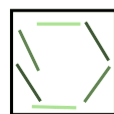
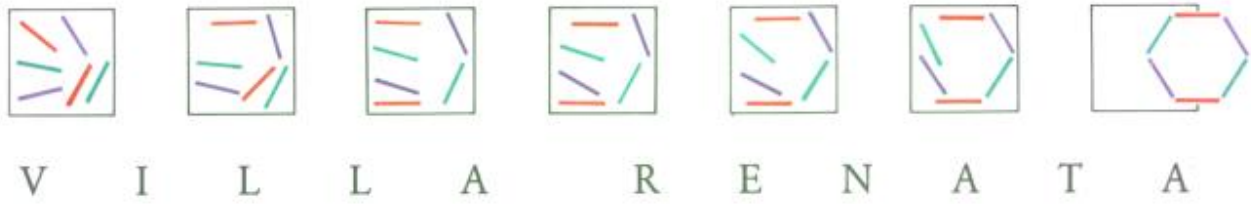




Comunità Terapeutica “Villa Renata”

REPORT 2020





Comunità Terapeutica

“Villa Renata”

Report delle Attività
2020

Sommario

PRESENTAZIONE	6
IL GRUPPO CURANTE	6
L'EQUIPE	9
LA VALUTAZIONE: SODDISFAZIONE MEMBRI DELL'EQUIPE	10
INTRODUZIONE	12
FOTOGRAFIA DELL'UTENZA	13
CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE	13
MISURE GIUDIZIARIE	14
ETA'	14
I SERVIZI PER LE DIPENDENZE INVIANI	15
STILI ATTUALI DI UTILIZZO E ABUSO	15
LA STORIA CON LE SOSTANZE	17
STUDIO E LAVORO	19
PROGETTI DI FORMAZIONE E OCCUPAZIONE	20
UN NOSTRO DISPOSITIVO: IL SERVIZIO DI ORIENTAMENTO LAVORATIVO	23
CONDIZIONE DI VITA	24
ESPERIENZE DI VITA AVVERSE	24
UN NOSTRO DISPOSITIVO: IL GRUPPO GENITORI	26
LA VALUTAZIONE: SODDISFAZIONE GRUPPO GENITORI	28
LA VALUTAZIONE: SODDISFAZIONE DELLE FAMIGLIE	28
LE SEGNALAZIONI DEI SERVIZI INVIANI	30
LA VALUTAZIONE: LA SODDISFAZIONE DEI SERVIZI INVIANI	31
ESITI DEI TRATTAMENTI	34
NUOVI ORIZZONTI: LA CURA NEL TEMPO POST-DIMISSIONI	34
LA VALUTAZIONE: LA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI	36
LA PRESA IN CARICO FARMACOLOGICA	39
TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA	39
TERAPIA SOSTITUTIVA	41
FOCUS 2020: LA COMUNITÀ IN TEMPI DI PANDEMIA	43
ESSERE COMUNITA' TERAPEUTICA IN TEMPO DI PANDEMIA	43
AGIRE COME COMUNITA' TERAPEUTICA IN TEMPO DI PANDEMIA	45
RIFLETTERE COME COMUNITA' TERAPEUTICA IN TEMPO DI PANDEMIA	49
MOTIVAZIONI E OBIETTIVI DELL'INDAGINE	49
RISULTATI E LORO INTERPRETAZIONE	50
RAPPRESENTARSI COME COMUNITA' TERAPEUTICA IN TEMPO DI PANDEMIA	59

LA FORMAZIONE	60
PROGETTO E WORKSHOP: RISCHIO COVID IN CT VILLA RENATA	60
IL PROGETTO REINSERIMENTO	62
INCROCIO PRE-PASSAGGIO	63
LA FASE CLINICA DEL REINSERIMENTO	65
LA FOTOGRAFIA DELL'UTENZA AL REINSERIMENTO	65
L'OCCUPAZIONE LAVORATIVA	67
ATTIVITÀ FORMATIVE E TEMPO LIBERO	67
TERAPIA SOSTITUTIVA	68
LE DIMISSIONI	68
DISPOSITIVI DI ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICI E DI MONITORAGGIO DELL'INTERVENTO	70
P.A.T.W.A.Y.	70
R.P.S.	71
B.A.S.I.W.A.Y.	71
UNO SGUARDO AD ALCUNI DISPOSITIVI EDUCATIVI E RICREATIVI	72
PREMESSA: IL LAVORO EDUCATIVO E PEDAGOGICO NELLA QUOTIDINANITA', LA BASE DALLA QUALE PARTIRE	72
TEMPO LIBERO: I NOSTRI FINE SETTIMANA	74
LE CORONAPIADI DI VILLA RENATA	75
CORSO DI FOTOGRAFIA E SCRITTURA CREATIVA VILLA RENATA	77
PROGETTO INFERNUM	79
LABORATORIO DANZA	81
UN MUSEO AL MESE	82
ASPETTIAMO L'ARRIVO DELLE FESTE	84
LABORATORI CREATIVI	85
PROGETTO GIORNALINO	86
PROGETTO CALCIO	87
PROGETTO DI MUSICOTERAPIA – SONGWRITING	89
LABORATORIO YOGA: UN AIUTO NELLA RIABILITAZIONE NELLE DIPENDENZE	91
RINGRAZIAMENTI	92

PRESENTAZIONE

IL GRUPPO CURANTE

Sede Legale e Sede terapeutica principale Villa Renata

Via Orsera, 4 - 30126 - Lido, Venezia

Tel. 041/ 5268822 - 041/5265436; Fax 041/5267874;

e-mail: villa@comuve.it

Sede Amministrativa

S. Croce, 403 - 30135 - Venezia

Tel. 041/ 52 42 978; Fax 041/ 244 89 38;

amministrazione@comuve.it; comuve@pec.it

Direttrice Responsabile

- Dr.ssa Patrizia CRISTOFALO
Psicologa, Psicoterapeuta - Referente per le Accoglienze
p.cristofalo@comuve.it

Terapeuti individuali

- Dr. Riccardo FREGNA - Psicologo, Psicoterapeuta
- Dr.ssa Antonietta SALVATORE - Psicologa, Psicoterapeuta
- Dr.ssa Monica GIGANTE - Psicologa, Psicoterapeuta
- Dr.ssa Micol PAROLIN - Psicologa, Psicoterapeuta

Terapeuta di gruppo

- Dr.ssa Tiziana GAVAGNIN - Psicologa, Psicoterapeuta

Psichiatra responsabile della terapia psico-farmacologica

- Dr. Marco DALL'ASTA - Medico Psichiatra, Psicoterapeuta

Conduttrice del Gruppo dei genitori e familiari dei residenti

- Dr.ssa Tiziana GAVAGNIN - Psicologa, Psicoterapeuta

Psicologa referente per l'Orientamento lavorativo

- Dr.ssa Stefania ZENNARO – Psicologa dell'Orientamento lavorativo

Operatori di Comunità ed Educatori

- Dr. Carlo BOVO - Coordinatore degli Operatori
- Op. Pierluigi RASERA - Responsabile Reinserimento e OLP (Operatore Locale di Progetto) referente per i volontari che prestano servizio civile
- Op. Matteo ROCCO
- Dr. Marco ANZOVINO
- Dr.ssa Ambra COMIN
- Dr.ssa Germana CANALIA

