



Dicembre 2002

## Strumenti per l'inserimento in comunità

Sintesi dei lavori del progetto  
"Il nuovo ruolo delle strutture residenziali  
nei programmi di riabilitazione coordinati dai SerT"  
Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga

ASL Città di Milano  
Cooperativa Sociale Comunità del Giambellino  
Studio APS

- p. 2      Gli scopi del progetto
- p. 5      Lessico minimo
- p. 8      L'analisi delle esperienze
  - Le rappresentazioni del processo di cura
  - Come i SerT identificano i problemi da trattare nelle comunità e valutano la loro offerta
  - Il processo di invio e di inserimento
  - I centri filtro delle comunità
  - Le relazioni scritte
  - Aree critiche e problemi da affrontare
- p. 19     Una rappresentazione del processo di progettazione dell'inserimento del paziente in comunità
  - Allegato: schema del processo di inserimento
- p. 20     Le schede per la costruzione del progetto di inserimento
  - Note per l'utilizzo delle schede
  - Allegato: le schede di progettazione
  - Allegato: facsimile di scheda compilata
- p. 24     La scheda per facilitare la scelta della comunità
  - Allegato: la scheda per l'individuazione delle caratteristiche e delle prestazioni della comunità

## GLI SCOPI DEL PROGETTO

### **Lo scenario del progetto**

E' ormai quasi un banale luogo comune affermare che la tossicodipendenza abbia a che fare con continue trasformazioni e che questo determini spesso gravi fratture tra i sistemi di offerta delle strutture riabilitative e le domande espresse dai consumatori di droghe. Infatti un altro luogo comune è la desolata constatazione dello stato di crisi del sistema dei servizi per le dipendenze, delle comunità come dei SerT.

A fronte di un lento ma progressivo aumento degli accessi ai servizi pubblici, sono da tempo stabili quelli ai servizi del privato sociale ma questi, negli ultimi anni, hanno ampliato di molto la loro offerta e si sono trovati sempre più spesso in situazioni di forte concorrenza e con offerte poco differenziate, talvolta generiche e onnicomprensive.

Tra l'auspicio della prossima estinzione di tutti servizi per le dipendenze e la difesa a oltranza dei modelli di intervento da sempre utilizzati, appare ancora poco perseguita la strategia realistica di rinnovare il sistema dei servizi, articolando maggiormente l'offerta e cercando una collaborazione più efficace tra comunità, SerT ed enti deputati al coordinamento degli interventi nei territori. Le comunità che hanno promosso questo progetto cercano da tempo di specificare la propria offerta e di rendere possibili programmi riabilitativi individualizzati e flessibili. Anch'esse tuttavia avvertono segnali di discrepanza tra la loro offerta e le attuali domande di comunità e sentono la necessità di approfondire la strada intrapresa.

Sul versante organizzativo da tempo sembra prepararsi una vera e propria rifondazione dei servizi per le dipendenze. Questo processo, per altro non ancora precisato nei suoi esiti finali, dovrebbe prevedere la ridefinizione di parte consistente dei mandati istituzionali, delle funzioni di SerT e comunità e delle forme di collaborazione tra pubblico e privato.

Il servizio pubblico potrebbe vedere evidenziate le proprie funzioni di *diagnosi*, di *invio* presso centri esterni e di *controllo* nei loro confronti.

Indipendentemente dalle valutazioni sulle logiche che le hanno prodotte, queste prospettive di trasformazione fanno intravedere alcuni spazi interessanti di innovazione.

Il possibile potenziamento delle funzioni diagnostiche dei SerT evidenzia la necessità di sviluppare le loro capacità di individuare con efficacia i problemi da affrontare presso le strutture esterne. E ancora, la gestione dell'invio presso enti esterni per prestazioni specifiche implica lo sviluppo di

competenze nel coordinamento di processi inter-organizzativi complessi, nel loro controllo e nella loro valutazione.

Queste prospettive di trasformazione per i SerT e per le comunità si collocano in contesti già segnati da forte incertezza ad anche da qualche paradosso. Cambiamenti rilevanti nelle politiche sociali devono fare i conti con l'esigenza di mantenere il consenso e questo talvolta determina pressanti ma paradossali ingiunzioni al mantenimento degli obiettivi e al miglioramento della qualità dei servizi pur in mancanza delle risorse necessarie o nel bel mezzo di vere e proprie operazioni di downsizing. Questi processi, favoriti dalla scarso riconoscimento sociale e dalla scarsa visibilità dei servizi sociali e sociosanitari, creano forti frustrazioni negli operatori e rafforzano rappresentazioni depressive del loro lavoro.

Diventa cruciale per gli operatori sviluppare la capacità di rappresentare con efficacia il *valore* del lavoro delle comunità e dei SerT, cercando di rendere questi servizi meglio *apprezzati* ma anche equamente *prezzati*, dotati cioè delle necessarie risorse.

### **L'idea progettuale**

Questo progetto prende avvio dalla considerazione dei concreti processi di lavoro che vedono coinvolti gli operatori dei servizi. Questi processi sono caratterizzati da una forte compenetrazione tra l'attività dei SerT e quella delle diverse comunità del privato sociale convenzionato con le ASL. Frequentemente si riscontra una buona collaborazione nella gestione dei singoli programmi riabilitativi ma oggi sembra necessario ampliare il campo di tale collaborazione, avviando la costruzione di una rete maggiormente articolata ed efficiente e distribuendo in maniera più funzionale le risorse e le capacità nei territori. E' sentita l'esigenza di spazi comuni dove le diverse organizzazioni:

- analizzino assieme e costruiscano una rappresentazione condivisa delle domande e dei bisogni espressi dal territorio;
- siano disponibili a modificare in maniera innovativa le proprie offerte e le procedure operative;
- si autorizzino ad un confronto aperto sui progetti e sugli interventi delle strutture con le quali collaborano, attivando spazi di *co-ri-progettazione*.

In relazione a questo scenario, il progetto si è posto obiettivi limitati e semplici: cercare di esplicitare e approfondire i problemi che sono emersi nelle esperienze di collaborazione tra SerT e comunità e costruire strumenti semplici che incrementino l'efficacia degli inserimenti in comunità. Una particolare attenzione è stata posta nel prefigurare processi e strumenti effettivamente utilizzabili dai SerT, dalle comunità ma soprattutto dagli stessi pazienti.

