

**A cura di Roberto Camarlinghi e
Francesco d'Angella**

Cinque punti per co-progettare percorsi appropriati Le indicazioni emerse e le questioni che restano aperte

Giunti al termine del percorso fin qui tracciato, merita ricordare il punto d'avvio da cui esso ha preso le mosse: che era l'esigenza di capire come progettare percorsi appropriati nelle comunità. Evitando che – di fronte al mix di storie ed esigenze oggi presenti nelle comunità – queste divengano contenitori indifferenziati. Si tratta oggi, per i SERD che sono i soggetti invianti e per le comunità che sono i soggetti ospitanti, di concordare su alcuni punti fondamentali. Perché solo nel loro reciproco accordarsi SERD e comunità possono sperare di offrire alle persone opportunità di cura pertinenti ed efficaci.

Progettare percorsi appropriati in comunità (scongiurando il rischio di fare delle strutture residenziali dei contenitori indifferenziati di storie e percorsi) è oggi una priorità. Sia perché in un tempo di risorse limitate va calibrato il loro utilizzo (non sono rare oggi le liste di attesa per l'ingresso in comunità...), sia perché l'appropriatezza dei percorsi è la misura dell'efficacia del sistema della cura.

Progettare percorsi appropriati – nei racconti degli operatori – è sempre l'esito di co-progettazioni. Del resto la persona giunge in comunità attraverso l'invio del SERD di competenza territoriale. Ed è sempre il SERD a detenere la titolarità del percorso quando la persona è ospitata. Dunque non è mai uno dei due soggetti, da solo, a determinare l'appropriatezza, ma questa è sempre frutto di comunicazioni e cooperazioni tra operatori del servizio pubblico e operatori della comunità (oltre ovviamente con il paziente). Per questo si parla di «sistema della cura».

Si tratta allora oggi di ritrovare vicinanza smarrite negli ultimi anni, in cui le comunità hanno assunto una delega a gestire i percorsi mentre i SERD si sono concentrati sul lavoro ambulatoriale. Più concretamente, si tratta di riformulare accordi tra SERD e comunità sul lavoro da fare insieme a servizio della salute delle persone dipendenti. Nel percorso cui queste pagine fanno riferimento (realizzato nel Dipartimento per le dipendenze di Vicenza) si sono individuati *cinque*

punti su cui concordare. Costituiscono le premesse per un sistema della cura capace di co-progettare percorsi il più possibile appropriati.

Concordare la finalità dei percorsi in comunità

Un primo punto su cui concordare per costruire percorsi appropriati è *riconoscere che ci possono essere diverse finalità nei percorsi in comunità*. Come si è visto negli articoli precedenti, le comunità hanno nel tempo differenziato i propri programmi: non più solo finalizzati all'emancipazione da uno stato di dipendenza, ma volti anche ad offrire affiancamento e sostegno. Non per tutti gli ospiti è infatti ipotizzabile il «classico» percorso di remissione dall'uso; si tratta in tanti casi di offrire stabilizzazione arginando derive, di ricostruire fragili equilibri quando gli eventi della vita li distruggono, di offrire una tregua a chi si trova esposto alle durezze della vita. Anche questi oggi diventano percorsi appropriati, purché li si concordi.

L'appropriatezza di un percorso insomma non è data solo dalla piena riabilitazione, ma anche dal conseguire obiettivi più parziali, ma non per questo insignificanti. Dalla rilettura dei percorsi delle persone oggi in comunità, si possono identificare quattro grandi finalità: tregua; accompagnamento; emancipazione; contenimento della sofferenza psichica.

Tregua Ci sono situazioni che non riescono (nonostante i ripetuti tentativi) a fare definitivamente i conti con lo stato di dipendenza. Tuttavia chiedono aiuto e hanno bisogno di aiuto. Il loro comportamento di consumo persiste, anche se a volte incontra periodi di remissione o pare assumere minor peso. Molti fruiscono di trattamenti metadonici a mantenimento o di terapie psicofarmacologiche.

La finalità delle comunità in questi casi è offrire una tregua nei momenti più duri: per tirare un po' il fiato, riprendere qualche forza e magari ri-orientarsi rispetto alla propria vita. Una funzione quindi che non è solo di mera riduzione del danno, perché non è da escludere a priori una ripartenza:

« In questi casi l'obiettivo è arrivare a una maggiore stabilizzazione, una migliorata «compatibilità», sviluppare una più consolidata aderenza alle cure, conseguire un equilibrio psicofisico che consenta di gestire una più adeguata qualità della vita, abbandonare comportamenti illegali connessi al mantenimento della dipendenza, evitare il risucchio nella vita marginale e di strada, non rischiare di dover rientrare in carcere. (...)»