- Dr.ssa Stefania ZENNARO
- Dr.ssa Annarita TANSELLA
- Dr. Anna BENVENUTI
- Dr.ssa Valeria LORUSSO
- Dr.ssa Stefania STIPITIVICH
- Dr.ssa Lucrezia STRAMUCCI
- Dr.ssa Camilla CONTARDI
- Dr.ssa Roberta RAMPADO
- Dr.ssa Elisa GIAMBATOLOMEI
- Dr. Abramo KONE
- Op. Giuliano MORASCO

Infermiere Professionale

- Dr. Josè MAWETE BIWAKA

Attività Clinica e di Ricerca in collaborazione con l'Università di Padova

- Prof.ssa Alessandra SIMONELLI Professore Associato, Psicologa, Psicoterapeuta, Direttrice del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
- Dr.ssa Micol PAROLIN Psicologa Psicoterapeuta, Borsista di Ricerca, Docente a contratto

Supervisor esterni

- Prof. Antonio Alberto SEMI - Psichiatra - Psicoanalista Ordinario SPI - Supervisore terapeuti
- Dr. Salvatore RUSSO - Psichiatra - Psicoanalista Associato SPI - Supervisore équipe generale

Segreteria ed Amministrazione

- Dr.ssa Barbara CIBIN - Responsabile Amministrativa
- Dr.ssa Sabrina GUIDOTTO
- Sig.ra Beatrice LORENZON
- Dr.ssa Federica FERRARO
- Sig.ra Rossella FAVARETTO

Stage e Tirocini

La Cooperativa ha sottoscritto numerose convenzioni con diverse Università italiane, nei Corsi di Laurea in Psicologia, Scienze della Formazione e Scienze dell'Educazione (per la realizzazione di stage e tirocini formativi entro le proprie strutture) e con alcune Scuole di Specializzazione in Psicoterapia post-universitarie, per la realizzazione di tirocini di specializzazione. Alcune tra le convenzioni poste in essere sono state stipulate con: l'Università degli Studi di Padova, l'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma, l'Università degli Studi "Cà Foscari" di Venezia, la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia "C.O.I.R.A.G.", l'Istituto Veneto di Terapia Familiare, e altre scuole di specializzazione di diverse impostazioni teoriche.

Volontari

La Cooperativa si avvale della collaborazione di volontari su progetti specifici (attività ricreative, sportive, musicali) sempre in accompagnamento agli educatori. I volontari non partecipano alle équipe settimanali ma hanno degli incontri periodici formativi e organizzativi con gli educatori.

Servizio Civile Nazionale

Nel 2016 la cooperativa aderisce al Servizio civile nazionale che permetterà a dei giovani volontari di fare l'esperienza di un periodo di servizio nella nostra comunità terapeutica con compiti ben definiti. Nel 2020 n.2 giovani hanno prestato servizio presso la CT Villa Renata

Progetto e Collaborazioni

Per il Progetto Terapeutico della Comunità e le collaborazioni a livello associativo e interistituzionale, rinviamo alle pubblicazioni specifiche (Il Programma delle Attività della Comunità Terapeutica Villa Renata), e ai nostri siti web: www.comunitadivenezia.it www.villarenatavenezia.it

L'EQUIPE



Come da tradizione e da volontà di assicurare la molteplicità e varietà di figure di cura, il gruppo curante di Villa Renata si compone di profili professionali e personali diversi tra loro, che cooperano in un lavoro di integrazione e complementarità, nel tentativo di rispondere ai bisogni specifici dei singoli pazienti per individualità e momento di percorso.

I membri dell'equipe si differenziano per l'età: il 42% (una quota maggiore dello scorso anno) ha meno di 35 anni; il 37% ha tra i 35 e i 50 anni; il restante 22% ne ha più di 50.

Un secondo elemento di diversità è rappresentato dal tempo di collaborazione con Villa Renata, che vede l'affiancarsi di collaborazioni nuove e recenti ad altre di lunga durata, il che permette di poter inserire nella tradizione elementi di cambiamento e innovazione; accanto ad una percentuale di nuovi colleghi (21%) che collaborano da meno di 1 anno, la maggior parte dei membri lavora per la struttura da 1 a 5 anni (32%) o da 5 a 15 anni (26%); il restante 21% è costituito da membri con una collaborazione che supera i 15 anni, garantendo un fulcro di stabilità al funzionamento del gruppo.

LA VALUTAZIONE: SODDISFAZIONE MEMBRI DELL'EQUIPE

Il report di quest'anno porta avanti l'iniziativa dello scorso anno di approfondire anche la soddisfazione percepita dal personale, considerandola un tassello fondamentale del funzionamento sufficientemente buono del lavoro di cura, che risente in modo inevitabile del benessere e del vissuto; riportare questi dati crea l'occasione per riflettere quindi su un aspetto che rischia di essere dato per scontato, nonostante il ruolo che gioca.

METODOLOGIA

Per la valutazione del grado di soddisfazione percepito dai membri dell'equipe di Villa Renata è stato predisposto un questionario con domande a risposta multipla su scala Likert a 5 punti (da *molto soddisfacente* a *per nulla soddisfacente*). La compilazione del questionario è stata del tutto volontaria e anonima.

RISPONDENTI

I questionari disponibili e completi ammontano a 18. I dipendenti e i socio-lavoratori della cooperativa rappresentano entrambi il 41% e per il resto si tratta di liberi professionisti. Le motivazioni riportate dalla maggior parte dei curanti alla base della scelta di lavorare presso Villa Renata sono la dimensione relazionale-umana del lavoro e la motivazione personale, a cui segue il lavoro di gruppo.

RISULTATI

• Rapporto di lavoro

La tipologia di contratto, l'attenzione della cooperativa per la tutela dei diritti del lavoratore e la possibilità di formazione personale sono gli aspetti più apprezzati dai membri dell'equipe. Altri aspetti per i quali viene riportato un buon grado di soddisfazione sono la flessibilità da parte della cooperativa, la possibilità di crescita personale e il grado di autonomia nella gestione degli impegni di lavoro.

• Lavoro in equipe e d'equipe

Gli aspetti più apprezzati riguardano la modalità di formulazione e realizzazione dei progetti di cura individuali, il lavoro di coordinazione e il grado di collaborazione esperito tra operatori di diverse discipline. Alcune rare eccezioni di una minore soddisfazione vengono riportati per la qualità della comunicazione e il grado di inclusione.

• Rapporto con i Servizi Inviati

Similmente allo scorso anno, l'83% dei membri dell'equipe si ritiene sufficientemente soddisfatto del grado di collaborazione con i Servizi Inviati, e l'11% molto soddisfatto. La totalità del gruppo curante si dichiara molto o sufficientemente soddisfatto del lavoro di preparazione e presentazione del paziente all'ingresso e riporta delle risposte positive alla collaborazione in caso di emergenza e degli incontri interservizi.

