delle regole e degli orari?*

*Sì, esatto, anche, acquisire delle regole e poi dipende... ci sono degli obiettivi che mi sono stati dati nel tempo piuttosto che troppo presto, nel senso che la psicologa che avevo al Ser.T., mi conosceva... altrimenti quelli che sarebbero divenuti i miei operatori e lo psicologo non è che mi conoscessero e mi potessero aiutare... e alcuni poi me li sono data da sola nel corso del percorso*

*Quindi all'inizio c'era una direzione piuttosto larga e poi...*

*Poi si è stretta e ramificata!*

Tornando all'intervista di Luca, invece, siamo di fronte ad un uomo di 48 anni, che è in una fase diversa da quella dello svincolo dalla famiglia d'origine e con un rapporto con le sostanze ancor più articolato. In genere, il lavoro terapeutico con la famiglia d'origine andrebbe in parallelo con i percorsi individuali di pazienti giovani-adulti, perché è evidente che la famiglia è bloccata in una fase delicata del suo ciclo vitale: quella dello svincolo<sup>38</sup>. Essa è, pertanto, ancora, risorsa o limite. Con pazienti adulti invece il lavoro in parallelo può essere fatto con il nucleo attuale e con il contesto sociale di riferimento.

Spesso è necessario contenere e lavorare sulle problematiche esterne perché possono portare ad una ricaduta e ad un peggioramento dei sintomi.

*Intervistatore: Chi l'ha scelta la comunità?*

*Luca: Si va al Ser.T., loro ti propongono un progetto residenziale, per il distacco dal contesto. Uno da la propria disponibilità e poi in base a ciò che si trova... non è che decidi come quando vai in ferie, "vado in Grecia o vado..." uno dice "io ho bisogno di andare via". Loro valutano la motivazione della persona e se ne vale la pena, puntare su un cavallo perdente o no, in base ai parametri.*

*Lei si considera un cavallo perdente?*

*Bella domanda... forse mi considero un perdente... oppure ho paura di vincere, può essere anche... io ritengo di avere tante opportunità e non le sfrutto; non riesco a gustarmi le cose belle e preferisco stordirmi. Ho difficoltà con la gente, mi piace stare per i cazzi miei, chiuso... quando bevo sono da solo... e poi penso, viaggio, non mi piace neanche farmi vedere.*

*La comunità è stata scelta dal ser...*

*Sì, poi c'era in alternativa la comunità x, ma la comunità y è stato scelto perché l'équipe ha pensato che la persona che la gestisce è uno che ha degli argomenti e poi è un contesto lavorativo adatto a me.*

<sup>38</sup> Scabini E., Cigoli V. (2000), *Il familiare*, Raffaello Cortina, Milano.

*Secondo lei è stata una buona scelta?*

*Sì, mi sono trovato bene*

*Al momento del suo ingresso, è stato concordato un tempo, una durata, e degli obiettivi?*

*È stato fatto così: al Ser.T. mi hanno detto: “Un breve periodo” e io pensavo a tre mesi come al Cod, per staccare e rimettermi informa. Poi quando sono andato la mi hanno detto “non è che decidi tu come vuoi”. Intanto c’è un periodo di osservazione per conoscere una persona, per cui tre mesi non ti riprendi fisicamente e poi, ” una volta che ti abbiamo conosciuto bene cominciamo a fare un discorso per capire chi sei...” per cui c’era una fase di osservazione e poi lì era più sviluppata sul lavoro, tipo San Patrignano o Saman, e meno terapeutica (con gruppi, colloqui). E poi, ogni tanto, il responsabile, lo psicologo, ti chiamava e facevi due chiacchiere, una brava persona, in gamba. Non sapevo i tempi. Mi sono dato tre mesi io e poi sono venuto via io.*

*Quali obiettivi erano stati concordati*

*Io dovevo staccarmi e non frequentare quella donna lì, con cui sono tutt’ora. Io sarei dovuto restarci otto mesi, ma non ne volevo sapere, sono entrato contro voglia. Volevo solo, ingrassare, mettere a posto il fegato e mi bastava.*

*Gli obiettivi del Ser.T. erano diversi dai suoi?*

*No... in qualche modo sono stati raggiunti perché mi hanno dato la possibilità di staccare... sono riuscito a staccarmi da questa donna, purtroppo ultimamente ci sono tornato... alla fine se fossi rimasto lì due anni sarebbe stato lo stesso, sarei tornato a bere. E poi ho 48 anni e non ne voglio più sapere, me ne sono fatto abbastanza di comunità, devo affrontare il problema sul territorio.*

*Quali erano le aspettative relative alla comunità?*

*Niente, erano quelle. Mi sono dato una bella ripulita, mi sono staccato da alcol e compagna. Io da quando sono entrato gli ho detto: entro il 21 di ottobre ed esco il 21 di gennaio, basta.*

Quando Luca interrompe il suo percorso comunitario, torna a vivere con la sua compagna. La donna, paziente psichiatrica seguita dai servizi territoriali, carica Luca di tensione e malessere quotidianamente; questo, insieme ad altri aspetti, ha contribuito a mantenere attivo l’abuso di alcol.

La fase di progettazione dei percorsi residenziali deve prevedere il coinvolgimento di diversi attori: Famiglia o contesto sociale di riferimento, paziente, operatori del Ser.T. e della comunità. È un’azione sistemica. Tutti questi elementi diventano necessari e preziosi per la valutazione delle risorse, dei rischi e per il trattamento.

## **5.4 LA FASE RESIDENZIALE DEL PROCESSO TERAPEUTICO**

*«Ma io non voglio andare fra i matti», osservò Alice.*

*«Be’, non hai altra scelta», disse il Gatto*

*«Qui siamo tutti matti. Io sono matto. Tu sei matta.»*

*«Come lo sai che sono matta?» disse Alice.*

*«Per forza,» disse il Gatto: «altrimenti non saresti venuta qui.»*

Alla fase di progettazione segue l’inserimento in comunità ed il percorso residenziale. Agli operatori sinora protagonisti non si sostituiscono nuove figure ma vi si affiancano. In passato l’ingresso in comunità rappresentava una delega alla comunità stessa delle sorti dell’utente; la comunità colludeva con questo meccanismo con l’idea di effettuare dei percorsi terapeutici, in modo autoreferenziale.

In realtà i percorsi residenziali sono inseriti in un continuum terapeutico, in cui il Ser.T., co-responsabile del progetto, deve integrarsi con la comunità e continuare ad essere significativamente presente per il paziente.

L’integrazione tra équipe-Ser.T. ed équipe-Comunità è fondamentale e strutturante. La frammentata e discontinua esperienza psichica dei pazienti passa da stati mentali di consapevole lucidità ad altri di alterata coscienza dovuta agli effetti acuti dell’intossicazione da sostanze e si accompagna spesso a meccanismi difensivi primitivi, come la scissione e la proiezione; tale funzionamento patologico va affrontato anche attraverso un sistema curante

coeso e coerente, unito, in grado di fornire una esperienza contenitiva al paziente stesso<sup>39</sup>. Una scissione del sistema riprodurrebbe in modo collusivo ed isomorfo il funzionamento frammentato del paziente.

Si pensi agli agiti messi in atto a volte da alcuni operatori: mancate comunicazioni di permessi a casa, scelte ed obiettivi del Ser.T. non pienamente condivisi con le comunità, ecc. Tutto ciò, oltre ad esporre gli operatori al rischio di essere triangolati e strumentalizzati, può confondere i pazienti, interferire con la compliance stessa o produrre rotture del contratto terapeutico.

I singoli educatori svolgono una funzione-io, una funzione "vicariante" simile a quella descritta da Winnicott nel rapporto tra madre e bambino<sup>40</sup>, in grado di essere un sostegno alla fragilità dell'io del paziente nelle sue quotidiane interazioni e mediare con regole, bisogni e relazioni; il sistema curante invece ha una funzione più delicata, una funzione alfa, come direbbe Bion<sup>41</sup>. Una funzione in grado di integrare, metabolizzare e guidare l'esperienza psichica del paziente, trasformando i contenuti inconsci e scissi in materiale consapevole integrato, riducendo così il rischio di acting-out. Pertanto se il sistema curante è coeso, l'esperienza diventa coerente strutturante. Se il sistema è scisso, l'esperienza sarà caotica e non sosterrà il paziente nel cambiamento.

I momenti critici sono quelli che rendono visibili risorse e i limiti del sistema.