Il progetto ha visto la costituzione e il funzionamento di un gruppo di lavoro composto da:

- operatori dei servizi per le tossicodipendenze della città di Milano e di Pavia;
- operatori di tre organizzazioni del privato sociale che gestiscono nel territorio milanese servizi residenziali per persone tossicodipendenti (Comunità del Giambellino, Comunità Irene, A77). Le tre organizzazioni, confederate nel Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), collaborano da molti anni nella conduzione di programmi riabilitativi e condividono la volontà di innovare gli interventi ed ampliare i riferimenti culturali e progettuali.

Il gruppo di lavoro è stato composto da:

- **Elisabetta Mauri**, SerT Pavia.
- **Daniela Gavarini** e **Carmela Greco**, SerT Distretto 1 ASL Città di Milano
- **Linda Formato** e **Maddalena Nizzi**, SerT Distretto 2 ASL Città di Milano
- **Bruna Palonta** e **Marina Leoni**, SerT Distretto 3 ASL Città di Milano
- **Maria Luisa Zoia**, SerT Distretto 4 ASL Città di Milano
- **Giulia Grigoletto**, SerT Distretto 5 ASL Città di Milano
- **Nadia Alessi**, **Anna Mazzola** e **Patrizia Scotti**, A77 Cooperativa Sociale
- **Federica Croci**, Comunità Irene,
- **Valentina Dell’Oro**, **Lorenzo Fronte**, **Ottavio Moffa** e **Claudio Pasotti** (coordinatore del progetto), Comunità del Giambellino.
- **Marco Brunod**, Studio A.P.S. di Milano (conduttore)

## LESSICO MINIMO

Ogni gruppo di lavoro si costruisce un particolare linguaggio comune che rende possibile la collaborazione al suo interno ma può ostacolare il dialogo con i soggetti esterni. Proviamo allora ad anticipare e a presentare alcune parole che ricorreranno in questa sintesi.

Sono parole che reputiamo caratteristiche del lavoro del nostro gruppo e della sua cultura in relazione ai temi trattati.

### **Domande, bisogni, problemi**

A fronte di una domanda del paziente – in questo caso di comunità – gli operatori utilizzano spesso la categoria di *bisogno* per trattarla e valutarla (a quali bisogni risponde?). La valutazione della domanda e l'individuazione delle possibili risposte sembra implicare necessariamente l'analisi dei bisogni che possono averla generata, cercando di capire se sono bisogni *primari, indotti, strumentali*...

Nelle esperienze e nelle riflessioni degli operatori dei servizi è emersa la grande complessità di questo modo di trattare le domande dei pazienti ed i significati ambigui e confusi che i *bisogni* dei pazienti assumono nel lavoro e nelle culture dei servizi, favorendo letture semplificate e stereotipate delle situazioni delle persone.

Non volendo addentrarci in queste questioni ma cercando semplicemente delle opzioni operative sensate e praticabili, nella rappresentazione del processo di inserimento in comunità non si parla di bisogni ma di **problemi** e di situazione problematica delle persone.

In questa prospettiva i diversi soggetti coinvolti nel processo non devono mettersi d'accordo sui bisogni da soddisfare nel programma terapeutico ma confrontarsi sui problemi che si intendono affrontare. Il programma terapeutico può essere allora considerato l'esplicitazione di come si intendono affrontare i problemi delle persone e con quali prospettive – sempre definite e limitate – di trasformazione.

### **Rappresentazione e costruzione dei problemi**

I problemi delle persone:

- richiedono sempre una messa a fuoco specifica e individualizzata, sullo sfondo della situazione complessiva che la persona si trova a vivere, identificando criticità e risorse;

- sono soggetti a rappresentazioni differenti, in relazione ai diversi soggetti e ai diversi periodi temporali.

I problemi da trattare, insomma, non si danno immediatamente ed in modo automatico ma vanno costruiti attraverso accordi progressivi.

Quando non c'è accordo sui problemi da trattare nel progetto riabilitativo, questo deve essere esplicitato e chiarito. Se un accordo non si trova, potrà anche essere possibile un progetto sulla base dell'esplicitazione del *dis-accordo* oppure, al momento, non sarà possibile nessun progetto. Va considerato inoltre che la logica della costruzione dei problemi è diversa dalla logica sanitaria della diagnosi. Ad esempio non è necessaria una diagnosi esaustiva per definire un programma terapeutico.

### **L'inserimento in comunità come processo di progettazione**

L'inserimento in comunità viene rappresentato come un complesso processo inter-soggettivo di progettazione.

Questo ci ha sollecitati a non considerare come questione centrale la veloce individuazione della soluzione migliore, da rendere poi operativa nel modo più fedele possibile all'ideazione iniziale. E' parso più efficace e realistico tentare di procedere per fasi successive, attraverso progetti di intervento parziali e limitati, con lo scopo di approfondire progressivamente la conoscenza dei problemi che si intendono trattare in comunità e rendere possibile un'effettiva partecipazione dei soggetti coinvolti.

Il coinvolgimento di soggetti diversi rende necessario partire dalle diverse "mappe cognitive" degli attori coinvolti. Bisogna mettere in conto fin dall'inizio che il paziente, il SerT e la comunità sono portatori di visioni soggettive e potenzialmente conflittuali. La progettazione di un inserimento dovrà quindi esplorare i significati individuali attribuiti alla richiesta di comunità, costruendo un faticoso ma indispensabile accordo sul senso dell'inserimento e sulle modalità di attuarlo.

In questo modo il processo di inserimento si sviluppa per fasi successive attraverso una sorta di doppio binario: l'esplicitazione delle differenti visioni dei problemi (da parte di SerT, paziente, comunità...) e la successiva costruzione di accordi parziali attorno alle parti di progetto da realizzare.

L'esplicitazione delle diverse visioni soggettive e l'attenzione a realizzare accordi parziali attorno ad oggetti sui quali si concorda di lavorare assieme, possono favorire una rappresentazione meno stereotipata dei problemi del paziente e l'avvio di un progetto realistico.

