

Carta dei Servizi COMUNITÀ ALISEI

Questa Carta dei Servizi ha lo scopo di illustrare brevemente la nostra struttura per aiutare i cittadini a conoscerci e così rendere più comprensibili e accessibili i nostri servizi, più gradevole il soggiorno, più garantiti i diritti, più chiari i doveri e i comportamenti da tenere.

VERSIONE 7 - GENNAIO 2023

La Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi ha un duplice significato: è lo strumento di conoscenza del servizio per i fruitori e le loro famiglie e per tutti coloro i quali siano interessati ad avere informazioni sulle caratteristiche e sul funzionamento della struttura/servizio; è altresì l'impegno che CeAS - Centro Ambrosiano di Solidarietà ONLUS stringe con i propri clienti in quanto esplicita i livelli qualitativi dei servizi e i relativi strumenti di verifica.

La Associazione ha pubblicato la Carta dei Servizi specifica per ciascun servizio, nella logica di attuazione del Codice Etico e del sistema di gestione di qualità, ovviamente nel rispetto delle normative dettate dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" (principi ispiratori e regole di comportamento per tutti gli enti erogatori di servizi) e dalla legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (art. 13 "carta dei servizi sociali").

La Carta dei Servizi è il frutto di un processo condiviso e partecipato da parte dei responsabili, dei coordinatori, degli operatori.

Chi siamo

Il Centro Ambrosiano di Solidarietà è una associazione ONLUS nata a Milano nel 1986 con sedi sul territorio milanese e comasco.

Ha come obiettivo l'accoglienza e l'accompagnamento alla crescita, l'orientamento e il reinserimento nella società di persone con storie di disagio individuale, familiare e sociale, ed il sostegno nel raggiungere il miglior grado possibile di benessere e autonomia.

Il CeAS realizza il proprio intervento, in rete con gli enti locali, i servizi territoriali e le associazioni del privato sociale, attraverso:

- contesti comunitari residenziali terapeutici e riabilitativi;
- servizi di counselling territoriale e telefonico;
- alloggi protetti di accompagnamento all'autonomia per donne sole e/o con figli, minori e giovani stranieri, persone con esperienza di dipendenza, disagio psichico;
- accoglienza di nuclei famigliari in condizioni di emergenza abitativa o grave marginalità sociale; - interventi territoriali per favorire processi di coesione sociale ed inclusione in servizi residenziali e territoriali: protezione sociale, rifugiati, interventi di strada e nei quartieri.

E' un'associazione privata riconosciuta, iscritta al registro delle persone giuridiche private della Regione Lombardia, con qualifica di ONLUS (D.lgs. 4/12/1997 n. 460). Dal 2008 è iscritta all'albo delle associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati.

Nella realizzazione della mission il CeAS collabora strettamente con l'Associazione Volontari Ce.A.S.

Principi ispiratori

Nell'erogare i propri servizi l'associazione assume come base i principi del DPCM 27 gennaio 1994 per la tutela delle esigenze dei cittadini che ad essa si rivolgono e i principi etici e valori contenuti nel codice etico della Associazione:

- ✓ **Centralità della persona:** si impegna, in coerenza con la propria visione etica, a promuovere il valore della persona attraverso il rispetto dell'integrità fisica, culturale e morale e il rispetto della dimensione relazionale con gli altri, mediante condizioni di lavoro e di ospitalità rispettose della dignità individuale ed ambienti di lavoro e di permanenza sicuri e salubri;
- ✓ **Non discriminazione:** si impegna ad evitare qualsiasi forma di discriminazione nell'erogazione dei servizi, e nei confronti dei soci e collaboratori, rifiutando qualunque forma di discriminazione basata sul genere, sull'orientamento sessuale, sull'etnia, sulla religione, sulla nazionalità, sull'appartenenza politica, sull'età e sulla disabilità.
- ✓ **Imparzialità:** si impegna ad erogare i servizi tenendo un comportamento equo, obiettivo, imparziale;
- ✓ **Partecipazione:** si impegna a condividere i percorsi, con chiarezza e trasparenza, affinché ciascuno sia protagonista della propria storia attraverso processi di comunicazione, condivisione di risorse e sperimentazione di buone prassi;
- ✓ **Responsabilità:** si impegna ad assumere consapevolmente decisioni ed azioni atte a soddisfare i bisogni espressi dagli Ospiti, dai soci e collaboratori, dalla collettività;
- ✓ **Trasparenza e completezza dell'informazione:** si impegna a dare informazioni complete, trasparenti, comprensibili ed accurate; si impegna a garantire il diritto dei destinatari di ottenere le informazioni che li riguardano e di presentare osservazioni e suggerimenti per il miglioramento del servizio;
- ✓ **Continuità:** si impegna a creare e mantenere le condizioni necessarie per garantire la continuità nel tempo dei servizi offerti. Si impegna inoltre a ridurre al minimo i disagi verso Ospiti ed Utenti nel caso di disservizi dovuti a cause di forza maggiore;
- ✓ **Efficienza ed efficacia:** si impegna a raggiungere con efficienza i risultati attesi, impiegando in maniera ottimale le risorse;
- ✓ **Diligenza professionale:** si impegna ad erogare i propri servizi secondo criteri di competenza, precisione, puntualità, cautela; per questo si impegna a garantire la qualità del lavoro attraverso la attenta predisposizione di processi formativi permanenti e di supervisione; Ogni operatore, pertanto, assume come diritto-dovere la necessità di ampliamento delle proprie conoscenze allo scopo di porle al servizio degli Ospiti;

Politica per la qualità

Tutti i servizi residenziali terapeutici e riabilitativi sono accreditati secondo le normative vigenti e certificati in base norma ISO 9001:2008. Attraverso l'applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità l'associazione intende conseguire la soddisfazione delle esigenze implicite ed esplicite dei Clienti (fruitori e finanziatori dei servizi) e di quelle cogenti (prescrizioni di legge) e garantire la capacità di individuare e gestire i punti critici di tutti i propri processi.