La struttura: Villa Renata

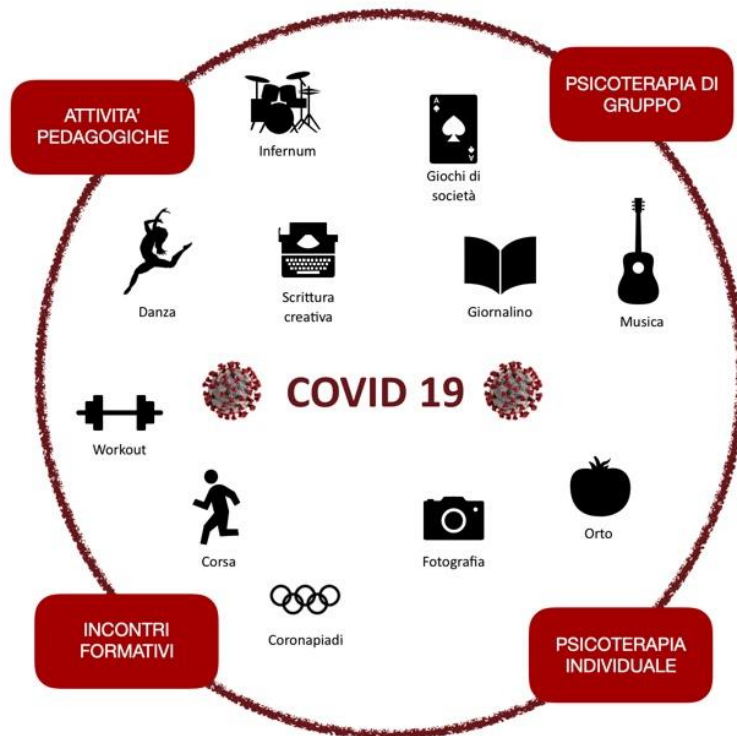


INTRODUZIONE

Il report 2020 si prefigge di riportare, come puntualmente fatto da molti anni, una rappresentazione dell'utenza, nelle sue caratteristiche anagrafiche e di storia di vita e un quadro delle attività e delle componenti che costituiscono il percorso terapeutico di Villa Renata.

Il resoconto del 2020 non può non raccontare della situazione pandemica che da marzo 2020 ha profondamente modificato l'esercitare la funzione di cura e terapeutica per i nostri giovani pazienti. Le modifiche sono state repentine e radicali sia per quanto riguarda il contesto esterno alla comunità (e non potrebbe che essere così), sia per il modo di svolgere l'azione terapeutica all'interno. Il rapporto con l'esterno ha visto uno stravolgimento dei contatti con il territorio, inserimenti lavorativi, costruzione di una nuova rete sociale, attività di tempo libero, relazioni con i Servizi Inviati, rapporti con le famiglie; tutti aspetti particolarmente centrali quando si ha a che fare con pazienti tardo-adolescenti e giovani adulti. All'interno della comunità, invece, attività, gruppaltà (in senso lato del gruppo pazienti-curanti) e modalità interattive sono state stravolte dalle richieste di distanziamento. In questo, il gruppo curante è stato chiamato a dare una risposta di tutela sia della salute dei singoli, sia del proprio intervento. Questo ha significato agire prontamente, senza smettere però di osservare e pensare a quanto stava accadendo, certi che solo il mantenimento di un atteggiamento riflessivo avrebbe potuto arginare le ricadute nel medio-lungo termine.

L'intento di questo resoconto è quindi quello di continuare a descrivere l'esperienza di cura nei suoi vari aspetti (utenza, gruppo curante, fasi del programma terapeutico, dispositivi e attività, soddisfazione percepita dai vari attori partecipanti) e di restituire tramite un focus dedicato la nostra esperienza della pandemia.



FOTOGRAFIA DELL'UTENZA

CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE

Nell'anno 2020 la Comunità Terapeutica "Villa Renata" ha effettuato 71 prese in carico, per 69 pazienti (per 2 pazienti ci sono stati due ingressi nello stesso anno, a seguito di una loro interruzione a cui è seguita la richiesta di rientro). I pazienti sono così ripartiti:

- 22 nuove prese in carico avvenute nell'anno 2020, corrispondente al 30,5% del totale. Si consideri nella lettura di questo dato il fatto che per molti mesi (tutta la primavera del 2020, coincidente con la fase 1, e anche per una certa parte dei mesi estivi successivi) la situazione pandemica ha sostanzialmente fermato gli ingressi già accordati e impedito di programmarne di nuovi. Dal confronto del dato con gli scorsi anni (ad esempio 38 nuove prese in carico per il 2019, 36 per il 2018) si evince immediatamente quanto profondo sia stato l'impatto.
- 49 pazienti in carico dagli anni precedenti. Qualche raro caso è rappresentato da pazienti ammessi nel 2016/2017, mentre per la maggior parte si tratta di ingressi avvenuti negli anni 2018/2019. Da considerare che la situazione pandemica oltre ad aver bloccato gli inserimenti, ha rinviato parecchie dimissioni.

22

PRESE IN
CARICO

Delle 71 prese in carico, 8 rappresentano casi in cui il paziente aveva già svolto un primo percorso presso Villa Renata (terminato in molti casi con un'interruzione prematura e volontaria), in un arco temporale che va dal 2008 al 2019, e per il quale c'è stato l'intento, condiviso da tutte le parti compreso Servizio Inviante e Comunità Terapeutica, di recuperare il rapporto e rilanciare gli obiettivi terapeutici. Si tratta di pazienti con caratteristiche e bisogni diversi: alcuni hanno circa 30 anni nel 2020 e portano la richiesta di presa in carico capace di risolvere questioni e problematiche di lungo corso; altri sono ragazzi particolarmente giovani per i quali è ovviamente importante dare una risposta di accoglienza e di rilancio a fronte delle loro difficoltà di "tenuta".

38

PAZIENTI
DONNE

L'attenzione di Villa Renata per il femminile affonda nella tradizione e viene rinnovata ogni anno, come conferma il trend delle prese in carico di donne, che nel complessivo delle prese in carico rappresentano il 38% delle ammissioni avvenute nell'ultimo anno.

MISURE GIUDIZIARIE

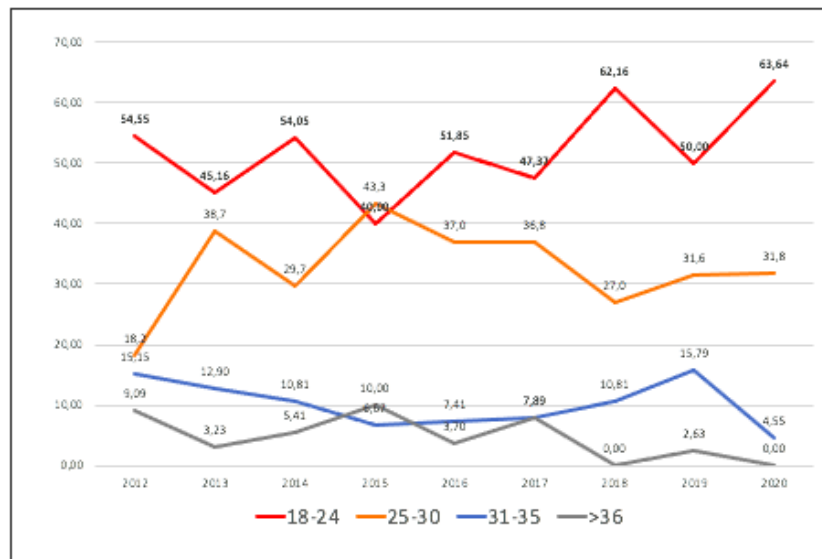
I pazienti con misure giudiziarie a loro carico, di diversa natura, sono stati 7 nell'anno 2020, così ripartiti:

- 3 pazienti con misura cautelare lavori socialmente utili
- 2 pazienti con misura cautelare affidamento sociale
- 2 paziente con misura cautelare messa alla prova

Per tutti questi è stato messo in atto e mantenuto un lavoro sinergico e un dialogo costante durante il percorso di cura con UEPE e USM di Venezia.