## **Pazienti, clienti, utenti**

I tossicodipendenti vengono nominati dagli operatori dei diversi servizi in vari modi, con riferimento più o meno consapevole alle culture prevalenti delle organizzazioni nelle quali operano:

- la parola **paziente** predomina nei SerT e nei servizi sanitari;
- **utente** sembra prevalere nelle comunità, sottolineando la differenza di ruolo con l'operatore nei processi di cura e di risposta ai bisogni;
- il termine **cliente** sta iniziando ora a diffondersi in campo sociosanitario e se da un lato richiama gli attuali processi di aziendalizzazione dei servizi, dall'altro sembra voler auspicare un ruolo più attivo della persona tossicodipendente nel suo processo riabilitativo.

Nel nostro gruppo sono stati usati un po' tutti questi termini. Gli operatori delle comunità hanno continuato a chiamare utenti i tossicodipendenti e quelli del SerT pazienti.

Per questa sintesi ci siamo accordati sulla parola paziente, forse perché prevalente nel gruppo di lavoro. E' una scelta necessaria per non rendere ancora più confuso il testo ma anche un po' forzata. I riferimenti alla cultura sanitaria, infatti, non caratterizzano in modo rilevante il lavoro che qui presentiamo.

## L'ANALISI DELLE ESPERIENZE

Il progetto si è avviato con l'analisi di esperienze e pratiche di collaborazione tra SerT e comunità.

In particolare:

- la recente riprogettazione di una comunità sulla base di un modello di cura breve, con contratti terapeutici specifici e limitati, in stretta integrazione con l'intervento dei SerT;
- i modelli e i processi di analisi dei bisogni dei pazienti che esprimono la richiesta di un programma in comunità;
- i processi di inserimento in comunità: le modalità di invio da parte dei SerT e di accoglienza da parte delle comunità;
- gli strumenti della comunicazione tra SerT e comunità. L'utilizzo delle relazioni scritte nelle fasi di invio e di progettazione dell'intervento in comunità;
- l'attività dei centri filtro delle comunità.

Le considerazioni emerse dall'analisi delle esperienze sono sintetizzate nei paragrafi che seguono.

### **Le rappresentazioni del processo di cura**

Come immaginano, SerT e comunità, il processo di cura di una persona tossicodipendente? Come lo realizzano concretamente?

L'esplicitazione delle rappresentazioni del processo di cura da parte dei SerT e comunità mette in evidenza diverse questioni, legate principalmente al *tempo* della cura, alla *titolarietà* dei processi riabilitativi, alle *regole* ed ai contratti.

Anzitutto sono emerse rappresentazioni del tempo della cura differenti e contrastanti:

- vi è un *tempo della patologia* lungo e ciclico, che quasi mai riesce a sincronizzarsi con i *tempi della cura*, spesso rigidi e prefissati;
- il tempo della cura, negli operatori e nei pazienti, viene spesso associato al tempo dell'inserimento in comunità. E' evidente tuttavia che il tempo della presenza fisica in un servizio non equivale al tempo che il paziente decide di riservare alla propria cura: da un lato si rischia di non considerare ciò che il paziente fa al di fuori delle prassi standard di trattamento, dall'altro di dare per scontato i significati dell'inserimento in comunità;
- il tempo della cura è spesso rappresentato come frammentato: sono frequenti gli *abbandoni*, le *ricadute* e anche gli avvicendamenti negli operatori referenti.

Nei trattamenti della tossicodipendenza appare difficile, a fronte di una *persistenza* della patologia, mantenere una sufficiente continuità terapeutica, fattore decisivo per l'efficacia dei

trattamenti.

Appaiono frammentate le comunicazioni tra i diversi soggetti dell'intervento ma anche le storie dei servizi e delle politiche di intervento di quest'area sociale. Colpisce ad esempio che le istituzioni chiedano agli operatori dati e rendicontazioni che immancabilmente hanno poco a che fare con la reale esperienza dei servizi e sono sempre differenti da quanto già raccolto e utilizzato nello sviluppo dell'intervento terapeutico/riabilitativo (ad esempio nelle cartelle dei pazienti).

Le relazioni tra SerT, pazienti e comunità sono regolate da forme diverse di contratto: il *progetto*, il *contratto educativo*, la *durata* temporale massima concordata, la sottoscrizione di un *regolamento*... In relazione a questi modi di strutturare i processi di cura è emerso che:

- sembra non esistere un modo di pensare i contratti sufficientemente vicino al lavoro educativo e terapeutico e quasi sempre prevalgono logiche e linguaggi burocratico-prescrittivi;
- spesso i sistemi normativi interni sia ai SerT sia alle comunità si riflettono in modo evidente nei contratti terapeutici che si stipulano con i pazienti, riproducendone le peculiarità organizzative e relazionali;
- i vari regolamenti, come ad esempio il regolamento di comunità (strumento solitamente assai utilizzato nella valutazione dell'offerta delle comunità da parte dei servizi e dei pazienti) esprimono spesso necessità molteplici, non omogenee e talvolta implicite: tutela del gruppo, difesa degli operatori, strumento di educazione e di autoeducazione per i pazienti...;
- gli strumenti normativi sono caratterizzati dalla presenza di molte regole, talvolta assai dettagliate. Una possibilità poco praticata è invece quella di pensare a strumenti normativi che siano l'articolazione di alcuni principi forti, prevedendo poche regole essenziali ed indicando con chiarezza le autorità di riferimento che regolano l'applicazione dei principi. Questa possibilità di regolamentazione per principi attiva una maggiore corresponsabilità dei pazienti nella partecipazione al programma riabilitativo;
- in generale gli accordi e i contratti tra paziente, SerT e comunità appaiono poco sviluppati e formalizzati. SerT, comunità e paziente sembrano agire prevalentemente secondo una logica di *contratti bipolari* (SerT-comunità, SerT-paziente, comunità-paziente).

Altra questione riguarda la titolarità del processo di cura.

Al servizio pubblico compete la titolarità formale ma come si concretizza tale titolarità? Si è accennato a funzioni diverse, in parte assunte consapevolmente, in parte agite senza una precisa elaborazione:

- funzioni burocratico-ispettive in relazione agli inserimenti in comunità: *controllo* dello svolgimento dei programmi concordati e dell'effettivo rispetto dei requisiti previsti per il funzionamento;
- valutazione della congruenza e della qualità dell'intervento riabilitativo;
- garanzia della continuità terapeutica e del coordinamento complessivo del processo di cura;
- promozione della gestione integrata dei programmi con le comunità.