Secondo Stern<sup>42</sup> *"il processo di avanzamento può portare a cambiamenti terapeutici improvvisi e radicali attraverso momenti ora e momenti incontro"*, eventi inattesi che creano scompiglio e necessitano di un intervento e che possono dare l'opportunità per creare *"un viaggio affettivo condiviso"*. Allo stesso tempo il processo di avanzamento terapeutico *"può produrre occasioni mancate, il fallimento e la perdita di opportunità di cambiamento con conseguenze terapeutiche negative."* I momenti trasformativi accompagnano i cambiamenti relazionali impliciti tra il paziente e gli operatori; questi cambiamenti nella qualità della relazione permettono e favoriscono il raggiungimento degli obiettivi desiderati.

Gli episodi critici sono "momenti ora" (litigi, crisi di pianto, momenti di gioia) che gli operatori possono utilizzare cogliendo la soggettività dei pazienti (empatizzando e condividendo gli affetti in gioco) e sostanziandone la relazione e la fiducia.

*Intervistatore: Quali difficoltà hai incontrato nel corso del percorso comunitario?*

*Maria: Personali, di che tipo? In generale?*

*Tutto*

*Lo scontro più grande è stato con me stessa... poi, in tutto, dall'alzarmi la mattina a lavorare, trovarmi in una stalla con le mucche... a fare meditazione... a mettersi in gioco! Ma non come fanno quelli del grande fratello, la questione è un po' più seria e ne va di mezzo la tua vita... è sempre una scommessa, quindi, sono un po'...*

*Di fronte a queste difficoltà, quale era la tua reazione abituale?*

*All'inizio negare totalmente, poi sono passata allo "scappare" (ne senso prima dicevo "no no no" poi dicevo "si va bene, ma adesso, poi lo farò, lo farò") e poi non so cosa sia successo: ho avuto un cambio repentino, mi sono messa davanti a tutti i miei problemi e ho cominciato a superarli. Io avevo un problema: mentivo sempre, facevo tanti sgami (si chiamano così le cose che non puoi fare in comunità)*

*Trasgredivi molto?*

*Sì, anche nelle piccole cose... e poi ho cominciato a rivedermi negli altri e mi sono detta "che schifo!" e allora ho cominciato... ho detto "da ora in poi basta non lo faccio più", però non ci sono riuscita... ho perso miseramente, però poi ci ho riprovato e da allora ci sono riuscita.*

*Questi tentativi di risoluzione li hai fatti da sola o hai utilizzato degli strumenti, parlare con qualcuno... degli strumenti della comunità?*

*Beh, certo! Anche perché... beh con gli psicologi, con lo psicologo, con l'operatrice... non è che te ne rendi conto da solo dei tuoi errori... a volte sei convinta di fare la cosa giusta, mentre loro ti mettono davanti la realtà, quindi...te ne rendi conto. Oppure, certe cose da sola non le puoi capire. Io ho avuto un problema grandissimo*

<sup>39</sup> Liotti G. (2005), *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci, Roma.

<sup>40</sup> Winnicott D.W. (1970) "L'integrazione dell'io nello sviluppo del bambino", in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando, pp.67-95.

<sup>41</sup> Bion W. R. (1972), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma.

<sup>42</sup> Daniel N. Stern, "Il momento presente", 2005, Raffaello Cortina Editore, Milano

quando mi avevano messo nel settore stalla con gli animali e allora lì, per esempio ero terrorizzata e lì il mio psicologo mi ha aiutata e riuscito... sono diventata amica di una mucca!

*Su queste difficoltà potevi avere un confronto con gli operatori del Ser.t. che avevano curato il tuo ingresso, o non ci potevi parlare?*

Si certo, anzi, mi venivano a trovare bi-trimestralmente...

*Ci sono stati dei momenti critici?*

Bah...

*Hai fatto anche un trasferimento di un mese?*

SI! Ma non ho mai detto: me ne vado via, forse una volta, ma... ci sono stati tanti problemi... avevo dei problemi a rapportarmi con l'altro sesso, avevo tantissimi sensi di colpa verso la mia famiglia, il mio ex ragazzo, dei miei amici, di mia nonna, quindi di difficoltà certo! Altrimenti non le avrei potuto superare.

*Cosa è successo quando sei stata trasferita?*

Non mi è stato utile, il trasferimento, da un punto di vista psicologico, ho avuto 3-4 incontri con lo psicologo nell'altra comunità, non è stato un gran lavoro. Ho avuto la possibilità di vedere la vita in un'altra comunità che non avevo mai vista e quindi far dei paragoni... mi serviva perché mi dovevo allontanare da un ragazzo con cui avevo una storia lì, che non si poteva, anche se però non era tanto per quello che mi hanno mandata lì, lui sarebbe andato via comunque in un'altra comunità ... non so di preciso perché però un allontanamento ti permette di osservare le cose lontano dal posto in cui stai per cui lo riesci a realizzare meglio.

*Tu l'hai vissuta come una cosa concordata? Il tuo Ser.T. era d'accordo, ne hai parlato?*

Era il mio Ser.T. a volermi mandare... l'ha chiesto proprio il mio Ser.T. che io fossi mandata un mese a Ravenna... c'era interazione tra comunità e Ser.T.

*Cosa ha influito positivamente o negativamente su questi episodi critici? O quali tuoi aspetti hanno influito?*  
Per quanto riguarda me, la determinazione che avevo preso nel fare il programma, di non mollare, sostanzialmente. Poi per il resto non lo so.

*Dentro di te è avvenuto qualche cambiamento durante il percorso comunitario?*

Certo

*Quali aspetti di te sono cambiati e grazie a cosa sono cambiati*

Quando trovo una difficoltà ora mi ci butto a capofitto invece prima scappavo... tendo a non mentire mai a meno che non sia indispensabile... non ho segreti con nessuno e ciò mi rende l'anima in pace, anche con i miei cha hanno cominciato ad accettarmi e ho preso 20 chili grazie al mangiare... a Ravenna solo 10 kg...

*Il tuo rapporto con gli uomini?*

È cambiato da così a così ehm... intanto ho acquisito una certa consapevolezza di me... mi comportavo in un certo modo e provocavo... e poi raggiunto l'obiettivo mi stufavo. Ho smesso di farlo, anche se da un lato questa cosa mi ha portato fuori ad essere più terrorizzata, a fare l'esatto contrario: non rivolgere più neanche la parola! No dai... non proprio così... ovvio che ci parlo e non solo! Sono uscita dalla comunità con una storia con un ragazzo da cui mi sono lasciata dopo un po' da allora non mi sono più rifidanzata...

*Prima non riuscivi a star da sola?*

Sì, e ora faccio fatica a stare con qualcuno

*C'è qualche strumento in particolare che ha portato a questi cambiamenti?*

La meditazione, mi è servita tanto tanto tanto; ovviamente tutto il programma: i colloqui con lo psicologo, l'aiuto degli operatori, tanto tanto anche l'aiuto degli altri utenti anziani;

*È cambiato anche il rapporto con la tua famiglia?*

Sì, è cambiato... si è evoluto: sono passata dall'essere solo figlia ad essere una persona: nel senso che anche loro sono venuti ai colloqui e hanno fatto anche un programma a parte, mia madre e mio padre, non mio fratello... mio fratello c'era in quelli di tutta la famiglia, ma i miei ne facevano uno a parte anche a casa... e quindi siamo cresciuti tutti e nella stessa direzione. Quelli sono stati i momenti difficili: belli e brutti.

*Questo percorso con la tua famiglia con chi lo hai fatto?*

.Con tutti: comunità, Ser.T. famiglia e io. Facevamo dei colloqui con lo psicologo della comunità insieme alla psicologa del Ser.T.

Le criticità rappresentano i momenti in cui il sistema terapeutico viene maggiormente sollecitato e le sorti dei momenti critici sono determinanti per il proseguo del percorso e la qualità di esso.

Maria ha concluso con successo la parte residenziale del percorso terapeutico. Al suo interno sono riconoscibili diversi strumenti, che possiamo considerare come trasversali a diversi approcci terapeutici:

- Integrazione Comunità-SerT
- Lavoro trasversale con la famiglia del paziente o con il contesto relazionale di riferimento
- Accettazione di regole e ruoli: è strutturante e funzionale alla capacità di adattamento, a sviluppare strategie di coping adattive e aumentare la capacità di tollerare la frustrazione
- Ritualità e routine comunitaria: funzionale a strutturare un senso appartenenza ad essa
- La relazione con gli operatori.