ETA'

L'orientarsi di Villa Renata da molti anni all'utenza più giovane, calibrando opportunamente attività e obiettivi di cura, fa sì che negli ultimi anni i pazienti della fascia di età più giovane (18-24 anni) costituiscano non solo la quota più importante, ma anche tendenzialmente crescente, come riportato nel seguente grafico, che illustra parallelamente la riduzione delle fasce over 30 anni. Nello specifico dell'anno in esame e considerando l'età al momento dell'ingresso, i pazienti si sono così distribuiti nei diversi range di età: 60% 18-24 anni; 32% 25-30 anni; 8% 31-35 anni.



24

ETA' MEDIA
PAZIENTI

Considerando invece i valori descrittivi, per l'anno in esame l'età media dei pazienti all'ingresso è di 24 anni, con un range che muove da 18 ad un'eccezione di 34 anni. Questo si traduce nel fatto che nell'anno 2020, è di 26 anni l'età media dei pazienti in carico.

I SERVIZI PER LE DIPENDENZE INVIANTE

Per più della metà dei pazienti in carico a Villa Renata per l'anno 2020, l'invio è stato effettuato da Servizi per le Dipendenze della Regione Veneto; essi rappresentano il 63%, delineando una tendenza stabile negli ultimi anni. Un andamento stabile emerge anche in merito alla collaborazione con i Ser.D. afferenti all'Ulss 3 Serenissima, riguardano l'11% del totale e il 17% degli invii della Regione Veneto (pari a 8 ingressi).

63

PROVENIENTI DA
SER.D VENETO

Nella consapevolezza che il percorso in Comunità Terapeutica si colloca all'interno di una più ampia traiettoria di cura e che esso, nel suo declinarsi, necessita inevitabilmente di un dialogo costante con l'invitante, abbiamo ritenuto interessante approfondire come è avvenuto il primo contatto dei pazienti con i Servizi per le Dipendenze. Mediamente questo è avvenuto a 19, 5 anni quindi un po' prima di quanto rilevato negli anni precedenti, mentre rimane la consistente variabilità tra i pazienti, comprendendo casi di ragazzi che si sono rivolti al Ser.D. in prima adolescenza (a 12 o 14 anni), come anche eccezioni in cui il contatto è avvenuto molto più tardi in età adulta (a 34 anni). Osservando i gruppi di età, si denota che il 29% il primo contatto è avvenuto da minorenni, per il 60% (quindi la maggior parte) nella prima età adulta tra i 18 e i 24 anni e solo per l'11% dai 25 anni in su, quota molto più ristretta di quanto era stato osservato un tempo.

PRECEDENTI ESPERIENZE RESIDENZIALI DI CURA

Nonostante la giovane età media dei nostri pazienti, anche nel loro caso spesso l'evolversi nel tempo del percorso di cura, tra fasi di immobilità, oscillazioni, progressioni e regressioni, include nel tempo precedente all'ammissione a Villa Renata ulteriori esperienze residenziali di trattamento. Questo viene confermato da due indici importanti che riportiamo per la prima volta nel report.

30%

PRECEDENTI IN CT

L'uno riguarda il fatto che ben il 30% dei pazienti ha già svolto, non necessariamente portando a termine, un trattamento residenziale in Comunità Terapeutica per la cura della tossicodipendenza.

24%

ARRIVA DA
PRONTA
ACCOGLIENZA

L'altro riporta invece che il 24% dei pazienti hanno effettuato l'ammissione a Villa Renata a partire da un periodo in una struttura di Pronta Accoglienza: passaggio questo che molte volte è risultato fondamentale per una molteplicità di obiettivi, tra i quali la stabilizzazione, la disintossicazione dall'uso più pesante, l'abituazione a ritmi di vita strutturati e non da ultimo un lavoro sulla motivazione e/o la valutazione, all'interno di un lavoro di rete tra Pronta Accoglienza, Ser.D. e Comunità Terapeutica.

STILI ATTUALI DI UTILIZZO E ABUSO

A partire dagli anni 2000, nella popolazione generale si è consolidato il pattern di poli-uso, cioè l'uso o l'abuso combinato di più sostanze psicotrope illegali. Questo pattern riguarda in maniera particolare i giovanissimi, che, come riportano alcuni dati (come l'osservatorio nazionale delle Politiche Antidroga), sono sempre più inclini a sperimentare diversi tipi di sostanze, il cui mercato è sempre più variegato per l'offerta su internet, assumerle in combinazione, assumerle senza conoscere di preciso la loro composizione e quindi gli effetti (e questo si associa al diffondersi di sostanze sintetiche e con principio attivo molto più elevato di un tempo), e in modalità binge (basti pensare al fenomeno del binge-drinking che riguarda quote consistenti di giovani della popolazione generale). Non stupisce quindi che i nostri pazienti si definiscano quasi per la totalità poli-abusatori (89%).

Per quanto riguarda le sostanze primarie e secondarie di richiesta di trattamento, è l'eroina a costituire la sostanza primaria di abuso o dipendenza per la maggior parte dei nostri pazienti pari al 65% (probabilmente anche in virtù del fatto che viene spesso percepita come la sostanza che causa più problemi in termini di salute, astinenza, modalità di utilizzo); segue la cocaina riportata dal 17% dei pazienti ed infine i cannabinoidi con il 10%. Questi ultimi due dati rappresentano una variazione

SOSTANZA
PRIMARIA:

65% EROINA

17% COCAINA

rispetto agli scorsi anni, con una diminuzione del primo (era al 25%) e un aumento del secondo (era di pochi punti percentuali). Nello specifico degli utilizzatori di cannabis si riporta l'osservazione clinica secondo cui si tratta di pazienti particolarmente giovani (tra i 18 e i 20 anni) che presentano una situazione in cui il disturbo da uso di sostanze rappresenta un tassello significativo ma forse non predominante di un quadro più ampio di particolare fragilità socio-familiare e psicopatologica.