Dal canto loro anche le comunità non possono pensarsi – e/o ad essere pensate - come gestori operativi che si limitano a vendere e a fornire servizi al pubblico. Anche i soggetti privati del terzo settore hanno precise responsabilità *pubbliche*, sancite dalle più recenti normative socio-assistenziali e sanitarie.

E' inoltre evidente la necessità di valorizzare maggiormente il diritto che i pazienti hanno di essere curati con efficacia e di scegliere le modalità della propria cura. Cosa implica il pieno riconoscimento di questi diritti nella progettazione e gestione dei programmi integrati in comunità? Come favorire una consapevole partecipazione dei pazienti nel processo di cura, sviluppando un ruolo attivo e soggettivante?

Appare necessario che ciascun attore riconosca e si assuma una parte attiva nel processo di cura, interpretando in maniera dinamica e responsabile il proprio ruolo.

### **Come i SerT identificano i problemi da trattare nei programmi residenziali e valutano l'offerta delle comunità**

Nella valutazione di un possibile programma in comunità, gli operatori dei SerT considerano elementi diversi, di tipo oggettivo e soggettivo:

- le domande esplicitate dai pazienti (accessorie/strumentali, determinate da esigenze concrete e materiali, espressioni di scelte autonome e consapevoli);
- i bisogni (primari, emancipativi rispetto alla droga ed al suo mondo...);
- la motivazione e il desiderio di aiuto;
- le reazioni della rete relazionale.

Nella valutazione delle comunità sembrano decisamente privilegiati gli aspetti funzionali (attenzione alle presenza di requisiti funzionali essenziali: qualifica e livello di preparazione degli operatori, la stabilità dell'équipe, la disponibilità alla collaborazione col SerT, l'ambito territoriale, la flessibilità del programma, i tempi di accesso, spazi fisici adeguati) rispetto alla tipologia ed alla qualità delle prestazioni offerte (osservazione, attività educative, psicoterapia, accompagnamento al reinserimento...).

Per i programmi di riabilitazione la comunità è ritenuta importante in quanto esperienza educativa, capace di offrire un contesto relazionale rassicurante e dove è possibile per il paziente confrontare modelli di pensiero e di vita con figure *adulte* positive.

Esistono tuttavia discrepanze tra necessità dei SerT e offerta delle comunità:

- il SerT ha bisogno di risorse diversificate e di flessibilità nei programmi mentre le comunità hanno quasi sempre programmi prefissati e rigidi;
- le comunità dovrebbero essere un luogo di rielaborazione per quello che succede ma spesso la rielaborazione è sostituita dalla sanzione e dall'allontanamento;
- nei SerT si dà facilmente per scontata la possibilità di un'utile collaborazione professionale con gli operatori delle comunità, anche sulla base di una presunta vicinanza culturale. In realtà spesso non si riesce a capire bene cosa succeda durante l'inserimento ed è anche molto difficile rimettere in discussione le decisioni prese dalle comunità, soprattutto nel caso di allontanamenti.

Una questione decisiva riguarda il modo in cui i SerT si rappresentano l'offerta delle comunità. Spesso vengono utilizzate frettolosamente catalogazioni formali/normative (ad esempio la classificazione delle comunità in terapeutico-riabilitative e pedagogico-riabilitative) che però sono scarsamente rappresentative dell'intervento realmente svolto.

D'altro canto la rappresentazione dell'offerta delle comunità deve essere sviluppata in relazione alle modalità di identificazione dei problemi dei pazienti: proprio la capacità dei servizi di costruire rappresentazioni significative e utili dei problemi da trattare è la condizione necessaria per una collaborazione efficace e per realizzare inserimenti sufficientemente definiti e condivisi.

La mancata o parziale messa a fuoco dell'offerta delle comunità da parte dei SerT alimenta negli operatori e nei pazienti l'illusione che le strutture residenziali abbiano grandi poteri salvifici, in particolare in presenza di situazioni altamente problematiche rispetto alle quale si ricerca – più o meno consapevolmente - un po' di sollievo.

Le aspettative dei SerT nei confronti di ciò che le comunità possono offrire sono sempre molto consistenti, spesso poco realistiche e questo sembra impedire la costruzione di contratti chiari tra i due soggetti organizzativi, contratti che devono necessariamente fondarsi sull'esplicitazione di cosa SerT e comunità vogliono e sono in grado di fare.

Appare evidente che le comunità non possono rispondere a tutti i bisogni dei pazienti ma che forse possono aiutarli a trasformare alcuni dei loro problemi. Fondamentale è allora sviluppare un'adeguata correlazione tra tipologie di comunità e problemi trattati. Un programma di comunità non generico, circoscritto, che dichiari la sua specializzazione nel trattare certi tipi di problemi,

appare un fattore decisivo per realizzare inserimenti efficaci e ridurre drasticamente gli abbandoni del primo periodo.

### **Il processo di invio e di inserimento in comunità**

Le esperienze di SerT e comunità hanno evidenziato una rilevante separazione tra il lavoro dei diversi soggetti nel processo di invio in comunità. L'accento è sempre posto su quello che *dovete fare voi* e su quello che *dobbiamo fare noi*, piuttosto che su quello che *dobbiamo fare assieme*.

Nei servizi pubblici la scelta della comunità è scarsamente programmata in modo condiviso. Il processo di invio viene spesso gestito in solitudine dal singolo operatore ed all'interno dello stesso servizio sono presenti modalità di lavoro molto diverse.

Le informazioni sulla comunità con le quali si è lavorato circolano poco e difficilmente gli operatori possiedono un quadro coerente di cosa in un anno succede rispetto a numero invii, significati dei progetti realizzati ed esiti dei programmi.

In genere l'idea che si ha dell'offerta delle diverse comunità è poco definita. La parziale messa a fuoco dell'offerta produce spesso idee stereotipate di cosa le comunità possono offrire. Non le si immaginano in grado di fare qualcosa di specifico e si finisce per proporla quando non si sa bene cosa fare, evitando di addentrarsi nella messa a fuoco dei problemi che in comunità possono essere trattati.

