



Comunità Terapeutica Residenziale per Donne con Figli

PROGRAMMA ATTIVITÀ

***Unità di Offerta tipo C1 Area Dipendenze
Unità di Offerta CTRP Area Salute Mentale***

Sede: Viale San Marco, 172/1 – 30173 Mestre Venezia

Responsabile del Servizio: Dott.ssa Nicoletta Capra

Telefono: 348/7701133 041/2750853

Email: n.capra@comuve.it

Programma delle Attività di Casa Aurora
Revisionato il 5 settembre 2017
Revisione n. 6, approvata dalla Direzione.
Responsabile Revisione: dr.ssa Nicoletta Capra

INDICE DEI CONTENUTI

PREMESSA	5
1. CASA AURORA	8
1.1 A chi è rivolta?	9
1.2 L'equipe curante	10
1.3 L'ente gestore	12
1.4 Cenni storici	13
1.5 Rete e partner	14
2. IL SERVIZIO OFFERTO	16
2.1 Procedure d'ingresso	16
2.2 L'ingresso	17
2.3 Le Fasi e i tempi del percorso di cura	18
2.4 Dimissioni	19
2.5 Trattamenti farmacologici e indicatori dell'uso di sostanze	21
2.6 Assistenza sanitaria	22
3. IL MODELLO DI PRESA IN CARICO	23
3.1 Il progetto terapeutico individualizzato	20
3.1.1 <i>Il PTI dell'adulto</i>	23
3.1.2 <i>Il PTI del minore</i>	24
3.1.3 <i>Il PTI della relazione madre-bambino</i>	28
3.2 Le attività educative	30

3.2.1 Le attività educative per gli adulti	33
3.2.2 Le attività educative per i minori	33
3.3 La famiglia	35
3.3.1 I papà dei minori	36
3.3.2 La famiglia d'origine e i nonni dei minori	37
3.3.3 I contatti con la famiglia e le visite	37
3.4 La formazione	39
3.5 Orientamento Professionale	39
4. IL GOVERNO CLINICO: QUALITÀ E VERIFICA DEL SERVIZIO OFFERTO	41
4.1 Il Governo Clinico: gli strumenti	41
4.2 Definizione degli obiettivi, valutazione degli interventi e verifica dei risultati	42
5. PROGETTI CORRELATI AL PROGRAMMA TERAPEUTICO	45
5.1 Progetto psicomotricità relazionale	45
5.2 Progetto musica: "scrivo la mia canzone"	46
5.3 Progetto equilibrato "gruppo avventura"	47
APPENDICE A- Sintesi del programma e Regolamento interno di Casa Aurora	49
APPENDICE B- Modulo di dichiarazione per l'interruzione del programma e l'abbandono della Comunità	58
APPENDICE C- Modulo di consenso utilizzo dati ed informazioni	59

PREMESSA

È noto che numerose situazioni di tossicodipendenza si associano alla condizione di genitorialità: un fenomeno che comporta rilevanti implicazioni per la messa a punto di dispositivi di cura specifici sia per le donne con problemi di uso/abuso di sostanze sia per i loro figli inevitabilmente coinvolti (in modo diretto o indiretto) all'interno di queste problematiche.

Quando si manifesta una problematica di abuso di sostanze, la donna appare in condizioni di maggiore vulnerabilità ed esposta a un numero maggiore di rischi per la salute fisica, rispetto ai tossicodipendenti uomini. La situazione diventa ancora più complessa nel caso di tossicodipendenti madri, sulle quali ricadono anche gli oneri connessi al ruolo di genitore.

In aggiunta a tutte le problematiche connesse con la pratica tossicomane, spesso queste donne nutrono la paura di essere punite dai Servizi, timore che porta a reazioni di chiusura, di conflitto, di vera e propria fuga e ad un "rifluire" nel mondo del sommerso.

Queste donne si sentono, infatti, particolarmente osservate e giudicate e i comportamenti di fuga assumono più aspetti: dal fare a meno dell'assistenza specialistica durante la gravidanza per timore di azioni giudiziarie, al rinunciare alla richiesta di sussidi economici per il figlio o le pratiche di iscrizione agevolate agli asili nido, al parto in casa per evitare l'automatismo della segnalazione al tribunale per i minori per la nascita di un figlio in stato carenziale.

Al di là delle problematiche tossicologiche, riuscire ad esercitare un ruolo materno in una condizione di fragilità, all'interno di un contesto familiare e relazionale disfunzionale o già gravemente compromesso, diviene una condizione di difficile attuazione.

In aggiunta a tutto questo, se nella donna tossicodipendente prevale la percezione del Servizio come di un'istituzione lontana, distaccata e, in taluni casi persino "nemica", si corre il rischio che i suoi bisogni di madre rimangano inespressi e che la gravidanza, e successiva maternità, rimangano prive di quella necessaria assistenza socio-sanitaria.

Svolgere la funzione materna e i compiti di accudimento in una forma sufficientemente buona per la crescita armoniosa del minore e, dunque, in una forma in cui le funzioni genitoriali svolte prevalgono sulle carenze, comporta la necessità di poter seguire un percorso di accompagnamento articolato, coordinato ed integrato, all'interno del quale i Servizi prendono in esame i vari aspetti problematici della situazione, che spaziano dall'ambito sociale, a quello psicologico, sanitario, economico e legale.

In primis, la questione del divezzamento farmacologico, e successivamente poter svolgere una attività valutativa sullo sviluppo delle qualità relazionali nel rapporto madre/bambino, affrontare e risolvere i nodi conflittuali individuali e con la famiglia

d'origine ed eventualmente con il partner. Inoltre i percorsi di successiva inclusione sociale e lavorativa devono tener conto delle specificità della condizione femminile e materna, che richiede opportunità di conciliazione lavoro-famiglia più raffinate.

Questi sono solo alcune delle questioni che rendono delicata e difficile la presa in carico di una madre tossicodipendente che richiama l'attenzione e l'assistenza di molte figure professionali

dell'universo socio-sanitario e che implica il confronto di background culturali ed esperienziali da parte di operatori afferenti a Servizi diversi.

La presa in carico di queste situazioni deve prevedersi fortemente orientata ad una impronta multi e interdisciplinare, all'interno della quale le diverse istituzioni, servizi e professionalità coinvolte sono chiamate a momenti di raccordo, confronto e comunicazione reciproca al fine di favorire gli esiti di successo dei trattamenti.

Anche la letteratura, pur approfondendo in modo interessante alcuni aspetti della genitorialità, all'interno della pratica tossicomana, presenta il limite di una notevole frammentarietà degli approcci seguiti.

È fortemente sentita, dunque, la necessità di individuare i caratteri della forma più adeguata di una presa in carico integrata tra i Servizi, in modo creare un protocollo con interventi che non siano settorializzati e che, in un certo modo, riflettano la scissione insita nella patologia tossicomana.

In particolare, occupandoci di genitorialità, è lecito pensare che i possibili ambiti d'intervento siano due: la famiglia e la rete sociale. Ricostruire le condizioni per un pieno recupero delle funzioni genitoriali costituisce l'obiettivo d'intervento prioritario, grazie al quale anche il destino del bambino può trovare delle condizioni di benessere e di crescita armoniosa.

A questo proposito, è opportuno sottolineare che il bambino non va considerato come un ausilio terapeutico per la risoluzione delle problematiche tossicomane della madre. Semmai è la condizione mentale di maternità che si iscrive nella potenzialità di un rafforzamento dell'identità di genere, che comporta l'interiorizzazione di responsabilità auto ed etero dirette, un miglioramento dell'autostima, un controllo degli impulsi, la compensazione di vuoti affettivi e così via.

Rispetto ai minori, i recenti studi su gli Addicted babies (bambini nati dipendenti dalla droga in quanto figli di donne tossicodipendenti) mostrano come l'esposizione precoce alle sostanze possa essere considerata, una forma di maltrattamento precoce tale da poter causare disarmonie sostanziali, sia a breve che a lungo termine, sullo sviluppo dei bambini.

Il numero di bambini con deficit alla nascita dovuti all'abuso materno di droghe in gravidanza è un fenomeno drammaticamente aumentato negli ultimi anni: si tratta di

una popolazione ad alto rischio che potrebbe vedere compromesso il proprio percorso evolutivo a causa dell'impatto fisiologico e psicologico che la precoce esposizione alle droghe può causare durante lo sviluppo.

L'esposizione prenatale a sostanze di abuso, infatti, non è correlata solo con alterazioni strutturali e somatiche, nella maggior parte evidenti alla nascita o poco dopo, ma si estende anche a disturbi funzionali e anomalie comportamentali che possono manifestarsi anche ad anni di distanza dalla nascita stessa.

Esiste anche un'ampia letteratura relativa alle caratteristiche comportamentali di questi bambini e alla qualità delle loro interazioni precoci, soprattutto in relazione alla madre e alle

competenze materne. I dati evidenziano, un profilo spesso caratterizzato da aggressività, impulsività, e distruttività con elevata incidenza di manifestazioni psicopatologiche che sembrano perdurare fino all'età scolare.

Per queste ragioni il modello di presa in carico di madre e bambino è inevitabilmente complesso, ed altamente specializzato garantendo la presa in cura di tutti i portatori di interesse: madre – bambino e relazione madre/bambino, al fine di assicurarne l'efficacia.

La comunità, intesa come strumento di cura, deve garantire risposte sia ai bisogni specifici della madre, sia ai bisogni specifici del bambino, i cui bisogni, come abbiamo accennato, sono altrettanto complessi e diversificati.

Attenzione inoltre viene data alla rete sociale che costituisce l'ambito più allargato d'intervento, al fine di costruire o ri-costruire dei solidi riferimenti, a conclusione del programma terapeutico, per madre e bambino e allo scopo di evitare le recidive e fornire delle condizioni per "un accompagnamento" in un'ottica temporale di lunga durata, oltre gli usuali schemi assistenziali.

A cura dell'èquipe di Casa Aurora

1. CASA AURORA

"Casa Aurora" è attiva dal 1996 ed è gestita dalla cooperativa sociale Comunità di Venezia. È nata come progetto pilota della Regione Veneto, in collaborazione con l'Università degli Studi di Padova, e successivamente si è avvalsa, per la supervisione scientifica, di esperti del settore nazionali ed esteri. "Casa Aurora" si colloca, nel territorio regionale e nazionale, come dispositivo di cura, integrato ad altri, a disposizione dei Ser.D., dei Dipartimenti per la Salute Mentale e dei Servizi Sociali di Tutela per i Minori e del Tribunale per i Minorenni.

"Casa Aurora" è in possesso dell'autorizzazione ed accreditamento in base alla L.R. 22\2002 per le seguenti unità di offerta:

- Comunità Terapeutica specialistica madre bambino, Area Dipendenze, Unità di Offerta tipo C1: Autorizzazione dgl n. 185 del 11.6.2014. Accreditamento rinnovato nel dicembre 2014 con esito positivo.
- Comunità terapeutica riabilitativa protetta (CTRP), Area Salute Mentale: Autorizzazione dgl n. 76 del 14.10.2014. Accreditamento dgl n. 1297 del 22.7.2014

"Casa Aurora" si avvale di:

- Una sede sita a Mestre (Viale San Marco, 172/1- 30173 Mestre) dove viene svolta l'attività terapeutica residenziale: le coppie madre – bambino sono seguite 24 h dall'equipe di educatori e psicologi nelle loro diverse attività quotidiane, terapeutiche ed educative;
- Una sede sita a Venezia centro storico (Cannaregio 2991, 30121 Venezia) dove vengono ospitate le coppie 'madre e bambino' giunte alla fine della fase residenziale del programma pronte a vivere, insieme ad altri ospiti, in un contesto maggiormente autonomo nel quale potersi sperimentare sia da un punto di vista genitoriale, sia sociale che, professionale e lavorativo;
- Due appartamenti (ad uso civile) a Venezia Centro Storico che ospitano: coppie madre- bambino in progetti di monitoraggio post dimissioni e nuclei famigliari (padre- madre -bambino) su progetti specifici volti al supporto, monitoraggio e valutazione di famiglie a rischio.

"Casa Aurora", i cui servizi sono inseriti nei Piani di Zona dell'Azienda ULSS 3 Serenissima (già Ulss 12 Veneziana, che insiste sui Comuni di Cavallino Treponti, Marcon, Quarto d'Altino e Venezia) si integra appieno nel sistema dei servizi socio sanitari cittadini e per tale motivo dedica particolare cura nel promuovere ed attivare un lavoro di rete che si

costituisce come contenitore protettivo allargato. Partecipa alla rete dei servizi del Dipartimento per le Dipendenze ULSS 3 Serenissima, per la presa in carico delle madri tossicodipendenti con figli.

I servizi prevalentemente coinvolti anche nel progetto di cura in comunità sono:

- Ser.D. servizi invianti la maggior parte dell'utenza adulta;
- C.S.M. (Centri di Salute Mentale Territoriali)
- Servizi Sociali Tutela Minori – Consultori Familiari;
- Tribunali per i Minorenni;
- Servizi Ospedalieri (Pediatria-Neonatologia, Ginecologia, Malattie Infettive);
- Medicina e Pediatria di Base;
- Consultori Familiari;
- Neuropsichiatria Infantile;
- Scuole Materne – Asili Nido;
- Enti e Associazioni del Territorio Veneziano;
- Organizzazioni di imprenditoria sociale (consorzi e singole cooperative sociali di reinserimento lavorativo)
- IPAB ("I.R.E.", "Opera Pia Istituti Riuniti Patronato di Castello e Carlo Coletti", Istituto S. Maria della Pietà, Istituzione Veneziana).

1.1 A chi è rivolta?

La Comunità Terapeutica Casa Aurora si prende cura di madri tossicodipendenti con figli, madri con diagnosi psichiatrica / o con doppia diagnosi e madri in situazione di disagio sociale, insieme ai loro bambini proponendo programmi di trattamento terapeutico riabilitativo, volti anche al reinserimento socio-lavorativo delle donne ospitate e al recupero delle loro funzioni genitoriali.