La funzione che le comunità assolvono è anche di controllo sociale. Contribuendo a rendere le persone più responsabili, per se stesse e per gli altri, tali strutture svolgono un ruolo non insignificante rispetto all'ordine pubblico e alla salute pubblica. Un ruolo spesso non valutato a sufficienza, anche sotto il profilo del sostanziale risparmio economico complessivo di questo tipo di interventi. ⁽¹⁾

Accompagnamento La comunità offre ad alcune persone la possibilità di avere una accoglienza prolungata nel tempo. Sono persone prive di riferimenti materiali e

1 | Coletti M., Grosso L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011, p. 445.

affettivi e con risorse psichiche e cognitive deteriorate da decenni di vita di piazza. Spesso sono invecchiate insieme alla propria dipendenza e arrivano a un punto in cui subentra la stanchezza e si sente bisogno di un riparo. Il loro stato di salute risente di più di una patologia correlata. Alla comunità richiedono una prossimità esistenziale e affettiva che non saprebbero dove trovare altrimenti. La finalità della comunità in questi casi è offrire un accompagnamento. Una funzione che connota in senso assistenziale, prim'ancora che riabilitativo, il percorso in comunità:

Le comunità «assistenziali» sono giocoforza aperte e in quanto tali esposte a molteplici rischi. Richiedono molta capacità di gestione agli operatori, a cui compete il mantener viva la spinta «evolutiva» verso una maggiore cura di sé e la gestione di una migliore qualità di vita, ma anche il saper intelligentemente mediare rispetto a stili di vita a cui molte persone non riescono e non intendono rinunciare. ⁽²⁾

Emancipazione La finalità *drug free* è quella che maggiormente corrisponde all'idea che storicamente si ha delle comunità, viste come fase specifica di un percorso che dalla dipendenza conduce all'emancipazione. Per quanto oggi meno perseguita, questa finalità della comunità non è affatto scomparsa:

La comunità terapeutica «classica», a percorso medio-lungo (18-24 mesi), con l'obiettivo dell'emancipazione dalla dipendenza, non è da rottamare. Con un'utenza pur numericamente più ridotta e dalle capacità personali ancora non gravemente compromesse, in presenza di una motivazione al tipo di trattamento proposto, con programmi esigenti e standardizzati, ma comunque attenti alla necessaria personalizzazione dell'intervento (e non solo nella fase di sgancio), la comunità terapeutica tradizionale può raccogliere una domanda che sarebbe riduttivo definire residuale. (...)

Appare particolarmente adatta per un'utenza prevalentemente giovane, sotto la trentina d'anni, non danneggiata da troppi anni di dipendenza o da un uso distruttivo delle sostanze, a cui un'estraneazione prolungata dai propri contesti usuali di appartenenza e di vita può consentire almeno due risultati concomitanti. Il primo consiste nella separazione precoce, netta e significativa dall'uso delle sostanze e dallo stile di vita collegato. Il secondo nell'elaborazione delle difficoltà e problematiche personali e relazionali intrecciate alla dipendenza. ⁽³⁾

Contenimento della sofferenza Nel corso degli ultimi vent'anni, sia gli studi condotti sulle persone dipendenti da sostanze psicoattive illegali (eroina e cocaina in primo luogo) sia l'esperienza degli operatori dei servizi per le dipendenze e delle comunità terapeutiche riconoscono la presenza di persone con comorbilità psichiatrica.

Chi presenta patologie psichiatriche si concentra perlopiù nell'area dei cosiddetti «disturbi di personalità», in particolare antisociali, *borderline* e narcisistici. In questi casi la finalità del percorso in comunità sembra essere clinica, più che educativo-riabilitativa:

2 | *Ibidem*, p. 446.

3 | *Ibidem*, pp. 446-447.

Le comunità per doppia diagnosi si caratterizzano in virtù di una forte impronta terapeutica in senso clinico. Non si sottovaluta l'importante apporto degli aspetti pedagogici fornito dall'assetto delle comunità, tuttavia (...) il più marcato individualismo dei pazienti psichiatrici rende più spuntato lo strumento del gruppo come fattore di identificazione, di emulazione e di imitazione (...)

Anche l'uso più massiccio e intensivo degli psicofarmaci gioca la sua parte (...) La presenza del sostegno della chimica è ben percepita nella vita di comunità: ne scandisce orari e ritmi, condiziona e talvolta limita le prestazioni, interferisce nella relazione con gli operatori.