La relazione con gli educatori è una dimensione fondamentale. Occorre sottolinearne il ruolo terapeutico, spesso in secondo piano rispetto ad altre figure professionali. La relazione è uno strumento terapeutico in grado di ristrutturare e correggere modelli relazionali interni (Bowlby<sup>43</sup> parla di modelli "operativi" interni; Liotti<sup>44</sup> invece di modelli "di sé-con-l'altro") patologici. Al pari dello psicologo, l'educatore ha una responsabilità vitale: saper cogliere i "momenti ora", definiti da Stern come momenti speciali, critici, in cui si condivide la soggettività dell'altro e la sua importanza, in cui l'altro si sente accolto e contenuto; questa è una competenza indispensabile.

Accanto gli strumenti trasversali, sono rintracciabili strumenti specifici, in funzione del tipo di comunità e dell'orientamento teorico e professionale degli operatori:

- Colloqui individuali;
- Gruppi di sostegno o terapeutici;
- Regole del contesto comunitario;
- Attività educative/terapeutiche.

I percorsi non devono essere perfetti ma strutturanti, in grado di permettere di costruire nuove possibilità. Una comunità perfetta ed un percorso perfetti non esistono: i pazienti dovrebbero essere *allenati* ad affrontare le avversità, sviluppando strategie di coping adattive, ma soprattutto ognuno deve imparare a tollerare le proprie idiosincrasie e non mirare alla perfezione.

*Come valuti il rapporto con gli operatori della struttura?*

*Maria: Ottimo*

*e con gli operatori del Ser.T durante il programma?*

*Dipende... perché noi abbiamo due Ser.T. divisi: uno medico ed uno psicologo*

*La sede psicosociale?*

*Si; quindi: ottimi con la sede psicosociale, pessimi con quella medica... La prima mi è sempre stata vicina, mi ha sempre seguito, prima, durante e dopo. Quello medico chi lo ha mai visto durante e dopo? Prima per forza, mi doveva dare il metadone, altrimenti non ci saremo mai più visti... quando io uscii dalla struttura e avevo bisogno di un certificato medico per la patente chiamai il mio medico dicendogli che avevo bisogno di un attestato perché ero uscita dalla comunità lui disse " ah.. perché? Sei uscita dalla comunità?" E poi sbagliò anche a scrivere il documento perché facendo il copia e incolla aveva preso il documento di un'altra persona... e anche prima non avevamo avuto ottimi rapporti... forse proprio perché sono divisi e non hai nessun tipo di appoggio dalla parte medica perché è puramente medica, non c'è una relazione! Ci sono dei colloqui ma sono veramente tristi! Poi non so se è questione di competenza... se è perché mi è capitato quel medico e non un altro... però il mio è stato veramente pessimo. Il fatto che il Ser.T. medico ti dia terapie sempre e comunque e anche se sei tu a chiederle, non solamente loro a dartele... perché nel mondo della droga tutti conoscono qualunque tipo di droga e anche compresi gli psicofarmaci e sanno di cosa parlano per cui tu puoi suggerire al tuo medico cosa darti e lui valuta se dartelo o meno... li suggerisci di alzarti il metadone e lui valuta se darlo o meno... poi nel mi caso io ho preso il metadone però se avevo bisogno mi si alzava tranquillamente, anche se ho sempre portato le urine positive... Invece dall'altra parte mi sono trovata benissimo... ho sempre avuto un supporto, un recapito, una determinazione, proprio da 0 a 10, due mondi diversissimi!*

*Un giudizio complessivo sul percorso in struttura: gli aspetti positivi e quelli negativi*

*Positivi: più di così cosa devo dire... sto qua, sto bene... quelli negativi: dipende, ma non sono dovuti a cose in particolare...quando sono andata via c'erano problemi di équipe perché alcuni operatori avevano lasciato e c'erano i nuovi e alcuni non avevano esperienza... per cui come in ogni lavoro è*

<sup>43</sup> Bowlby J. (1972), Attaccamento e perdita, vol. I, Boringhieri, Torino

<sup>44</sup> Liotti G. (2001). Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista. Milano, Raffaello Cortina Editore

*difficile integrarsi... poi il problema della struttura in sé: la comunità cadeva a pezzi: una tettoia con l'edera sopra quando ha nevicato è crollata... sono andata ieri in comunità ed è ancora così... per cui... freddissimo! Non credo di aver mai patito il freddo così in vita mia, perché il gas costa... ci sarebbe la possibilità di ingrandirlo ma non è possibile farlo... è un po' tutta a scatafascio e da un lato è colpa degli utenti che magari stando lì un anno, sei mesi, due giorni e non la sentono come casa loro e non la trattano come tale e poi chissà come trattano casa loro per cui... dall'altra è una questione economica di non poter fare interventi di questo tipo. Anche gli stessi mezzi di trasporto, crollano!*

## **5.5 COSA ACCADE QUANDO IN COMUNITÀ LE COSE NON FUNZIONANO?**

Francesca è una ragazza di 27 anni, ha una storia di dipendenza da eroina ma ha una buona compliance con gli operatori del suo Ser.T. Prima di entrare in comunità la psicologa ha lavorato molto con Francesca, cercando di renderla più consapevole della gravità dei suoi problemi e della necessità di un cambiamento; la comunità scelta ha fatto dei colloqui con la paziente prima di accettare il suo ingresso e la paziente ha condiviso la scelta della struttura, costruendo degli obiettivi chiari e dei tempi condivisi. Francesca è una ragazza bloccata, chiusa nella sua camera e sospesa tra la droga e la depressione; piange facilmente, di un pianto che parla di rabbia, come se fosse un vaso troppo pieno che trabocca appena sfiorato. Vive con la sua famiglia d'origine. Anche in questo caso sembra esserci uno stallo nella fase dello svincolo ed una difficoltà nel compiere il processo di individuazione. Francesca ha una sorella di 18 anni e la sua famiglia rappresenta una classica configurazione, da manuale<sup>45</sup>: Francesca è la figlia che ha problemi e sua sorella invece è la figlia che sta bene, quella più piccola che ha polarizzato su di sé le aspettative dei genitori. Suo padre è periferico, impegnato nel lavoro; la madre è invece più invischiata ma al contempo evitante; la coppia ha da anni sepolto l'ascia di una crisi coniugale mai risolta e Francesca tiene unita la sua famiglia con i suoi problemi. Purtroppo, dato che lo stile per affrontare le difficoltà nella famiglia è l'evitamento, e che i problemi di Francesca sono funzionali e quindi evitati, lei è condannata a non poterli mai risolvere completamente, sospesa nella droga, tra la vita e la morte, sospesa nella sua casa tra il sonno e la veglia. Pertanto con la famiglia si progetta un parallelo lavoro sulle loro dinamiche e per molti versi le condizioni di partenza assomigliano a quelle del caso di Maria. Il suo percorso però si interrompe dopo sette mesi di comunità. Analizziamo insieme i passaggi fondamentali della sua intervista.

*Intervistatore: Chi ha scelto di entrare in comunità?*

*Francesca: Io*

*E la comunità chi l'ha scelta?*

*Insieme. Loro mi hanno fatto alcune proposte, poi si è scelta in base alla lontananza da casa. Poi mi è stata data qualche informazione circa la gestione interna.*

*Perché è stata scelta quella?*

*Forse il discorso delle meditazioni, mi attirava di più.*

*Quali difficoltà hai incontrato nel percorso comunitario?*

*In ordine cronologico... avere delle giornate molto molto piene qualche problema me lo ha creato; ricordarlo ora me lo ricordo però come un momento di entusiasmo. Mi ricordo che ero stanca per la giornata pesante però ero entusiasta, convinta.*

*Erano difficoltà legate all'organizzazione della giornata?*

*Beh... di adattamento all'ambiente non ricordo di aver avuto particolarmente problemi, ne con gli altri ragazzi, ne con gli operatori. All'inizio non ero più abituata a giornate così intense. Ma era stanchezza fisica.*

*Queste difficoltà, le hai affrontate come, parlandone con gli operatori?*

*All'inizio, i primi due mesi, con i ragazzi della comunità che mi davano ritmo e mi sostenevano. C'era*

---

<sup>45</sup> Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (1996) La famiglia del tossicodipendente, Raffaello Cortina, Milano



entusiasmo, novità... Poi c'è stata una fase di avvilimento.

*Quindi i momenti critici?*

C'è stata una complicazione sentimentale che ha scombussolato il programma e non ero più centrata sul lavoro che dovevo fare su di me e forse è avvenuto per evadere dalla routine della comunità, non so bene il perché, ma mi sono avvicinata ad un ragazzo e mi ha scombussolato parecchio.