INSIGHT N.1

Le nuove ammissioni sono di pazienti utilizzatori di cannabis per i quali l'utilizzo di sostanze non è ancora grave e per i quali è più preoccupante il profilo sociale/psicopatologico

Per quanto riguarda la sostanza secondaria di abuso o dipendenza, la cocaina rimane come negli anni scorsi la più diffusa nel nostro gruppo (con il 52% dei pazienti) a cui segue la cannabis (mentre un tempo veniva indicato l'alcol) e l'eroina.

INSIGHT N.2

L'utilizzo per inalazione di sostanze come l'eroina viene percepito dai giovani come meno rischioso e con meno potere "di dipendenza": in realtà la tolleranza che si sviluppa induce al passaggio alla modalità endovenosa e studi empirici dimostrano il potere dannoso dell'inalazione di oppioidi causando specifiche encefalopatie.

Nell'affrontare quadri di tossicodipendenza grave, riguardanti l'utilizzo di sostanze quali eroina e cocaina e pazienti particolarmente giovani, risulta particolarmente importante interessarsi ad alcuni aspetti sulle modalità di utilizzo che possono costituire dei fattori significativi per il presente e futuro benessere della persona a livello globale (fisico-medico, psicologico, sociale). Uno tra questi fattori è sicuramente l'utilizzo endovenoso di sostanze (eroina e cocaina soprattutto, ma anche metadone e ketamina) che si attesta stabile al 60%, dal 2017 in poi: un trend forse favorito dal diffondersi tra i più giovani delle modalità di assunzione tramite inalazione o "eroina fumata", che vengono apparentemente percepite come meno pericolose ma che costituiscono una porta d'accesso all'uso tramite endovena.

LA STORIA CON LE SOSTANZE

L'ESORDIO DELL'USO DI SOSTANZE PSICOTROPE

Mediamente, il primo contatto con le sostanze psicotrope viene riferito attorno ai 13 anni. Anche quest'anno, l'età di prima sperimentazione con le sostanze rileva una certa variabilità, data dal fatto che alcuni collocano l'aver assunto per la prima volta alcol o cannabis addirittura ancora in infanzia, tra gli 8 e i 10 anni, rivelando quadri socio-famigliari molto fragili in cui la funzione di cura nei confronti del figlio è stata spesso precaria se non del tutto assente.

13

ANNI
ETA' PRIMO CONTATTO
CON SOSTANZE

PRIMA SOSTANZA

INCONTRATA:

66% ALCOL
34% CANNABIS

Per quanto riguarda invece la tipologia di sostanza con cui è avvenuto il primo contatto, nei nostri pazienti è individuabile un iter di progressivo avvicinamento alle sostanze, le sostanze di primo approccio sono per la maggior parte dei pazienti l'alcol (66,2%) o la cannabis (33,8%).

Dopo questo primo contatto, avvenuto nell'età adolescenziale più precoce, il delinearsi della condizione di misuse prosegue con l'incontro attorno ai 16-17 anni con le sostane di sintesi (soprattutto speed, metanfetamine, MDMA, ma anche alcuni cannabinoidi sintetici) e cocaina, per passare nel giro di soltanto un anno agli oppioidi, e ricorrere, infine, sempre in un breve tempo (e inferiore a quanto rilevato lo scorso anno) verso i 18 anni, agli psicofarmaci (spesso assunti in assenza di altre sostanze o per controllarne gli effetti e l'astinenza) [riferimento: la colonna "primo contatto" della tabella sottostante].

IL CONFIGURARSI DELLA CONDIZIONE DI DIPENDENZA

La ricostruzione della storia con le sostanze prosegue con l'indagine dell'età in cui l'uso/abuso è diventato una condizione di dipendenza più grave, come riportato dalla tabella sottostante.

Relativamente alla traiettoria evolutiva nel tempo, si osserva che in ordine temporale la prima sostanza da cui i ragazzi percepiscono di aver sviluppato una dipendenza è la cannabis, e ciò avviene attorno ai 15 anni (seppure con una grande variabilità, con alcuni casi in cui l'uso incontrollato è già presente a 11 anni), a cui seguono le sostanze sintetiche attorno ai 18 anni, la dipendenza da alcol (anche qui con un'importante variabilità tra i 13 e i 28 anni), da sostanze sintetiche (range 14-26 anni) e i farmaci (range 14-31 anni). Solo più tardivamente, attorno ai 19 anni sembra invece instaurarsi per la maggior parte dei ragazzi la dipendenza da cocaina e quella da oppioidi. Infine, similmente a quanto individuato per la sperimentazione, anche la dipendenza da farmaci è la forma che compare più tardivamente, attorno ai 20 anni.

Relativamente alle tipologie di sostanza, in linea con i dati sulla sostanza primaria e secondaria, oppioidi, cocaina e cannabis sono le sostanze per le quali la maggior parte dei nostri pazienti riporta un problema di dipendenza in un qualche momento della loro vita. Nello specifico: 76% per eroina e oppioidi; 72% per cannabinoidi; 62% per cocaina; più del 40% per sostanze sintetiche e alcol; infine 18% per psicofarmaci.

INSIGHT N.3

Accanto alle tradizionali classi di sostanze per cui i pazienti riporta un quadro di dipendenza in qualche momento della propria vita (oppioidi, cannabinoidi e cocaina) si affermano sempre più gli psicofarmaci

	ETA' PRIMO CONTATTO	ETA' ESORDIO DIPENDENZA	
		Quanti pazienti	Età media riferita
ALCOL	13,7 anni (range: 8-17)	30/71	18 anni (range: 13-28)
CANNABIS	13,8 anni (range: 12-17)	51/71	15 anni (range: 11-28)
SINTETICHE (amfetamine, MDMA)	16,2 anni (range: 13-21)	31/71	18 anni (range: 14-26)
COCAINA	16,8 anni (range: 12-22)	44/71	19 anni (range: 14-31)
OPPIOIDI (eroina, metadone, oppio)	18 anni (range: 13-29)	54/71	19 anni (range: 13-25)
PSICOFARMACI non prescritti	19 anni (range: 14-26)	13/71	20 anni (range: 14-31)

IL CONTESTO RELAZIONALE D'ESORDIO E DI UTILIZZO

Nel voler comprendere il declinarsi della storia di dipendenza all'interno del quadro evolutivo individuale di ciascun paziente che intraprende un percorso di cura presso Villa Renata, riteniamo interessante indagare anche quale è stato il contesto relazionale che ha caratterizzato le prime esperienze di utilizzo delle sostanze psicotrope.

85%

PRIMO UTILIZZO DI
ALCOL E CANNABIS IN
COMPAGNIA DI AMICI

Per quanto riguarda cannabis e alcol, la gran parte dei pazienti riferisce che il primo contatto è avvenuto in compagnia di amici: si tratta dell'85% del totale. Quote decisamente inferiori comprendono il partner (11%) estranei, fratelli o da soli (circa 8% ciascuna categoria). Come negli altri report, uno sguardo speciale viene dedicato ai casi in cui la sperimentazione con le sostanze è avvenuto in condivisione con una figura genitoriale: pur trattandosi di situazioni al limite e fortunatamente eccezionali, pari a due soggetti, indicano quadri caratterizzati da un contesto di

cura patogeno e che presenta una distorsione delle basilari componenti protettive insite nella funzione di cura.