"Casa Aurora" accoglie nello specifico donne:

Come unità di offerta di tipo C1 Area Dipendenze:

- tossicodipendenti o alcolodipendenti con figli (sono ammessi ingressi di donne in trattamento farmacologico o sostitutivo) per progetti residenziali di disintossicazione da sostanze, valutazione e intervento sulla funzione genitoriale e monitoraggio del benessere del bambino;

- tossicodipendenti/alcolodipendenti in gravidanza a tutela e protezione del futuro bambino e supporto della futura genitorialità;

- tossicodipendenti/alcolodipendenti separate momentaneamente dai figli per costruire progetti specifici di supporto e valutazione alla funzione genitoriale;

Come unità di offerta di tipo di tipo riabilitativa protetta (CTRP), Area Salute Mentale:

- con patologie psichiatriche con figli (sono ammessi ingressi di donne in trattamento psicofarmacologico) per progetti residenziali di valutazione e intervento sulla funzione genitoriale e monitoraggio del benessere del bambino;

- con patologie psichiatriche in gravidanza a tutela e protezione del futuro bambino e supporto della futura genitorialità;

- con patologie psichiatriche separate momentaneamente dai figli per costruire progetti specifici di supporto e valutazione alla funzione genitoriale.

1.2 L'equipe curante

L'equipe di Casa Aurora è multidisciplinare composta cioè da diverse professionisti (psicologi, psicoterapeuti, psicomotricisti, ricercatori ed educatori) che collaborano sinergicamente allo scopo di costruire e sviluppare un pensiero e un intervento congiunto sulla paziente, sul bambino e sulla loro relazione.

Attraverso l'integrazione di più "vertici" di osservazione e partecipazione emotiva è possibile acquisire una più profonda conoscenza ed una migliore comprensione dei pazienti e ad identificare in maniera più chiara gli obiettivi terapeutici ed educativi per la diade.

In virtù delle differenti categorie professionali di cui si compone, l'equipe opera quindi su più livelli. Una volta delineato un profilo globale della paziente, del bambino e della loro relazione vengono identificati degli obiettivi educativi e terapeutici specifici da perseguire, monitorare e, in caso, modificare nel corso della permanenza all'interno della struttura

DIREZIONE
Dr.ssa Nicoletta Capra
VICE DIREZIONE
Dr. Cristian Prandini

AREA CLINICA	AREA EDUCATIVA	AREA AMMINISTRATIVA
<p>Psicoterapia Individuale</p> <p>Dr. Cristian Prandini Psicologo Psicoterapeuta Abilitato trattamento EMDR</p> <p>Dr.ssa Laura Dalla Cia Psicologa Psicoterapeuta</p> <p>Psicoterapia di Gruppo</p> <p>Dr.ssa Nicoletta Capra Psicologa Psicoterapeuta Abilitata trattamento EMDR</p>	<p>Equipe Educatori</p> <p>Ed. Prof. Federica Cappelletto Coordinatrice</p> <p>Ed. Prof. Dr.ssa Veronica Paganin Ed. Prof. Dr.ssa Maddalena Papa Ed. Prof. Marco Corrente Dr.ssa Roberta Tamiello Dr.ssa Francesca Darin Dr.ssa Daniela Contratti Dr.ssa Cindy Bosello Dr. Mario Carlucci Dr. Cristian Battistella OP. C.T. Marzia Violo</p>	<p>Responsabile</p> <p>Dr.ssa Barbara Cibirin</p> <p>Segreteria</p> <p>Dr.ssa Sabrina Guidotto</p>
<p>Attività Clinica e di Ricerca Madre-Bambino</p> <p>Dr.ssa Francesca De Palo Psicologa età evolutiva</p> <p>Dr.ssa Maddalena Papa Educatrice e Psicomotricista</p> <p>Dr. Alessio Porreca, psicologo</p>	<p>Orientamento lavorativo</p> <p>Ed. Prof. Marco Corrente OP. C.T. Marzia Violo Dr.ssa Sabrina Tripodi</p>	<p>Pediatre di Famiglia</p> <p>Dr.ssa Silvia Girotto Dr.ssa Enrica Fornaro</p> <p>Medici di Medicina Generale</p> <p>Dr. Cintolo Tommaso</p>
<p>Sostegno Psichiatrico</p> <p>Dr. Marco Dall'Asta, Psichiatra Dr. Salvatore Russo, Psichiatra, Psicoanalista</p>	<p>Inf. Prof. Josè Mawete</p>	<p>Referente Volontari</p> <p>Anna Ruocco</p>
<p>Supervisor</p> <p>Dr. Alberto Semi, Psichiatra Psicoanalista</p> <p>Dr. Mauro Palmieri, Psichiatra</p> <p>Dr.ssa Alessandra Simonelli - Università degli Studi di Padova DPSS</p>		

1.3 L'ente gestore

La prima comunità per tossicodipendenti "Villa Renata" venne fondata nel 1984 per volontà unanime del Consiglio Comunale di Venezia che aveva acquistato una struttura residenziale al Lido di Venezia, affidandone la gestione alla locale Associazione Familiari dei Tossicodipendenti (A.F.T.). Inizialmente l'Associazione promosse incontri tra familiari e volontari, finalizzati – in un momento di totale assenza di strutture – ad affrontare l'emergenza droga, drammaticamente viva nella realtà territoriale veneziana.

Successivamente Villa Renata divenne una struttura di prima accoglienza, con un programma di circa 6 mesi finalizzato all'inserimento dei giovani con problemi di abuso di sostanze stupefacenti in comunità terapeutica, ai fini del trattamento e la riabilitazione.

Nel 1988, dopo aver gestito il programma terapeutico per conto dell'A.F.T., "Villa Renata" si costituisce come omonima Cooperativa sociale. La cooperativa nasce inizialmente per gestire la Comunità terapeutica Villa Renata, al Lido, per adulti maschi e femmine; e – successivamente – la Comunità terapeutica "Casa Aurora", in centro a Venezia, per madri con bimbi. I soci della cooperativa sono gli stessi medici, psicologi, educatori e operatori che lavorano nelle due Comunità.

La cooperativa nasce anche per gestire in modo più agevole ed efficace:

- La formazione professionale degli operatori e la supervisione clinica educativa
- La gestione diretta o la partecipazione a Progetti di ricerca e intervento al livello europeo, nazionale e regionale
- L'adesione ad associazioni di ricerca e organizzazioni professionali di livello europeo, nazionale e regionale
- La gestione di corsi di orientamento e formazione professionale per gli utenti
- L'organizzazione di eventi esterni ma collegati alle attività interne alle comunità.

Nell'aprile 2013, a ridosso di un trentennio di attività nel campo del trattamento e riabilitazione di persone con problematiche di droga, la Cooperativa Villa Renata decide di cambiare la propria denominazione sociale in "Comunità di Venezia Società Cooperativa Sociale" (d'ora in poi "Comunità di Venezia").

Tale cambiamento risponde all'esigenza di rinnovare l'immagine e rappresenta l'avvio di un nuovo percorso comunicativo volto a rappresentare in forma più efficace l'insieme dei dispositivi di assistenza rivolti a nuclei familiari madre e bambino (Comunità Terapeutica "Casa Aurora") e ai giovani e gli adulti di ambo i sessi (Comunità Terapeutica "Villa Renata").

1.4 Cenni storici

La Comunità Specialistica madre-bambino Casa Aurora è nata nei primi anni novanta grazie all'attenzione, la sensibilità e all'interesse specifico degli psicologi e degli operatori della Comunità Terapeutica "Villa Renata" in relazione ai bisogni specifici delle donne tossicodipendenti accolte nel programma residenziale per adulti, uomini e donne, al Lido di Venezia.

In seguito all'organizzazione e gestione di numerosi Seminari di studio sull'identità di genere e sulla relazione madre-bambino, sono nate a Venezia le prime realtà sperimentali di presa in carico della diade madre-bambino nel settore delle dipendenze patologiche: il progetto Aurora, in seguito Casa Aurora, gestita da Villa Renata, e Villa Emma, gestita dal Ceis di Mestre.

Negli anni seguenti Villa Renata ha promosso, in stretta collaborazione con l'Associazione e Istituto di ricerca "Irefrea Italia", numerosi Progetti sull'Identità di genere nel settore delle tossicodipendenze (IREFREA 2000; 2002) a livello europeo, nazionale e regionale.

In seguito ad uno di questi progetti, il Progetto Veneto di Assistenza Integrata alle Donne tossicodipendenti con figli (Progetto Provoid, 2006), che ha portato alla definizione delle Linee Guida regionali in questo settore, nel 2007 Villa Renata ha preso in gestione anche la comunità Villa Emma a Mestre, accreditata nel 2010 anche nell'Area della Salute Mentale come CTRP (Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta), per donne/madri con patologie psichiatriche (D.G.R. n 1907 del 27 luglio 2010).

1.5 Rete e partner

Le cooperative Comunità di Venezia S.C.S. e Novaurora S.C.S., il cui staff è impegnato nella gestione ordinaria delle due comunità m-b, sono supportate nel loro lavoro da un

insieme di associazioni e cooperative che collaborano attivamente nelle attività quotidiane, settimanali, mensili e progettuali.

Tra le cooperative leader segnaliamo:

- La cooperativa "Novaurora" che si propone a sostegno di situazioni di disagio giovanile e per adolescenti fragili e in situazione di rischio psicosociale. Novaurora si propone quale promotrice della cultura di genere a sostegno dei diritti e delle opportunità dell'identità femminile e dei diritti dell'infanzia attraverso attività di prevenzione, terapeutiche e riabilitative, per donne in situazioni di disagio, madri in difficoltà e minori;
- Il Consorzio "Eurovenezia", nato come naturale conseguenza della preziosa collaborazione tra le Cooperative Socie Comunità di Venezia, Novaurora e Non Solo Verde si propone di stimolare la collaborazione fruttuosa e lo scambio tra cooperative; fornire servizi di supporto (amministrativi, organizzativi, informatici, formativi, strutturali, ecc.) e di consulenza tecnica ed offrire quant'altro necessario alle cooperative consorziate per migliorare la loro efficacia operativa;
- La cooperativa sociale, "I.So.La. Online", è nata per agevolare il reinserimento lavorativo di donne in situazione di svantaggio sociale (madri tossicodipendenti, disoccupate di lungo periodo e con scarse qualificazioni scolastico - professionali).

Per le Federazioni e Associazioni:

- Irefrea Italia è la sezione italiana di un network europeo di Istituti di Ricerca, denominato "I.R.E.F.R.E.A." (Istituto di Ricerca Europeo sui Fattori di Rischio nell'Infanzia e nell'Adolescenza). Irefrea è una rete di Istituti di ricerca con sede in sei diversi paesi europei.
- "Euro-TC" (European – Treatment Centres) è una delle due federazioni a livello europeo che raggruppano le comunità terapeutiche di diversi paesi. Euro-TC, cui Villa Renata aderisce dagli anni '80, ha finalità di coordinamento tra le comunità e di miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Dal 2009 è stata avviata una stretta collaborazione con il "Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione" dell'Università di Padova attraverso un Progetto dal titolo: "Ricerca e intervento sui minori in Comunità per madri tossicodipendenti e figli: dalla genitorialità a rischio al benessere del bambino" Si tratta di un progetto che prevede una valutazione multimetodo e secondo un approccio longitudinale allo scopo di programmare e monitorare gli interventi sulla genitorialità e sullo sviluppo dei bambini

residenti in Comunità, individuando fattori di rischio per lo sviluppo e/o l'emergenza di vere e proprie sintomatologie di rilievo clinico.

2. IL SERVIZIO OFFERTO

2.1 Procedure D'ingresso

Invio/segnalazione: Le ospiti vengono inviate dal Ser.D., dai CSM e/o dai Servizi di Tutela Minori (Servizi referenti). Il primo contatto avviene, solitamente, tra operatori ma anche le donne, o i loro familiari, sono libere di accedere alle informazioni sulla struttura, per essere poi accompagnate a formulare una domanda ai loro Servizi referenti, che dovranno autorizzare l'eventuale ingresso in comunità, previa valutazione.

Procedure pre-ingresso: Il progetto di cura viene condiviso tra gli operatori dei Servizi referenti, gli operatori della comunità e il soggetto coinvolto. Dopo la prima segnalazione dei Servizi referenti, la donna viene invitata ad effettuare una serie di colloqui di valutazione con la responsabile delle Comunità e successivamente con un educatore.

I colloqui avranno lo scopo di:

- Conoscere la persona
- Raccogliere una anamnesi (la storia, notizie sulla famiglia, sull'eventuale partner, dati relativi alla tossicodipendenza, i trattamenti farmacologici in atto, conoscere il percorso di gravidanza e maternità, raccogliere informazioni mediche.)
- Valutare la motivazione al trattamento
- Analizzare le risorse interne ed ambientali
- Conoscere la situazione del minore ed i suoi bisogni
- Informare sulla comunità, sulle metodologie, fasi e durata media del percorso.

La paziente è invitata a visitare la struttura e a visionare l'ambiente, dove verrà informata sulle regole interne della struttura, sui suoi diritti e suoi propri doveri.

Verrà autorizzato l'ingresso solo dopo il consenso informato della donna sulle regole e sulle procedure della comunità (vedi l'allegato *Regolamento Interno di Comunità*).

La visita alla struttura prima dell'ingresso è consentita anche ai familiari e ai padri dei minori.

Collocamento urgente: a seguito di segnalazioni urgenti del tribunale dei minorenni o per impegni organizzativi dati dalla lontananza del luogo di provenienza dei servizi inviati, le procedure informative di pre-ingresso non potranno essere svolte. Il gruppo curante si

impegna a dare tutte le informazioni riguardanti la comunità all'effettivo ingresso delle pazienti.

2.2 L'ingresso

Prima dell'ingresso, solitamente, l'équipe si incontra con gli operatori dei Servizi referenti, per definire il progetto e individualizzare gli obiettivi dell'intervento.

Data di ingresso: La data dell'ingresso verrà fissata a seguito di una condivisione tra i servizi invianti e gli operatori della comunità. Per ragioni organizzative non sono previsti ingressi di Sabato e Domenica o durante le festività. Si richiede il rispetto degli orari stabiliti.