*Che tipo di problemi ha avuto?*

Sono cominciate le punizioni, che rendevano le giornate più pesanti e poi mi inducevano ad entrare in sfida invece che essere un modo per distrarmi.

*Questi problemi li hai affrontati chiedendo l'aiuto degli operatori della comunità?*

All'inizio c'era un rifiuto, c'erano queste punizioni e non sono stata sincera. È continuato tutto di nascosto. Poi ho iniziato a star male veramente e mi sono aperta con il mio operatore. Sono stata maluccio... (piange)

*Lo ricordi molto?*

Piango perché ricordo che sono stata molto male.

*In questa situazione ne hai parlato con il tuo operatore. Invece con gli operatori del Ser.T. ne hai parlato?*

Ma loro erano lontani, forse in un incontro con la psicologa ne ho parlato, l'apertura c'era solo con l'operatore di riferimento. Con gli altri era negato, fatto di nascosto, non poteva esistere e mi dicevano "Non si può!" era un divieto e basta. Mentre con la psicologa c'era un confronto più aperto, con gli altri c'era il divieto.

*Cosa avrebbe potuto influire positivamente su questa difficoltà, o cosa negativamente.*

Credo che niente avrebbe potuto influire positivamente. Sono quelle cose che solo il tempo... non so...

*Quando piangi provi più sofferenza o rabbia?*

Forse rabbia...

*C'è stato qualche altro momento critico?*

Subito dopo. Probabilmente questa situazione non era proprio risolta o lo era in parte per il fatto che il ragazzo è stato mandato via. La soluzione finale a questo problema è stata dividerci completamente.

*Ti sei sentita supportata in questa soluzione?*

È stata drastica ma probabilmente non so quali altre soluzioni potrebbero esserci. Mi sono sentita... non dico abbandonata, però dopo questa cosa il fatto che ci siano stati altri problemi... mi sono trovata senza operatore... il mio operatore di riferimento ha avuto un incidente e mi sono trovata un po' da sola e non riuscivo ad avere quel tipo di dialogo con gli altri. Da lì è iniziato il periodo di sfiducia.

*Cosa è successo?*

Ho perso fiducia, non trovavo più un appiglio.

*Non c'è stato nessuno con cui poter affrontare questa difficoltà?*

No, perché eravamo tanti, c'erano vari problemi, non sono riuscita a trovare uno spazio con nessun altro, a volte vedevo un interessamento in più e poi però qualcun altro mi passava davanti.

*Hai avuto la possibilità di chiedere aiuto agli operatori del Ser.T.?*

Avevo perso fiducia e non ci ho provato a trovare una soluzione, se non quella di arrangiarmi. Mi sono sentita abbandonata.

*C'è qualcosa di te che ha influito negativamente?*

Forse il non riuscire a prendermi i miei spazi. Non riuscire a dire con un po' più di grinta "dammi una mano, stammi vicina, ascoltami!"

*Questa è una tua difficoltà personale?*

Direi di sì.

-Pausa-

*Senti che questa esperienza ha cambiato qualcosa in te?*

Io l'esperienza me la porto dentro. Ma dire cosa mi abbia lasciato non lo so. Forse sono andata via con troppa amarezza, quindi non riesco a dire cosa mi abbia lasciato di buono

*Avresti voluto cambiare qualcosa di te?*

Imparare a tirare fuori più determinazione, grinta.

*Quali sono stati gli ostacoli?*

Non essere riuscita a trovare i miei spazi con gli operatori quando ne avevo bisogno, non ritenermi importante e tendere a mettermi da parte, sicuramente un obiettivo che non sono riuscito a raggiungere.

*Mi dai un giudizio complessivo sulla comunità? Quali sono gli aspetti positivi e quali quelli negativi?*

Io la cosa che so è che non giudico male la comunità. Io ho fiducia nel sistema. Purtroppo è stato un periodo sbagliato per me, nonostante tutti i problemi di gestione che ha avuto.

*Gli aspetti negativi?*

*Al momento non riesco... dall'interno tutto sembra stupido (i divieti, le regole ecc) poi invece tutte le cose, anche i lavori pesanti o stupidi, il rispetto delle regole, orari e punizioni, sia tutto "Formativo"  
**Si poteva fare qualcosa per migliorare l'offerta?**  
Non so, forse dire "Tu fallo e basta" ... non è facile farlo. Magari un maggiore confronto e spiegazione, avrebbe potuto aiutare.*

Francesca ricorda la sua esperienza con molto rammarico ma anche con oggettività: quello di cui parla è un fallimento relazionale, in parte dovuto agli operatori coinvolti, in parte alla paziente stessa. Il fallimento ha spinto Francesca a non investire sul percorso perché non si è sentita accolta, capita e in parte abbandonata. Le strutture con un alto turn-over degli operatori si collocano purtroppo ad un livello *border-line di funzionamento*, non riuscendo a garantire relazioni stabili e a contenere, di conseguenza, la sfera affettiva ed emotiva dei pazienti. Quando l'educatore, poi, cambia spesso perché sostituito, si viene a perdere uno strumento terapeutico importante del sistema, perché non è garantita una sufficiente continuità nella relazione con il paziente e l'operatore non può contribuire all'importante funzione di ristrutturazione dei modelli relazionali interni disfunzionali.

A ciò si aggiunge che un turn-over elevato espone i pazienti a scelte educative e strategiche altalenanti, dovute ad una fisiologica assenza di coesione e coerenza all'interno dell'équipe. Pertanto le équipe che hanno questi problemi possono avere difficoltà nello svolgere un ruolo integrante, quella *funzione alfa* descritta nel paragrafo precedente, che necessita al paziente per affrontare il proprio mondo interno caotico.

Ci sembra significativa, inoltre, la testimonianza di Marco, un uomo di 37 anni, che ricorda i momenti di difficoltà nella comunità con molta rabbia, in quanto hanno portato ad una interruzione del suo percorso:

*Marco: Cos'è successo? Che c'era una ragazza lì e io piacevo a questa ragazza e oltretutto lei era recidiva perché non era la prima volta che faceva dei casini nei confronti dei maschi però lei era in seconda fase, e mancava qualche mese e sarebbe dovuta andare in terza fase...*

**In reinserimento?**

*Si... quindi lei era verso la fine della 2° fase però nel suo percorso aveva già fatto di sti casini... caso strano sono stati sempre mandati via i maschietti, perché? Perché xxxxxx (l'educatore) per questa ragazza... non è che lo dico solo io, anche agli occhi di altre persone...lui ha sempre parato il culo a lei e mandato via gli altri. E lì a me mi sono girati un po' i coglioni perché mi sono sembrati un po' di parte... e io non ho mai mosso un dito per questa ragazza... tranne che lei si era organizzata con un'altra persona per uscire... hai capito? Questo stava per uscire e invece di rimanere lì... Il mio errore è stato che invece di avvisare lui per tutto questo casino... piuttosto che lasciare andare lei da sola, sarei uscito anch'io. Lui mi ha sempre detto che invece di dirglielo a lui io ho parato il culo a lei e così mi sono dovuto togliere dai coglioni e andare fino a Forlì dove non mi sono trovato bene perché l'età media era di 20-23 anni e io ero il più vecchio... tutti bambini... poi avevano un altro sistema di lavoro... probabilmente non ho mai accettato la scelta di mandarmi lì e mi sono sentito fregato io..*

**Quindi questo è stato il momento più critico in comunità?**

*Si... lì mi son girati proprio i coglioni è stata la prima volta che dopo 8 mesi ho detto: "Vaffanculo, butto all'aria tutto e vado fuori". Mi ero già fatto 4 mesi di Ponte, 4 mesi di xxxxx (la comunità di cui parla) e dopo una settimana dal casino a metà Luglio, il 25 mi hanno portato lì (cioè trasferito in un'altra comunità)... Che c'è una donna là che è responsabile... che per l'amor di Dio è bravissima, però io a parte che con lei, non mi sono trovato con nessuno!*