Nella comunità per doppia diagnosi prevale il codice materno, non solo su quello fraterno, ma anche sul codice paterno, per quanto si cerchi di sostenere di continuo la necessità del rispetto delle regole, l'assunzione delle proprie responsabilità, la capacità di iniziativa autonoma. Prevale, su induzione dello specifico dell'utenza, un atteggiamento di maternage negli operatori, che si traduce in una forte riduzione delle distanze relazionali, in un'aumentata disponibilità al sostegno e all'accudimento, nell'uso prevalente, tra gli strumenti a disposizione, del colloquio individuale. ⁽⁴⁾

Concordare quali abilità attivare/sostenere

Per perseguire la finalità assegnata al percorso in comunità, è importante *concordare quali abilità si intendono sviluppare*. Se non ci si mette d'accordo (tra SERD, comunità, paziente) su cosa si andrà a lavorare (quale sarà l'oggetto di lavoro), ognuno perseguirà obiettivi diversi e attribuirà valore a fatti diversi. La cronicità è – più di quanto si pensi – frutto di mancate comunicazioni, co-visioni, integrazioni.

Riferirsi alle abilità come obiettivo dell'invio sottolinea da un lato la valenza pedagogico-educativa delle comunità, il cui intento è aiutare gli ospiti a rafforzare quelle abilità che consentiranno loro di affrontare le difficoltà della vita; dall'altro richiama una volta di più che nel tempo della comunità le relazioni di aiuto/cura non devono centrarsi tanto sulle mancanze quanto sulle possibilità delle persone. Tematizzare le abilità è un modo insomma per valorizzare il lavoro di pedagogia sociale delle comunità, che si affianca al lavoro di carattere più strettamente clinico: dimensioni che non si escludono vicendevolmente, anzi si compenetrano. Nei racconti degli operatori sono emerse in particolare quattro abilità.

Le abilità sociali Sono le abilità (es. ascoltare, rispettare il turno di parola, chiedere scusa, esprimere gratitudine...) che consentono di vivere bene con gli altri, di costruire legami costruttivi. La comunità si presta bene a promuoverle e incoraggiarle; sappiamo infatti come essa metta alla prova le persone sul piano della capacità di interagire con gli altri; come il contesto della vita in comune (intervallato dai colloqui individuali con gli educatori e i terapeuti) solleciti a ripensare le modalità con cui si gestiscono i rapporti interpersonali, si intrecciano i legami, si esprimono le emozioni e i sentimenti.

Le abilità di cura e autocura Sono le abilità che permettono di ritrovare una misura nel rapporto con le cose e con se stessi. La tossicodipendenza comporta spesso la

4 | *Ibidem*, pp. 247-248.

perdita di controllo sulla propria vita, che ruota intorno alla sostanza e ai modi per procurarsela. La giornata non è più scandita da orari e impegni, si altera il ritmo sonno-veglia, subentra una noncuranza di sé. In comunità – grazie ai tempi scanditi, alle regole di cura dello spazio (riordinare la stanza, alternarsi nel cucinare per tutti, stabilire i turni di pulizie...), al ventaglio di attività (gruppi motivazionali, attività psico-corporee, colloqui di sostegno...), non solo si rimodellano nuove abitudini di vita, ma si è sollecitati a prendersi cura di sé e del proprio corpo.

Le abilità occupazionali Sono le abilità che mettono in grado di svolgere un compito. Spesso chi proviene da storie di dipendenza ha esperienze lavorative discontinue o nulle e di rado si è sperimentato o ha retto dentro contesti organizzativi in cui si è chiamati a produrre. La funzione educativa della comunità consiste nel far sì che le persone apprendano a responsabilizzarsi rispetto a un compito, a rispettare gli orari, ad acquisire qualche capacità lavorativa, in vista anche di un possibile reinserimento lavorativo. Queste abilità in comunità vengono sviluppate attraverso l'offerta di laboratori artigianali e creativi e percorsi formativi o professionalizzanti.

Le abilità progettuali Sono le abilità che permettono di immaginare un futuro. Quando una persona entra in comunità ha un'immagine di sé venata da sentimenti di sconfitta e fallimento; l'ingresso certifica l'incapacità di venirse fuori con le proprie forze. Ma d'altra parte proprio l'umiltà di chiedere aiuto può costituire il primo passo per ri-progettare la propria vita. Le abilità progettuali hanno a che fare con la dimensione dei desideri, ma desideri – questa volta – che non neghino il limite, ma sappiano commisurarsi con le risorse proprie e del contesto. In comunità le abilità progettuali si sviluppano nel circuito virtuoso del «fare ed elaborare»: fare attività e rielaborarle in colloqui individuali o gruppi di consapevolezza che fanno da specchio ai propri limiti e miglioramenti.