Al momento dell'ingresso:

Procedure di controllo: prima di prendere possesso della stanza gli educatori, con la collaborazione dell'utente, prenderanno visione di tutti gli effetti personali, con lo scopo di assicurarsi che non venga introdotto in struttura nulla che possa nuocere o mettere in difficoltà bambini e adulti, o che possa compromettere in qualche modo il percorso di cura (sostanze, farmaci, oggetti non permessi dal regolamento, oggetti con i quali ci si possa ferire). Il controllo verrà effettuato in presenza dell'ospite con modalità di controllo sui contenuti delle valigie, borse e di quanto indossato. Durante il percorso di cura, se ritenuto necessario ai fini di tutela degli ospiti (minori e adulti) e della comunità in generale, gli operatori chiederanno la collaborazione delle ospiti per la verifica delle stanze e di ciò che in esse è contenuto. Al ritorno dalle uscite le ospiti sono tenute, sempre ai fini di tutela dell'ambiente e di chi viene accolto, a far visionare le borse personali.

Accompagnamenti dei familiari: le ospiti potranno essere accompagnate in struttura dai propri cari (ad eccezione dei familiari tossicodipendenti attivi). Ai familiari verrà richiesto di sostare unicamente nelle zone comuni della comunità, e di lasciare la struttura non appena richiesto dagli operatori.

Case manager: Al momento dell'ingresso verrà assegnato ad ogni ospite un operatore ed un terapeuta di riferimento il cui nome e recapiti verranno resi noti anche ai familiari e ai servizi referenti. I familiari potranno riferirsi alla coppia terapeuta-educatore (attraverso appuntamenti telefonici o colloqui in struttura) per ogni necessità e per essere

informati, nel limite del rispetto della privacy della paziente, sull'andamento del percorso terapeutico.

Stanza: All'ingresso verrà assegnata a ciascuna coppia madre- bambino una stanza. Questa potrà essere doppia, in condivisione con una altra coppia madre-figlio, o singola. La stanza, nel corso della permanenza in comunità, potrà essere modificata per qualsiasi motivo ritenuto idoneo dal gruppo curante. I danni procurati alla struttura per noncuranza dell'ospite saranno a carico dello stesso.

2.3 Le Fasi e i tempi del percorso di cura

Il percorso terapeutico verrà monitorato sia internamente alla struttura, attraverso il lavoro di équipe, sia con il confronto tra gli operatori della comunità e i Servizi referenti, attraverso incontri programmati a cadenza bimestrale.

Verranno inoltre inviate dagli operatori di riferimento della comunità le relazioni di aggiornamento ai Servizi e, se necessario o richiesto, al Tribunale per i Minorenni. Solo le ospiti interessate possono essere messe al corrente del contenuto di tali relazioni, che invece non verranno fornite direttamente a familiari o avvocati.

Il programma ed i suoi tempi vengono stabiliti sulla base di un progetto individuale (PTI), concordato tra operatori della comunità, servizi referenti e soggetto coinvolto.

Generalmente le fasi si differenziano in:

- **Una prima fase** di acclimatamento, necessaria per inserirsi nei ritmi e nelle abitudini della comunità. Nel primo mese la paziente verrà aiutata dagli operatori a gestire l'astinenza, a comprendere appieno lo strumento di cura, a favorire l'ambientamento del proprio figlio\la. Nei mesi successivi, almeno 5, la paziente verrà coinvolta nell'obiettivo di giungere ad una valutazione psicodiagnostica obiettiva, sia riguardante la propria persona, che il figlio\la. Al termine di questo primo periodo, verrà formulato e condiviso il Progetto Terapeutico Individualizzato, per la paziente adulta e per il minore.
- **Percorso di cura** e raggiungimento degli obiettivi concordati
- **Un' ultima fase** di reinserimento socio lavorativo durante la quale la paziente sarà maggiormente coinvolta nella realtà territoriale.

Le ospiti risiederanno presso la sede operativa centrale (Casa Aurora, Viale san Marco 172/1, Mestre Venezia) e, se concordato con l'équipe e valutato opportuno, verranno trasferite, nei mesi che precedono la dimissione, nella sede di reinserimento sita a Cannaregio 2991, Venezia. Degli eventuali passaggi di sede verranno informati tutti i Servizi (e condivisi con gli stessi) ed eventualmente il Tribunale per i Minorenni.

L'utente ha il diritto di essere informata in maniera continuativa sull'andamento del proprio percorso, questo attraverso uno stretto rapporto quotidiano con l'educatore di riferimento, attraverso le riunioni di gruppo condotte dagli educatori e attraverso degli incontri periodici con la responsabile del Servizio.

A cadenza programmata, invece, vengono formalizzati degli incontri di "restituzione" alla presenza della responsabile, dell'operatore di riferimento e di altro operatore, all'interno dei quali si valuta il raggiungimento degli obiettivi e l'andamento del percorso in generale, sia individuale sia concernente la relazione madre-bambino. Viene tenuto verbale di ogni restituzione. Vengono programmati, inoltre, momenti di incontro, di monitoraggio e di valutazione interservizi, almeno bimestrali.

La durata media del percorso di cura è di 18/24 mesi, prorogabile se in accordo con i servizi invianti.

2.4 Dimissioni

La conclusione del trattamento può avvenire secondo varie modalità:

Trattamento concluso: la paziente ha conseguito gli obiettivi concordati in tempi compatibili con quelli programmati. Ci si riferisce sia ad obiettivi di cura, di responsabilità genitoriale, sia al raggiungimento di una autonomia abitativa ed economica; Qualora ci siano prescrizioni da parte del Tribunale per i Minorenni, la dimissione avverrà qualora il Giudice Tutelare acconsenta e modifichi il decreto a favore di un collocamento del minore con la madre e in una sede diversa da quella della comunità. Per facilitare tale passaggio, la comunità, insieme ai Servizi di Tutela Minore, aggiorneranno il Tribunale ogni quattro mesi sull'andamento del percorso e sul raggiungimento degli obiettivi che portano alla graduale ri-assunzione autonoma delle responsabilità rispetto all'accudimento fisico, affettivo e relazionale del figlio.

Dimissione concordata: la data di dimissione della/ paziente è anticipata rispetto ai tempi previsti, ma avviene in accordo tra paziente, Ser.D. e Comunità (esempio:

precoce raggiungimento degli obiettivi concordati, mancanza di possibili e ulteriori evoluzioni, limiti di budget da parte dei Servizi etc.) e la Tutela Minori; queste dimissioni possono prevedere anche la formulazione di progetti di collocamento, affido e tutela per i minori, diversi da quelli inizialmente ipotizzati

Passaggio ad altra sede: la paziente viene trasferita in una struttura di altro Ente Gestore, più idonea al raggiungimento degli obiettivi fissati;

Autodimissione*: la/il paziente interrompe il progetto di cura in modo unilaterale;

Allontanamento:** la paziente viene allontanata dal gruppo curante perché protagonista di gravi motivi comportamentali del paziente.

Al momento della dimissione verrà elaborata una relazione conclusiva inviata ai Servizi referenti. Se richiesto, viene rilasciata al paziente la dichiarazione di programma ultimato.

*Le ospiti sono libere di interrompere il percorso di cura e lasciare la struttura. Qualora vi sia un decreto del Tribunale per i Minorenni di collocamento del minore in comunità, gli operatori sono obbligati ad adempiere alle prescrizioni ivi contenute in merito al bambino/a. In questi casi verranno prontamente avvertiti i servizi referenti e il Tribunale per i Minorenni (tramite relazione scritta). In caso di auto dimissione o allontanamento, quindi, se previsto in termini di legge, i bambini non potranno lasciare la comunità unitamente alla madre, ma gli operatori della comunità dovranno seguire per loro le indicazioni date dai Servizi di Tutela Minori o dal Tribunale stesso.

**In alcune situazioni l'équipe potrà decidere, previa attenta valutazione, di sospendere il percorso di cura di un'ospite. In tal caso verranno concordate le modalità di sospensione con i servizi referenti.

I motivi per cui l'équipe può giungere alla temporanea o definitiva sospensione del progetto in comunità sono i seguenti:

- Utilizzo di sostanze d'abuso (eroina, cocaina, psicofarmaci non prescritti, alcool..) in struttura o fuori dalla comunità;
- Violenza fisica verso il minore o altre persone (adulti o bambini) ospiti o operatori in comunità;
- Non rispetto delle regole interne della comunità in maniera continuativa;
- Assenza Compliance al programma terapeutico: impossibilità da parte delle pazienti di costruire, anche nel tempo, un rapporto collaborativo e di fiducia con

i membri dell'equipe, mostrando ostilità, chiusura e diffidenza nei confronti del percorso di cura;

Nel caso di utilizzo di sostanze o violenza la sospensione può essere immediata.

2.5 Trattamenti farmacologici e indicatori dell'uso di sostanze

La comunità predispone un'auto-somministrazione del farmaco controllata dall'operatore

Sono ammesse persone in trattamento psicofarmacologico e/o sostitutivo, soprattutto se in stato di gravidanza. I trattamenti farmacologici e sostitutivi devono essere prescritti dal personale del Ser.D. e del CSM, che si deve rendere disponibile ad un costante controllo dello stato di salute della paziente e al continuo monitoraggio della terapia, o alla delega allo psichiatra della comunità per presa in carico della paziente per gli aspetti psichiatrici e farmacologici.

Farmaco sostitutivo (metadone, subutex): Prima della data concordata per l'ingresso è necessario che il medico referente del SerD, invii tramite fax la prescrizione del trattamento sostitutivo che necessita al paziente, contestualmente a Casa Aurora (fax 041 5205536) e al SerD Ulss 3 Serenissima Terraferma Veneziana (fax 2608240). Viene richiesta inoltre la compilazione della scheda statistica richiestaci dal SerD di Venezia, che viene inoltrata al Servizio inviante dalla direttrice della CT in fase di preaccoglienza. La modalità dello scalaggio del farmaco sostitutivo è a cura e in stretta collaborazione con il medico del SerD inviante.

Psicofarmaci o Farmaci generici: I farmaci, prescritti dal medico di medicina generale o dal medico psichiatra specialista (del CSM o della comunità) vengono rigorosamente conservati all'interno di locali blindati e messi a disposizione delle ospiti dagli operatori agli orari indicate dai medici e puntualmente registrati in un apposito schedario di carico / scarico dei farmaci.

Test dei metaboliti urinari: Qualora l'équipe lo ritenga necessario potrà svolgere, a sorpresa, dei test delle urine per verificare l'uso di sostanze illecite o benzodiazepine non prescritte. Nel caso il test risulti positivo, l'équipe, valutandone l'opportunità, è tenuta a riferirne il risultato ai servizi referenti, mentre rispetterà il volere dell'ospite rispetto alla privacy nei confronti dei familiari.

2. 6 Assistenza Sanitaria

Alle ospiti e ai minori viene garantito l'accesso all'assistenza sanitaria offerta dalla Ulss n.3 Serenissima, seguendo tempi e modalità previste dalla stessa.

Gli operatori mantengono un rapporto di stretta collaborazione con le strutture sanitarie dell'Ulss 3 Serenissima, per le cure relative ai minori (Reparti di Neonatologia e Pediatria), per le cure correlate alla tossicodipendenza (Reparti di Infettivologia) e per la cura delle patologie psichiatriche (Reparti di Psichiatria).

Tutti gli utenti della Comunità sono presi in carico, dal momento dell'ingresso in Comunità, dal Medico di Medicina Generale e dal Medico Pediatra di libera scelta. Le ospiti della Comunità, salvo urgenze, hanno la possibilità di recarsi dal medico nei giorni stabiliti per l'ambulatorio. I bambini verranno accompagnati dal Pediatra dalla propria madre, in presenza di un operatore. Il MMG e le Pediatre, inoltre effettuano visite programmate in comunità per un migliore monitoraggio dell'andamento sanitario.

Ai minori vengono garantite regolari vaccinazioni in collaborazione con il Distretto del territorio Ulss 3 Serenissima.

Per le visite specialistiche o per le cure odontoiatriche la comunità non garantisce collaborazioni o convenzioni con alcun Ente pubblico o privato. Le utenti sono libere di prenotare le proprie visite o cure, ove ritengono opportuno e dovranno seguire i tempi di attesa previsti e le indicazioni di pagamento fornite dai luoghi di cura autonomamente individuati. Gli educatori non possono garantire gli accompagnamenti, qualora le cure siano fuori provincia o regione. In tal caso, le utenti che ancora necessitano di un sostegno protettivo al di fuori della comunità, dovranno richiedere la collaborazione dei familiari.

3 IL MODELLO DI PRESA IN CARICO

Il modello di presa in carico di madre e bambino è complesso, altamente specializzato e garantisce la presa in cura di tutti i portatori di interesse: madre, bambino e relazione madre bambino, al fine di assicurarne l'efficacia.

L'impostazione teorico metodologica e la formazione degli operatori è di tipo psicodinamico relazionale. La presa in carico avviene attraverso un approccio multifocale (intervento a più livelli) e l'équipe lavora attraverso il metodo dell'équipe integrata: sviluppo di un pensiero e di un intervento sulla paziente attraverso l'integrazione di più "vertici" di osservazione e partecipazione emotiva rispetto alla stessa.

Il modello di presa in carico segue tre specifiche Macro-aree:

1. Osservazione: Mamme, bambini e la loro relazione sono osservati dagli operatori, sia nei momenti di vita quotidiana, sia all'interno di setting maggiormente strutturati. Nello specifico le osservazioni libere, non strutturate, sono il frutto delle informazioni raccolte dagli operatori nel vivere quotidiano; mentre quelle strutturate prevedono l'utilizzo di strumentazioni maggiormente standardizzate (test interviste video-registrazioni).

2. Valutazione: Dal 2009 all'interno della collaborazione con il "Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione" dell'Università di Padova viene applicata una batteria testistica volta alla valutazione: della personalità della mamma e delle sue capacità genitoriali e sullo sviluppo affettivo e relazionale del bambino;

3. Intervento: Per ogni singola diade viene pianificato un intervento ad hoc, che racchiude un insieme di obiettivi terapeutici ed educativi specifici, sintonizzato sulle risorse e sulle potenzialità della madre e del bambino. Questi obiettivi possono essere modificati e rielaborati sia sulla base di ogni progetto individuale che, sulla base dei cambiamenti osservati durante l'intervento.

3.1 Il progetto terapeutico individualizzato (PTI)

Dopo due mesi dall'ingresso in comunità, tempo necessario per l'acclimatamento e una obiettiva conoscenza della madre e del bambino, viene predisposto il *Progetto Terapeutico Individualizzato (P.T.I.)*, che verrà concordato con i Servizi Inviati. Il PTI viene redatto in base alla valutazione interdisciplinare che viene svolta dall'équipe nei confronti della paziente e della relazione di quest'ultima con il proprio figlio.