Il Sistema di Gestione regola i processi erogati in modo pianificato, documentato e teso al conseguimento dei seguenti scopi:

- ✓ garantire Centralità della persona;
- ✓ miglioramento costante del livello di affidabilità dei servizi e dell'efficienza dei processi attraverso una gestione più adeguata delle risorse infrastrutturali, informative ed umane;
- ✓ favorire la crescita delle risorse umane attraverso attività di formazione professionale in modo che ciascuno, a tutti i livelli, operi per il raggiungimento degli obiettivi di qualità aziendale e raggiunga l'integrazione professionale auspicata.;
- ✓ capacità di risposta preventiva, adeguamento e/o sviluppo dei servizi sulla base delle sollecitazioni e dell'evoluzione dei bisogni del territorio;
- ✓ ottimizzazione dei flussi informativi sia all'interno che all'esterno.

L'attenzione di CeAS è tesa al miglioramento della qualità effettiva e non solo formale dei propri servizi, applicando una costante attenzione ai bisogni del territorio e all'adeguamento delle proprie attività alle esigenze dei propri "clienti" intesi nell'accezione più ampia.

Le modalità e la gestione dei reclami

Per reclamo si intende la richiesta esplicita o il suggerimento al miglioramento continuo dei servizi offerti. Agli utenti che fruiscono degli interventi, o ai loro familiari, è riconosciuto il diritto di presentare reclami e osservazioni in caso di insoddisfazione nell'erogazione del servizio.

Nel formulare il reclamo l'utente compie un gesto attivo di partecipazione diretta e costruttiva, al quale CeAS si impegna a dedicare la massima attenzione, garantendo le necessarie azioni di miglioramento ed una risposta in tempi rapidi e comunque entro 15 giorni dalla ricezione dell'istanza.

Le segnalazioni possono essere inoltrate per iscritto o segnalate per telefono, ovvero utilizzando anche i servizi di posta elettronica:

- via e-mail: amministrazione@ceasmarotta.it
- via fax: 02/26410209
- via posta: Centro Ambrosiano di Solidarietà Onlus Viale Marotta, 8 20134 Milano

È altrimenti possibile reclamare di persona, prendendo un appuntamento con il Responsabile Qualità (dr.ssa Alessandra Buccieri) che ascolterà e raccoglierà il reclamo, che dovrà comunque essere trascritto e sottoscritto.

LA COMUNITÀ ALISEI

Informazioni

✓ Indirizzo: Viale Marotta, 8 – 20134 Milano Tel. 0221597302

Fax 02.21640209

✓ sito web: www.ceasmarotta.it

✓ email: cdo@ceasmarotta.it

Rappresentante legale: Giovanni Cavedon- recapito 335/6426943 presidenza@ceasmarotta.it

Responsabile Area Salute Mentale e Dipendenze: Claudia Polli - recapito 335/1251886

claudia.polli@ceasmarotta.it

Coordinatore: Wesj Ronchi– recapito 349/1046369 – wesj.ronchi@ceasmarotta.it

Il referente per i rapporti con gli uffici di protezione giuridica e di servizi sociali è il responsabile di struttura EP Wesj Ronchi.

Presentazione del servizio

La **Comunità Alisei** è una comunità residenziale di trattamento specialistico per tossicodipendenti in comorbilità psichiatrica. Accreditata con la Regione Lombardia con d.g.r 16450/2004 e successiva modifica con d.g.r. 18841/2004, può accogliere un massimo di 10 pazienti maschi adulti.

Il percorso terapeutico è articolato su tre moduli distinti della durata di un semestre ciascuno per una durata complessiva di **massimo diciotto mesi**.

Il primo tempo, di diagnosi e osservazione, è detto **C.D.O.: CENTRO DIAGNOSI ED OSSERVAZIONE**. Lo scopo principale del CDO è di incrementare la qualità del processo diagnostico, inteso nel senso più ampio del termine, al fine di orientare in modo mirato e personalizzato il progetto terapeutico di ogni residente.

Il secondo tempo, detto **BASE SICURA**, ha lo scopo principale di accompagnare l'utente ad un significativo cambiamento attraverso un ripensamento degli stili di vita ed una profonda riflessione sul proprio rapporto con le sostanze d'abuso. La riflessione si concentra sul proprio ruolo nei meccanismi relazionali e nelle condotte disfunzionali nei diversi ambiti di vita.

Il terzo tempo terapeutico, detto **PROGETTO PONTI**, ha la funzione di immaginare e costruire le traiettorie che porteranno la persona ad una condizione di benessere, grazie alla acquisita capacità di autogestire i propri bisogni e di perseguire i propri desideri.

Tutte le fasi di trattamento si svolgono nei locali della cascina all'interno del parco Lambro a Milano. E' bene ricordare che lo svolgimento del **PERCORSO CDO** non comporta automaticamente il passaggio alle fasi successive in CeAS.

Il setting residenziale facilita un'accurata valutazione multidisciplinare (educativa, psicologica e psichiatrica) in quanto permette di raggiungere una visione più completa e attendibile del repertorio comportamentale, affettivo, cognitivo e relazionale dell'utenza, in condizioni di maggiore tranquillità e astinenza dalle sostanze. Un altro obiettivo importante è quello di cominciare a creare e/o rafforzare la motivazione soggettiva alla cura.

La stesura del programma terapeutico personalizzato, che è l'atto conclusivo della fase C.D.O., non rappresenta una scelta prevalentemente medica, sociale, pedagogica o psicologica, perché ha proprio come riferimento metodologico il modello biopsicosociale della dipendenza da sostanze, inteso come relazione disfunzionale tra un individuo, una o più sostanze ed un contesto sociale e familiare definito. In poche situazioni cliniche come quelle a cosiddetta doppia diagnosi, tale relazione è così evidente e complessa.

Destinatari

La comunità è accreditata per accogliere massimo di 10 pazienti maschi di età compresa tra i 18 e i 55 anni.

Criteri di accesso

La segnalazione del caso è effettuata dal servizio inviante (SerT, SMI, NOA) attraverso l'invio all'équipe di valutazione (composta dallo psichiatra e dal responsabile di struttura) di un documento con la descrizione degli aspetti problematici che hanno portato la persona a richiedere un percorso di cura in comunità terapeutica. Necessaria la certificazione, come da DGR 5509 del 10-10-07, per modulo specialistico residenziale comorbilità psichiatrica.