Concordare strumenti di co-progettazione

Per co-progettare (tra SERD, comunità e pazienti) i percorsi delle persone è importante *dotarsi di schede*. Le schede non sono da considerare come noioso adempimento burocratico, ma come la condizione per tenere viva l'attenzione sui percorsi delle persone e imprimere dinamicità al loro stare in comunità.

È importante compilarle insieme – tra soggetto inviante (SERD), soggetto ricevente (comunità) e (dove occorre) soggetto ospite – perché questa è la via per: fare memoria dei percorsi, mettendo in comune conoscenze altrimenti disperse e frammentate; elaborare un progetto di cura condiviso, facendo una co-valutazione realistica delle risorse che le persone sono in grado di sviluppare in termini di autonomia personale; monitorarlo strada facendo prefigurando le tappe successive.

Nel percorso di ricerca si sono costruite e condivise quattro schede (riportate nelle pagine seguenti):

- *scheda di segnalazione del caso alla comunità*: viene compilata dall'équipe inviante con la finalità di fornire alla comunità una base sintetica di informazioni indispen-

sabili per fare una presa in carico adeguata e per evitare che si creino situazioni di difficile gestione (magari per *craving* emergente inatteso);

- *scheda sugli obiettivi dell'inserimento*: ha la finalità di chiarire alla comunità quali sono, a parere del SERD, gli obiettivi almeno iniziali del percorso; potrebbe trattarsi di obiettivi solo parzialmente esplicitabili alla persona, per questo la scheda in questa fase rimane interna tra operatori e non firmata dall'utente;
- *scheda sul progetto terapeutico-riabilitativo*: ha la finalità di aiutare tutti i soggetti coinvolti, ma in particolare l'utente, a chiarire cosa ci si propone di fare durante il percorso che viene concordato in modo formalizzato insieme. Si esplicita che su quanto accade ci saranno verifiche periodiche. Gli obiettivi qui vanno espressi in una forma che sia comprensibile e accettabile anche per l'utente (che firma);
- *scheda di valutazione in itinere*: ha la finalità di aiutare tutto il sistema (servizi, utente, famiglia dell'utente) a fare il punto della situazione in modo costante e esplicito, a definire nuovi e diversi obiettivi se quelli iniziali sono stati raggiunti o si rivelano irraggiungibili o inadeguati, a chiudere il percorso se ci si rende conto che non si riesce a dargli un significato condiviso.

Scheda di segnalazione del caso alla comunità

Struttura di destinazione

DATI SOCIO-ANAGRAFICI

Cognome e nome:

Data di nascita:

Residenza:

Telefono:

Familiari/amici significativi per la presa in carico (brevi note familiari):

Amministratore di sostegno: sì no pratica in corso

Occupazione attuale: lavoro prevalente:

Altri servizi coinvolti:

Situazione giuridica riferita:

NOTIZIE CLINICHE

Tratti diagnostici e/o tratti di personalità (rilevanti oltre la dipendenza) utili per la presa in carico:

Disturbi psichiatrici:

Patologie particolari che necessitano di attenzione:

Trattamento farmacologico in atto:

Sostanze di intossicazione nell'ultimo mese / quantità riferita*

<input type="checkbox"/> eroina	.....
<input type="checkbox"/> cocaina	.....
<input type="checkbox"/> cannabinoidi	.....
<input type="checkbox"/> sostanze di sintesi	.....
<input type="checkbox"/> alcol	.....
<input type="checkbox"/> psicofarmaci di abuso	.....
<input type="checkbox"/> allucinogeni	.....
<input type="checkbox"/> inalanti	.....
<input type="checkbox"/> metadone	.....
<input type="checkbox"/> altro	.....

*sensazione di attendibilità riguardo al riferito sì no

Problematiche assistenziali sociali o sanitarie:

Pregressi tentativi di riabilitazione (in particolare residenziali, contenitivi):

Esiti/elementi significativi emersi nei percorsi precedenti:

Altri elementi utili per la presa in carico:

Data

Firma dei compilatori

Scheda sugli obiettivi dell'inserimento

- a) Interruzione uso sostanze e valutazione diagnostica (nei casi in cui la persona è intossicata e ancora poco conosciuta)
- b) Interruzione uso sostanze e condivisione di un programma terapeutico (nel caso in cui la persona è intossicata, chiede aiuto ma non è mai abbastanza lucida per poter condividere una ipotesi di percorso)
- c) Percorso psicoterapeutico di elaborazione di temi critici già individuati (da citare: es. abuso subito, lutto non elaborato, codipendenza, problemi identità sessuale...)
- d) Acquisizione/miglioramento di abilità sociali (specificare almeno quelle relative ai deficit più evidenti: capacità di comunicare i propri bisogni in modo comprensibile, capacità di tollerare una frustrazione, capacità di controllare gli impulsi, capacità di portare a termine un impegno assunto, capacità di avere cura della propria pulizia personale, della propria salute, ecc.)
- e) Progettazione e sostegno a un percorso di reinserimento (reperire un lavoro e una casa, gestione del tempo libero e ripresa contatti/costruzione di una rete relazionale extra comunità terapeutica)
- f) Sostegno per carenza autonomia personale nelle aree..... (qui si presuppone che la persona abbia limitate capacità di evolvere in aree in cui ha bisogno di stimolo/controllo/monitoraggio frequente)
- g) Pausa «salvavita» (persona che non riesce/non intende cessare il consumo ma chiede/accetta un periodo in un contesto protetto a salvaguardia dell'incolumità fisica)
- h) Altro.....

Firma dell'équipe inviante.....

Scheda sul progetto terapeutico-riabilitativo

In data si propone al/la sig/ra
 un progetto terapeutico-riabilitativo presso la struttura
 per un tempo previsto di.....

definendo i seguenti obiettivi:

e le seguenti azioni per raggiungere gli obiettivi (*)

	<p>STRUMENTI STRUTTURATI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Colloqui individuali <input type="checkbox"/> Sostegno psicologico <input type="checkbox"/> Valutazione psichiatrica <input type="checkbox"/> Gruppo terapeutico/educativo <input type="checkbox"/> Gruppo sostegno genitorialità <input type="checkbox"/> Gruppo alcol <input type="checkbox"/> Riunioni gestionali <input type="checkbox"/> Incontri con i familiari <input type="checkbox"/> Gruppo familiari <input type="checkbox"/> Laboratorio occupazionale <input type="checkbox"/> Tirocinio lavorativo <input type="checkbox"/> Supporto ricerca lavoro <input type="checkbox"/> Gestione risorse economiche <input type="checkbox"/> Gestione tempo libero
--	---

(*) è utile specificare per ogni obiettivo quali azioni concrete concordiamo di fare per raggiungerlo e chi si incarica di fare che cosa.

La data per la prima verifica viene fissata per il.....

Firma del paziente

Firma degli operatori coinvolti

Scheda di valutazione in itinere

VERBALE DI VERIFICA

Data:
 Nome e cognome:
 Servizio terapeutico:
 Regime retta attuale:
 Operatori presenti:
 Verifica esiti (rivedere gli obiettivi e annotare cosa si è raggiunto):
 Criticità:
 Altre osservazioni utili:

Proroga/modifica percorso/modifica obiettivi e azioni (chi fa cosa);
 segnare anche eventuali dimissioni previste:

Regime retta previsto a seguito della verifica (allegare eventuali altre schede di accordo):

Firme di tutti i presenti

Luogo e data prossima verifica:

Concordare una organizzazione che presidi la circolarità delle informazioni

Per progettare percorsi appropriati occorre *dotarsi di una organizzazione che sia capace di presidiare la circolarità delle informazioni e delle conoscenze e di definire livelli di responsabilità condivisi*. Avendo comunque sempre presente che la responsabilità progettuale appartiene al SERD, mentre alle comunità compete la responsabilità sull'attuazione dei trattamenti. Il paziente rimane cioè un paziente in carico al SERD anche quando si trova in comunità.

Esplicitare la responsabilità progettuale del SERD è cruciale per non trasformare la comunità in una risposta onnicomprensiva ai bisogni dinamici ed evolutivi della persona. E soprattutto per richiamare l'importanza che, nei percorsi spesso discontinui delle persone, vi sia sempre qualcuno che tenga il filo, che faccia memoria delle cose avvenute e realizzate, che si assuma il compito di prefigurare e preparare il dopo.

Concordare una organizzazione che favorisca lo scambio delle conoscenze significa allora superare compartimentazioni tra servizi pubblici e comunità terapeutiche, evitare di dare o assumere deleghe, ritrovare prossimità tra operatori dei SERD e delle comunità per essere più prossimi alle storie delle persone. Molte criticità nei percorsi in comunità nascono da criticità di rapporti inter-organizzativi (tra SERD e strutture residenziali), da incomprensioni che non trovano mai il modo per chiarirsi, da impliciti che generano cortocircuiti comunicativi ⁽⁵⁾.