Il Progetto Terapeutico Individualizzato è:

- progetto inter-istituzionale tra operatori dei servizi sanitari e sociali
- progetto volto alla cura specialistica delle problematiche della tossicodipendenza \ psicopatologiche e della funzione genitoriale

La sua formulazione, sia per l'adulto che per il minore, avviene sulla base:

- delle caratteristiche dell'utente, della sua patologia, delle sue risorse e bisogni espressi (valutazione psicodiagnostica e sociale)
- delle capacità di supporto offerte dalle strutture terapeutiche e riabilitative del territorio, della famiglia, del contesto sociale e dei servizi di rete (valutazioni svolte in sede di UVMD)
- della motivazione al trattamento e della compatibilità alla presa in cura a lungo termine
- delle risorse familiari qualora ci siano (valutazioni svolte in sede UVMD o offerte dai servizi territoriali)
- del coinvolgimento del MMG e del Pediatra di Famiglia

Il Progetto Terapeutico Individualizzato comprende:

- gli obiettivi specifici che si vogliono ottenere
- le attività svolte e i tempi indicativi di realizzazione
- gli interventi di rete e le risorse sanitarie e non sanitarie eventualmente necessarie, non previste dalla Comunità
- le modalità di verifica e i risultati raggiunti

3.1.1 Il PTI dell'adulto

1 Fase di osservazione (Tempi dall'ingresso in Ct)

Molti indicatori sui principali obiettivi di trattamento e sui possibili esiti prognostici nascono dall'osservazione del vivere quotidiano delle pazienti. L'osservazione può essere guidata da indicatori macroscopici: come la tenuta in comunità (quante volte una paziente scappa o ricade e come lo fa), o agiti intenzionalmente aggressivi o violenti nei confronti del bambino o degli operatori; o da indicatori microscopici come la madre si relaziona con la comunità, non solo quando è sicura di essere vista, ma anche nei momenti più intimi e personali del suo quotidiano come per esempio nutre il bambino, come prepara la pappa, come parla del figlio, come parla di sé, come lo lava, come lo siede o come

lo offre all'altro, come favorisce i giochi, come lo pensa. Tali indicatori possono essere letti solo attraverso l'osservazione continua nel campo della comunità e nel suo essere viva 24 h su 24; 7 giorni su 7; 365 giorni all'anno. Tale tipo di osservazione, sicuramente molto costosa deve garantire il rispetto dell'etica nella inevitabile valutazione che gli operatori altrettanto responsabilmente devono svolgere.

2 Fase di valutazione (Tempi primi 6 mesi dall'ingresso in Ct)

La fase di valutazione psicodiagnostica si basa su osservazioni multiple e sulla somministrazione di una batteria di test che verificano la situazione clinica e diagnostica del paziente, preliminare per la formulazione del PTI. Al termine di ogni valutazione verrà stesa una relazione complessiva sul profilo di personalità emerso della paziente ponendo particolare attenzione sui fattori di rischio e di protezione legati alla funzione genitoriale. Tale elaborato verrà consegnato e condiviso con tutti i servizi invianti.

La batteria testistica prevede:

1) l'indagine sulla personalità della paziente attraverso

- *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II)*. Intervista semistrutturata per la diagnosi di presenza o assenza dei disturbi sull'Asse II del DSM-IV
- *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)*. Questionario autosomministrato a 90 item che valuta lo stato dei sintomi psicologici che il soggetto presenta in un specifico momento.
- *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*. Strumento clinicamente orientato per la valutazione dei disturbi di personalità. Le scale cliniche sono raggruppate in categorie di personalità e in psicopatologie specifiche per riflettere la distinzione fatta dal DSM-IV tra Asse I e Asse II.
- *Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)*. Sistema di valutazione della personalità, normale e patologica, che cerca di cogliere gli stili di personalità. Composta da 200 affermazioni, compilate dal clinico, che permettono di descrivere il funzionamento psicologico di un soggetto;

2) l'indagine sulle rappresentazioni d'attaccamento attraverso

- *Adult Attachment Interview (AAI)*. Intervista semistrutturata per valutare lo stato della mente del soggetto relativo alle relazioni d'attaccamento vissute durante l'infanzia
- *Adult Attachment Projective (AAP)*. Test costituito da 8 immagini che, ad

esclusione dell'immagine di riscaldamento, dipingono scene che sono in grado di attivare il sistema d'attaccamento;

3) l'indagine sulla sintomatologia e sulla valutazione neuropsicologica attraverso

- *Toronto Alexithymia Scale (TAS.20)*. Scala psicometrica per identificare la presenza nella difficoltà nell'identificare e comunicare i sentimenti;
- *Beck Depression Inventory (BDI)*. Strumento self-report che consente di valutare la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi.
- *Parenting Stress Index – short form (PSI-SF)*. Strumento self-report di 36 item, suddivisi in tre sottoscale, che misurano le principali componenti del sistema genitore-bambino;
- *Esame Neuropsicologico Breve (ENB-2)*. Strumento per lo screening di una valutazione neuropsicologica.

3 La fase di intervento (Nel corso di tutto il programma)

La fase d'intervento prevede l'attivazione dei dispositivi specialistici attivati a seconda dei bisogni e delle attitudini delle pazienti e degli obiettivi di cura che ci si pone.

I diversi dispositivi sono:

- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia di gruppo
- Psicodramma analitico
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Attività di counselling pedagogico
- Sostegno al reinserimento sociale/lavorativo
- Progetti psicoeducativi

3.1.2 Il PTI del minore

1. Fase di osservazione

Dall'ingresso in CT i bambini vengono osservati dagli operatori, sia nei momenti di vita quotidiana, sia all'interno di setting maggiormente strutturati.

- Le osservazioni libere sono il frutto delle osservazioni nel vivere quotidiano; gli operatori osservano e monitorano il progredire delle competenze del bambino nel corso del suo sviluppo; **(Tempi: dall'ingresso in CT)**
- Le osservazioni strutturate prevedono l'utilizzo di strumentazioni maggiormente standardizzate per seguire le traiettorie di sviluppo del bambino e poterne cogliere progressioni o possibili arresti evolutivi e/o difficoltà specifiche **(Tempi: ogni tre mesi dall'ingresso in Ct).**

2. Fase di valutazione (Tempi: nei primi 8-12 mesi di Ct)

Per tutti i minori residenti in Ct viene avviata una valutazione indiretta che prevede l'impiego di test specifici e standardizzati per la valutazione dell'adattamento e del comportamento del minore allo scopo di delineare una stima precisa del livello evolutivo raggiunto e di indagare in maniera mirata l'eventuale presenza e la gravità di determinate aree sintomatologiche.

Tale valutazione effettuata prendendo in considerazione il punto di vista delle madri, degli educatori, dei clinici vicini al minore permette di sondare le differenti percezioni che si hanno del bambino e di integrarle in un'immagine univoca e condivisa.

Lo stesso protocollo valutativo viene somministrato a diversi intervalli durante la permanenza della diade all'interno della comunità, con lo scopo di monitorare gli interventi e i potenziali cambiamenti, così come quello di identificare eventuali aspetti di pericolo o di aumentato rischio che potrebbero richiedere interventi e modalità di assistenza maggiormente specifici.

La batteria testistica prevede l'utilizzo:

- *Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)*. Intervista semistrutturata volta a valutare il livello di adattamento del bambino attraverso l'indagine approfondita di diverse aree tematiche (comunicazione, abilità quotidiane, socializzazione, abilità motorie).
- *Child Behaviour Check-List (CBCL)*. Questionario che valuta il profilo delle relazioni sintomatiche del Bambino, indagando le sue responsabilità sociali e i suoi problemi comportamentali.
- *Attachment Q-Sort (AQS)*. Strumento volto a valutare la sicurezza del legame di attaccamento attraverso il confronto tra il comportamento osservato del bambino all'interno di situazioni di vita quotidiana e 90 item che rispecchiano le categorie di attaccamento sicuro o insicuro.

3. Fase di intervento (Tempi: successivamente alla fase di valutazione)

La fase d'intervento prevede l'attivazione dei dispositivi specialistici attivati a seconda dei bisogni e delle necessità dei bambini e degli obiettivi specifici predisposti per supportare il loro sviluppo.

I diversi dispositivi sono:

- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia di gruppo
- Psicomotricità relazionale
- Progetti psicoeducativi

3.1.3 PTI della relazione madre-bambino

1-2 Fase di osservazione/ valutazione (Tempi: dall'ingresso in Ct ogni tre mesi)

L'osservazione (libera e strutturata) rappresenta lo strumento elettivo per il monitoraggio e la valutazione della relazione tra la madre e il bambino. L'osservazione delle dinamiche interattive del bambino con il/i genitore/i costituisce una preziosa fonte di informazioni sotto differenti aspetti.

Attraverso queste procedure, infatti, si hanno informazioni che riguardano il bambino, i genitori e il bambino in relazione al/ai genitori. Le procedure osservative permettono di delineare la qualità degli affetti che il bambino è solito sperimentare all'interno di una relazione specifica, la capacità di trovare un giusto equilibrio tra l'impiego delle proprie risorse autoregolatorie e l'appoggio all'altro in termini di regolatore esterno degli affetti, così come anche il livello evolutivo delle competenze interattive adottate nello scambio con l'altro.

D'altra parte, attraverso queste procedure è anche possibile monitorare diversi aspetti della funzione genitoriale, tra cui la capacità di percepire in maniera chiara i segnali del bambino e di rispondervi in modo adeguato, la possibilità di fungere da regolatore esterno delle sue emozioni e la capacità di *scaffolding*, ovvero la possibilità di creare una cornice condivisa che valorizzi al meglio le competenze maturate dal bambino, attraverso l'offerta di suggerimenti, limiti e confini appropriati all'età.

Infine, nei casi in cui è possibile osservare il bambino in interazione con entrambi i genitori si possono ottenere informazioni sia sul funzionamento familiare a livello triadico che per quanto riguarda la capacità degli adulti di funzionare come coppia genitoriale e come

coppia coniugale. Dall'ingresso in CT la relazione madre-bambino viene osservata dagli operatori sia nei momenti di vita quotidiana, sia all'interno di setting maggiormente strutturati.

- Le osservazioni libere sono il frutto delle osservazioni raccolte dagli operatori nel vivere quotidiano: gli operatori osservano e monitorano il progredire della relazione della relazione tra madre e bambino; **(Tempi: dall'ingresso in CT)**
- Le osservazioni strutturate prevedono l'utilizzo di strumentazioni maggiormente standardizzate per seguire le progressioni e i possibili arresti della qualità della relazione tra madre e il suo bambino. **(Tempi: dall'ingresso in CT ogni tre mesi)**

Gli strumenti osservativi utilizzati sono:

- *Emotional Availability Scales (EAS)*. Strumento osservativo per la valutazione della qualità delle interazioni adulto-bambino. Vengono presi simultaneamente in considerazione il contributo dell'adulto, attraverso quattro scale (sensibilità, strutturazione, noninvasività, non ostilità), e quello del bambino, attraverso altre due scale (responsività, coinvolgimento dell'adulto).
- *Lausanne Trilogue Play (LTP)*. Strumento osservativo per la valutazione delle competenze interattive triadiche Madre-Padre-Bambino volto a valutare l'abilità della famiglia di cooperare in quanto sistema e la capacità dei genitori di differenziare asse coniugale da asse genitoriale.

3. Fase di intervento

La fase d'intervento prevede l'attivazione dei dispositivi specialistici attivati a seconda dei bisogni e delle necessità della relazione tra madre e bambino e degli obiettivi specifici predisposti per supportarla.

I diversi dispositivi sono:

- Psicoterapia madre-bambino
- Gruppi psicoeducativi sulla funzione genitoriale
- Progetti psicoeducativi (Kit a sostegno della genitorialità, modello italiano Milani-Serbati-Ius)
- Psicomotricità relazionale madre-bambino

3.2 Le attività educative

La Comunità Terapeutica si impegna affinché le ospiti ed i loro bambini acquisiscano atteggiamenti di sicurezza e stima di sé, presa di coscienza delle proprie capacità e nuove competenze, motivazione alla ricerca personale ed alla riscoperta valoriale.

L'obiettivo principale, anche delle attività educative, è quello d'imparare a vivere in modo equilibrato e positivo i propri stati affettivi ed emotivi, esprimendo e controllando i propri vissuti e sentimenti, rendendosi sensibili e disponibili a quelli altrui.

Casa Aurora offre alle pazienti inserite e ai loro figli l'esperienza di vita quotidiana come luogo pensato per realizzare un intervento riparativo e terapeutico e pone le sue basi sull'idea di "ambiente terapeutico globale" (Winnicot 1965, Bettelheim 1950). L'ambiente terapeutico globale individua un luogo totalmente disponibile alla persona e alle sue esigenze; un quotidiano pensato e strutturato in funzione delle carenze e dei bisogni degli ospiti, adulti e bambini. Il quotidiano dovrebbe diventare il mondo delle abitudini, del familiare, della continua negoziazione di significati, obiettivi e relazioni.

Quindi ci si pone l'obiettivo che tutti i momenti della giornata abbiano rilevanza terapeutica, attraverso la costruzione di spazi e tempi che strutturino relazioni significative, di supporto e riparative. Oltre al livello del quotidiano i progetti educativi, in un'ottica di rete, a seconda degli obiettivi del percorso di cura, prevedono un'apertura all'esterno della comunità, con attività di gruppo o singole, con i propri figli o da sole.