Le diagnosi e le informazioni fornite alla comunità nella fase di inserimento sono raramente integrate da considerazioni valutative da parte del SerT. Si forniscono informazioni (relazioni psicodiagnostiche, sociali, sanitarie...) ma senza una ricomposizione delle visioni soggettive dei diversi professionisti del SerT.

Lo sviluppo di valutazioni da parte del SerT e di orientamenti effettivamente utilizzabili per l'avvio dell'intervento è un servizio molto importante per le comunità, decisivo per l'efficacia dell'accoglienza.

Da parte delle comunità sembrano sviluppati ed esplicitati i passaggi più semplici e scontati, riconducibili alla richiesta di informazioni di tipo descrittivo, mentre sono lasciati impliciti quelli più qualitativi, inerenti ad esempio la specificazione dei problemi da trattare durante l'inserimento. C'è un'evidente discrepanza tra il desiderio di informazioni meno fredde, realmente significative e utili per la progettazione dell'inserimento e gli strumenti che gli operatori delle comunità utilizzano

per richiedere e raccogliere le informazioni, solitamente schede, cartelle, liste molto dettagliate di dati e informazioni da richiedere al SerT.

### **I centri filtro delle comunità**

Molte comunità utilizzano un centro filtro per raccogliere le richieste, programmare gli inserimenti e gestire le fasi di ingresso. Il centro filtro, luogo di passaggio cruciale di tutte le informazioni tra SerT e comunità, si trova a svolgere funzioni diverse:

- filtra le domande di ingresso in comunità facendo passare solo quelle ragionevolmente trattabili, quelle che possiedono i requisiti minimi per essere raccolte e sviluppate;
- la funzione di orientamento può essere una funzione ulteriore e più ampia. Può essere svolta solo per la parte filtrata (*prese in carico*) o anche per tutta la domanda. L'orientamento prevede una fase di ascolto per una prima comprensione della tipologia di disagio espresso e l'individuazione di un *panel* di risposte possibili. La persona può anche essere ri-orientata verso altri servizi, esterni all'ente;
- una funzione del centro filtro che andrebbe considerata in modo più approfondito è la valutazione diagnostica. Nel processo di costruzione diagnostica ci sono ambiguità che vanno considerate: attorno a questa funzione lavorano diverse categorie di operatori (del SerT, della comunità, del filtro...) e spesso i pazienti ripetono più volte gli stessi colloqui con i diversi soggetti. Chi si assume la regia di queste molteplici valutazioni?

Il centro filtro, nella sua funzione di distanziamento tra quello che fa il SerT e quello che fa la comunità, sembra avere vantaggi e svantaggi. Da un lato rende possibile una gestione omogenea dei rapporti con i SerT e diminuisce il lavoro della comunità, dall'altro richiede un'ulteriore passaggio di informazioni, aumentando il rischio di dispersione e di distorsione.

Le piccole comunità che si dotano di centri filtro aumentano i costi del personale e la complessità dei processi: ci si potrebbe associare nella gestione di questa funzione?

E' possibile inoltre prefigurare la costruzione di un sistema di informazione reciproca che faciliti l'accesso alla comunità, informando in modo semplice e immediato sui programmi attuati e sui posti disponibili.

In questa direzione una possibile strategia è quella dell'*auto-orientamento*. Attraverso procedure in grado di aiutare le persone ad autodefinire il problema e a rapportarlo con le diverse offerte dei servizi, operatori e pazienti potrebbero autoprodursi un primo filtro (si pensi ad esempio alla possibilità di realizzare un sito Web aggiornato direttamente dalle comunità d'accoglienza, dove sia possibile sapere in tempo reale disponibilità di posti, caratteristiche del programma ed altre

caratteristiche rilevanti). Se questo filtro funzionasse dovrebbero poi arrivare alle comunità domande già sufficientemente selezionate e maggiormente trattabili, facilitando le successive fasi di progettazione e di accoglienza, fasi che richiedono invece relazioni dirette e strutturate.

Un'altra strategia possibile di razionalizzazione dei processi e di sviluppo della qualità dell'incontro tra domanda e offerta è la costruzione di accordi maggiormente evoluti tra SerT e comunità, organizzando un sistema d'intervento fortemente compenetrato e co-gestito. In questa prospettiva alcune delle attuali funzioni del Centro Filtro potrebbero essere svolte direttamente dagli stessi SerT.

### **Le relazioni scritte**

In relazione all'analisi delle relazioni scritte dei SerT e della comunità sono emerse diverse considerazioni:

- il linguaggio utilizzato colpisce per il tono un po' freddo, oggettivante, che risente fortemente della cultura burocratico-sanitaria;
- appare dominante la logica burocratica dell'adempimento di un compito: le relazioni si scrivono quasi esclusivamente nei momenti 'caldi' (ingresso, dimissioni, tribunale ...). Il modo stesso di scriverle evidenzia che, se appaiono sufficienti dal punto di vista burocratico, sono poco pensate *'tecnicamente'*, sono deboli come supporto al lavoro clinico;
- le rappresentazione dei pazienti contenute nelle relazioni sembrano raccontare poco delle persone e delle loro storie, sono poco *narrative*: i progetti che hanno per sé, l'idea che si sono costruiti della loro storia, le parti positive che si riconoscono, gli elementi di sofferenza... nelle relazioni scritte tutto ciò appare poco;
- lo stile oggettivante, nelle relazioni scritte dai SerT, sembra occultare ciò che il servizio pensa che la comunità debba trattare... Ci si aspetta che la comunità *prenda in carico la persona*, senza prefigurarsi oggetti di lavoro sui quali la comunità debba prioritariamente indirizzarsi. E' rilevante la difficoltà di rappresentarsi mentalmente l'oggetto di lavoro possibile e di comunicarlo con efficacia all'esterno. La definizione degli oggetti di lavoro possibili al momento dell'inserimento in comunità è un elemento decisivo per l'avvio e la tenuta nel tempo del programma: è necessario che il paziente trovi un senso all'intervento, costruendo un collegamento preciso con i suoi problemi e le sue risorse;
- le relazioni scritte esprimono culture organizzative che tendono fortemente alla frammentazione inter-organizzativa e inter-professionale (*la* relazione del medico, *la* relazione dell'assistente sociale...). Per incrementare la qualità dell'intervento è necessario mettere insieme le comprensioni sviluppate da professionisti diversi (psico-medico-sociali) all'interno del SerT e

confrontare le rappresentazioni complessive di SerT e comunità, strutturando un dialogo finalizzato all'esplicitazione di oggetti di lavoro possibili ed alla prefigurazione dell'intervento in comunità;

- tra le relazioni di invio del SerT e le relazioni di verifica della comunità sembra non esserci dialogo: da una parte la relazione di invio non esplicita sufficientemente le attese del SerT circa l'intervento della comunità e i risultati che deve produrre, dall'altra la relazione della comunità si sviluppa solo parzialmente a partire dai temi e dai problemi delineati nella relazione del SerT e complessivamente gli elementi di osservazione e le considerazioni valutative sembrano poco indirizzati e strutturati.