Relativamente alle sostanze di sintesi, oppioidi e cocaina, emerge un quadro con alcune peculiarità rispetto a quanto prima descritto, al di là della forte prevalenza della condivisione con amici delle prime sperimentazioni con queste sostanze (valido per il 77% dei pazienti).

INSIGHT N.4

Benché si tratti di rare eccezioni, si osservano casi in cui l'iniziazione alle sostanze è avvenuta da parte dei genitori.

Un tratto distintivo è rappresentato da una quota maggiore di pazienti che ha avuto il primo contatto con queste sostanze assieme al proprio partner, pari al 24% dei casi, costituiti per due terzi da ragazze. In secondo luogo, risulta maggiore (e in crescita rispetto allo scorso anno) la quota di pazienti che ha utilizzato queste sostanze da solo (17%), esponendosi ad un elevato rischio dettato dal fatto di non poter avere un riferimento in caso di problemi conseguenti all'assunzione. Infine, l'iniziazione alle sostanze da parte dei famigliari riguarda per queste sostanze l'11% dei pazienti, coinvolgendo fratelli (8%) e purtroppo anche genitori (3%).

STUDIO E LAVORO

Livello di istruzione, situazione occupazionale e competenze professionali costituiscono degli importanti indici sia per una migliore comprensione della condizione dei pazienti, a partire dalla traiettoria di crescita e l'adattamento individuale più recente, sia per poter informare i bisogni e le direzioni per il trattamento (ad esempio: la necessità di un accompagnamento nell'iter scolastico-formativo, l'affiancamento per l'orientamento e l'inserimento a livello lavorativo). Gli interventi e gli strumenti in questo ambito offerti dalla comunità spaziano dalla ripresa dei percorsi scolastici interrotti, all'attivazione di nuovi percorsi di studio (es. iscrizione a Università, Accademia, etc.), alla partecipazione a corsi di formazione attinenti alle competenze già possedute o alla nuova posizione lavorativa ricoperta, fino all'inserimento nel mercato del lavoro. Inserimento lavorativo che anch'esso risulta altamente individualizzato con soluzioni che includono l'inserimento in cooperative sociali di tipo B (con diversi tipi di mansioni e di contrattualistica, arrivando in alcuni casi all'assunzione a tempo indeterminato), ad occupazioni nel libero mercato del lavoro, con posizioni non qualificate ma anche in taluni casi qualificate. Ci teniamo a sottolineare che Villa Renata ha particolarmente a cuore tali aspetti, dato il suo tradizionale assetto di comunità aperta che prende dal mondo per arricchire la sua presa in carico e guarda al mondo come luogo di ritorno per i suoi pazienti.

Per quanto riguarda il livello di istruzione la metà dei pazienti in carico nell'anno 2020 è riuscito a conseguire soltanto la licenza media, il 32% ha conseguito un diploma professionale e il restante 17% è invece in possesso di un diploma tecnico o liceale. Il basso livello di istruzione che riguarda la metà dei pazienti si pone in linea con l'alta percentuale di abbandono scolastico e/o di interruzione degli studi prima del conseguimento del titolo di studio preposto: per il 55% dei pazienti l'interruzione è avvenuta durante le scuole superiori professionali e tecniche, per alcuni durante il liceo o l'università. Tali caratteristiche socio-anagrafiche presentano delle tendenze stabili negli ultimi anni.

Le difficoltà scolastiche e il precoce coinvolgimento nel mondo delle sostanze, evidenziati dai dati riportati nei precedenti paragrafi, si traducono ovviamente sul profilo lavorativo-occupazionale dei pazienti. Nello specifico, la metà o più dell'utenza (54% per l'anno in esame, con uno scarto non significativo da quello precedente) si trovata in uno stato di inoccupazione/disoccupazione prima dell'ammissione in Comunità Terapeutica; dalla ricostruzione anamnestica della loro storia emerge come tale stato di inoccupazione non si limiti soltanto al periodo più prossimo all'ingresso in CT (il che potrebbe essere ricondotto a una situazione legata all'aggravarsi dell'uso, o alla permanenza in un centro di Pronta Accoglienza), ma rappresenta invece una caratteristica più ampia della vita dei ragazzi, che non presentano alcuna esperienza lavorativa se non brevissimi periodi di lavoro non qualificato e non riconosciuto, tanto che spesso non possono nemmeno essere inclusi nei loro curriculum vitae (che è uno degli obiettivi del percorso di orientamento al lavoro offerto dalla comunità).

INSIGHT N.6

Più della metà dei pazienti presenta una condizione di disoccupazione o inoccupazione che precede l'ingresso in comunità e che spesso non si limita a questo periodo temporale, ma caratterizza tutta la loro storia.

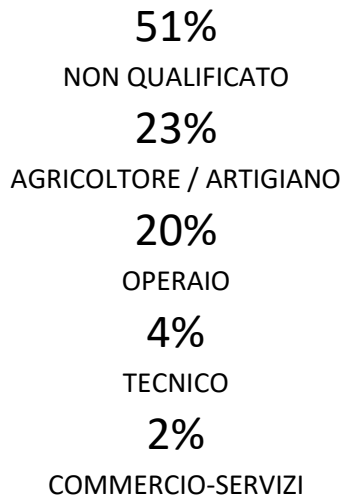
Il 40% dei pazienti riferisce invece di essere stato occupato nel tempo precedente all'ingresso in comunità; in queste situazioni si assiste spesso a un circolo vizioso che si instaura tra utilizzo di sostanze e lavoro, in cui l'uno pare basarsi sul sostegno dell'altro, e in cui il lavoro può essere a volte compatibile, ma a volte anche utilizzato per nascondere a sé e agli altri un problema con le sostanze sempre più grave.

CONDIZIONE LAVORATIVA ALL'AMMISSIONE IN CT:

54% DISOCCUPATI

40% OCCUPATI

PROFILI PROFESSIONALI



Infine, la restante quota pari al 6% si costituisce di studenti;

anche in questo caso si osservano però situazioni in cui l'uso di sostanze si è introdotto e ha inquinato sempre di più la capacità del ragazzo di sostenere l'impegno formativo.

Per quei pazienti (N=47) che riportano un profilo professionale abbastanza consolidato nel tempo, si è indagata la diffusione delle diverse professioni utilizzando come riferimento la classificazione ISTAT. Le professioni più diffuse sono quelle non qualificate, tanto che in questa categoria si colloca la metà del gruppo esaminato; percentuali poi consistenti sono quelle per il lavoro come agricoltore, artigiano e operaio, mentre costituiscono rare eccezioni le professioni, tecniche, del commercio o dei servizi.

PROGETTI DI FORMAZIONE E OCCUPAZIONE

Come prima accennato, il quadro fornito relativamente alla storia educativa, formativa e lavorativa dell'utenza si pone come la base conoscitiva di partenza da cui dipartono poi i diversi dispositivi all'interno del percorso di cura che attengono all'orientamento e all'inserimento formativo e lavorativo. Tale obiettivo di trattamento comincia ad essere oggetto di discussione e realizzazione generalmente a partire dal decimo mese di programma, in ogni caso a partire da quando il paziente si ritiene abbia raggiunto e interiorizzato a sufficienza altri obiettivi di cura preliminari, come l'alleanza con il gruppo curante, l'interiorizzazione della dimensione comunitarista, un sufficiente lavoro "sull'interno", quindi sull'intrapsichico e interpersonale, per potersi dedicare all'"esterno" e alla realtà, passaggi che si traducono poi in termini di "step" del programma di cura (1° step corrispondente al 2° mese, 2° step corrispondente al 6° mese e infine 3° step in concomitanza del 10° mese).