Orari giornalieri

ORARI	ATTIVITA'
7.00	Sveglia (sabato e domenica h. 8.00)
7.00	Colazione (sabato e domenica h. 8.00)
8.00/9.00	Accompagnamento bimbi a scuola
8.00/12.30	Pulizie e controllo e Attività di cura
12.30	Pranzo
13.30	Briefing
14.00/ 15.00	Riposo
15.00/16.30	Attività di cura

16.30	Merenda
17.00/19.00	Attività educative e di cura
19.15	Cena
20/21.30	Addormentamento Bambini
21.30/23.30	Attività per le Ospiti
23.30	Fine attività

Attività programmate

GIORNO	ATTIVITÀ
Lunedì 10.00/11.30	Gruppo di Psicoterapia
Martedì 10.00/11.30	Gruppo psicoeducativo
Martedì 21.30	Riunione di programmazione
Mercoledì 9.30/12.00	Laboratorio
Giovedì 13.30/15.00	Riunione educativa
Tutti i giorni 13.30	Briefing

Attività programmate con orari flessibili

ATTIVITÀ	MODALITÀ
Colloquio settimanale di psicoterapia	Da concordare con lo psicoterapeuta di riferimento
Somministrazioni testistiche Videoregistrazioni Osservazioni relazione m/b	Da concordare con lo psicoterapeuta di riferimento
Colloquio con lo Psichiatra	Da concordare con il medico
Psicomotricità Relazionale	1 volta a settimana
Colloqui con la psicologa dell'età evolutiva	Da concordare in base alle valutazioni
Psicoterapia del minore	Da concordare in base alle valutazioni
Gruppo sostegno ai compiti	Solitamente un pomeriggio a Settimana
Colloqui familiari e di coppia	Da concordare in base alle valutazioni

Somministrazione terapie farmacologiche

ORARI	ATTIVITA'
Dalle 7.00 alle 8.00	Tutti i giorni in infermeria a porta chiusa e non in presenza dei minori, se non interessati
Dalle 13.00 alle 14.00	
Dalle 20.30 alle 21.00	

3.2.1 Le attività educative per adulti

Le ospiti promuovono le attività quotidiane di gestione della comunità.

Ad ognuna, a turno, verranno affidate delle responsabilità inerenti la cucina e la preparazione dei pasti, le pulizie dei locali collettivi e generali, la gestione della spesa per il vitto, la gestione delle necessità dei bambini. In ogni attività, l'utente è sostenuta dall'educatore, insieme al quale, valuta le proprie difficoltà nel portare a termine impegni che in futuro saranno quotidiani e necessari per il mantenimento in autonomia della propria esistenza e di quella del figlio.

Le attività educative strutturate, condotte dagli educatori, sono pensate per permettere un accompagnamento ed un sostegno educativo al percorso terapeutico delle ospiti.

Si strutturano e concretizzano attraverso:

- **La riunione settimanale della casa** che affronta i temi della convivenza, del rispetto delle norme che regolano e strutturano la comunità, il reinserimento sociale e lavorativo, la programmazione del tempo libero. Particolare attenzione viene posta dagli educatori e dal personale specializzato alla discussione delle problematiche relative all'accudimento dei bambini negli aspetti relativi all'igiene, alla prevenzione delle malattie e all'ottimizzazione dell'ambiente predisposto al loro accoglimento (predisposizione e cura della sala giochi, del materiale didattico etc.);
- **Le quotidiane riunioni** finalizzate all'organizzazione della giornata, alla distribuzione dei lavori di gestione della struttura e al monitoraggio costante delle singole situazioni tra madre e bambino;
- **riunioni specifiche a tema** con l'ausilio e l'intervento di personale esterno specializzato per analizzare insieme alle ospiti problematiche che via via si rendono evidenti e che riguardano sia la sfera dei minori sia aspetti più propriamente legati al problema del reinserimento sociale e lavorativo degli adulti.

3.2.2 Le attività per i minori

"Casa Aurora" si definisce come luogo di presa in carico anche per i minori, figli delle ospiti, garantendo la loro protezione e la risposta a tutti i loro bisogni di accudimento sul piano fisico, psicologico e relazionale.

La comunità, compatibilmente con i progetti terapeutici delle donne, cerca di garantire una vita sociale dei minori il più aderente alla "normalità". L'organizzazione della comunità è tale da favorire lo svolgimento di tutte le attività ludico ricreative indirizzate ai bambini, al di fuori della sede e del contesto di cura, avvalendosi della collaborazione di altre agenzie nel territorio.

I rientri che le mamme con i loro figli fanno nel corso del loro programma, presso le famiglie di origine, vengono concordati con i Servizi invianti, disciplinati nel caso dalle disposizioni dei Tribunali per i Minorenni e programmati con modalità che pongono in primo piano l'assoluta tutela psicofisica del minore.

I bambini, se in età adeguata, frequentano i nidi e le scuole materne o le scuole elementari del Comune di Venezia. Con le pedagogiste, le educatrici e le insegnanti vengono mantenuti costanti rapporti sia da parte delle mamme dei minori inseriti, sia da parte degli operatori della struttura, al fine di facilitare e valutare l'andamento dei bambini, la loro relazione con le educatrici e l'integrazione con i compagni. L'inserimento all'asilo viene attentamente seguito e dà ottimi risultati, sia sul piano del benessere dei bambini, sia su quello dei rapporti tra le madri e le operatrici della struttura dei nidi e delle materne che hanno dimostrato piena disponibilità alla collaborazione.

L'équipe educatori svolge, nel corso dell'anno, riunioni bimestrali con il responsabile degli asili nido, delle materne e delle scuole primarie del Comune di Venezia dove sono presenti i piccoli ospiti delle comunità. Particolare attenzione viene comunque rivolta al mantenimento della privacy delle mamme e dei minori inseriti nelle scuole.

La retta degli asili nido non è di competenza della comunità, ma a carico dell'ospite, o dei Servizi Sociali di competenza, qualora venga stabilito. Rispetto alle scuole materne o elementari, sarà cura della comunità provvedere per i buoni pasto.

Almeno due volte a settimana vengono svolte attività di psicomotricità relazionale coordinate da collaboratori esperti, nelle quali vengono coinvolte le mamme e i bambini in giochi guidati e liberi per lo sviluppo di diverse funzioni (motorie, simboliche, di comunicazione non verbale come il disegno, la musica, la manipolazione di materiali);

Ulteriori attività vengono programmate di volta in volta in base alle esigenze dei singoli minori e in base alle opportunità che le agenzie del territorio offrono in collaborazione con la nostra struttura (piscina, Karate, danza, laboratori presso i Centri di età evolutiva del Comune di Venezia o presso le ludoteche); Durante il periodo estivo la comunità

garantisce le uscite in spiaggia almeno due volte alla settimana presso le strutture del Lido di Venezia e la partecipazione ai Centri Estivi.

I bambini sono tutti seguiti dal pediatra di base per regolari visite programmate e per le emergenze. Durante queste visite programmate il pediatra, oltre alla valutazione delle condizioni generali dei bambini, svolge degli incontri con le madri centrati su temi di informazione, educazione alla salute e prevenzione del ricovero ospedaliero. Abbiamo instaurato, inoltre, una collaborazione con l'Ospedale Civile di Venezia e con l'Ospedale All'Angelo di Mestre- Reparto pediatria, finalizzata soprattutto all'accoglienza protetta delle puerpere, al ricovero dei minori nati in SAN e all'osservazione congiunta della relazione madre bambino nei primi giorni di vita. L'alimentazione dei bambini segue le linee direttive dei pediatri della Ulss 3 veneziana.

3.3 La famiglia

Il modello teorico clinico di Casa Aurora vede – *La relazione*- come strumento elettivo per la cura delle donne e dei bambini che vi risiedono.

L'intervento terapeutico educativo pone infatti le sue basi sia, sulla lettura e comprensione delle dinamiche relazionali interne alla comunità (rapporto delle mamme con i propri figli, con le diverse ospiti e con l'equipe degli operatori), sia alla salvaguardia e alla tutela delle relazioni esterne (padri dei bambini, famiglia d'origine / nonni e relazioni amicali e/o parentali significative), che madri e figli avevano precedentemente l'ingresso nella struttura.

Per queste ragioni, la comunità terapeutica si pone, quando ve ne sono le condizioni (assenza di restrizioni giudiziarie e rispetto, degli stessi, del regolamento interno della Comunità), come uno strumento **“aperto”** al contesto relazionale allargato offrendosi come:

- spazio fisico per gli incontri;
- luogo di ascolto e mediazione per i rapporti con le utenti;
- strumento di supporto e sostegno alla relazione con il minore;
- possibilità per la costruzione e realizzazione di progetti terapeutici specifici.

Curare e curarsi dei rapporti con i famigliari delle nostre utenti significa aiutare le pazienti e rispettivi genitori a ricostruire (o costruire perché mai realmente nati) rapporti fortemente lacerati dalle condotte tossicomane e dalle esperienze relazionali traumatiche frequentemente vissute nei contesti d'origine. Quello che viene offerto in

modo indiretto e/o diretto è un grosso lavoro affettivo- relazionale- psichico sugli aspetti intergenerazionali dei vissuti traumatici. Questo approccio clinico non si ferma all'individuo portatore del sintomo, ma estende la sua osservazione al sistema e alla comprensione della storia familiare di appartenenza. I comportamenti di una persona sono visti, anche, come metafore relazionali ovvero, come segnali indiretti di bisogni e coinvolgimenti emotivi del passato che trovano lo spazio e il tempo di manifestarsi concretamente nelle relazioni presenti. Per queste ragioni, l'incontro (e la costruzione di un rapporto di fiducia) dell'équipe terapeutica con il sistema familiare è un atto fondamentale allo scopo del raggiungimento di un fine comune muovendosi da angolazioni diverse.

Per ciò che concerne i minori il mantenimento, la tutela e il supporto del rapporto con i padri, con i nonni o altri parenti significativi rappresenta un dovere clinico per i bambini che da tali relazioni posso trarre: in primis una forte normalizzazione, un papà, una nonna o uno zio che ti fanno visita, ti telefonano o che ti vengono a prendere a scuola rendono il vivere quotidiano maggiormente simile e confrontabile con quello dei pari; ma soprattutto permette l'inserimento di figure "terze" a supporto ed integrazione della relazione con la madre.

Reputiamo quindi che, da parte della comunità garantire, osservare e supportare le relazioni significative con l'esterno sia parte strutturante del percorso di cura offerto alle ospiti e diritto dei loro figli. Il gruppo familiare comunitario, seppur altamente significativo e possibilmente trasformativo, è infatti per sua natura a tempo determinato e non "sostitutivo" delle relazioni significative pre-esistenti.

Una adeguata e supportiva rete relazionale affettiva rappresenta ad oggi un significativo fattore prognostico a lungo termine del trattamento sia in merito alle ricadute delle ospiti nelle sostanze sia, in merito ad un loro adeguato svolgimento della funzione genitoriale.

3.3.1 I papà dei minori

Indipendentemente dal rapporto che ogni ospite ha con il papà del proprio figlio, se indicato dal servizio referente, la Comunità garantisce la possibilità di svolgere incontri tra padri e figli.

Il padre del bambino verrà invitato a conoscere la struttura e l'operatore di riferimento del bambino e verranno organizzate le visite seguendo le modalità prescritte dai Servizi

Tutela Minori. Non sono accolti in comunità i padri che si presentano in stato di alterazione da abuso di sostanze. Il padre del bambino è tenuto a firmare un foglio nel quale si assume le responsabilità del rispetto di alcune regole.

A seconda delle necessità i papà dei minori verranno coinvolti in maniera maggiormente strutturata attraverso una presa in carico clinica che utilizza i seguenti strumenti:

- Percorsi di sostegno alla genitorialità
- Gruppo di sostegno psicologico a cadenza quindicinale condotto da una psicoterapeuta e da un educatore
- Supporto alla relazione con il figlio attraverso sedute di gioco strutturate condotte dalla psicologa dell'età evolutiva
- percorsi di valutazione strutturato sulle risorse genitoriali del padre del minore.

Questo servizio non rientra nei costi della retta giornaliera predisposta per la paziente.

3.3.2 La famiglia di origine e i nonni dei minori

Le attività cliniche a sostegno dei famigliari vengono individuate ed inserite nel PTI dell'ospite e del bambino in base alla valutazione dei bisogni specifici.

Gli strumenti messi a disposizione per il raggiungimento degli obiettivi concordati sono:

- Presa in carico della famiglia attraverso incontri di consulenza /sostegno psicologico ad orientamento psicodinamico relazionale
- Presa in carico della coppia genitoriale d'origine (genitori dell'ospite/nonni dei minori)
- Gruppo di sostegno psicologico rivolto ai familiari a cadenza mensile

3.3.3 I contatti con la famiglia e le visite

I rapporti con i familiari delle ospiti vengono mantenuti in base alla disponibilità della famiglia, ma anche in base ad una attenta valutazione iniziale da parte dell'equipe e dei servizi invianti sull'opportunità di mediare tempi, modalità e cadenza degli incontri. In certi casi tempi e modalità di visita dovranno rispettare indicazioni date dal Tribunale per i Minorenni, o dai Servizi di Tutela Minori, indipendentemente dalla disponibilità della comunità.

Successivamente alle dovute valutazioni, le ospiti e i minori potranno incontrare i familiari concordandone tempi e modalità con l'operatore di riferimento.

Non sono ammesse visite non programmate o concordate.

Qualora le visite avvengano all'interno della struttura, i familiari sono invitati a rispettare le regole indicate dalla comunità:

- *Non introdurre cibo senza i dovuti accordi*
- *Non consegnare alle ospiti denaro, sigarette, telefoni, o altri beni, senza un accordo con l'operatore*
- *Abitare unicamente gli spazi comuni della comunità*
- *Rispettare la privacy di tutte le ospiti e i minori che soggiornano in comunità*
- *Rispettare gli orari indicati*

I familiari sono altresì invitati a richiedere appuntamenti programmati con gli operatori, al fine di poter ricevere adeguate risposte alle loro esigenze. Comunicazioni frettolose, o effettuate "in corridoio" non sono mai producenti buoni rapporti di collaborazione, auspicabili invece per la buona riuscita del percorso di cura delle ospiti e dei loro figli.

L'equipe curante potrebbe, in alcune circostanze, interrompere o sospendere per un tempo determinato visite in struttura e/o rientri a casa già precedentemente accordati con i famigliari. Questo può essere motivato sia, da scelte clinico/ educative legate al percorso terapeutico della paziente stessa, o di tutto il gruppo curante, sia quando venga percepito che tali momenti d'incontro non avvengano in un buon clima di collaborazione, o abbiano ricadute negative sullo stato psicologico delle ospiti o dei minori.