A fronte di tali criticità, è evidente tuttavia che le relazioni scritte sono necessarie per salvaguardare la continuità degli interventi e il senso di ciò che succede nei trattamenti. Nei servizi per la tossicodipendenza la trasmissione orale non è mai sufficiente, le persone cambiano velocemente e facilmente vengono disperse le tracce di quanto è stato fatto.

La relazione di invio dovrebbe:

- fornire informazioni selezionando le cose rilevanti per le comunità (poche informazioni ma significative);
- riportare gli elementi essenziali del processo di contrattazione tra quello che la persona pensa di potere/volere fare e ciò che il SerT ritiene utile per lei;
- prefigurare l'oggetto di lavoro iniziale per la comunità.

A riguardo si pongono alcune questioni:

- che tipo di informazioni sono realmente importanti per la comunità al momento dell'invio? In genere si è molto attenti a fornire un'immagine molto puntuale e dettagliata della situazione del paziente, tralasciando aspetti rilevanti per l'avvio del programma in comunità (ad esempio le valutazioni dell'operatore del SerT sui problemi del paziente e sulla relazione che ha sviluppato con lui...). Liste di informazioni molto ampie e puntuali sembrano più finalizzate a descrivere in maniera ossessiva la situazione piuttosto che a prefigurare i problemi sui quali la comunità dovrà lavorare;
- le relazioni scritte devono poter essere lette dal paziente. Questo sollecita a fare relazioni che abbiano un senso per il paziente e rappresentino la sua situazione con correttezza. SerT, paziente e comunità hanno l'obbligo di condividere un linguaggio adeguato ad una efficace comunicazione reciproca;

- va salvaguardata la distinzione tra *descrivere* e *sviluppare considerazioni valutative* su quello che si è descritto. Gli interlocutori devono avere la possibilità di riconoscere la differenza tra la descrizione dei fatti successi e l'attribuzione di significati a quello che è successo;
- d'altro canto va sottolineato che le considerazioni di tipo valutativo sono quelle che permettono l'identificazione dei problemi, la formulazione degli obiettivi e la prefigurazione dei risultati attesi;
- il modo in cui si scrive una relazione di invio deve favorire soprattutto la costruzione di un oggetto di lavoro comune tra paziente, comunità e SerT. Si tratta di costruire efficaci sintesi valutative, non accontentandosi di fornire dati *oggettivi* che poi non vengono trattati.

### **Aree critiche e problemi da affrontare**

Complessivamente le esperienze analizzate pongono in evidenza numerose criticità:

1. il sistema delle risposte ai problemi portati ai servizi dai tossicodipendenti appare complessivamente ancora parziale, discontinuo e frammentato, in particolare se si considera la complessità e la durata della patologia che si intende affrontare.  
La continuità terapeutica è poco salvaguardata. Non esistono processi e metodologie che conservino e valorizzino il lavoro svolto nel tempo dai diversi attori, facilitando una comprensione più accurata dei problemi che si trattano;
2. in relazione all'inserimento in comunità siamo di fronte, nella rappresentazione più semplice del processo di cura, a un sistema a tre (SerT-comunità-paziente e suo sistema familiare) ma che funziona prevalentemente per accordi bilaterali (Sert-paziente, paziente-comunità, Comunità-SerT). In particolare emerge il ruolo poco definito del paziente nei processi di invio e di progettazione dell'intervento in comunità;
3. le modalità di comunicazione tra SerT e comunità sono in gran parte segnate da tempi e modalità di lavoro riconducibili a prescrizioni di tipo burocratico ed appaiono poco incisive in ordine allo sviluppo ed alla gestione del processo di cura;
4. il sistema di intervento è segnato da una forte *compartimentazione* tra servizi, tra pubblico e privato, tra le diverse professionalità. La sottolineatura delle differenze ostacola la condivisione dei compiti di lavoro e delle responsabilità;

5. la parcellizzazione degli interventi tra i diversi professionisti dei servizi non favorisce la possibilità di "affidarsi" da parte del paziente né l'osservazione mono-specialistica pare sufficiente per progettare gli inserimenti in comunità.

Il processo prefigurato sarebbe di molto facilitato dalla presenza nei servizi di almeno un operatore in grado di svolgere un ruolo integratore, di coordinare e ottimizzare gli interventi, di tenere ben presente la situazione complessiva della persona e di graduare gli approcci dei diversi professionisti, interpretando e mediando tra i diversi linguaggi. Un operatore competente su un aspetto (la sua specifica professionalità) ma che è *sensibile* anche in altri campi ed è in grado di attivare, quando necessario, interventi specialistici...;

6. Le comunità appaiono una risorsa limitata che va utilizzata in maniera sempre più mirata. Perché ciò sia possibile è necessario che le organizzazioni che le gestiscono tentino di specificare e di caratterizzare con maggior efficacia la loro offerta.

## UNA RAPPRESENTAZIONE DEL PROCESSO DI PROGETTAZIONE DELL'INSERIMENTO DEL PAZIENTE IN COMUNITÀ

Sulla base delle esperienze analizzate e della valutazione sviluppata attorno alle criticità emerse, il gruppo di lavoro ha cercato di costruire alcuni strumenti in grado di facilitare la collaborazione tra SerT e comunità. Questi strumenti sono pensati come strumenti di co-progettazione dell'intervento terapeutico.

Il progetto di inserimento in comunità, infatti, non può né essere predefinito rigidamente dal SerT né essere delegato alla comunità. La messa a fuoco di problemi, obiettivi, risultati attesi, attività... richiede una co-costruzione da parte di pazienti, SerT e comunità. Ciascun soggetto infatti è parte di un'organizzazione reticolare dove nessuno è totalmente autonomo e devono essere ricercate strategie efficaci di cooperazione per costruire vantaggi reciproci.