L'équipe: figure professionali

Il lavoro dell'équipe investe sia l'aspetto educativo che l'aspetto terapeutico-riabilitativo e riguarda tre macro-aree strettamente interconnesse: pedagogica, psichiatrica e psicologica. L'équipe è costituita da diverse figure professionali che integrano le proprie esperienze, i modelli formativi e ricoprono le seguenti funzioni:

- 1 Responsabile di struttura, educatore professionale
- 5 Educatori professionali
- 1 Psicologo psicoterapeuta
- 1 Medico Psichiatra
- 1 Infermiere Professionale
- 1 Pedagogista/counselor per l'intervento con le famiglie

All'interno della struttura sono inoltre presenti: volontari; psicologi ed educatori tirocinanti.

Ciascuna funzione ricoperta da personale dipendente è descritta in maniera dettagliata rispetto a Funzione, Requisiti Minimi per Ricoprire il Ruolo, Mansioni, Responsabilità e Documenti ISO 9001 di Riferimento (vedi Mansionario).

Il **gruppo di lavoro** che si occupa delle tre fasi del percorso (**CDO, BASE SICURA, PROGETTO PONTI**) effettua una riunione di supervisione una volta ogni tre settimane. La supervisione è svolta da uno psicologo psicoterapeuta attraverso la metodologia dello psicodramma ed è orientata alla rilettura delle dinamiche di gruppo che si verificano nel trattamento dei casi clinici.

La circolarità della comunicazione tra tutte le figure professionali, che a qualunque titolo si interessano dei residenti e del loro percorso terapeutico, è garantita dalla figura del coordinatore d'area e del relativo tavolo di coordinamento, che è inoltre spazio di formazione permanente.

Caratteristiche strutturali

La struttura è composta dai seguenti locali:

- ✓ Stanze per un totale di 10 posti letto con relativi servizi igienici di pertinenza
- ✓ Cucina per la preparazione degli alimenti
- ✓ Sala TV adibita a spazio ricreativo e di socialità
- ✓ Locali manutenzione e lavanderia
- ✓ Spazio adiacente alla struttura per attività terapeutiche, ricreative e laboratori (es. Cineforum)
- ✓ Un piccolo giardino

Tempi e modi di erogazione

- ✓ Funzionamento: Servizio operativo 365gg l'anno con copertura educativa 24/24h
- ✓ Orari di contatto: dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 17:00

Informazioni per raggiungere la comunità

La comunità è collocata all'interno di una antica cascina sita nel Parco Lambro. Si raggiunge:

- ✓ con i mezzi pubblici: metropolitana Linea 2 (verde) fermata MM Crescenzago
- ✓ con l'auto: tangenziale Est di Milano – uscita Lambrate. Giunti all'ingresso del parco, è necessario citofonare per azionare l'abbassamento dei dissuasori mobili.



PROCEDURE DI ACCESSO, PERMANENZA E USCITA DAL PROGETTO

Accoglienza

Gli enti invianti sono necessariamente i SERT, gli SMI oppure i servizi territoriali per alcoldipendenti: per accedere alla Comunità Alisei, oltre alla certificazione di dipendenza rilasciata dal servizio è necessaria l'indicazione della necessità per il paziente di essere accolto in una struttura specialistica residenziale accreditata per la comorbilità psichiatrica.

A garanzia della trasparenza delle procedure di valutazione e di formazione della lista d'attesa si compilano e trasmettono ai servizi i documenti "verifica idoneità inserimento" (DR 141) e "disponibilità accoglienza" (DR 140). La lista d'attesa, i criteri di accoglienza e le modalità di accesso al servizio sono pubblicate sul sito dell'associazione.

Dopo aver discusso e concordato con i servizi l'invio dell'ospite questo è preceduto da una serie di colloqui che sono condotti dal medico psichiatra referente per gli ingressi in collaborazione con l'educatore responsabile della Comunità Alisei. Il numero di tali colloqui viene stabilito in base alle necessità del caso (mediamente se ne fanno due) e all'esistenza di limitazioni imposte da elementi di realtà che riguardano il richiedente (eccessiva distanza, detenzione in carcere, ricovero presso reparti psichiatrici, etc.)

L'approccio alla persona è volto alla creazione di una relazione empatica e di fiducia, ma assume anche carattere "contrattuale". Si ritiene importante informare dettagliatamente gli interlocutori (pazienti, famiglia e servizi) circa il percorso che viene proposto, sulle motivazioni per cui questo è stato pensato insieme ai servizi invianti, al fine di trasmettere agli ospiti l'immagine di sé stessi come soggetti attivi in grado di scegliere, valutare e discutere le proposte che riguardano la propria vita. Da parte dell'operatore c'è la disponibilità ad accogliere domande ed indirizzare verso le scelte adeguate ai bisogni dell'ospite.

Altro obiettivo fondamentale di questi incontri preliminari è quello di rinsaldare "l'aggancio" con l'ospite e rafforzare le sue motivazioni e per valutare se la struttura residenziale del Ce.A.S. possa adeguatamente rispondere alla domanda e ai bisogni portati dal soggetto in quel dato momento. L'ultimo colloquio viene condotto dal responsabile della struttura con lo scopo principale di concordare con il diretto interessato il regolamento e le attività che scandiscono la vita quotidiana della struttura residenziale ospitante.

L'ingresso viene condotto, previa presentazione del caso all'équipe multidisciplinare del Ce.A.S., con le seguenti modalità:

- ✓ Accoglienza nel centro
- ✓ Rilettura del contratto e del regolamento
- ✓ Firma del "contratto"
- ✓ Ispezione personale e del bagaglio
- ✓ Momento di accoglienza in gruppo e di inserimento nella struttura.

Per quanto riguarda l'ultimo punto riteniamo che sia necessario conferire al momento di ingresso una particolare formalizzazione in quanto deve essere trasmesso che si tratta di un "rito di passaggio" attraverso il quale si accede ad una nuova dimensione di esistenza. Questo momento sarà particolarmente significativo sia per l'ospite in ingresso sia per coloro che già fanno parte della Comunità.

Durante questo incontro, finalizzato al nuovo ingresso, ogni partecipante fa una breve presentazione di sé, invitato dal conduttore della riunione (educatore responsabile), in cui racconta qualcosa di significativo del proprio attuale percorso terapeutico ed il motivo per cui sta continuando il trattamento; infine si rivolge un augurio al nuovo arrivato.