Qualora un familiare telefoni in comunità per essere richiamato dall'interessata, gli operatori garantiscono la comunicazione alla paziente dell'avvenuta telefonata, ma non possono garantire il fatto che l'interessata richiami il familiare. Questo dipenderà dal volere della paziente, dalla possibilità organizzativa, o da altre variabili che possono intervenire. Le telefonate vengono svolte in presenza di un operatore.

Le ospiti sono libere di scrivere e ricevere posta. Le lettere ricevute vengono aperte, ma non lette, in presenza dell'operatore.

3.4 Formazione

Particolare attenzione viene posta alla formazione delle donne. L'accompagnamento alla formazione e all'inserimento lavorativo viene condotto dagli educatori che si avvalgono di specifici progetti o di collaborazioni con agenzie esterne.

Nello specifico gli operatori offrono supporto e orientamento ad uno o più, dei 5 livelli della formazione sotto specificati:

1. Brevi corsi di insegnamento/esercitazione pratica (ad es. corsi dell'Associazione Veneziana Albergatori).
2. Livello base: alfabetizzazione informatica, alfabetizzazione PC e internet, corsi di cultura generale (corsi intensivi e concentrati di 30-250 ore; corsi dei Centri Territoriali Permanenti per l'Educazione degli Adulti, poco intensivi ma prolungati nel tempo). Livello: Attestato di partecipazione.
3. Livello intermedio: Corsi di Qualifica professionale (Fondo Sociale Europeo, Corsi per Operatori Socio Sanitari). Livello: Diploma di Qualifica Professionale.
4. Livello dell'istruzione superiore: Corsi di Scuola Superiore. Livello: Diploma di Maturità (tecnica, scientifica, classica, linguistica, etc.).
5. Livello elevato di formazione universitaria (Livello: Lauree Brevi, Master, Lauree specialistiche).

3.5 Orientamento Professionale

La Comunità propone un percorso di orientamento professionale, teso ad indirizzare al meglio le ricerche per il percorso del reinserimento lavorativo.

Durante i colloqui di orientamento vengono realizzate delle azioni concrete che affiancano la riflessione sul futuro lavorativo della persona e sulla valorizzazione delle competenze ed esperienze formative e lavorative acquisite:

- Compilazione / Aggiornamento Curriculum Vitae.
- Creazione di una casella e-mail alla quale inviare il Curriculum, per eventuali aggiornamenti autonomi da parte dell'utente, e finalizzata alla ricerca attiva del lavoro da parte dell'utente anche su portali del lavoro su Internet.

Orientamento al lavoro attraverso uno dei 3 livelli specificati

1. Orientamento per inserimento formativo "protetto". Target: persone nel percorso terapeutico e con difficoltà psico-sociali pronunciate, che andrebbero "sbloccate" (attraverso: Tirocini, Stage non remunerati, Borse lavoro per persone svantaggiate). Casa Aurora è in rapporto di collaborazione con la cooperativa di reinserimento lavorativo Non Solo Verde, la cooperativa Novaurora, la cooperativa sociale Isola online e la cooperativa Il Cerchio. Tali cooperative offrono l'opportunità alle ospiti di ottenere una formazione lavorativa specializzata in manutenzione delle aree verdi e, per le donne, attività maggiormente conciliabili con la gestione dei figli o della famiglia.
2. Orientamento al mercato delle cooperative sociali. Target: persone già dimesse ma con difficoltà lavorative dovute all'età e alla scarsa qualificazione professionale.
3. Orientamento all'autonomia, alla ricerca attiva del lavoro, al mercato del lavoro tout court, attraverso i centri per l'impiego, i portali internet e le agenzie per il lavoro. Target: persone con una buona formazione, un buon curriculum professionale e buone risorse personali e trasversali.

4. IL GOVERNO CLINICO: QUALITÀ E VERIFICA DEL SERVIZIO OFFERTO

4.1 Il Governo clinico: gli strumenti

Comunità di Venezia governa il delicato e complesso sistema dei propri servizi residenziali (Comunità Terapeutica tipo C, Comunità Terapeutica tipo C1 e Comunità Terapeutica residenziale psichiatrica CTRP) attraverso la gestione delle attività ad esso connesse e relativi processi di produzione nonché di tutte le attività secondarie ma strettamente correlate alla mission aziendale, come la formazione, la qualità e la sicurezza dei lavoratori dipendenti e dei pazienti.

Per una disamina dettagliata di tutte le attività connesse al Governo Clinico, rimandiamo alle Linee Guida per il Governo clinico, incluse nella Carta dei Servizi, disponibile sul sito www.comuve.it nell'area documenti. In questo capitolo, dopo un paragrafo che propone una sintesi di cosa sia il Governo Clinico, tratteremo soltanto il tema della valutazione degli interventi.

Definizione degli obiettivi, valutazione degli interventi e verifica dei risultati: la Definizione partecipata degli obiettivi generali da raggiungere, monitoraggio e valutazione degli interventi e verifica dei risultati: OUTPUT (Prodotti, ovvero obiettivi specifici raggiunti) e OUTCOME (Risultati complessivi), in collaborazione con i dipendenti, i pazienti e la rete dei servizi invianti.

La Qualità e la Valutazione della soddisfazione dei clienti: Siamo in fase di valutazione rispetto all'adozione di un Sistema di Gestione Integrata della Qualità. Allo stato attuale stiamo lavorando al miglioramento della Qualità dei servizi offerti attraverso:

1. un sistema di Valutazione annuale della Soddisfazione del cliente, dei familiari e dei servizi invianti;
2. l'adozione e implementazione del Modello Organizzativo 231 (L. 231/2001);
3. un sistema accreditato per la formazione continua e il costante aggiornamento professionale del personale dipendente (v. punto 4.4: La formazione ECM per il personale).

Il Sistema di gestione della Sicurezza e della Privacy: Comunità di Venezia adotta un proprio sistema di gestione della Sicurezza di pazienti e lavoratori, sia attraverso la fattiva

realizzazione del Documento di Valutazione del Rischio (DVR), sia mediante la messa a punto di Linee Guida per la prevenzione e la gestione dei rischi; infine mediante l'adozione del Documento Programmatico della Sicurezza (DPS).

La Formazione ECM per il personale: Viene annualmente programmata la formazione accreditata ECM in ambito sanitario, e la supervisione e l'aggiornamento professionale continuo di tutti i professionisti e gli operatori che lavorano per "Comunità di Venezia scs";

Comitato Direttivo: il monitoraggio dei risultati e il controllo di gestione: Ci si avvale di un Comitato Direttivo che si riunisce periodicamente per valutare l'andamento complessivo delle attività, attraverso il monitoraggio di tutti i processi messi in atto e la verifica dei risultati, e attraverso il Controllo di Gestione per la pianificazione e la gestione strategica delle risorse e il controllo periodico dell'andamento aziendale.

4.2 Definizione degli obiettivi, valutazione degli interventi, verifica dei risultati

Comunità di Venezia riconosce nella definizione partecipata degli obiettivi degli interventi e nel monitoraggio unitamente ad una costante valutazione degli stessi un aspetto qualificante del proprio lavoro. Gli obiettivi degli interventi nel caso della Comunità Terapeutica di tipo C congiuntamente con i servizi Ser.D invianti, mentre per la Comunità di tipo C1 che prevede l'inserimento non solo di soggetti adulti ma anche di minori con competenze afferenti sia ai Ser.D che ai Servizi Sociali dei Comuni gli obiettivi vengono declinati rispettivamente sia per l'adulto che per il minore e congiuntamente per la diade madre-bambino, inoltre nella maggior parte dei casi vengono attivate vengono delle Unità di Valutazione Multidimensionale UVMD, che esaminano le necessità dei pazienti in particolari condizioni di bisogno sanitario, sociale, relazionale e ambientale e individuano gli interventi personalizzati e appropriati attraverso l'offerta di diversi servizi specialistici integrati.

Va infine considerato che stanti le molteplici variabili interne ed esterne che influiscono sul lavoro terapeutico, Comunità di Venezia intende il processo valutativo non come un mero adempimento di procedure formali bensì come un impegnativo percorso volto a verificare se e come gli interventi riescano a produrre maggior benessere in una

dimensione di *evidence based* sul piano del complessivo miglioramento delle condizioni cliniche sia sul versante psicologico che comportamentale.

Valutazione dell'efficacia del percorso di cura

Verifica in itinere del Progetto Terapeutico Individuale (PTI): durante il percorso di cura vengono utilizzati diversi strumenti utili alla verifica dell'andamento complessivo della paziente. Il PTI è strettamente ancorato ad una valutazione diagnostica (che rileva fragilità e risorse dei pazienti adulti nel caso della Comunità C e delle pazienti interessate e dei minori, nel caso della tipologia C1, come descritto nel capitolo n. 3 del presente Programma di Attività). All'interno del PTI vengono posti gli obiettivi e gli strumenti con cui si intendono raggiungere, di comune accordo con la paziente di cui viene sollecitata la *compliance*, cioè l'alleanza terapeutica che permette un'adesione al trattamento riabilitativo.

Strumenti di osservazione qualitativa: gli operatori dell'equipe, dai loro diversi vertici, osservano il comportamento delle utenti, a livello individuale e nel gruppo. Riportano le osservazioni nelle riunioni settimanali di equipe all'interno delle quali i diversi operatori contribuiscono a definire il livello di cambiamento delle interessate facendo riferimento a degli indicatori qualitativamente significativi al fine di individuare la profondità del cambiamento:

- La capacità di costruire e mantenere relazioni sociali ed affettive significative;
- La capacità di aderire alla cura e ai dispositivi offerti (puntualità nella partecipazione alla cura, richiesta di colloqui, qualità del rapporto con i curanti)
- La disposizione a mettere in atto quanto indicato dagli operatori
- La capacità di attendere le risposte ai propri bisogni
- La generale disponibilità a mettere in atto difese psichiche e comportamentali diverse da quelle fino ad ora utilizzate
- La capacità di trovare e mantenere un'attività lavorativa
- La capacità di organizzare gli impegni della giornata in maniera autonoma e funzionale

Strumenti strutturati: per valutare l'efficacia e la qualità del cambiamento, gli operatori si avvalgono anche di una serie di strumenti standardizzati:

- Esami tossicologici delle urine o alcooltest mediante controlli a sorpresa al fine di valutare l'astinenza dall'uso di sostanze non consentite o non previste dal piano terapeutico
- Valutazione della personalità delle madri e della loro competenza genitoriale, attraverso l'utilizzo di test specifici nei primi sei mesi di Comunità e al termine del percorso terapeutico a verifica dei cambiamenti avvenuti
- Valutazione attraverso l'utilizzo di test specifici, da parte delle madri e degli operatori, dello stato di salute psico-fisica del minore
- Videoregistrazioni di sedute all'ingresso e ogni tre mesi codificate e discusse in equipe nell'intento di monitorare e valutare sia la crescita del minore sia la qualità delle interazioni tra la madre e il suo bambino.

I materiali di verifica vengono utilizzati come strumenti di lavoro e restituiti alle utenti e ai servizi invianti attraverso:

- Restituzione all'utente dell'andamento del programma ogni tre mesi in presenza della direttrice e operatori di riferimento (materiale verbalizzato)
- Riunioni inter Servizi tra equipe e operatori invianti volte al monitoraggio dell'andamento del percorso con restituzione all'utente (materiale verbalizzato), ogni 2/3 mesi o su indicazione della comunità o dei servizi invianti
- UVMD ove si valuta il raggiungimento degli obiettivi e si ricalibra il progetto, ogni 6 mesi o su indicazione dell'Azienda Sanitaria

Come accennato nella parte introduttiva del presente capitolo, **i temi della Qualità, della Formazione del Personale, della Sicurezza e della Privacy saranno trattati esaustivamente nelle Linee Guida per il Governo Clinico, presenti nella Carta dei Servizi della cooperativa ente gestore, pubblicate sul sito www.comuve.it, cui si rimanda.**

5. PROGETTI CORRELATI AL PROGRAMMA TERAPEUTICO

5.1 Progetto psicomotricità relazionale

La Psicomotricità Relazionale è una disciplina che considera la persona nella sua globalità, ed è un'attività ludica ed espressiva, nella quale il bambino ha la possibilità di giocare, muoversi ed esprimersi, utilizzando materiali semplici e poco strutturati che favoriscono lo sviluppo delle tre tipologie del gioco psicomotorio (senso-motorio, simbolico, socializzazione). La libera espressione e la relazione autentica che si instaura con l'adulto, fanno sì che questo gioco promuova uno sviluppo armonico e integrale del bambino.

Secondo tale disciplina la storia personale è scritta nel tono muscolare (cioè nel corpo e nelle sue tensioni). Il movimento, pertanto, viene utilizzato quale strumento indispensabile di conoscenza del sé, dell'altro e dell'ambiente.

Lo strumento della psicomotricità è il gioco, che si sviluppa attraverso quello che il bambino, in maniera **spontanea**, propone. Non si traduce in alcun modo in esercizi o pratiche motorie predeterminate e presentate in forma ludica dall'adulto.

Il bambino ha bisogno di ordine e di limiti, pertanto, pur rispettando la sua libera espressione, il gioco ha una sua precisa struttura spazio-temporale e delle regole chiare e uguali per tutti, che servono a contenere e a dare sicurezza.

Le principali finalità sono:

- Offrire ai bambini uno spazio e un tempo di libera espressione, (con se stesso, con i pari, con l'adulto) dove venga valorizzato il gioco e la sua funzione evolutiva.
- Favorire ascolto e accoglienza attraverso la dimensione corporea.
- Promuovere l'agio nel bambino stimolandolo a scoprire le proprie risorse e capacità, sostenendolo nel superamento di eventuali momenti di crisi, conflitti, che frequentemente si presentano nel processo di crescita.
- Favorire l'integrazione e il coinvolgimento di tutti i bambini, valorizzando la dimensione di gruppo e la diversità (di essere, di pensare, di agire).
- Promuovere nel gruppo lo sviluppo di competenze motorie adeguate all'età, competenze espressive, competenze sociali.

Sono stati organizzati, da novembre 2012 a giugno 2013, due gruppi di psicomotricità relazionale che si sono svolti settimanalmente presso la struttura del Coletti, uno per la fascia del nido, con la presenza delle madri in sala, e uno per la materna.

Nel primo gruppo hanno partecipato 5 bambini di un'età compresa tra i 16 e i 24 mesi; nel secondo invece hanno partecipato 5 bambini di un'età compresa tra i quattro e i sei anni. Entrambi i gruppi sono stati videoregistrati per poter avere uno strumento ulteriore per dare una restituzione del percorso svolto sia all' équipe che alle madri.