Istruzione e occupazione rappresentano due ambiti di forte criticità e si delineano quindi come dei target fondamentali a cui si deve rivolgere il programma terapeutico, nel suo non volersi né potersi limitare al processo di disintossicazione ed emancipazione dal mondo delle sostanze

Relativamente alla nostra analisi, verranno quindi considerati di seguito soltanto i pazienti che al momento della stesura di questa relazione avevano superato il decimo mese di trattamento o terzo step, che considerando tutte le prese in carico del 2020 corrispondono a 47 soggetti.

IL DISPOSITIVO DI ORIENTAMENTO LAVORATIVO

Tra i 47 che hanno superato i primi step di cura, l'89% (pari a 42 soggetti), quindi quasi la totalità, ha potuto beneficiare del servizio offerto dalla comunità di orientamento alla formazione e del lavoro, con l'elaborazione di un progetto individualizzato e la partecipazione a dispositivi in forma individuale e in forma gruppale; nello specifico dell'anno 2019, sono stati 17 i pazienti che hanno potuto accedere a questo tipo di accompagnamento. Non hanno fatto parte di questo dispositivo due casistiche di pazienti: • soggetti che hanno richiesto un tempo più lungo di percorso focalizzato sugli obiettivi iniziali di trattamento e di un mantenersi della cornice protettiva offerta dalla comunità; • soggetti che sono stati inseriti direttamente all'interno di una cooperativa di tipo B in virtù di un'opportunità a loro presentata e una loro personale decisione di beneficiare di questo tipo di inserimento.

L'INSERIMENTO FORMATIVO E LAVORATIVO

Nel corso dell'anno 2020, per il gruppo di pazienti in carico, 31 di loro sono stati coinvolti in un progetto di inserimento lavorativo.

31

INSERITI NEL MONDO DEL
LAVORO

Si tratta di progetti avviati nella maggior parte dei casi già negli anni precedenti al 2020 e poi portati avanti in maniera continuativa.

A questi si aggiungono 2 giovani ospiti che nel corso del 2020 hanno portato avanti l'impegno scolastico: uno di loro ha conseguito e portato a termine il 4° anno di liceo, mentre per un altro caso è stata conseguita la maturità liceale e sono stati intrapresi gli studi universitari.

14

NUOVI INSERIMENTI NEL
2020

Sono stati invece 14 i pazienti che nel corso dell'anno hanno affrontato il percorso per l'avvio di un'occupazione.

Tale dato risulta particolarmente importante proprio se collocato nello scenario sociale del 2020, durante il quale la pandemia ha comportato un

blocco dell'attività lavorativa per la popolazione generale, soprattutto in fase 1 e per alcune categorie anche in fase 2. Inoltre, il mercato del lavoro ha subito una forte contrazione, con il venir meno di una quota importante di posti di occupazione, soprattutto in alcuni settori, come quello turistico, il che risulta particolarmente significativo nel territorio della nostra comunità. Come si evince dalla tabella sottostante, al lockdown è corrisposto un momento critico per l'inserimento lavorativo dei giovani pazienti, che è stato però controbilanciato dall'importantissimo contributo dato dalla collaborazione di Villa Renata con la cooperativa di tipo B "Non Solo Verde", che è stata in grado non solo di assicurare continuità per molti ma anche di assorbire ospiti che avevano perso il lavoro nel libero mercato. Parallelamente, sono stati messi in atto una serie di sforzi e dispositivi che hanno permesso a ben 11 pazienti di trovare un'occupazione nei mesi subito seguenti alla fase 1: 6 di questi sono stati inseriti in cooperativa, 5 nel libero mercato.

INSIGHT N.7

La situazione pandemica COVID-19 ha comportato un blocco dell'attività e degli inserimenti lavorativi per molti pazienti, che hanno visto il proprio progetto evolutivo a rischio di arresto, incertezza e messa in discussione.

COLLOCAZIONE	N° pazienti
GIA' OCCUPATI PRESSO COOPERATIVA DI TIPO B – attività continuativa	11
GIA' OCCUPATI IN LIBERO MERCATO – attività continuativa	3
LICENZIAMENTI E RICOLLOCAMENTI PRESSO COOPERATIVA	3
NUOVI INSERIMENTI IN COOPERATIVA	6
NUOVI INSERIMENTI IN LIBERO MERCATO	5
STUDENTI (SEGUITI IN DAD)	2

L'INSERIMENTO LAVORATIVO PRESSO COOPERATIVA DI TIPO B

Nel gruppo dei 31 pazienti con un'occupazione, nel corso del 2020 ben due terzi (precisamente 20 pazienti) sono stati inseriti presso la Cooperativa di tipo B "Non Solo Verde" in una qualche fase del percorso di cura e per un periodo momentaneo (solitamente corrispondente all'inserimento iniziale nel lavoro, a cui è seguita poi una ricerca di occupazione nel libero mercato) o anche per periodi consistenti di tempo (anni, con diversi tipi di contratti capaci di restituire il consolidarsi delle loro competenze e responsabilità all'interno della cooperativa). Solo nell'anno 2019 è stato realizzato l'inserimento di 9 ospiti. Ciò è da ritenersi da un lato indice della difficoltà per i nostri pazienti ad interfacciarsi con il mondo del lavoro nel panorama attuale, dall'altro rappresenta la risposta ad ampio raggio in termini di opportunità e di tutela che la Comunità Terapeutica si impegna a garantire ai pazienti.

Un nostro dispositivo: IL SERVIZIO DI ORIENTAMENTO LAVORATIVO

Da 8 anni Villa Renata offre ai propri utenti il servizio di *Orientamento*. La fase del programma terapeutico che viene chiamata *Orientamento* inizia quando l'équipe valuta che per il paziente abbia raggiunto un livello di consapevolezza e di responsabilizzazione che possano sostenerlo nell'approccio verso l'esterno della comunità. Un operatore specializzato segue il bilancio delle competenze e passo passo accompagna la persona alla ricerca dell'attività lavorativa o formativa più consona.

Lo sportello di orientamento individuale mira a far raggiungere degli obiettivi specifici per ogni paziente, in base alle proprie caratteristiche.

Gli incontri di gruppo lavorano sulla motivazione, le aspettative e i rischi legati alla dimensione lavorativa.

Alla conclusione di un percorso di orientamento il paziente è in grado di affrontare la fase di *ricerca lavoro attiva* (redigere curriculum vitae e lettera di presentazione, cercare lavoro tramite vari canali: portali dedicati, agenzie per il lavoro e sostenere un colloquio di selezione).