Allo stesso modo anche gli operatori si presentano brevemente per farsi conoscere. Il nuovo ospite si presenterà per ultimo, in modo tale che si sia già creata un'atmosfera sufficientemente facilitante all'interno della quale diventa possibile un'apertura meno ansiogena e, quindi, più produttiva. Il responsabile chiude l'incontro descrivendo in modo sintetico la situazione problematica che ha condotto il nuovo ospite presso questo centro.

LE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO

Setting comunitario

Gli obiettivi principali sono: osservazione, contenimento e lavoro sulla motivazione. L'intervento deve pertanto limitarsi a fornire una cornice per la convivenza, il confronto con le regole ed il raggiungimento della condizione di astinenza, al fine di creare le condizioni che possono favorire dinamiche e processi elaborativi propri delle fasi successive. In questa prospettiva il gruppo che viene a costituirsi è finalizzato all'organizzazione ed alla gestione della casa, quelle a carattere di animazione e di laboratorio sono principalmente utilizzate come strumenti di osservazione.

Gruppo del mattino

Si svolge tutti i giorni dal lunedì al sabato ed ha la durata di 45 minuti. Sono presenti tutti gli ospiti e la conduzione è affidata all'educatore dello staff. La prima parte di questo incontro, della durata di circa venti minuti, funge da contenitore di comunicazioni, confronti, chiarimenti relativi ad eventuali problemi verificatisi nelle ore serali - notturne appena trascorse. La seconda parte raccoglie ed indirizza gli impegni che ogni ospite si assume, davanti a tutti, e che dovrà svolgere nel corso della giornata (turni, responsabilità, eventuali provvedimenti).

Gruppo educativo, gruppo CASA e gruppo MENU

Si svolgono un pomeriggio la settimana, in alternanza e sono condotti dagli educatori; hanno la durata di un'ora e mezza. I Gruppi Educativi si basano sul confronto reciproco tra i componenti, intendendo il gruppo come, potenzialmente, un fondamentale agente terapeutico per l'apprendimento interpersonale. Il gruppo, infatti, nel suo insieme di elementi e di variabili relazionali, offre l'opportunità di "rispecchiarsi" e di ritrovare nell'altro un'idea comune, il valore di un evento, stimola una maggiore presa di coscienza di sé ed un desiderio di vicinanza affettiva. Gli educatori hanno il ruolo di facilitazione e di "garante": colui che si fa carico di far rispettare le regole del gioco. Trattandosi di un gruppo di verifica, l'importanza dei segnali e dell'attenzione dell'educatore diventano fondamentali. In sintesi gli obiettivi di questo gruppo sono: verifica del percorso di adeguamento al sistema normativo del centro; espressione e confronto dei sentimenti e dei vissuti problematici relativi alla condivisione degli spazi e dei tempi di comunità, ricerca ed attuazione di soluzioni creative nella gestione dei conflitti.

Full staff meeting (riunione plenaria di comunità)

Si svolge una volta al mese, prevede la presenza più ampia possibile delle persone che partecipano alla vita comunitaria (utenti, operatori ...) ed è condotto dal responsabile e dallo psicologo della comunità. La finalità è quella di affrontare tematiche relative all'esperienza condivisa (con particolare attenzione ai processi decisionali) in un clima orizzontale dove poter far emergere questioni che rischiano di rimanere dominio di sottogruppi tendenti a disfunzionali proiezioni. Inoltre in questo spazio si cerca di inserire le questioni concrete ed i

vissuti che generano all'interno della storia che il gruppo e l'istituzione stanno attraversando. Il modello di riferimento è quello della group relations elaborato alla Tavistock. Il Full Staff Meeting ha anche lo scopo di accogliere ed elaborare spunti di criticità da parte degli ospiti.

Laboratori e corsi

I laboratori nascono come risposta alle esigenze che si sono delineate nel corso della progettazione del servizio: è necessario modulare uno spazio e un tempo per l'attività quotidiana degli ospiti, tenendo conto delle caratteristiche di questi ultimi e di quelle strutturali relative al progetto in corso. È importante creare le condizioni affinché ciascuno possa investire la propria creatività e possa sperimentare le proprie abilità relazionali con i pari e con lo staff.

Il lavoro deve avere caratteristiche di semplicità di esecuzione, possibilità di variazione, necessità di cooperazione; è importante poter garantire continuità e produttività. Sono previsti spazi e tempi adeguati per la progettazione e la verifica del percorso.

Gli spazi e i tempi dell'attività di laboratorio sono "paralleli" e, nello stesso tempo, compenetranti il lavoro svolto nel gruppo di autoverifica. L'educatore ha la possibilità di verificare, nel concreto, le dinamiche relazionali e comportamentali degli ospiti, con il duplice scopo di rimandare loro osservazioni "oggettive" e di completare il quadro informativo psicodiagnostico.

Nel corso degli anni sono stati attivati progetti di orticoltura, cineforum tematici, progetti sportivi, laboratori teatrali, lavoro presso una fattoria, ciclofficina.

Nella fase PROGETTO PONTI è possibile che siano proposti percorsi di borsa lavoro e tirocinio osservativo presso enti esterni.

La psicodiagnosi

Lo psicologo psicoterapeuta del centro invita il paziente, dopo un primo periodo di ambientamento, ad iniziare un percorso di valutazione psicodiagnostica mirato a costruire un quadro chiaro del funzionamento della sua personalità, degli atteggiamenti che intende attuare, dei comportamenti che lo caratterizzano sia nell'attualità che in riferimento alla sua storia personale e familiare.

La psicodiagnosi avviene tramite colloqui ed eventualmente la somministrazione di questionari e/o test. È previsto un colloquio finale di restituzione con l'ospite, con l'équipe multidisciplinare della comunità e con gli operatori di riferimento dei servizi inviati. Il quadro di riferimento teorico e metodologico è quello psicoanalitico.

Il medico psichiatra, presente in struttura in modo continuativo, si occupa, attraverso colloqui individuali, di monitorare l'eventuale terapia psicofarmacologica e di sostenere gli ospiti in un lavoro di riflessione sulla propria salute psichica. Partecipa alle riunioni di équipe e ai momenti di supervisione, integrando attivamente il proprio ruolo nell'elaborazione teorica e pratica del trattamento.