5.2 Progetto musica: "scrivo la mia canzone"

La Comunità Terapeutica Villa Renata dal 2006 ha allestito presso la struttura "Il Glicine" una sala musica attrezzata di strumenti, inserendo tra i dispositivi ludici-terapeutici un laboratorio musicale di scrittura di canzoni, fornendo agli utenti strumenti, tecniche, linguaggi, approcci formativi legati alla musica affinché diventino un mezzo cosciente e positivo per la loro crescita ed il loro sviluppo di relazione.

Il progetto "Scrivo la mia canzone" offre soprattutto agli ospiti di Villa Renata un'esperienza di vita, di gruppo e di protagonismo positivo facendo emergere le loro capacità, i loro talenti, i loro sentimenti, i loro pensieri ed attraverso il linguaggio della canzone la possibilità di dividerli. Un'esperienza che si fonda su valori importanti come il divertimento sano, la collaborazione, il superamento di eventuali difficoltà.

Il laboratorio prevede una serie di incontri «teorici» condotti dall'educatore Marco Anzovino che si svolgono il venerdì pomeriggio ed il sabato mattina per due ore e mezza circa ad incontro, nei quali vengono affrontati diversi temi legati agli aspetti comunicativi e tecnici della musica e delle canzoni.

Successivamente gli incontri hanno carattere più pratico legato alla realizzazione delle canzoni (utilizzando gli strumenti musicali, le attrezzature della sala prove).

Creare un gruppo di pazienti che attraverso un percorso artistico, aggregativo e di condivisione possa imparare a comunicare, a raccontarsi e a veicolare emozioni e stati d'animo con i testi delle canzoni, la melodia di una musica, il canto.

L'obiettivo finale sarà l'esibizione in uno spettacolo dove gli ospiti canteranno dal vivo le loro canzoni.

Al termine del laboratorio viene realizzato il cd con i brani scritti dagli ospiti i quali vengono registrati nella sala prove di Villa Renata con l'aiuto di professionisti e tecnici esperti del settore.

Attraverso le canzoni, gli ospiti riescono a raccontare con immediatezza il proprio vissuto, le proprie esperienze, i sogni, le aspettative e la ricerca, spesso sofferta o nascosta, di valori di riferimento e di uno spazio sociale ed espressivo.

Per partecipare al laboratorio non sono richiesti requisiti specifici in ambito musicale. Il metodo che viene applicato è quello di stimolare i pazienti nello sviluppo della propria creatività. Per quanto sia richiesto un intervento individuale nella scrittura dei testi musicali, gran parte degli incontri si svolgerà in gruppo al fine di sviluppare momenti di confronto, di scambio e di relazione con gli altri.

L'esperienza ed il dialogo di gruppo agevolerà in maniera positiva e costruttiva l'ascolto ed il rapporto interpersonale favorendo il superamento di momenti di solitudine, difficoltà o disagio.

L'entusiasmo, il divertimento, il coinvolgimento diretto, il protagonismo nella creazione di un brano e l'opportunità di avere spazio e visibilità nello spettacolo, la possibilità di incontrare e conoscere altri ragazzi saranno lo stimolo fondamentale per tutti i partecipanti ad intraprendere un percorso di crescita sano che costituirà un valore primario per lo sviluppo e l'appagamento culturale e sociale.

5.3 Progetto equilibrato “gruppo avventura”

Se è vero che la tossicodipendenza, più che un problema di assunzione di sostanze è un problema di relazione con gli altri e il mondo, la cura non è solo il non uso, ma la costante attenzione alle trappole di quel modo di pensare.

La sostanza agisce da anestetico emotivo e fisico, oppure creatore di emozioni controllate (diverso che “gestite”) o garante di un contesto sociale. La dipendenza diviene tossica quando non lascia vie di uscita, quando vincola a pratiche di non crescita e morte. L'avventura di uscire dal nucleo protetto dell'infanzia e dalle sue dipendenze senza potersi sentire sicuri, perdendo l'innocenza e avventurandosi nel terreno più precario ma più libero dell'adulthood, passa attraverso la scelta e l'assunzione del rischio. Quale rischio?

Il rischio di rispondere alle proprie scelte senza più reti di sicurezza né telai di sostegno.

Il progetto propone di attivare un laboratorio dell'avventura e del rischio non per ricercare l'estremo, bensì per incontrare il non regolato e gestire una risposta. Non è l'evitare il rischio o il rapimento da sballo senza più alcun pensiero che rende capaci di una risposta adulta e non tossica.

Per incontrare l'avventura si vivrà l'ambiente della natura non antropizzata e si abiteranno i suoi imprevisti attraverso le discipline praticate: trekking, arrampicata, ciaspolate, canyoning, torrentismo, sci etc. Lo scopo è quello di esporsi ad una zona rischio (imprevisto, vertigine, squilibrio, freddo, fatica, disorientamento, scivolamento) non per esporsi a pericoli oggettivi di incolumità ma per gestirla. In tale senso è netto il confine tra rischio e pericolo di vita. La gestione dell'organizzazione, l'attenzione e la memoria dell'esperienza ci sembrano le competenze adulte da coltivare di queste esperienze vissute.

Si rivolge a Giovani adulti delle comunità terapeutiche Casa Aurora, Villa Emma e Villa Renata sia maschi che femmine. Essendo laboratorio di rischio-avventura ha le stesse basi esplorative dell'avventura fuori dalla base sicura dell'attaccamento, prima primordiale pratica di emancipazione e crescita. Si proporrà in modo diverso a:

1. Giovani adulti delle comunità sia maschi che femmine (incluse le mamme) in cui si può far riferimento agli obiettivi generali su descritti.
2. Ai bambini (da un minimo di 4-5 anni) figli delle suddette mamme: a cui il progetto dedicherà apposite e distinte uscite (Uscite-bimbi) in cui l'esplorazione e l'avventura saranno gioco. A presiedere e a tutelarli in queste uscite sarà tutto il gruppo in uscita. In queste particolari uscite, i bimbi saranno figli di tutti, nessuno escluso e ognuno si prodigherà a far vivere loro l'avventura. Generando un'altra connotazione educativa del senso di responsabilità.

APPENDICE A

SINTESI DEL PROGRAMMA E REGOLAMENTO INTERNO DI CASA AURORA

Premessa

“Ci vuol fiducia per allevare un bambino; ci vuol fiducia per prendere sonno; ci vuol fiducia per intraprendere qualunque lavoro”

Per entrare in Comunità ci vuole fiducia nelle proprie capacità, ma anche in quelle delle persone che sono tenute a dirigere e regolare la vita comunitaria.

Soprattutto all'inizio, quando non ci si conosce e, come è normale che sia, si fa fatica ad abituarsi a un posto diverso, a persone diverse, a ritmi diversi, ma in particolar modo a pensieri diversi, si avverte spesso il desiderio di mollare tutto e tornare alla vita di prima.

Se ci si guarda attorno in quei momenti si vedranno persone che hanno avuto quel pensiero, ma che sono ancora qui, perché, è vero, tutti lo hanno avuto, ma non tutti hanno deciso di andarsene.

Accettare le regole e i cambiamenti che la Comunità impone spesso significa difendere i propri legami e questo è vitale per la propria persona. Essere legati agli altri per noi non significa essere limitati e ostacolati, per noi significa coltivare quegli aspetti della propria persona che rendono la vita piena, unica, libera.

Stare in Comunità, perciò, per noi deve essere inteso come un atto di scelta e lo scegliere è ciò che rende l'essere umano libero.

*All'interno di questo documento troverai tutte le regole sulla comunità a cui dovrai aderire al fine di non compromettere il tuo percorso di cura.
Leggilo attentamente.*

Diritti delle ospiti

La Comunità garantisce ad ogni componente del gruppo le proprie scelte spirituali e religiose, nel rispetto della vita comunitaria.

Ogni utente ha il diritto di essere curato nel rispetto della dignità umana, della propria etnia e delle proprie convinzioni morali, politiche e religiose.

Ogni utente ha diritto ad ottenere informazioni dettagliate e comprensibili relative alle prestazioni ed al progetto terapeutico individuale ed esprimere le proprie idee rispetto al servizio nel suo complesso (sono predisposti spazi adeguati ove l'ospite potrà condividere con i propri referenti le proprie opinioni rispetto al progetto che la riguarda).

Ogni ospite ha diritto di mantenere i contatti con i propri familiari seguendo le modalità sotto esposte.

L'ospite, ad eccezione del proprio figlio, nel caso sottoposto a misure di tutela indicate dal Tribunale per i Minorenni, o dagli Uffici Minori, ha diritto di interrompere il programma terapeutico.

Obblighi delle ospiti

Ogni utente, sottoscrivendo il seguente regolamento interno, si impegna a rispettare le seguenti regole:

La Struttura

Casa Aurora è una grande struttura dotata di zone comuni (cucina, sala da pranzo, saloni, servizi igienici), camere per la residenza e aree dedicate alle terapie. Esternamente è dotata di un giardino e di un parco giochi attrezzato.

Le camere sono singole o doppie, dotate di servizio igienico e dotate di attrezzature di ogni comfort.

Le ospiti sono responsabili della gestione della propria stanza nonché degli spazi comuni i cui arredi e le cui attrezzature devono essere mantenute integre.

Qualsiasi danno provocato ad attrezzature o arredi e dovuto alla non curanza delle ospiti sarà a carico delle stesse.

Le pazienti sono tenute a visitare la struttura, unitamente ai figli e ai familiari se lo desiderano, prima dell'ingresso.

È assolutamente vietata l'introduzione all'interno della comunità di droghe, alcool, farmaci non prescritti e sigarette: al momento dell'ingresso o qualora gli operatori lo ritengano opportuno verranno svolti controlli, in presenza dell'ospite, degli effetti personali.

In questa struttura non è consentito l'uso del cellulare personale se non previa autorizzazione da parte degli operatori

Denaro e oggetti di valore dovranno essere consegnati all'operatore al momento dell'ingresso per essere custoditi in sicurezza

Nelle camere non è consentito conservare farmaci, cibo o bevande senza l'accordo dell'educatore.

Nel rispetto delle ospiti è vietato l'accesso alle camere alle persone non autorizzate.

Al fine di garantire il massimo livello di protezione per gli ospiti (adulti e minori), alcune zone della residenza sono videosorvegliate con modalità in linea alle normative in materia. Inoltre, sempre a scopo di tutela della sicurezza di chi vi abita, le stanze verranno controllate dagli operatori ogni qualvolta vi sia la necessità di verificare l'assenza di contenuti illeciti o non autorizzati (sostanze di abuso, denaro, telefoni, farmaci, cibo). Le stanze vengono assegnate dagli operatori. Nel corso della permanenza potranno essere cambiate.

La struttura è organizzata secondo le normative in materia di sicurezza ed è fornita di impianto di allarme nella zona perimetrale a scopo di protezione e sorveglianza.

Procedure di controllo: prima di prendere possesso della stanza gli educatori, con la collaborazione dell'utente, prenderanno visione di tutti gli effetti personali, con lo scopo di assicurarsi che non venga introdotto in struttura nulla che possa nuocere o mettere in difficoltà bambini e adulti, o che possa compromettere in qualche modo il percorso di cura (sostanze, farmaci, oggetti non permessi dal regolamento, oggetti con i quali ci si possa ferire). Il controllo verrà effettuato in presenza dell'ospite con modalità di controllo sui contenuti delle valigie, borse e di quanto indossato.

Al ritorno dalle uscite, sempre ai fini di tutela dell'ambiente e di chi viene accolto, le ospiti sono tenute a far visionare le borse personali.

Possono essere utilizzati dall'équipe indicatori di uso di sostanze, senza preavviso e qualora lo ritengano necessario.

Attività pratiche di gestione della struttura: Sono definite procedure per la gestione delle pulizie della struttura che rientrano nel progetto educativo e per la loro verifica. Le procedure vengono condivise all'interno delle riunioni con gli educatori. Le verifiche sono giornaliere.

Le utenti sono parte attiva nella gestione della casa, quindi, ogni persona sarà inserita nella programmazione delle pulizie e dei turni cucina e dovrà rispettare le regole fornite dal gruppo degli educatori. Ogni utente verrà informata ed addestrata sul corretto utilizzo dei prodotti per l'igiene della casa.

Alimentazione

I pasti vengono preparati dalle ospiti, le materie prime fornite dalla comunità in base ad un menù, approvato dall' ULSS 3 Serenissima.

Le materie prime vengono ordinate a ditte esterne e conservate in comunità seguendo le procedure HACCP.

Le patologie correlate alla tdx impongono delle regole su come cucinare i cibi, sulle quantità e sull'utilizzo di alcuni alimenti nella dieta del gruppo degli ospiti.

Tutte le persone che accedono alla cucina dovranno indossare cuffia per i capelli e guanti monouso; chi dovesse ammalarsi dovrà per tempo chiedere un cambio di turno all'operatore.

E' vietato introdurre cibi che non abbiano regolari etichette informative su provenienza, ingredienti e scadenza.

Il cibo per i minori viene indicato dalle pediatre in base all'età del bambino e deve essere cucinato giornalmente seguendo le normali procedure igieniche.

Norme di convivenza

Ogni persona è tenuta a portare rispetto agli altri e a comportarsi in modo coscienzioso, tanto che ognuno verrà considerato pienamente responsabile delle sue azioni per tutta la permanenza in Comunità;

Non è ammessa nessun tipo di violenza fisica o verbale tra gli ospiti e in modo particolare nei confronti dei bambini. La trasgressione di tale regola comporta la sospensione immediata del percorso terapeutico dell'ospite.

Le idee e le scelte religiose di ognuno, compatibili con la vita di gruppo, sono da rispettare, come la riservatezza, verso estranei alla comunità, su tutti gli aspetti privati delle altre ospiti.

In generale le esigenze di un singolo non potranno essere prevalenti su quelle del gruppo, tuttavia in casi particolari gli operatori potranno eccezionalmente considerare le esigenze personali, unicamente se queste trovano significato all'interno del progetto di cura individualizzato.

Le responsabilità assegnate ai singoli sono finalizzate alla crescita personale e non rappresentano uno strumento di potere da usare sugli altri membri del gruppo.