**E li ha interrotto?**

*Si. Ho tenuto botta un mese, due...*

**Accade questo episodio...Lei si era innamorato di questa utente?**

*No, era lei che mi tirava addosso... secondo loro... sono stato avvertito da loro, nei colloqui con x (un operatore) (quello che fa i colloqui, quello intellettuale...) e con y (un educatore); io mi ci sono sempre trovato bene e ad un certo punto lì mi è stato messo d'avanti questo: "Questa persona non ti parla perché..." in pratica lì in comunità facevi le pause e ti prendevi l'obiettivo di parlare con persone alla settimana e vedevo che questa persona qui mi evitava perennemente, faceva anche fatica a salutarmi. È impossibile in un posto del genere evitarsi, se hai un problema devi parlarne. Allora io facevo presente questa cosa qui agli operatori e mi viene detto che questa ragazza era in difficoltà con me perché io gli piacevo. Io la cosa l'ho sempre tenuta sotto controllo. Si era una bella ragazza ma se sono in comunità non era per fare delle cose... dei casini. Io con quella non ci ho fatto niente. È stata lei che ha fatto tutto! E non era la prima volta... io mi sono sentito fregato...*

**Non c'è stata nessuna trasgressione?**

Non l'ho neanche sfiorata. Il mio errore è stato che lei, quando si è messa d'accordo di uscire con quell'altro, io avrei dovuta raggiungerla fuori, io non l'avrei lasciata fuori. Loro però mi hanno fatto vivere un mese e mezzo... perché sapevo che le piacevo, però dovevo cercare di... dovevo andare a comando e a me questo casino mi ha confuso. Perché prima dovevo lasciarla stare, poi dopo due, tre settimane mi hanno detto "lei si stente più tranquilla, se vedi che viene a parlarti parlaci tranquillamente" allora? Io a seconda della settimana e dei momenti dovevo comportarmi in un modo o in un altro... e loro mi mettevano al corrente di questo.

**Lei ha potuto parlare con gli operatori per affrontare queste difficoltà?**

Io ne ho sempre parlato... non è che ho il tasto dietro la schiena, e vado a comando... tu mi chiedi comportati così, poi dopo due settimane, comportati colà... non è che vado a bacchetta. E alla fine l'ho presa io in quel posto, dopo che lei era già la 4<sup>a</sup> volta che combinava zizzania. Ma io non ero d'accordo con lei... secondo loro io dovevo dirgli tutto... ma io ho imparato tutto il giorno prima. L'operatore mi ha detto "tu dovevi solo venire da me e dirmi -vedi che lei vuole uscire -" ma io ho imparato tutto ieri e l'unica cosa che mi è venuta in mente è quella di tutelare lei non lasciandola andare da sola. Ho pensato così!"

**Ma può essere letto come una mancanza di alleanza tra lei e l'équipe, come un voler raggirare... Ma è ancora arrabbiato?**

Continua a starmi sui coglioni questa cosa qui... magari sarei rimasto lì in comunità... io sono uscito l'8 febbraio e dopo 2 settimane ho trovato lavoro e sono 10 mesi che ci sono e il prossimo mese mi fanno un contratto loro, senza l'agenzia interinale.

**Attualmente il suo rapporto con le sostanze com'è?**

Quando io sono uscito ho avuto una "miniricaduta" a luglio... ho fatto 2 settimane a luglio che ho sbandato un po' sempre con l'eroina... e quindi per pararmi il culo subito ho preferito prendere il metadone e per lo meno non mi sto facendo. Quindi non è che sono uscito per andarmi a fare subito per forza.

.....

**Lei non si è sentito aiutato con questa scelta (trasferimento in altra comunità)?**

No. Mi sono sentito penalizzato... secondo me sono stati di parte

**Ha avuto modo di parlare con il Ser.T. in questi momenti di crisi e di passaggio?**

Il Ser.T., con quello lì di xxxxx, con la responsabile, non siamo mai andati d'accordo; secondo lei dovevo fare le valige e andare fuori perché non mi volevano pagare neanche più la retta.

**Durante questa comunità quindi il rapporto con gli operatori del Sert com'era?**

Di merda, perché io, in otto mesi, la mia responsabile l'ho vista che mi ha fatto aspettare un mese per andare in comunità e quando sono andato lì prima di andare trasferirmi nell'altra comunità è venuta là e secondo lei mi voleva cacciare fuori, non voleva più pagare la retta.

**Per quale motivo secondo lei?**

Perché non mi meritavo... perché avevo fatto questo casino... e io mi ci sono trovato in mezzo.

**Cosa avrebbe potuto fare lei per affrontare meglio questa situazione?**

Sicuramente avrei potuto dirglielo, ma non accetto di essere stato penalizzato io anziché lei. Loro sono stati di parte, sono stai dei pezzi di merda...

**E gli operatori come avrebbero potuto aiutarla?**

Scegliendo di spostare lei. Io non l'avevo neanche toccata, ho rispettato le regole. In più non mi avevano detto niente che a Forlì sarebbe durata tre anni, io mi sono sentito fregato, inculata su inculata. Loro sono stati proprio di parte

**Gli aspetti del tuo carattere che hanno influito negativamente sul percorso?**

La mia diffidenza, perché poi è aumentata e ho fatto altri quattro mesi la...

**Questo percorso è riuscito a produrre dei cambiamenti dentro di lei?**

Sì, io sono diventato molto più tollerante con le altre persone e sono meno nervoso, ho una vita più regolare

**Grazie a quali strumenti della comunità?**

La comunità probabilmente mi ha aiutato nel capire che quello che succede non è che il mondo c'è l'ha sempre con me e la vita è così, può andare bene, può andare male e la comunità mi ha aiutato a tenere botta nei momenti in cui vedo più negativo...

**Ma grazie a cosa?**

Probabilmente facendo i dialoghi con la responsabile, parlando con gli altri ragazzi, dove loro ti facevano vedere dove e perché io sbottavo, mi agitavo o mi caricavo troppo per piccolezze dove io mi incarognivo di brutto per questioni di vita vissuta mia, perché con mio padre probabilmente quando io sentivo mancato di rispetto, preso in giro, sono le cose che mi fanno sclerare. Io non vedo le sfumature, vedo bianco o nero, quindi ho imparato... io ero molto impulsivo, mi guardavi un secondo in più e alzavo le mani.

È importante sottolineare alcuni aspetti emersi, perché determinanti:

- l'importanza della relazione tra paziente e operatori del Ser.T. anche durante il percorso comunitario residenziale;
- L'importanza delle interazioni tra operatori della comunità e operatori del Ser.T., soprattutto nei momenti critici;
- Il Fallimento o il Superamento dei momenti critici e la creazione dei *momenti incontro*, per dirla alla Stern, e il loro contributo all'avanzamento del processo terapeutico.

Chiudiamo il paragrafo con uno stralcio dell'intervista di Matteo, un uomo di 40 anni entrato in comunità per una dipendenza da alcol, con un programma di sei mesi; dall'intervista emerge un rapporto conflittuale con il Ser.T., che non viene percepito come una risorsa.

*Nella fase di valutazione e inserimento in comunità ha avuto delle difficoltà o è sì è sentito in sintonia con gli operatori del Ser.T.?*

*Guardi, il Ser.T. dopo sei mesi che ero qua ha smesso di pagare. Me lo ha fatto presente la comunità. Il Ser.T è venuto a trovarmi solo una volta per prassi iniziale, anzi se non fossero venuti a trovarmi non sarebbe cambiato niente. Con il Ser.T. di xxxxxx ho avuto una brutta impressione con una operatrice, io sono andato lì per chiedere aiuto e lei ha avuto un brutto approccio di carattere... nel risponderti. Io ho parlato invece con la dott.ssa xxxxxx del Ser.T di xxxxxx, una persona stupenda, con lei ci parlerei tutti i giorni, ma con quell' operatrice xxxxxx... troppo arrogante... non ti lascia neanche parlare. Ricordo che quando sono andato per chiedere di entrare in comunità con mio padre, lui stava parlando e lei lo ha fermato dicendo: "lei dice che suo figlio vuole entrare in comunità, ma io non ho ancora sentito parlare suo figlio". Allora gli risposi dicendo: "quando toccherà a me di parlare, parlerò". Comunque ne ho parlato anche con xxxxxx (il responsabile della comunità e, a parte quella psicologa, le altre persone non mi hanno...*

*Non è riuscito a parlare più di tanto?*

*No, no.*

*Durante il percorso però ha detto che sono venuti in comunità e c'è stata una verifica?*

*Sì sono venuti qua e mi hanno chiesto: "come va il percorso?"... le solite cose. "A casa come va? Sua figlia sta bene?" Alla bambina non manca niente a parte il padre che non vede l'ora che torni a casa. Non è stato un buon rapporto quello con il Ser.T..*

## 5.6 IL RIENTRO NELLA SOCIETÀ

*Alice sapeva che sarebbe stato sufficiente aprire gli occhi per tornare alla sbiadita realtà senza fantasia degli adulti.*

La chiusura della fase residenziale di un percorso è un momento delicatissimo per il paziente; richiede una graduale separazione dalla struttura e una continuità terapeutica fatta di incontri e follow-up degli operatori coinvolti.