Psicoterapia individuale e di gruppo

Le sedute di psicoterapia hanno la finalità di offrire uno spazio in cui elaborare le problematiche emergenti connesse alla vita comunitaria e alla nascita di un'autentica motivazione al cambiamento personale. Il lavoro verte principalmente sul dare una significazione ai vissuti emotivi perché non siano agiti e sul rafforzamento del senso di valore personale.

Il gruppo di psicoterapia ad orientamento psicoanalitico, che si svolge una volta alla settimana, da un lato consente di metabolizzare stati mentali carichi di ansia che i singoli individui non riescono ad elaborare e da un altro favorisce l'instaurarsi di un senso identitario meno rigido e più in grado di evolvere attraverso le continue identificazioni o differenziazioni dagli altri membri del gruppo; infine è un luogo dove mettere a fuoco e se necessario smorzare o rinforzare le dinamiche gruppali presenti tra gli ospiti.

I colloqui individuali sono utilizzati per approfondire tematiche specifiche che emergono durante il percorso o affrontare argomenti che gli ospiti non si sentono di affrontare nel setting gruppal.

L'operatore di riferimento (case manager)

Ad ogni ospite è assegnato, dopo un primo tempo di conoscenza ed ambientamento, un operatore di riferimento con funzioni di case manager.

All'operatore di riferimento sono affidati per prima cosa la compilazione e l'aggiornamento costante della FASAS, documento che accompagna l'ospite dall'ingresso alle dimissioni e che raccoglie ogni elemento che riguarda il suo programma personale: dai dati anagrafici completi alle relazioni educative periodiche, dai documenti PEI (progetto educativo individuale) alla raccolta delle schede di osservazione, ai più disparati documenti relativi alla situazione sanitaria e giudiziaria. E' necessario che il case manager diventi il depositario di ogni informazione utile, approfondendone la conoscenza.

Il ruolo dell'operatore di riferimento si articola sull'avvio e il consolidamento di una relazione significativa con l'ospite, basata su un'approfondita conoscenza personale attraverso frequenti colloqui ed un lavoro costante sulla motivazione e la consapevolezza.

Di prassi, l'operatore di riferimento somministra all'inizio di ogni semestre la scheda VADO, uno strumento atto a valutare l'andamento degli atteggiamenti e dei comportamenti della persona nelle seguenti aree di comportamento: cura di sé, competenze relazionali con i pari e con lo staff, collaborazione alle attività del centro, rapporto con le sostanze stupefacenti.

Al termine di ciascuna fase progettuale è convocato un incontro con gli operatori del Sert inviante per verificare l'andamento del progetto e stabilire insieme le linee guida della fase successiva; in questa occasione l'operatore di riferimento scrive una relazione di sintesi indirizzata al servizio. Una relazione finale è compilata al termine del percorso.

Laboratori e attività esperienziali (arteterapia/ drammaterapia/ arrampicata/ montagnaterapia)

Ogni anno la struttura si impegna a proporre agli ospiti laboratori esperienziali in linea con i bisogni e le risorse del gruppo degli ospiti. La finalità è incrementare la qualità dell'offerta terapeutica.

Rapporti con le famiglie

Servizio di counseling alle famiglie attraverso percorsi di accompagnamento e sostegno ai familiari degli ospiti in trattamento.

La premessa sistemica vede la persona inserita in una rete di relazioni significative; l'abuso di sostanze ha un profondo effetto sulla famiglia, pertanto l'accompagnamento della famiglia stessa è fondamentale e risulta un attributo prezioso e spesso necessario al trattamento, in particolar modo quando è integrato in programma di intervento complessivo.

I familiari vengono informati del loro coinvolgimento già durante la fase di filtro per l'ingresso in comunità. Dopo un breve periodo di permanenza in comunità dell'ospite (circa un mese) i familiari vengono convocati per il primo colloquio di presentazione e conoscenza.

L' intervento prevede due fasi:

Un primo periodo di raccolta della storia sia della famiglia di origine che del nucleo familiare e di osservazione dei modelli relazionali e di comunicazione interna alla famiglia, le alleanze, i ruoli principali, le regole e i confini, i legami e gli stili di conflitto.

Somministrazione del genogramma familiare.

Un periodo successivo di accompagnamento rispetto ai temi più legati alla fase di trattamento del familiare (paure, aspettative, separazione, rientri in famiglia).

I progetti individualizzati

Il servizio erogato si basa sull'attuazione di un preciso Progetto Terapeutico - riabilitativo Individuale (PEI) che ha le seguenti caratteristiche:

- ✓ è individuale
- ✓ è liberamente accettato dall'utente
- ✓ è condiviso con il Servizio inviante
- ✓ è orientato a specifici obiettivi da perseguire
- ✓ ha lo scopo di potenziare le abilità relazionali e funzionali necessarie per migliorare la qualità della vita dell'utente
- ✓ è verificato periodicamente con l'utente e il servizio inviante

Ogni progetto individualizzato è articolato su tre fasi progettuali: il CDO, il progetto BASE SICURA e il Progetto PONTI, di seguito descritti.

Verifica degli esiti - i passaggi

Ogni passaggio, dall'accoglienza alla dimissione finale, prevede l'accettazione informata da parte dell'ospite e dei servizi invianti degli obiettivi di fase e degli strumenti con cui si perseguiranno. La riunione di verifica al termine di ciascuna fase ha lo scopo di condividere una visione comune che permetta di orientare le scelte terapeutiche successive.

CDO

Al termine della prima fase CDO è previsto un processo di “restituzione” nel quale sono presentati alla persona i bilanci delle varie attività svolte nel corso della sua permanenza in C.D.O. In particolare, con l’operatore di riferimento ed il capo struttura si effettua la valutazione di progressioni, arresti e regressioni dal punto di vista educativo, lo psicologo dell’équipe restituirà gli aspetti emersi nella valutazione psicodiagnostica integrando tali aspetti con quelli più comportamentali emersi durante la fase di osservazione. Più in generale si restituisce il significato complessivo dell’esperienza, e si propone in sinergia con i servizi inviati un’ipotesi di trattamento personalizzata. Come già evidenziato, la Comunità si propone di incrementare la qualità del processo diagnostico al fine di progettare una modalità di intervento terapeutico per ciascun ospite valutandone la fattibilità. Qualora si ritenga che tale progetto sia compatibile con un percorso comunitario all’interno del CeAS, infatti, si provvederà ad organizzare il passaggio dell’ospite alla fase successiva.