Solo se vi è convergenza di vedute tra servizio inviante e servizio ricevente si può sperare di offrire alle persone opportunità di cura congruenti con le loro attese e le loro risorse. In tal senso è certamente utile potenziare sia la co-progettazione

5 | «Una volta – è stato detto dagli operatori delle comunità – le assistenti sociali dei vari SERD di riferimento delle persone giravano per le comunità, venivano a trovare gli ospiti. Oggi

hanno il problema che non hanno più l'auto di servizio a disposizione, per via dei tagli di risorse, o non hanno più il tempo perché sono sovraccariche».

che il monitoraggio dei percorsi, costituendo équipe miste in cui siano presenti gli operatori di riferimento della persona.

Si tratta inoltre di creare occasioni di confronto, seminari di studio, momenti formativi comuni. In questi anni, emerge dai racconti, vi sono stati rari momenti di condivisione sulla lettura delle trasformazioni avvenute nel campo delle dipendenze. Queste occasioni vanno ritrovate per sentirsi «sistema delle dipendenze». Certo i carichi di lavoro fanno sì che sia facile venire risucchiati dentro la spirale di un quotidiano che consuma energie e restringe spazi di interlocuzione. Ma solo il pensiero e il confronto possono ridare spessore e prospettiva all'agire dei servizi.

Concordare l'utilizzo della Pronta accoglienza

Un ultimo punto su cui *concordare è la modalità di utilizzo della Pronta accoglienza*. La scelta di discutere questo tipo di comunità parte dal rilevare come, specie in queste strutture, si siano attivati negli anni inserimenti scarsamente differenziati. Storicamente le Pronte accoglienze sono nate come servizi residenziali dipartimentali (a servizio quindi di tutte le comunità) per consentire di conoscere meglio il paziente, tramite una osservazione protratta nel periodo della residenzialità (due, tre mesi). L'obiettivo era dunque quello di specificare una diagnosi, ma anche di verificare ed eventualmente costruire la motivazione all'ingresso in comunità.

Sempre più nel tempo le Pronte accoglienze si sono assimilate ai Centri crisi, ossia sono diventate come dei «pronto soccorso sociali», caratterizzate dalla prevalenza di bisogni urgenti e dall'obiettivo di ridurre i danni sociali e sanitari correlati alla condizione di dipendenza. Hanno assunto quindi valenze non più solo finalizzate a formulare una diagnosi e a osservare le possibilità evolutive. Il percorso in Pronta accoglienza, protraendosi oltre i due-tre mesi previsti, è diventato tempo di tregua per quanti si trovano in uno stato di emarginazione intollerabile.

È importante oggi definire cosa ci si aspetta da queste strutture a livello dipartimentale. Nel percorso si è condivisa l'ipotesi di ri-assegnare loro la funzione originaria: ovvero di osservazione e diagnosi per definire gli obiettivi terapeutico-riabilitativi possibili. Convergenndo sull'idea che, al termine del periodo (due-tre mesi), si dovrà decidere, in accordo con gli operatori del SERD, quale struttura residenziale all'interno del Dipartimento sia da ritenere più idonea al perseguimento degli obiettivi riabilitativi e terapeutici individuati.

Per quanto riguarda la necessità di dare una risposta assistenziale-sociale urgente occorrerà rivolgersi alle strutture presenti nel sistema dell'ospitalità vicentina (senza dimenticare che tutte le comunità si sono attrezzate in questi anni per l'accoglienza di persone anche in condizioni difficili).

Per una circolarità nel processo di cura

Nel percorso di riflessione si è constatato come in tutti questi anni la comunità terapeutica abbia saputo adattarsi ai mutamenti degli ospiti, rinnovando i programmi e i trattamenti. Oggi il grande rischio da evitare è chiudersi dentro i propri confini, accettando la delega totale a prendersi cura delle persone con problematiche di

dipendenza. Un rischio che corrono gli stessi SERD quando nei territori restano gli unici servizi a tutelare i diritti delle persone tossico e alcol dipendenti.

Collocare la cura delle persone dipendenti dentro il sistema di welfare territoriale

Mai come in questa fase storica è vitale collocare la cura delle persone dipendenti dentro un più ampio *network* di servizi e opportunità. Ossia farne una questione che riguarda le politiche di welfare locale e non solo i singoli servizi – SERD e comunità appunto – chiamati per statuto a occuparsene.

In modo particolare si tratta di dare vita a un «processo circolare di cura», capace di accompagnare le persone nei loro discontinui tragitti esistenziali e di supportarle nei loro precari equilibri di salute. In questo modo il mix di storie non sarà più solo un problema gestito da operatori dei SERD e delle comunità, ma da co-gestire a livello del più ampio sistema di welfare territoriale.