Maria ha potuto affrontare questi aspetti grazie ad una stretta collaborazione tra operatori del Ser.T. e operatori della Comunità e grazie al diretto coinvolgimento della famiglia che ha effettuato un percorso terapeutico parallelo, con dei colloqui quindicinali condotti dalla psicologa del Ser.T. e dallo psicologo della comunità e la paziente. L'obiettivo comune del sistema curante era quello di affrontare lo stallo rigido che legava Maria in una pericolosa morsa evolutiva. Pertanto si è lavorato sul riattivare le risorse individuali per favorire lo svincolo ed accompagnare il sistema familiare al cambiamento.

Rinforzare le risorse del paziente e favorire il cambiamento di alcuni aspetti disfunzionali non è

sufficiente se si esclude un lavoro sul contesto familiare, che aiuti a mantenere il cambiamento e che non costituisca ancora un fattore di rischio per il paziente. Maria infatti aveva una forte conflittualità con la famiglia d'origine e con il proprio padre, le cui aspettative rigide nei confronti dei figli hanno portato nel tempo Maria a realizzare uno pseudo-svincolo, cioè l'acquisizione di un'identità tossicomana, meglio espressa dalla seguente equazione: *"non diventerò mai come tu mi vuoi ma, allo stesso tempo, non sarò mai libera di realizzare me stessa perché vorrebbe dire tradirti; non mi resta che scegliere di fallire come persona, rimanendoti leale."*

I genitori di Maria erano in conflitto ed il loro legame collusivo era basato sulla negazione, l'evitamento dei problemi e sui segreti. Maria ha tenuto unita la sua famiglia per quasi dieci anni; i suoi genitori si erano alleati per affrontare il problema "droga". Riconoscere questi problemi, liberando Maria dalla rigidità del pericoloso stallo nella sua famiglia d'origine, ha permesso di riattivare le sue risorse e riappropriarsi del suo tempo evolutivo<sup>46</sup>.

Un percorso terapeutico che non integri questi diversi aspetti, permettendo un lavoro su tutto il sistema-paziente, può aumentare il rischio di ricadute al momento del rientro nella società. Preparare il reinserimento del paziente è dunque parte fondamentale del processo terapeutico. Dalle interviste effettuate possiamo evidenziare gli aspetti più importanti:

- Garantire una continuità di trattamento e colloqui di follow-up ai pazienti dimessi dalla comunità, anche in caso di interruzione;
- Permettere un graduale svincolo dalla comunità e dagli operatori;
- Mantenere dei contatti con la comunità anche dopo la fase residenziale;
- Accompagnare e sostenere il paziente nel reinserimento sociale e professionale.

Accanto ad esso, invece, troviamo diversi fattori di rischio:

- Disoccupazione;
- Solitudine;
- Rapporti conflittuali e problematici con familiari o all'interno del contesto di vita;
- Rottura drastica della relazione d'aiuto con gli operatori di riferimento del sistema curante;
- Fallimento o interruzione di diverse azioni terapeutiche.

Maria racconta così la propria esperienza nel corso del reinserimento socio-lavorativo:

*Com'è avvenuto il distacco dalla struttura?*

*Io ho cominciato a fare il reinserimento attorno a maggio... ho iniziato ad andare a casa 2 volte alla settimana, anche perché avevo la fortuna/sfortuna di abitare a 20 km dalla comunità per cui i miei potevano ospitarmi in maniera tranquilla. Poi ho cominciato 3 volte alla settimana... Poi avevo iniziato a fare delle uscite dalla comunità perché ero alla guida dei mezzi, facendo i giri dalla comunità.*

*Com'è andata in questa fase?*

*Io mi ero data degli obiettivi... non sgarrare quasi mai, non mi è mai capitato di bere una birra... poi sono stata lasciata anche abbastanza libera... certe cose che avevo date per scontate mi sono state date... comprarmi le sigarette da sola, che non era la prassi ma l'avevo concordato con gli operatori. Mi è stata data molta fiducia.*

*Quindi il distacco è avvenuto gradualmente, con delle uscite e poi dandoti fiducia?*

*SI*

*Poi... ci sono state delle difficoltà?*

*Ho dovuto fare una sbatta assurda perché ho dovuto fare comunità-Bologna per fare un corso di formazione che poi mi è servito per il lavoro tra l'altro.*

*Quindi ti è stato concesso di fare un corso di formazione?*

<sup>46</sup> Andolfi M. (2003), *Manuale di Psicologia Relazionale*. A.P.F., Roma.

*Ho fatto due corsi di formazione; uno in giugno, dalla comunità; avevo chiesto di dormire a Ferrara e mi è stato risposto di no e mi ero incazzata come una belva...*

*Come hai affrontato questo momento?*

*Cosa avrei dovuto fare? Era una cosa che volevo, avevo i mezzi per arrivarci, mi son dovuta scocciare per un mese... ho rotto le scatole un po' a tutti e poi ero terrorizzata perché era la prima volta che passavo tutto il giorno tutti i giorni... affrontavo altra gente a cui non sapevo dire da dove arrivassi, perché venivo da xxxx (paese in cui si trova la comunità), poi ero nella fase "non mentire, non mentire" è stato complicato...*

*Quindi è stato duro confrontarsi con gli altri, nuove persone...?*

*Sì... spaesante. Poi ho fatto l'altro corso di formazione ma ero a Ferrara, poi era d'estate e poi a fine agosto ho trovato lavoro e a settembre lavoravo.*

*Avrebbero potuto fare qualcosa gli operatori della comunità per migliorare il distacco?*

*No*

*E gli operatori del Ser.T.?*

*No, erano in accordo con la comunità*

*Uscita dalla comunità si sono interrotti i rapporti?*

*No, ho due tipi di rapporto: vengo a fare dei colloqui al Ser.T., prima una volta al mese, poi bimestrali... con la comunità invece non terapeutici... cioè vado a pranzo, a cena, a salutarli... di carattere puramente affettivo.*

*Tu avresti potuto fare qualcosa in più nella fase di rientro e distacco?*

*No, la mia fase di rientro è stata perfetta.*

*Vista a posteriori, cosa manterresti o quali gli aspetti da cambiare nella progettazione dei percorsi, nella permanenza della comunità, nel rientro.*

*Il rientro così è perfetto. Forse l'unica cosa che penso e che a volte quando si è all'inizio bisogna essere più duri con gli utenti per fare del bene a loro, perché è inutile stare lì appoggiati per mesi e mesi, bisogna metterli subito di fronte alla realtà affinché non perdano tempo loro, gli operatori e il Ser.T.. Nel senso... li metti di fronte alle difficoltà e lì vedi chi vuole davvero rimanere e chi no... e così uno se ne può rendere conto e riflettere quindi cercare il punto di rottura e non essere morbidi perché uno è appena arrivato. Non essere indulgenti durante la comunità.*

La storia di Luca, vista all'inizio, mostra invece i rischi collegati ad un contesto di vita problematico, su cui non è stato possibile intervenire.