BASE SICURA

Al termine del secondo semestre si incontrano i servizi inviati con l’utente e si effettua una verifica congiunta del raggiungimento degli obiettivi di fase, in particolare: il mantenimento di uno stile di vita regolare, sano ed equilibrato; la gestione di relazioni basate sul rispetto e la tolleranza reciproca, nella condivisione di esperienze e riflessioni utili sui rapporti con le altre persone, avendo sperimentato un maggiore grado di autonomia rispetto alla fase CDO; il consolidamento di un rapporto con i farmaci positivo ed efficace, attraverso visite regolari con il curante; il consolidamento del rapporto con la rete dei servizi di cura; la sperimentazione ed il consolidamento di un modello di comunicazione non disfunzionale con la famiglia d’origine o attuale; l’esplorazione e la valorizzazione di abilità e risorse residuali o da poco attivate; l’ipotesi di un’esperienza lavorativa o di formazione rispetto ai bisogni e le capacità emerse nell’attualità.

PROGETTO PONTI

L’ultima fase del percorso comunitario (PROGETTO PONTI) ha come scopo principale quello di elaborare con l’utente ed i suoi servizi le traiettorie evolutive da costruire al termine del percorso in Comunità ALISEI. Il lavoro di questa fase, reso efficace grazie al rapporto che si è costruito nelle fasi precedenti, si traduce nell’accompagnamento e sostegno materiale ed emotivo dell’ospite nella dimissione e nell’inserimento nella nuova fase progettuale: che si tratti di tornare al contesto sociofamiliare di provenienza, di una nuova comunità con caratteristiche di reinserimento o un ambito di maggiore autonomia. L’obiettivo è di gestire e contenere angosce di tipo abbandnico e/o di separazione, ma anche di non perdere di vista gli aspetti evolutivi della scelta effettuata.

Il passaggio è concordato e discusso con gli operatori della struttura ricevente e con i servizi inviati e solitamente prevede un accompagnamento progressivo.

STRUMENTI, MODALITÀ E TEMPI DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI E DEI CAREGIVER

- Nel corso del Full Staff Meeting mensile si raccolgono le espressioni di criticità nei confronti della struttura e si rielaborano nel corso della seguente équipe.

MODALITÀ PER ESPRIMERE APPREZZAMENTI O LAMENDELE O PER DENUNCIARE DISSERVIZI

- Uno degli scopi del FULL STAFF MEETING è di raccogliere e misurare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione all'andamento della comunità. Gli operatori riportano nel quaderno eventi/interventi i contenuti espressi in tal senso nel corso della riunione.
- In ufficio operatori è in distribuzione un modulo (DR 135) per consentire agli ospiti di esprimere reclami, osservazioni e suggerimenti. I moduli sono raccolti e i dati processati dall'équipe curante.

MODALITÀ DI GESTIONE DEI RAPPORTI CON I SERVIZI INVIANTI

Mensilmente l'educatore di riferimento contatta telefonicamente il referente del servizio inviante. Il coordinatore e l'educatore di riferimento incontrano il servizio con cadenza almeno semestrale per le verifiche periodiche e la ridefinizione del Pei

Ai referenti del servizio viene comunque fornita la seguente documentazione:

- Relazione d'osservazione
- Relazioni periodiche sul caso
- Copia del progetto educativo individualizzato con verifiche intermedie ed eventuali modifiche

DETTAGLIO DELLE PRESTAZIONI COMPRESSE NELLA RETTA

La retta per la permanenza in comunità ALISEI comprende la piena copertura delle spese per i servizi di vitto e alloggio, del personale impiegato e relative a trasporti ed attività laboratoriali e di risocializzazione, quando connesse al progetto educativo individuale. Sono comprese le spese relative alle terapie farmacologiche.

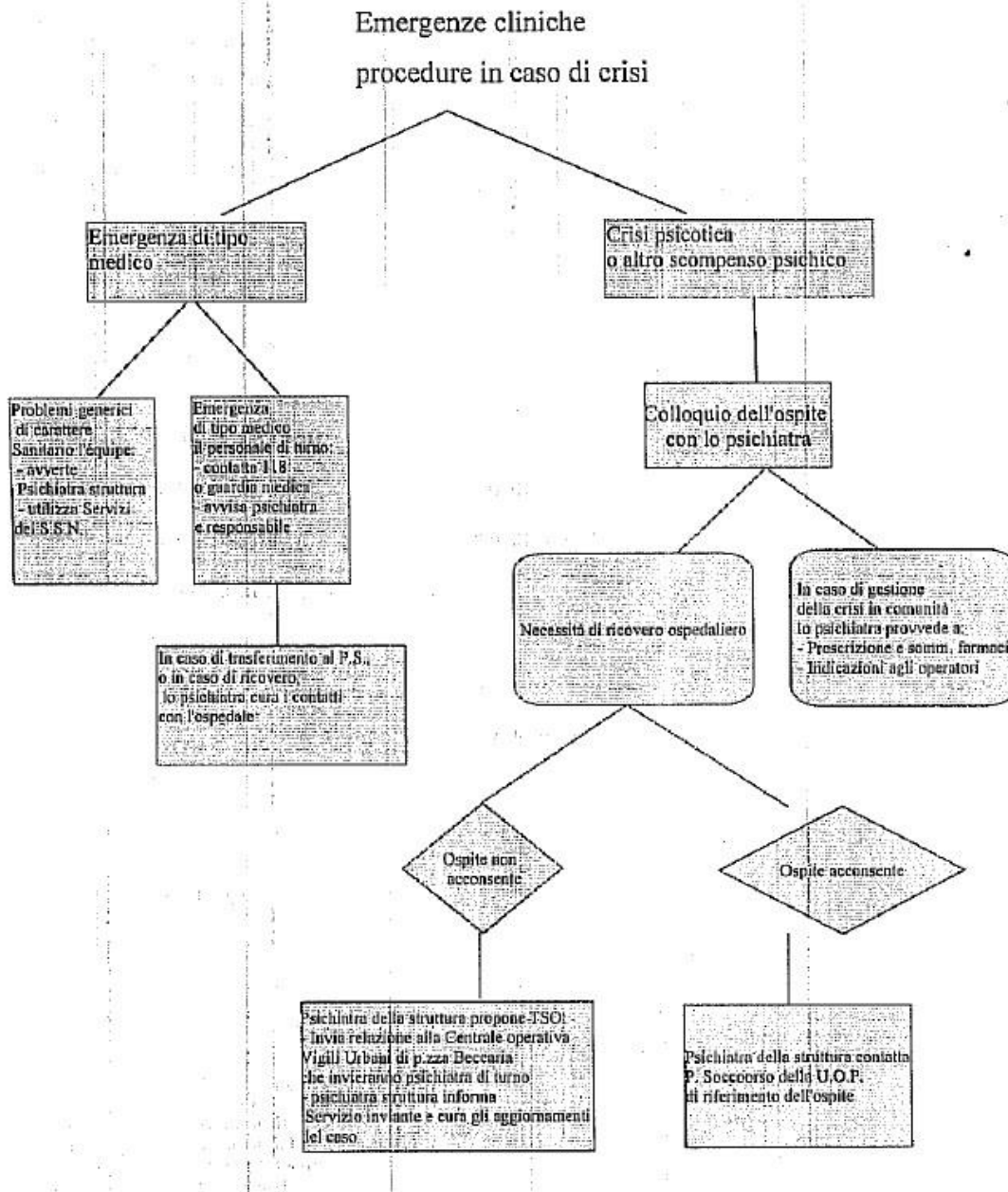
Sono escluse le spese relative a sigarette e in genere le spese personali relative a generi non di prima necessità.