Il processo circolare di cura è fatto da una serie di interventi che possono precedere, seguire o accompagnare il percorso che la persona fa in comunità. Interventi messi in campo da più attori del welfare locale: servizi socio-assistenziali, servizi di salute mentale, medici di medicina generale, agenzie di edilizia pubblica, centri per l'impiego, servizi della medicina specialistica... Sempre meno infatti, nella cura delle persone dipendenti, c'è un prima e un dopo e sempre più ci sono servizi diversi che intervengono in relazione al momento in cui si trova la persona.

Rappresentandosi una circolarità nel processo di cura, si riesce ad accompagnare le persone dipendenti a luoghi di cura diversi e a prese in carico diverse in relazione alle loro necessità. Evitando, ad esempio, che sia il singolo SERD o la singola comunità a farsi carico del post comunità o della cura delle malattie cronico-degenerative.

Due grandi questioni oggi da affrontare

Nel percorso di riflessione ci si è soffermati a capire come costruire il network in relazione a due grandi questioni oggi prioritarie: l'*abitare* e il *lavorare*.

La questione abitativa Rileggendo le storie degli ospiti abbiamo visto come vi sia un diffuso bisogno di residenzialità. Persone prive di supporti familiari e sociali, con una storia di emarginazione alle spalle, che finiscono per trovare nella comunità un riparo dove sostare. Persone che necessitano di un accompagnamento relazionale leggero, non di trattamenti intensivi, e di un luogo affettivo oltre che fisico. Alcune hanno anche perso l'iscrizione anagrafica e sono senza residenza.

Come scrivono Maurizio Coletti e Leopoldo Grosso: «A fianco della comunità terapeutica si avverte oggi l'esigenza di strutture residenziali non direttamente finalizzate all'obiettivo dell'emancipazione dalla dipendenza, ma al raggiungimento di risultati misurati da un rapporto di maggior compatibilità con l'uso di sostanze psicoattive e un'augmentata qualità della vita»⁽⁶⁾.

6 | Coletti M., Grosso L., *op. cit.*, p. 443.

C'è dunque oggi una questione abitativa per le persone più fragili e vulnerate da anni di vita ai margini. Una questione che non può essere affrontata solo da SERD e comunità, ma chiede politiche sociali e abitative che incentivino la creazione di case famiglia, forme di *co-housing*, appartamenti protetti.

Sperimentazioni sono già in atto e prevedono ad esempio coabitazioni con la supervisione e l'affiancamento di un educatore. Agli utenti viene dato un sussidio settimanale e a chi può si richiede una quota di partecipazione economica. Negli appartamenti è vietato introdurre sostanze ed è richiesto l'impegno a non farne uso. L'intervento dell'educatore è di supporto organizzativo e gestionale.

Questi appartamenti protetti sono pensati per chi presenta aspetti di cronicità, ha già fatto diversi programmi terapeutici, non ha una famiglia né può mantenersi economicamente. In queste sperimentazioni è importante il coinvolgimento del servizio sociale comunale (per accedere alle risorse cittadine) e di quanti (agenzie di edilizia pubblica, organizzazioni cattoliche e laiche) possono mettere a disposizione ed eventualmente gestire gli appartamenti. Indispensabile è anche l'integrazione con il territorio, altrimenti le persone non sanno come impegnare il tempo diurno e quali altri luoghi frequentare che non siano i soliti luoghi dello spaccio.

Altri interventi sperimentati in questi anni riguardano le persone che hanno ottenuto un alloggio di edilizia popolare ma non sono in grado di gestirlo: l'abitare infatti è una competenza che richiede accompagnamento. Anche per queste persone si prevedono laboratori occupazionali in cui dare senso al tempo e acquisire qualche autonomia, con l'affiancamento di un operatore che diventa come un tutor nella gestione dell'alloggio (verifica ad esempio le scadenze di pagamento delle bollette) e della persona (la accompagna a visite mediche e ai servizi sociali di zona, la affianca per le pratiche di accertamento dell'invalidità o eventuali problematiche giudiziarie, la aiuta nell'organizzazione della settimana, monitora e somministra la terapia, si adopera per farle ottenere un amministratore di sostegno...).

La questione del lavoro L'altra grande questione è oggi quella dell'inserimento lavorativo nel post comunità. Se manca la possibilità di essere impegnati in una attività lavorativa una volta completato il percorso in comunità, si rischia di vanificare tutti gli sforzi fatti. Il tempo «vuoto» aumenta infatti le probabilità di una ricaduta. Per questo a volte si finisce per procrastinare la data di dimissione dalla comunità.