*Intervistatore: Attualmente vive con una compagna?*

*Luca: Sì, vivo con lei... ho perso tutto quello che avevo: la famiglia, son separato dalla moglie e non so più niente; ho ancora i miei, per carità, volendo potrei andare a vivere da loro ma cerco di evitare, sono anziani... ho dei problemi e il mio stile di vita non è come loro vorrebbero... andrei a creare dei disordini nei loro equilibri.*

*La sua compagna è astinente?*

*Sì, non tocca niente ma è seguita dai servizi psichiatrici, ha dei problemi suoi personali non legati all'uso di sostanze... ha qualche problema legato al bere... non da buttarsi via tutti i giorni... ma non è una persona stabile. Se accetti come viene, va bene ma se ti sposti cento metri... non puoi costruire niente. Non so perché ci sto.*

*Questo rapporto è difficile da gestire?*

*Sì, mi disfa più dell'alcol... mi disintegra nella stabilità, nelle emozioni, nel profondo. Mi ammazza. Poi ci metti che ti porta via la tranquillità e la stabilità e la prima cosa che vai a fare è che vai a bere, ti stordisci, ti alteri, fumi più sigarette, vivi disordinato, salti i pasti. Il mio bere... il rapporto con le sostanze è questo. Dal '99 non ho più toccato niente da quando sono uscito... poi in 10 anni avrò avuto una ricaduta e ho preso una batosta che non ne ho voluto sentire più. Mia moglie mi fuma le canne nella faccia e a me non mi fa ne caldo ne freddo. Adesso ho sostituito, con le conseguenze di aver buttato via 15 anni, l'alcol alle droghe.*

*Chiede aiuto a qualcuno?*

*A chi chiedo aiuto? Io parlo con loro (operatori del Ser.T.)... mi sono buttato nell'alcol perché dicevo "tanto è legale e mi stordisco lo stesso" anche se io mi mantengo fluttuante... ma questa cosa continua da quando ho smesso con le sostanze.. bevo ogni giorno a ciclo continuo.*

*Ha chiesto un sostegno farmacologico, visto che mi sembra che questa scelta sia un modo di curarsi...*

*A dire la verità sì, ma io sto bene "senza" per poco; poi l'alcol ti aspetta e quando ci cadi vai avanti a secchiare. Prendo un farmaco che sembra che lavori sul desiderio di bere e sembra che così riesco a ridurre il quantitativo, invece di 5 litri al giorno ne bevo uno circa. A me piace stordirmi, non posso mentire, stare in quella condizione di stordimento in cui stai tranquillo non senti niente...*

*Ha un lavoro?*

*Adesso sì, ma non è una cosa seria. Faccio il guardiano di notte in un deposito di camion... ma non una cosa seria. È dal 2007 che è un declino... dall'ultimo lavoro serio. Sicuramente anche per via di tutto quello che ho fatto.*

*Mantenere il rapporto con il sert dopo l'uscita dalla comunità è stato importante?*

*È come se dovessi rendere conto a qualcuno. Anche questa ragazza qui, nonostante tutto le voglio talmente tanto bene che da quando sto con lei io so che non approva che io faccia uso di sostanze e non ne faccio e basta.*

*Uscito dalla comunità dov'è rientrato?*

*Io sono tornato a casa da questa qua. Sono stato a posto una settimana. Poi sono successe cose personali molto pesanti... è come aver fatto il tagliando alla macchina ma sono durato una settimana. Ho ripreso a bere, sono iniziate a volare le mani, poi mi sono staccato e sono stato via altri quattro mesi e sono rifiorito perché ero più tranquillo e mi ero riavvicinato alla mia ex moglie... non dico che fosse possibile tornare indietro, ma avevamo un rapporto sereno. Ma poi sono tornato qui è tornato tutto male e mia moglie si è arrabbiata... dovrei riprendere la patente ma devo mettermi seriamente per conseguire questo obiettivo.*

*Uscito dalla comunità ha ripreso subito i rapporti con il Ser.T., gli operatori l'hanno cercata...*

*Sì, io ho ripreso da subito... poi vado a xxxxx (uno dei Ser.T. della provincia) perché non mi piace stare con quelli di xxxxx (il suo Ser.T. di appartenenza) perché conosco tutti gli utenti ed è pericoloso... a xxxxx (paese in cui si trova il Ser.T.) ci vado regolarmente, mi fanno le urine, etilometro, faccio il punto della situazione con la dottoressa (il medico), faccio il colloqui con la psicologa, ma senza aspettative chissà quali...*

## 5.7 CONCLUSIONI

Alice era sicura di non aver mai visto un campo di croquet così strano, tutto pieno di solchi e zolle; le palle erano dei porcospini vivi; le mazze dei fenicotteri vivi, e i soldati dovevano piegarsi in due e fare leva sulle mani e sui piedi per formare gli archetti. All'inizio la cosa più difficile per Alice fu maneggiare il suo fenicottero: le riuscì di tenerne serrato abbastanza agevolmente il corpo sotto il braccio, lasciando le zampe penzoloni, ma, in generale, quando gli aveva fatto tendere bene il collo ed era sul punto di colpire con la testa il porcospino, quello si girava a guardarla in faccia con un'espressione talmente stupita che lei non poteva fare a meno di scoppiare a ridere.

Il croquet di Alice calza perfettamente come metafora del processo terapeutico. La complessa articolazione dei diversi momenti e delle fasi di cui si compone è difficile da imbrigliare e prevedere; non è possibile adottare una logica di causalità lineare, semplice. Strumenti, attori e scelte sono parte di un gioco complesso, "animato", e pertanto imprevedibile.

Quindi la migliore condizione è la seguente: i diversi attori dovrebbero partecipare guidati dallo stesso scopo; è impossibile prevedere le fasi e la trama stessa del gioco ma è possibile orientarne i risultati e aumentare la probabilità del risultato sperato.

## Bibliografia

Andolfi M. (2003), *Manuale di Psicologia Relazionale*. A.P.F., Roma

Bateson, G. (1984) *Mente e natura, un'unità necessaria*, Milano, Adelphi

Bion W. R. (1972), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma.

Bowlby J. (1972), *Attaccamento e perdita*, vol. I, Boringhieri, Torino

Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R.(1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina, Milano

Framo, J. (1965) "Programma e tecniche della psicoterapia familiare intensiva". Tr. it. In:

Boszormenyi - Nagy, I, e Framo J. (a cura di) *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Boringhieri, Torino, 1969.

Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano, Raffaello Cortina Editore

Liotti G. (2005), *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci, Roma

Maturana H., Varela F. (1985) *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia

Scabini E., Cigoli V. (2000), *Il familiare*, Raffaello Cortina, Milano

Stern D.N. (2005), *Il momento presente*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Winnicott D.W. (1970) "L'integrazione dell'io nello sviluppo del bambino", in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando, pp.67-95

## TRACCIA DELL'INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

1. Quando è uscito dalla comunità?
2. Come si è concluso il programma?
3. Quanto è durato il suo percorso in comunità?
4. Come sta ora?
5. Ha trovato un lavoro?
6. Dove e con chi vive?
7. Qual è attualmente il suo rapporto con le sostanze?
8. Quali sono i motivi per cui ha scelto di entrare in comunità?
9. Chi ha scelto la struttura?
10. Per quali motivi è stata scelta proprio quella?
11. Nel caso in cui la struttura sia stata scelta dal SerT: "secondo lei, è stata una buona scelta? Perché? Lei era d'accordo?" Se risponde no: "per quale motivo non era d'accordo?"
12. Al momento del suo ingresso in comunità è stato concordato un progetto con lei? Se risponde no: "per quale motivo?"
13. Quali erano gli obiettivi e i tempi previsti?
14. I tempi sono stati rispettati?
15. Gli obiettivi sono stati raggiunti?
16. Quali erano le sue aspettative? Coincidevano con gli obiettivi del progetto e con l'esperienza in comunità? Se risponde no: "Per quale motivo?"
17. Secondo lei, i tempi del percorso sono stati adeguati? ("per quale motivo?")
18. Quali difficoltà ha incontrato durante il percorso in comunità?
19. Ha avuto possibilità di affrontare queste difficoltà con gli operatori della struttura? (se sì: Come? Se no: perché?)
20. E con gli operatori del SerT? (se sì: come? se no: perché?)
21. Con quale risultato?
22. Può parlarmi del momento più critico del percorso comunitario?
23. cosa ha influito positivamente su di esso e cosa invece negativamente?
24. Quali aspetti del suo comportamento hanno influito positivamente o negativamente sul percorso fatto?
25. Sente che in lei, dopo questa esperienza comunitaria, è cambiato qualcosa? (Se sì) "Cosa? In che modo la comunità ha contribuito a questo cambiamento" (Se no) "Cosa avrebbe voluto cambiare? Qual è stato il principale ostacolo al cambiamento?"
26. Mi dia un giudizio complessivo del percorso in struttura: quali gli aspetti positivi e quali gli aspetti negativi?
27. Quali sono le attività e i momenti che ritiene più significativi e utili nel periodo vissuto in c.t.?
28. Ha eventuali proposte per migliorare l'offerta della comunità?
29. Come valuta il rapporto con gli operatori della struttura?
30. E con gli operatori del SerT nel periodo del programma?
31. Cosa avrebbero dovuto fare, secondo lei, gli operatori della c.t. per aiutarla di più?
32. E gli operatori del SerT?
33. E cosa avrebbe potuto fare lei?
34. Come è avvenuto il distacco dalla struttura?
35. Come è stato il rientro? Quali problemi ha incontrato?
36. Cosa avrebbero dovuto fare, secondo lei, gli operatori della struttura per migliorare il "distacco" o per agevolare il "rientro"?
37. E gli operatori del SerT?
38. E lei?
39. Visto a posteriori, quali sono, secondo lei, gli aspetti da mantenere e quelli da modificare riguardo a:
  - progettazione del percorso;
  - soggiorno nella struttura;
  - distacco dalla comunità e rientro in società.