DEFINIZIONE DELLE PROCEDURE A GARANZIA DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La struttura organizzativa della comunità prevede una copresenza feriale diurna di almeno due operatori qualificati nella fascia oraria 08.00-21.00. Dopo le 21 e tra le 0.00 e le 08.00 e nei giorni festivi è sempre presente un operatore qualificato (infermiere, educatore professionale).

La comunità ALISEI – CeAS si impegna a garantire la continuità dell'assistenza in regime residenziale attuando le seguenti procedure nei casi di:

Urgenze cliniche: nel caso di urgenza clinica (crisi di auto ed etero aggressività, crisi psicopatologiche acute, tentativi di suicidio) la procedura prevede: la pronta messa in sicurezza di sé e dei pazienti e la chiamata del responsabile di comunità e dello psichiatra, sempre reperibili telefonicamente. La valutazione condivisa delle condizioni cliniche consente all'operatore di scegliere quale strategia adottare per fronteggiare l'urgenza. Il responsabile di comunità (il facente funzioni in caso di malattia o ferie) garantisce la possibilità di raggiungere la comunità entro un'ora dalla chiamata nei casi in cui sia ritenuto necessario. Si pubblica di seguito un estratto della PO 024 in ISO9001 che illustra mediante diagramma di flusso la procedura di gestione delle emergenze.



Urgenze organizzative: come detto il personale è organizzato in modo da garantire tutti i giorni dell'anno una copertura dell'intera giornata ferial e festiva con copresenze adeguate. Nel caso in cui un imprevisto impedisca all'operatore di raggiungere il posto di lavoro e/o di presidiare la struttura in modo adeguato, la procedura prevede l'immediata sostituzione dell'operatore con un collega disponibile a raggiungere per tempo la comunità, previa consultazione con il responsabile di struttura. Nelle settimane di assenza per malattia o ferie, del coordinatore di struttura è indicato un facente funzioni nominato formalmente tra i membri dell'equipe educativa. Ad esso sono attribuite le funzioni svolte abitualmente dal coordinatore. Nel caso in cui è lo psichiatra ad assentarsi, è nominato un facente funzioni,

esterno o interno all'organizzazione CeAS, che ha il compito di garantire la reperibilità per le urgenze e una visita presso la struttura. Nel caso in cui sia assente l'infermiere professionale è formalmente incaricato un facente funzioni che garantisca una presenza nel periodo di assenza del collega.

Urgenze tecnologiche: Al fine di garantire il corretto funzionamento del servizio e per garantire la totale sicurezza degli utenti e dipendenti, sono state predisposte procedure ad hoc finalizzate a ridurre i rischi tecnologici e ad affrontarli e risolverli prontamente qualora insorgano. Nello specifico, sono a disposizione di tutti i dipendenti le procedure relative a:

- Gestione Informatica (vedi Procedura Operativa 031)
- Gestione Emergenze Logistiche e di Sicurezza (vedi Procedura Operativa 021)
- Emergenze Blackout (vedi Documento di Registrazione 149)
- Piano Gestione Strutture (vedi Documento di Registrazione 125)

DEFINIZIONE DELLE PROCEDURE RELATIVE A DIMISSIONE O TRASFERIMENTO

La direzione garantisce la continuità nell'assistenza prevedendo il rilascio all'utente, all'atto della dimissione o del trasferimento ad altro servizio, di una relazione di dimissione in cui sono evidenti: lo stato di salute, i trattamenti effettuati, l'eventuale necessità di trattamenti successivi, le informazioni utili al proseguimento del percorso assistenziale. Vd in allegato il fac-simile della relazione di dimissione (allegato D).

Le modalità di gestione del trasferimento presso altre unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie, in servizi residenziali o semiresidenziali, sono citate nel regolamento di struttura, di cui si riporta un breve estratto:

“Riteniamo importante regolare le dimissioni, nei tre casi in cui generalmente avvengono:

- 1) a conclusione del percorso che l'ospite intraprende con noi
- 2) a seguito di una rottura irreparabile del contratto
- 3) per decisione propria dell'utente in anticipo sui tempi concordati

1) Al termine del progetto terapeutico concordato con i servizi (6 mesi, 12 oppure 18) si determinano modalità e tempi di passaggio alla fase di trattamento successiva, che si tratti di un ritorno al territorio oppure di un passaggio ad un'altra struttura terapeutica. Di norma si tratta di una proposta, condivisa con i servizi invianti, che l'ospite ha il tempo e il modo di valutare prima di accogliere. La proposta è contenuta nel PEI di fase ed è sottoscritta e controfirmata dall'ospite, dall'operatore di riferimento e dai servizi invianti. Si determinano giornate e colloqui da svolgere presso la struttura che ospiterà e/o si organizzano incontri di mediazione con la famiglia che si prepara a riaccogliere l'utente in dimissione. E' previsto un momento rituale di

saluto del gruppo degli operatori e dei compagni di percorso, per rappresentare il passaggio e per concludere il percorso effettuato in ALISEI.