La cura personale e del proprio figlio, deve essere adeguata non solo alle norme igieniche, ma anche al rispetto degli altri con cui si vive. Qualora non venga autonomamente garantita la cura del proprio figlio, l'operatore sarà tenuto a sostituire la madre in queste funzioni.

Gli ospiti di madrelingua non italiana possono esprimersi nella loro lingua, ma sono invitati a non escludere o escludersi dal resto del gruppo. Qualora però le visite con i familiari o le telefonate debbano avvenire in maniera protetta, l'ospite ed il proprio familiare dovranno utilizzare la lingua italiana. Qualora si renda necessario, o l'ospite lo richieda, la comunità facilita l'accesso di mediatori linguistici e culturali.

Sono scoraggiati discorsi che ricordano o ripropongono stili di comportamento tossicomani senza la presenza di un operatore che possa aiutare le ospiti a dare un significato a tali argomenti.

È vietato scambiarsi o prestarsi indumenti tra utenti, regalare denaro o sigarette.

Dopo un primo periodo di acclimatamento alla vita in comunità, si chiede una totale e responsabile partecipazione alle attività di gruppo, siano queste educative, terapeutiche o di svago.

Nel caso di abbandono del programma terapeutico si ha tempo una settimana per lasciare un recapito ove spedire, con tassa a carico del destinatario, gli oggetti personali; oltre questo tempo la comunità non si assume nessuna responsabilità rispetto ai beni lasciati in struttura.

Nel caso di abbandono gli operatori, al fine di tutelare la sicurezza dell'ospite, scoraggeranno la riconsegna del denaro personale, ma proporranno di spedirlo ai familiari.

Nel caso di abbandono, se in presenza di un decreto del Tribunale per i Minorenni che indica le modalità di tutela del minore, quest'ultimo non potrà seguire la madre, ma dovrà rimanere in comunità.

Uso dei farmaci:

Non è consentito l'uso di farmaci senza prescrizione medica

Non è consentito tenere farmaci in camera, ma questi verranno conservati in locale preposto non accessibile se non in presenza dell'operatore

I farmaci somministrati dai medici competenti devono essere assunti nel locale preposto ed in presenza dell'operatore che ne controlli l'adeguato utilizzo

Sigarette:

In Comunità, pur riconoscendo e cercando di prevenire i danni alla salute derivanti dall'uso di tabacco, è tollerato fumare non più di 15 sigarette al giorno ad orari prestabiliti, consegnate dall'operatore di volta in volta.

Durante la gravidanza e l'allattamento è vietato fumare.

Non si fuma ad orari diversi se non previo accordo con gli operatori;

è assolutamente vietato fumare all'interno dei locali della struttura.

Il costo delle sigarette è a carico dell'ospite.

Strumenti del percorso educativo-terapeutico:

Dall'ingresso in comunità sino alla fine del programma, l'utente sarà seguito da un operatore e un terapeuta di riferimento, case manager nella formulazione e messa in pratica del Progetto Terapeutico Individualizzato.

Le ospiti sono tenute a collaborare alla stesura e alla realizzazione del proprio progetto terapeutico individualizzato e alla realizzazione del progetto terapeutico\educativo dei propri figli, favorendone lo svolgimento in tutte le sue dimensioni.

Il progetto terapeutico individualizzato comprende: la psicoterapia individuale, la psicoterapia di gruppo, il colloquio con gli educatori, la riunione della casa, le riunioni tecniche e delle strutture, le attività del tempo libero, e la gestione della casa, come da accordi presi durante i colloqui di pre-accoglienza. Qualora venisse meno la motivazione ad usufruire di tali opportunità, l'equipe potrà ritenere necessaria la rivalutazione del progetto.

Per la realizzazione del progetto di valutazione e di cura, che riguarda sia l'adulto che il minore, è previsto l'utilizzo di strumenti quali test e videoregistrazioni. I materiali così raccolti verranno utilizzati unicamente dall'equipe curante a scopi clinici, o, anonimi, a scopo di ricerca.

La comunità è in continuo contatto con i Servizi invianti (CSM, Ser.D., Servizi Sociali) e con Tribunale per i minorenni ed è tenuta a notificare puntualmente l'andamento del programma e la qualità della relazione madre-bambino, al fine di integrare le rispettive risorse per il buon andamento del progetto individuale.

Rapporti con l'esterno

Dopo 6 mesi circa dall'ingresso in comunità, se la situazione familiare lo consente e se l'ospite ha raggiunto gli obiettivi di acclimatamento, di comprensione e motivazione al progetto di cura, è previsto un primo contatto con il proprio luogo di origine, attraverso una visita a casa a cui seguiranno gradualmente rientri. Non ci sono tempistiche e modalità standard, ma formulate all'interno del Progetto terapeutico Individualizzato.

Le attività del tempo libero al di fuori della Comunità devono essere svolte da tutti i membri del gruppo, salvo eccezioni da valutare, al fine di favorire lo spirito di gruppo e suggerire alle utenti momenti conviviali e di divertimento diversi da quelli precedentemente sperimentati.

Le uscite personali devono essere sempre concordate con l'operatore, a seconda del progetto individuale e della fase del percorso, le uscite avvengono con o senza accompagnatore. Per le uscite di madre e figlio da soli l'équipe della comunità dovrà chiedere l'autorizzazione del Servizio tutela minori di invio.

Nel primo periodo di permanenza in Comunità le uscite saranno sempre accompagnate o da un educatore\volontari o da una persona del gruppo più avanti nel programma.

Nel periodo in cui sono ospiti della Comunità gli utenti sono chiamati a essere sempre dignitosi nel loro comportamento, sia nelle uscite di gruppo, che in quelle individuali.

È vietato avere rapporti con persone che fanno uso di sostanze o che abbiano condotte illegali.

Rapporti con i familiari e padri dei minori

Le modalità di contatto con i familiari o i padri dei minori vengono decise dopo un primo periodo di conoscenza ed osservazione, durante il quale comunque i familiari potranno chiamare in comunità per avere notizie del congiunto.

Verranno stabiliti in seguito giorni e orari in cui l'ospite può ricevere una telefonata dai genitori o dal partner. Le telefonate personali sono a carico dell'ospite (0.10 euro) e vengono effettuate preferibilmente nelle fasce serali e nei festivi.

Nei periodi di Pasqua, Natale/Capodanno, festivi e giornate in cui la comunità è impegnata in attività particolari rientri e visite dei familiari sono sospese.

I familiari potranno contattare per ogni evenienza l'educatore di riferimento della mamma e del bambino che offrirà i propri recapiti di servizio e gli orari di contatto.

Sono vietate le visite da parte dei familiari, dei partner o anche degli avvocati se non concordate con gli operatori.

I familiari dovranno attenersi alle indicazioni date dagli educatori, sugli orari, i luoghi e le modalità di visita.

È vietato ricevere denaro o regali dai famigliari senza averne prima discusso con l'équipe.

Le modalità di visite ai minori seguiranno le indicazioni del servizio tutela Minori di riferimento per ogni bambino.

I familiari saranno tenuti ad effettuare un colloquio con un operatore della comunità al fine di essere informato sulle regole che lo riguardano. La non accettazione del regolamento determinerà la sospensione dei contatti e delle visite in struttura.

Spese individuali

La quota corrisposta dai Servizi invianti comprende: vitto, alloggio, erogazione del progetto di cura.

Tutto il resto, compresa la spesa per le medicine prescritte dagli specialisti e non erogate dal SSN, è a carico dell'ospite, la quale sarà tenuta a versare mensilmente 150 euro per l'acquisto delle sigarette e per piccole spese personali.

I soldi personali, devono essere consegnati al momento dell'ingresso in comunità.

Poiché il denaro inviato dai familiari è personale, non è possibile intestare vaglia o assegni alla Comunità o alla Cooperativa Comunità di Venezia. Il vaglia postale inviato sarà incassato dall'utente intestatario, accompagnato dall'educatore, e depositato nella busta personale, conservata in blindato. Nel caso un familiare consegna denaro a mano, lo stesso verrà depositato nella busta personale e registrato nell'apposito modulo.

L'uso del denaro viene concordato con il proprio operatore di riferimento. In qualsiasi momento l'utente potrà controllare i movimenti dei propri soldi insieme ad un operatore. Al momento della dimissione concordata il denaro verrà riconsegnato all'utente in quanto di sua proprietà.

Nel caso invece l'ospite decida di abbandonare la comunità e non versi in condizioni psicologiche adeguate, al fine di una sua tutela, poiché potrebbe utilizzarlo a scopi autolesivi, verrà scoraggiata la riconsegna del denaro, ma sarà proposto l'invio dello stesso e ad una persona di riferimento.

La retta per il minore comprende: vitto alloggio, erogazione del progetto terapeutico\educativo individualizzato e farmaci generici (antipiretici, antibiotici).

Note conclusive

Qualora tali regole non vengano rispettate e le eventuali trasgressioni mettano in situazione di pericolo o di disagio psico-fisico il bambino, l'equipe dopo un'attenta valutazione delle possibili cause, potrà vedersi costretta ad allontanare l'ospite dalla comunità, segnalando immediatamente la situazione ai Servizi competenti;

GLOSSARIO

La psicoterapia individuale ad orientamento dinamico ha lo scopo di aiutare la persona a sciogliere i nodi conflittuali all'interno della propria persona, attraversando una fase di maggior consapevolezza delle proprie dinamiche psichiche, fino ad una vera e propria presa di coscienza di sé. Ha cadenza settimanale;

La psicoterapia di gruppo ha la medesima finalità della terapia individuale con cui si completa. La particolarità dello strumento è data dalla grande possibilità del singolo di "specchiarsi" nell'altro componente del gruppo;

Il colloquio con gli educatori è uno strumento di confronto e di chiarificazione riguardo le proprie condotte e i propri pensieri. L'operatore rimane a disposizione del gruppo

durante tutta la giornata ma si riserva di potersi dedicare ad un momento di colloquio individuale con il singolo a seconda delle sue esigenze. Ha cadenza settimanale;

La riunione della casa, le riunioni tecniche e delle strutture sono concepiti come momento per creare uno spazio di riflessione comune attraverso il confronto tra i vari utenti sui loro comportamenti e sul loro modo di stare insieme agli altri gestendo le proprie responsabilità e i propri bisogni. Sono un momento di suddivisione e pianificazione a breve-medio termine dei compiti da svolgere in Comunità;

Il briefing è utile a pianificare le attività di ogni singolo utente del pomeriggio e della mattina successiva, inoltre è importante perché dà il senso al singolo e al gruppo dell'importanza di pensare su quello che si va a fare decidendo priorità che vanno oltre l'impulsività e il perseguimento dei propri desideri contingenti.

Documenti e valori necessari all'ingresso in comunità

- Documenti d'identità adulto e minore
- Codice fiscale adulto e minore
- Documenti sanitari adulto e minore:
 - esami del sangue e urine
 - eventuali radiografie o visite specialistiche
 - eventuali cartelle sanitarie
- Tessere sanitarie adulto e minore
- Libretto pediatrico
- 4 foto tessera adulto per Carta Venezia
- Eventuali documenti di procedimenti penali in corso
- Macchinetta aerosol
- Effetti personali adulto e minore
- Lenzuola \ Asciugamani
- Tessera Elettorale
- Modello ISEE aggiornato

Devo leggere e acconsentire, firmando questo modulo, al regolamento interno della comunità. Questo mi verrà consegnato insieme al progetto che leggerò attentamente sentendomi libera di chiedere spiegazioni o avanzare richieste. Lo potrò portare a casa e discuterlo con i miei familiari o gli operatori dei miei servizi

Devo leggere attentamente ciò di cui ho bisogno per entrare in comunità (documenti ed oggetti) e procurarmi ciò che mi manca

Firmerò per consenso i documenti relativi al trattamento dei miei dati e all'uso, da parte della comunità, di indicatori di uso di sostanze

Dovrò rispettare la regola di entrare in comunità astinente dall'uso di sostanze

Dovrò rispettare la data e l'orario di ingresso

Acconsentirò ad aprire le mie valige in presenza dell'operatore che potrà verificarne il contenuto

Dovrò rendere l'accesso in comunità il più possibile favorevole al mio bambino, aiutandolo ad acclimatarsi ed evitandogli motivi di disagio

Data

Firma per visione del progetto

APPENDICE B

MODULO DI DICHIARAZIONE PER L'INTERRUZIONE DEL PROGRAMMA E L'ABBANDONO DELLA COMUNITÀ

Io
sottoscritta.....

.....

Dichiaro che nel caso decidessi di abbandonare la comunità, accetto che l'équipe di Casa Aurora non mi consegni i miei soldi, (nonché libretti bancari, bancomat, carte di credito), ma li spedirà con tassa a carico del destinatario, presso un familiare e a mio nome entro 10 giorni dalle mie dimissioni non concordate.

In caso di mancata accettazione della presente normativa interna, la comunità non accetterà denaro (ne sotto altra forma), ma provvederà a spedirlo con tassa a carico del destinatario presso l'indirizzo da me indicato.

Data

Firma dell'interessata

Firma dell'operatore

APPENDICE C

MODULO DI CONSENSO UTILIZZO DATI ED INFORMAZIONI

Io sottoscritta.....

Nata a (.....) il

Residente.....

Inserita a Casa Aurora il giorno.....

DICHIARO

Di essere stata informata che i miei servizi invianti (Ser.D., CSM, Servizio Tutela Minore, Tribunale per i Minorenni), manterranno contatti con la comunità al fine di monitorare e verificare l'andamento del mio programma e lo stato di salute di mio figlio/a. Sono a conoscenza, quindi, che gli operatori dei Servizi metteranno a disposizione tutte le informazioni che riterranno utili per approntare un efficace progetto psico-socio-riabilitativo a tutela mia e del mio bimbo/a.

Pertanto ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 autorizzo i servizi referenti e la comunità al trattamento dei miei dati personali e allo scambio di informazioni tra loro al fine di garantire la trasparenza di operato all'interno del mio percorso di cura.

Sono altresì informata che gli operatori della comunità possono utilizzare indicatori di uso di sostanze (test a soffio o esami urine) per verificarne l'eventuale uso, qualora lo ritengano necessario e senza preavviso.

Data

Firma dell'interessata

Firma dell'operatore