Certo oggi, in tempi di crisi in cui perdono il lavoro operai, impiegati e professionisti, si riducono le opportunità per quanti provengono da percorsi di fragilità. Questa constatazione non deve però scoraggiare dal cercarle e crearle nel tessuto produttivo locale, a partire proprio dalla consapevolezza che se manca questo tassello si rischia di non capitalizzare tutto il lavoro riabilitativo svolto.

Molte comunità, specie quelle che lavorano con una tipologia di utenza giovane e motivata, dedicano cura ed energie a strutturare questa fase: aiutando le persone nel costruire il curriculum, preparandole ai colloqui, promuovendo corsi professionalizzanti per acquisire competenze spendibili, facendo l'iscrizione al centro per l'impiego, contattando agenzie di ricerca lavoro, promuovendo tirocini retribuiti in ditte o cooperative o anche come volontariato in associazioni locali,

e accompagnando poi le persone nella rielaborazione della esperienza lavorativa. Si sente però l'esigenza di una ricerca lavoro più strutturata, non lasciata alle singole comunità, ma che coinvolga il Dipartimento per le dipendenze, il centro per l'impiego, altri attori locali.

Come per la questione abitativa, anche per la questione lavorativa si tratta di istituire tavoli cittadini ed eventualmente regionali per capire come a livello di politiche si possa dare dignità e futuro alle persone con storie difficili.

Riconoscere le persone fragili come dotate di diritto

Nel percorso è emersa più volte la fatica degli operatori (di SERD e comunità) a essere compagni di viaggio in queste storie difficili. Ma anche la consapevolezza che queste fatiche diventano più sopportabili se – ogni volta che si è scoraggiati e magari arrabbiati per le promesse disattese o le interruzioni dei percorsi – si tiene a mente che la sfida è, come scrive Marco Grignani, «riuscire a dare voce alle debolezze, alle fragilità, se vogliamo alla sensibilità e alla delicatezza di queste persone e riconoscere il loro diritto a esprimerle per poter cambiare contenuti sociali ormai impoveriti». Ciò «è fondamentale per farle sentire persone che esistono e hanno la possibilità di interagire con la realtà esterna e magari anche modificarla»⁽⁷⁾.

Si apre poi oggi una sfida cruciale a livello culturale: far sì che la società non consideri le persone con storie di dipendenza solo come «pazienti», bensì come soggetti dotati di diritto a essere riconosciuti come parte integrante della città. «Senza la possibilità di dare voce alle storie fragili e senza la possibilità di riconoscere le persone fragili come dotate di diritto, non sarà possibile costruire alcun progetto di cura e riabilitazione».

7 | Grignani M., *Democrazia, concertazione, cittadinanza: prerequisiti per un programma riabi-*

litativo, in «Annali di neurologia e psichiatria», XCII, 2, 1998, p. 58.

GLI AUTORI

Le riflessioni presentate in quest'inserto sono l'esito di un percorso di riflessione, promosso dal SERD e dalle comunità terapeutiche del Dipartimento per le dipendenze dell'ULSS 6 di Vicenza.

Il percorso è stato coordinato da **Francesco d'Angella** (dangella@studioaps.it) che, insieme a **Roberto Camarlinghi** (rcamarlinghi@gruppoabele.org), ha curato il report finale.

All'interno delle riflessioni scaturite dal percorso è ospitato un contributo di **Leopoldo Grosso** (leouds@interfree.it), psicologo psicoterapeuta, esperto di problematiche di dipendenza, autore (insieme a Maurizio Coletti) del volume *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti* (Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011).

IL PROGETTO

Al percorso, volto a precisare la funzione delle comunità terapeutiche, hanno partecipato: **Patrizia Balbo**, **Emanuele Goldin** (cooperativa sociale Nuova Vita), **Alessandro Bellin** (coop. soc. Cosmo), **Giovanni Carollo** (coop. soc. Cà delle Ore), **Valeria Carli** (Centro Vicentino di Solidarietà CEIS), **Francesco Dagnello** (associazione Il Borgo), **Ornella Galuppi**, **Matteo Ferracin** (Fondazione di Partecipazione San Gaetano), **Eleonora Menin** (comunità terapeutica Villa Silenzi, coop. soc. Nova), **Caterina Sucurro** (coop. soc. Airone), **Davide Tognato** (Comunità Papa Giovanni XXIII), **Vincenzo Balestra**, **Cristina Banzato**, **Roberto Cavion**, **Enzo Gelain**, **Lidia Piccolo**, **Davide Toffanin**, **Rosalba Tunno** (SERD ULSS 6 Vicenza).