Il processo di inserimento in comunità appare caratterizzato da una sorta di ricorrente *duplice movimento*:

1. dapprima c'è un'esplicitazione delle diverse rappresentazioni dei problemi da parte del paziente, del SerT e della comunità (v. schema seguente, fase 2 tra SerT e paziente e fase 5 tra SerT, paziente e comunità);
2. successivamente le diverse rappresentazioni vengono trattate, avviando la costruzione di un accordo attorno al progetto - o parte di progetto - da attuare (fase 3, fasi 6 e successive).

## LE SCHEDE PER LA COSTRUZIONE DEL PROGETTO DI INSERIMENTO

Nelle strumentazioni utilizzate nei servizi per le tossicodipendenze è assai strutturata l'osservazione e la raccolta di dati (cartella del paziente, relazioni, test). Al contrario, è lasciata in secondo piano, sostanzialmente destrutturata, la progettazione terapeutica.

Queste schede servono in maniera specifica per progettare l'inserimento in comunità. Non sostituiscono quindi gli strumenti utilizzati solitamente nella presa in carico delle persone e non intendono raccogliere tutte le informazioni disponibili, solamente quelle utili per progettare l'inserimento, salvaguardando una visione d'insieme sulla persona.

La costruzione delle schede ha preso spunto da domande semplici ma ricorrenti nei servizi:

- come si può favorire un avvio efficace e consapevole del programma in comunità da parte del paziente, diminuendo le precoci interruzioni dei programmi?
- che cosa è indispensabile mettere a fuoco per avviare il programma?
- cosa serve alla comunità per iniziare a lavorare in modo efficace con il paziente?

Le schede intendono essere strumenti utilizzabili da tutti i soggetti coinvolti nel processo di inserimento: pazienti, operatori dei SerT, operatori delle comunità. Ciascuno avrà una copia delle schede compilate e le utilizzerà per valutare e aggiornare il progetto di inserimento.

Le schede, come tutte le strumentazioni, funzionano sulla base di un schema logico e nella loro struttura viene, per così dire, inclusa una tecnologia e un certo modo di vedere le cose. In questo caso le schede sono strutturate per realizzare un progressivo accordo tra i soggetti circa il progetto di inserimento in comunità ed i problemi da trattare. A questo accordo progettuale si giunge attraverso l'esplicitazione dei diversi punti di vista, costruendo una sorta di *contratto* tra i diversi soggetti dove ognuno chiarisce che cosa si impegna a fare e si esplicitano eventuali clausole, condizioni e criteri di attuazione.

Le schede per progettare l'inserimento in comunità sono tre:

- la scheda 1 serve a raccogliere la domanda e può essere utilizzata ogni volta che una persona fa richiesta al SerT di inserimento oppure quando l'inserimento in comunità viene proposto al paziente da un operatore del SerT;
- la scheda 2 favorisce la rappresentazione della situazione attuale del paziente e la costruzione di un orientamento progettuale condiviso;
- la scheda 3 accompagna lo sviluppo del progetto da realizzare in comunità e struttura la valutazione dei risultati e dei processi di lavoro.

### **Note per l'utilizzo della Scheda 1**

La scheda 1 viene utilizzata ogni volta che una persona fa richiesta al SerT di inserimento oppure quando l'inserimento in comunità viene proposto al paziente da un operatore del SerT.

<i>Data della richiesta o della proposta</i>	corrisponde alla data nella quale è stata effettivamente raccolta la richiesta o fatta la proposta
<i>N° progressivo</i>	serve a monitorare il numero delle richieste/proposte. La forma è quella del n°/anno (per es. 14/2002 sarà la quattordicesima scheda del 2002)
<i>N° cartella SerT</i>	fa riferimento al numero della cartella del paziente in uso al SerT
<i>Precedenti inserimenti in strutture residenziali o diurne</i>	si possono indicare gli inserimenti più significativi, per la loro durata e/o per la rilevanza dell'esperienza

### **Note per l'utilizzo della Scheda 2**

Può essere utilizzata in 2/3 colloqui e serve per rappresentare la situazione al momento della richiesta o della proposta di inserimento, avviando il processo di progettazione.

Le **scheda 2.1** e **2.2** sono utilizzate nel primo colloquio per favorire un racconto non stereotipato della situazione e dei problemi.

Va previsto un investimento adeguato per curare l'avvio del lavoro con il paziente.

Nei primi colloqui si cercherà di ingaggiare la persona interessata all'inserimento, presentando il senso del lavoro che si sta avviando, le finalità della scheda e la sua strutturazione.

Si chiarirà che la scheda 2 serve a descrivere la sua situazione attuale e questo permetterà di definire i problemi da modificare e di prefigurare un primo orientamento progettuale, individuando successivamente la comunità maggiormente adeguata al progetto da realizzare.

Si specificherà inoltre che il paziente avrà un ruolo attivo nella compilazione delle schede, ne avrà una copia da portarsi via, a memoria di quanto successo e per preparare gli appuntamenti successivi.

Nelle rappresentazioni della situazione va dato uno spazio adeguato agli elementi narrativi e simbolici, sollecitando anche associazioni e metafore.

Avviando la compilazione della scheda, l'operatore chiede al paziente di scegliere, tra i dieci 'principali aspetti da considerare' (**scheda 2.1**), quelli che maggiormente considera rappresentativi/evocativi della propria attuale situazione. Il paziente può sceglierne quanti ne

desidera, da uno a tutti. Viene quindi invitato a sviluppare un racconto della propria situazione a partire dai termini scelti.

L'operatore faciliterà la libera espressione del paziente e lo sviluppo del suo racconto.

Le informazioni e le riflessioni che emergono verranno sintetizzate nella **scheda 2.2**, utilizzando le colonne '*cosa funziona*' (risorse da utilizzare nel processo terapeutico, fattori facilitanti...) e '*cosa non funziona*' (aspetti problematici da affrontare, difficoltà prevedibili...).