## **6. AUDIT CLINICO SULL'APPROPRIATEZZA DEGLI INVII DEI PAZIENTI DEL SERT DEL DISTRETTO OVEST NELLE STRUTTURE ACCREDITATE DEGLI ENTI AUSILIARI DELLA PROVINCIA DI FERRARA<sup>47</sup>**

### **Obiettivi dell'Audit**

Verificare l'appropriatezza dell'inserimento dei pazienti dei Servizi delle Dipendenze patologiche nelle strutture residenziali private accreditate in relazione ai criteri e agli standard previsti nei documenti della qualità dei SerT. Nell'esperienza condotta nel SerT di Cento l'audit clinico è diventato uno strumento multidisciplinare e multiprofessionale per lo sviluppo delle competenze clinico-assistenziale specifiche dei professionisti dei servizi pubblici e privati. La scelta di questo argomento per l'AUDIT è stata determinata da due motivi fondamentali: l'efficacia della cura e riabilitazione dei pazienti da cui deriva un conseguente contenimento della spesa.

### **Metodologia**

I criteri di inclusione/esclusione per l'inserimento dei pazienti nelle CT del nostro territorio sono stati identificati sulla base del Documento di Presentazione del SerT, la procedura PR SRV 02-2011, e del Contratto stipulato tra L'Azienda Sanitaria e le Comunità Terapeutiche, in modo da comporre una griglia per individuare quali pazienti fossero stati correttamente valutati prima dell'invio nel 2011 in C.T.

Sono stati considerati i pazienti del SerT di Cento inseriti in CT nel periodo 1/1/2010 - 31/12/2010.

I dati sono stati raccolti in modo retrospettivo utilizzando le cartelle cliniche in formato cartaceo, il sistema informativo SistER2, le schede progetto individuale trattamento in struttura riabilitativa.

### **Risultati**

#### **Criterio 1 - processo: adeguatezza dell'inserimento in CT. Percentuale di soggetti inseriti in CT nel 2010 che rispettano i criteri di eleggibilità tra coloro che sono entrati in CT.**

Indicatore: n° pazienti inseriti in CT nell'anno 2010 seguendo i criteri di eleggibilità secondo l'offerta terapeutica residenziale privata/ Tutti i pazienti inseriti in CT nel 2010. Eccezioni: Doppia Diagnosi e comorbidità psichiatrica NON scompensata; valutazioni cliniche specifiche su eventuali singoli casi tali da escludere le CT del territorio. Risultato: 100% (8/8); standard 100%.

#### **Criterio 2 - esito: permanenza in CT nell'anno 2010. Percentuale di soggetti inseriti in CT che sono rimasti nella Struttura almeno 3 mesi.**

Indicatore: n° pazienti inseriti in CT nell'anno 2010 seguendo i criteri di eleggibilità secondo l'offerta terapeutica residenziale privata/ Tutti i pazienti inseriti in CT da almeno tre mesi. Risultato: 87,5% (7/8); standard 90%.

### **Conclusioni:**

L'audit clinico ha permesso di porre il focus sulla pratica corrente, portando le équipe alla discussione dei criteri per una più corretta formulazione del piano terapeutico.

---

<sup>47</sup> A cura di Paola Giacometti, Giovanna Laghi, Ciro Garuti, Beatrice Pinca, M. Rosa Fariselli, Marina Galletti, Roberta Buzzi, Sabrina Mori

## 7. VERSO UNA COMUNITA' DI PRATICA VIRTUALE TRA AGENTI DI CURA<sup>48</sup>

**Background:** nel quadro complessivo dell'Accordo regionale RER-CEA e dei relativi Accordi locali, già nella valutazione dei primi anni di applicazione dell'Accordo i dati dei Sistemi dei Servizi pubblico-privato per le dipendenze danno conto del miglioramento dei meccanismi di regolazione della spesa e degli invii. Con il progetto REX Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze, sono stati condivisi requisiti di qualità e appropriatezza per gli inserimenti dei pazienti dei SerT nelle strutture private Accreditate. In particolare la richiesta di condivisione della valutazione diagnostica tra SerT e strutture residenziali e del progetto terapeutico tra SerT strutture e paziente richiede la realizzazione di uno studio pilota in grado di sperimentare un modello di comunicazione in grado di garantire la trasmissione/condivisione del profilo di salute dei pazienti e il confronto tra operatori, e la condivisione con il paziente del progetto terapeutico riabilitativo.

**La finalità** del progetto è la realizzazione di un sistema di comunicazione finalizzato alla sperimentazione di una "Comunità di pratica virtuale tra agenti di cura". Il progetto mira alla creazione di una stretta relazione tra conoscenza che scaturisce dalla relazione tra professionisti, tecnologia che supporta le scelte cliniche e sociali, e la cultura di pratica organizzativa. In questo modo cerca di sviluppare un meccanismo attraverso il quale la conoscenza è posseduta, trasferita e creata in un network comunitario telematico, con una ricaduta sui processi di knowledge management aggiungendo così valore alle organizzazioni (trasferire buone prassi e sviluppare competenze professionali). A partire dai sistemi informativi esistenti (SistERSERT e SistERCT) il progetto mira all'implementazione di una piattaforma informatica in grado di assicurare tutti i requisiti tecnologici e di rispetto della privacy, per lo scambio comunicativo, il passaggio sistematico delle informazioni della cartella clinica informatizzata integrata (SerT e Strutture del privato sociale accreditato), al fine di attivare una condivisione delle informazioni relative ai processi terapeutici primari.

**Gli obiettivi** sono: a) supportare le esigenze operative dei professionisti delle Comunità e dei SerT nella gestione della documentazione clinica e di attività del servizio in un'ottica di condivisione dei progetti terapeutici; b) implementare i servizi di comunicazione telematica relativamente ai trattamenti terapeutici degli utenti tra i professionisti delle CT e dei SerT; c) permettere un aggiornamento tempestivo della cartella clinica dell'utente in particolare per le fasi di accoglienza, modifica del programma terapeutico e dimissione; garantire l'applicazione dei requisiti regionali previsti dal Progetto Rex.

**La metodologia** prevede la conduzione di focus group professionali per la ottimizzazione dei requisiti del progetto REX, la definizione/condivisione dei flussi informativi tra SerT-Comunità, l'adattamento e la sperimentazione della piattaforma informatica per supportare i flussi (da SistER a SistERCT e viceversa), l'attivazione di processi comunicativi fra pubblico e privato accreditato della Regione Emilia-Romagna finalizzato alla condivisione virtuale della pratica terapeutica tra agenti di cura (facilitare la discussione dei casi tra operatori di enti diversi in videoconferenza).

**Risultati attesi:** il progetto consentirà la condivisione dei processi di cura garantendo la storicizzazione delle informazioni relative al paziente in una ricomposizione del percorso terapeutico dalla fase della proposta terapeutica, all'eventuale modifica del trattamento, fino alla dimissione, migliorando lo scambio comunicativo tra operatori ottimizzando il confronto sui casi, e tra operatori e paziente con un incremento della compliance al trattamento.

---

<sup>48</sup> FRM 2011-2012 - DGR n. 1165 del 30/07/2012, Intervento per incrementare l'efficacia dell'invio dei soggetti in carico ai Sert e agli Enti Privati Accreditati per il trattamento delle dipendenze

# **Osservatorio Epidemiologico e Accreditamento Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche**

Informazioni più dettagliate sono disponibili all'interno della sezione

Osservatorio presso i siti:

**<http://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/daismdp/staff/osservatorio-epidemiologico>**

**<http://www.regione.emilia-romagna.it>**

dove è possibile effettuare anche i download dei documenti editi a stampa.

Per contattare l'Osservatorio scrivere a: **[osservatorio.sert@ausl.fe.it](mailto:osservatorio.sert@ausl.fe.it)**

Questa pubblicazione è stata realizzata  
dall'Azienda USL di Ferrara

Progetto grafico e impaginazione  
Osservatorio Epidemiologico e Accreditamento  
Via Francesco del Cossa, 18 - Ferrara

---

Chiuso nel mese di Luglio 2013

---

La riproduzione di questo documento è autorizzata con citazione della fonte