- 2) nel momento in cui l'ospite trasgredisce in modo grave, al punto di rompere il patto che si sottoscrive al momento dell'ingresso, l'équipe può decidere di allontanare l'ospite dimettendolo. Anche questo passaggio di norma avviene in collaborazione con i servizi invianti ed avendo cura che comporti conseguenze meno gravi possibile per l'ospite. Anche in questo caso crediamo importante ritualizzare questo passaggio, evidentemente difficile per la comunità come per chi deve essere allontanato, con un momento di gruppo in cui la persona può salutare e ricevere le comunicazioni dei compagni. Al momento delle dimissioni sono restituiti all'ospite gli effetti personali depositati all'ingresso, come pure eventuali soldi personali e documenti. Non saranno consegnate invece terapie farmacologiche, soldi che appartengono a genitori o partner né beni di proprietà della comunità.
- 3) come ribadito più volte, a partire dalla firma del contratto iniziale, l'ospite di ALISEI è qui per sua espressa volontà ed è libero di lasciare, se lo ritiene, il percorso. Questo naturalmente comporta il fatto che un'eventuale riaccoglienza deve essere concordata e ripensata con attenzione con i servizi invianti tenendo presente le motivazioni che hanno portato l'ospite a prendere una decisione che appare grave e carica di conseguenze. Anche il momento delle dimissioni volontarie anticipate è ritualizzato attraverso un gruppo di saluto condotto dall'operatore, nel quale far emergere motivazioni e contenuti particolari. E' bene sapere che i servizi invianti devono essere tempestivamente informati della decisione.

Al termine di ogni fase del percorso (PEI CDO, BASE SICURA o PROGETTO PONTI) è compilata, sottoscritta dal paziente e condivisa con i servizi invianti una relazione conclusiva di sintesi, contenente: la descrizione dei trattamenti effettuati, l'eventuale necessità di trattamenti successivi, le informazioni utili al proseguimento del trattamento assistenziale”.

PROCEDURA DI GESTIONE, APPROVVIGIONAMENTO E SMALTIMENTO DEI FARMACI E DEI PRESIDI

- Tutti i medicinali sono conservati in armadietti/frigoriferi con chiusura a chiave
- Le chiavi conservate personalmente dai responsabili e non accessibili a ospiti o personale non autorizzato alla gestione
- L'accesso ai locali in cui sono conservati i farmaci deve essere sempre controllato e la porta chiusa a chiave in assenza di operatore.

TEMPISTICHE E MODALITÀ DI ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SOCIOSANITARIA E PER OTTENERNE IL RILASCIO

La documentazione sociosanitaria è conservata nel faldone personale FASAS, collocato in armadio chiuso a chiave in ufficio staff.

Il paziente ha la possibilità di accedere alla propria documentazione sociosanitaria previa richiesta formale, come pure di chiederne copia. Non è possibile accedere, o chiedere copia, di documentazione in fase di firma o protocollo.

STANDARD DI QUALITÀ

Obiettivo	Indicatore	Standard	Frequenza controlli	Responsabile	Rintracciabilità
Garantire qualità servizi erogato	Livello di conoscenza lingua italiana per dipendenti stranieri	EDUCATORI, PSICHOLOGI, PSICHIATRI: autocertificazione attestante eccellente conoscenza scritta e orale della lingua; INFERMIERI: autocertificazione attestante eccellente conoscenza orale della lingua; ADDETTI PULIZIA: autocertificazione attestante sufficiente conoscenza della lingua	Una volta all'anno con compilazione di modulo di autocertificazione	Responsabile risorse umane Responsabile qualità	- Modulo di autocertificazione archiviato nella cartella CONTRATTI DIPENDENTI
Stesura progetti educativi individualizzati e verifica degli stessi	Rispetto delle tempistiche	- stesura entro un mese dall'inserimento dell'ospite - verifica degli obiettivi secondo i tempi indicati nel progetto	Una volta al mese/ogni tre mesi (vedi quanto previsto dall'accreditamento o dal sistema di qualità)	Educatore di riferimento per stesura e verificano Coordinatore per verifica rispetto tempistiche	- PEI - dossier ospite
Fornire agli operatori formazione e supervisione	Cadenza supervisione almeno mensile n. ore di formazione annue	Rispetto della programmazione	Controllo alla fine di ogni ciclo (grado di soddisfazione discenti) e controllo alla fine anno rispetto obiettivi annuali	Responsabile risorse umane Responsabile Qualità per customer satisfaction	Piano formazione scheda verifica efficacia verbali di audit
Lavoro di rete con gli enti invianti	- Frequenza degli incontri - scambi sul caso	*=>2 annuali - almeno relazioni trimestrali	Una volta ogni tre mesi, così come previsto dal piano di controllo della qualità	Educatori di riferimento Coordinatore per verifica	- modello relazione - verbali incontri - piani delle verifiche
Favorire l'interazione sociale dell'ospite interagendo con le risorse del territorio	Adesione degli ospiti ad iniziative di tipo sportivo/ricreativo/risocializzazione	*=> 1 risorsa utilizzata con continuità dall'ospite	Una volta ogni tre mesi	Equipe educativa	Nel Pei sono citate le attività svolte all'esterno e le modalità di verifica al termine della fase
Favorire momenti di incontro e scambio con le famiglie/rete primaria o secondaria	Numero incontri	*=> 2 annuali	Una volta ogni tre mesi	Pedagogista referente Equipe educativa	Relazione incontri verbali equipe
Manutenzione della struttura	Rispetto piano interventi programmati Tempi di risoluzione dei problemi	Interventi solleciti rispetto alla segnalazioni	Mensile	Responsabile della manutenzione	Foglio interventi piano degli interventi programmati