In questa fase l'operatore sollecita il paziente a trattare anche gli aspetti non toccati nel suo racconto, spiegando che sono importanti per riuscire a progettare in modo efficace l'intervento in comunità. Potrà utilizzare la scheda come una sorta di griglia per un'intervista. Se il paziente non vuol trattare qualche aspetto, lo si può annotare nel relativo riquadro.

I dieci '*principali aspetti da considerare*' fanno riferimento alle tre aree:

- A. Situazione individuale
- B. Rete relazionale
- C. Contesto sociale.

Per ogni area, alla fine dell'incontro, può essere attribuita una valutazione sintetica secondo la scala 1-6 (da 1 a 3 i gradi di insoddisfazione, da 4 a 6 quelli di soddisfazione), cercando di realizzare un primo accordo valutativo tra paziente e operatore.

Alla fine del colloquio si consegnerà al paziente una copia delle schede 2.1 e 2.2 appena utilizzate ed una della scheda 2.3 che si utilizzerà nel colloquio successivo.

Si invita il paziente a sviluppare per il prossimo incontro una valutazione della propria situazione, così come è emersa nel colloquio e come è stata sintetizzata nella scheda 2.2. In modo analogo l'operatore si impegna a riportare una propria valutazione della situazione del paziente e ad avviare con lui la progettazione del possibile inserimento in comunità.

La **scheda 2.3** è utilizzata nel successivo colloquio ed ha lo scopo di facilitare la costruzione di un *orientamento progettuale* riguardante l'inserimento in comunità. Tale orientamento progettuale si baserà sulla *osservazioni valutative* che i due soggetti hanno sviluppato in relazione alla rappresentazione della situazione emersa nel precedente colloquio.

L'operatore avrà cura di riportare non le sue *interpretazioni* del racconto del paziente ma quelle osservazioni che ritiene utile condividere con la persona per realizzare un accordo progettuale efficace in ordine ai problemi da trattare.

L'operatore stimolerà il confronto tra la sua valutazione e quella del paziente, non rimuovendo le differenze ma esplicitandole e cercando di valorizzarle per costruire un '*orientamento progettuale*' condiviso.

<i>Orientamenti progettuali</i>	prefigurazione generale del progetto di inserimento, attraverso l'esplicitazione dei <i>principali problemi da trattare</i> , delle <i>prestazioni</i> che la comunità dovrà fornire e delle <i>caratteristiche generali</i> che dovrà possedere
<i>Data di accettazione</i>	data in cui la comunità scelta si è dichiarata disponibile a un possibile inserimento e ad avviare il processo di progettazione comune

L'individuazione della possibile '*comunità coinvolta*' può essere facilitata dalla '**Scheda caratteristiche e prestazioni delle comunità**' (cfr.).

### **Note per l'utilizzo della Scheda 3**

E' utilizzata per rappresentare il progetto che paziente, SerT e comunità svilupperanno assieme. Ciascun soggetto avrà una copia della scheda compilata e la utilizzerà per valutare e aggiornare il progetto di inserimento.

Il progetto di inserimento che si costruirà sarà un progetto specifico e limitato.

Per **progetto**, nelle schede, si intende sempre una singola unità progettuale definita e limitata nel tempo e nei contenuti da affrontare, verificabile e valutabile dal paziente e dai servizi.

Il complessivo trattamento residenziale risulterà composto da diversi *progetti* in sequenza, con una durata indicativa tra i 2 e i 6 mesi ciascuno.

La **scheda 3** può essere utilizzata tante volte quanti saranno i progetti che formeranno il percorso terapeutico complessivo.

La scheda 3 è composta dalle schede 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4.

La **scheda 3.1** contiene i problemi che dovranno essere trattati nel progetto (fino a tre possibilità), esplicitando i risultati da raggiungere.

<i>Data di inserimento in comunità</i>	fa riferimento all'accoglienza in comunità. Sarà sempre uguale in tutti i progetti riguardanti lo stesso inserimento
<i>Progetto n°</i>	è il numero progressivo dei diversi progetti del percorso complessivo
<i>Problemi trattabili in questo progetto</i>	rappresentazione dei principali problemi che si concorda possano essere trattati in un progetto ordinati secondo priorità (le colonne da 1 a 3)

*Risultati attesi*

i comportamenti concreti che realisticamente il progetto deve produrre.

Questi comportamenti rappresentano i cambiamenti delle modalità con cui il paziente tratta solitamente il suo problema (non tanto la modificazione di per sé del problema, spesso assai complesso e che può essere anche parzialmente eteroprodotto...).

La formulazione dei risultati attesi dovrà essere fatta in maniera precisa e comprensibile a tutti. I risultati attesi saranno oggetto di valutazione comune (scheda 3.3)

La **scheda 3.2** serve per costruire il programma delle attività che il paziente, la comunità e il SerT dovranno svolgere nel corso del progetto.

Eventuali altri soggetti rilevanti coinvolti nel progetto potranno essere inseriti nella scheda 3.2 facendo riferimento ad uno dei soggetti principali (ad es. gli eventuali compiti della famiglia dell'ospite potranno essere descritti nella riga *cosa fa l'ospite...*).

Le **schede 3.3 e 3.4** servono a raccogliere le valutazioni che paziente, SerT e comunità sviluppano in relazione ai risultati raggiunti ed ai processi di lavoro e di collaborazione realizzati. Potranno essere espresse sintesi valutative sia in termini numerici (scala 1-5) sia con osservazioni condivise.

*Risultati inattesi*

risultati che non sono stati prefigurati all'inizio della progettazione ma che in sede di valutazione risultano essere significativi e rilevanti

## LA SCHEDA PER FACILITARE LA SCELTA DELLA COMUNITÀ: CARATTERISTICHE E PRESTAZIONI DELLE COMUNITÀ

La scheda serve a facilitare l'individuazione della comunità adatta all'inserimento progettato da SerT e paziente, in considerazione dei problemi che dovranno essere trattati.

La scheda permette di esplicitare le caratteristiche generali che al comunità dovrà possedere e le prestazioni che dovrà fornire in relazione al progetto prefigurato per il paziente.

La scheda può anche essere utilizzata dalle comunità per fornire ai SerT una sintetica e omogenea descrizione delle loro caratteristiche operative, permettendo la realizzazione di una semplice banca dati in grado di facilitare l'avvio della ricerca della struttura più idonea da parte dei SerT.