Obiettivi

- Far acquisire all'utente le competenze necessarie affinché sia in grado di effettuare una ricerca lavorativa;
- Realizzazione di Curriculum Vitae e lettera motivazionale;
- Effettuare una ricerca lavorativa o formativa on line e sul territorio;
- Sostenere un colloquio di lavoro.

Il 2020 è stato un anno molto difficile a causa della pandemia. Durante il lockdown, i pazienti che erano nella fase di ricerca lavoro o che si stavano approcciando alla ricerca, hanno dovuto attendere che passasse il periodo di restrizione. La ricerca si è dovuta adeguare alle offerte del mercato, pesantemente colpito dalle restrizioni. È venuta a mancare tutta la parte di corsi di formazione in aula. La ricerca di attività lavorative è stata fortemente limitata dai decreti legislativi che non consentivano l'apertura di molti servizi.

Per preparare al meglio i pazienti al momento della riapertura, sono stati organizzati 5 incontri formativi di gruppo.

Nel corso del 2020, 11 pazienti hanno utilizzato il Servizio di Orientamento per cercare un'occupazione lavorativa.

3 utenti hanno trovato occupazione nel libero mercato del lavoro.

6 pazienti sono stati inseriti in cooperative di tipo B (ristorazione e manutenzione del verde).

CONDIZIONE DI VITA

La giovane età dei nostri pazienti potrebbe portare a pensare ad una condizione abitativa per lo più conservata e non eccessivamente compromessa; in realtà si evince che il 20% dei nostri giovani hanno vissuto periodi senza fissa dimora in strada, dalla durata da poche settimane fino a due anni, e un altro 15% ha vissuto in situazione di forte precarietà, con periodi senza un'abitazione vera e propria (ospiti di amici, B&B, etc) per periodi di tempo da poche settimane a 3 anni.

20%

DEI PAZIENTI HA UN
PASSATO SENZA FISSA
DIMORA

ESPERIENZE DI VITA AVVERSE

La realtà clinica che riporta considerevoli fragilità e la complessità della condizione tossicomana in adolescenza/giovane età adulta è sempre più confermata dal corpus di letteratura empirica che dimostra che le esperienze precoci avverse individuali o a carico del contesto di caregiving e crescita abbiano un potere predittivo rispetto all'uso di sostanze problematico e grave in adolescenza, fino al configurarsi della condizione tossicomana.

Nel nostro gruppo di pazienti, dall'indagine clinica effettuata dai curanti, il 30% è stato vittima di qualche forma di **maltrattamento fisico**, intendendo con ciò diverse forme di percosse, punizioni corporali, atti di violenza messi in atto intenzionalmente.

30%

VITTIMA DI
MALTRATTAMENTO

Per quanto riguarda l'**abuso sessuale**, spesso si tratta di esperienze di cui si ha conoscenza solo nel tempo, grazie alla costruzione graduale e reciproca di un contesto relazionale significativo di fiducia e protezione; in molte occasioni si tratta di esperienze che vengono comprensibilmente riferite e narrate solo in un secondo momento e che nell'indagine conoscitiva iniziale vengono, coscientemente o inconsciamente, celate. Tale premessa richiede di considerare in maniera indicativa i dati riportati all'andamento dell'anamnesi, considerandoli suscettibili di rivisitazioni nel tempo. Al momento attuale è possibile riscontrare esperienze di abuso sessuale nella storia del 9% dei nostri pazienti (pari a 10), escludendo da questi tutte le forme di violenza che appartengono all'ambito della prostituzione, considerato separatamente.

9%

VITTIMA DI ABUSO
SESSUALE

Un terzo ma non meno importante ordine di esperienze precoci dal potenziale fortemente traumatico riguarda la **trascuratezza**, indicando quelle forme di negligenza dei bisogni primari per la salute e il benessere psico-fisico da parte delle figure di riferimento; la trascuratezza costituisce una forma silenziosa e ripetuta di una patologia delle cure che può prendere la forma dell'incuria (quando le cure fisiche e/o psicologiche del bambino non sono fornite in maniera sufficiente rispetto ai suoi bisogni evolutivi) o della discuria (quando le cure fornite sono distorte nel senso di inadeguate rispetto al momento evolutivo, come ad esempio la richiesta di prestazioni e autonomie eccessive). La trascuratezza, in base alla ricostruzione clinica, ha riguardato la storia evolutiva del 52% dei nostri pazienti.

52%

VITTIMA DI
TRASCURATEZZA

Infine, anche altre tipologie di esperienze avverse riguardano i giovani tossicodipendenti in età molto precoci, già in adolescenza, costituendo importanti indici di malessere da un lato, e fattori di esposizione al rischio dall'altro.

La prima tipologia di esperienza avversa riguarda i **tentativi di suicidio**. Innanzitutto, si premette che trattandosi di un'informazione molto sensibile e delicata, non è stato possibile raccogliere questo dato per tutti i pazienti e per alcuni risulta mancante, per un totale di 67. Tra questi, il 34% ha riportato almeno un tentativo di suicidio nel passato: spesso già in adolescenza, in altri nel corso della giovane età adulta. Il dato risulta inferiore a quanto rilevato per lo scorso anno.

34%

ALMENO UN TENTATIVO
DI SUICIDIO

26%

COINVOLTI NELLA
PROSTITUZIONE

Il secondo ordine di fattori riguarda invece la **prostituzione**, la quale presenta diverse interrelazioni con l'utilizzo di sostanze, ponendosi talvolta come fattore conseguente all'utilizzo di sostanze, in altre occasioni come fattore antecedente (in cui l'uso di sostanze si inserisce). Tra i pazienti in carico nell'anno 2020, ammontano al 29% coloro i quali hanno riferito, nell'indagine anamnestica iniziale oppure nel corso del programma di cura, un coinvolgimento nella prostituzione e questo è accaduto fin dall'adolescenza (attorno ai 16-17 anni). È importante

sottolineare che, contrariamente a quanto ritenuto solitamente, la prostituzione non è un fenomeno prettamente femminile, soprattutto nel mondo dell'uso di sostanze.

27%

ESPERIENZA DI
OVERDOSE

Infine, un ultimo aspetto che abbiamo inserito nel dominio delle esperienze avverse, dato il suo potenziale traumatico, riguarda le esperienze di **overdose**. Si ricorda che tale argomento è oggetto di un'attenzione particolare da parte dei Servizi e Operatori del mondo delle dipendenze, che sulla scia dell'esacerbarsi della crisi degli

oppioidi e dell'incremento del numero di overdose, anche a carico dei più giovani, hanno introdotto recentemente diverse iniziative di formazione e prevenzione. Nel nostro gruppo, un quarto dei pazienti (27%) ha avuto almeno un'overdose.

INSIGHT N.8

Le esperienze di prostituzione riguardano un quarto dei nostri pazienti e si inseriscono in un già complesso e problematico rapporto con il corpo e la sessualità.

I dati precedentemente illustrati relativamente a maltrattamento fisico, sessuale e trascuratezza, restituiscono un quadro drammatico sui contesti di crescita e di cura in cui i nostri pazienti hanno vissuto. Tali contesti sono spesso segnati da **condizioni psicopatologiche e di tossicomania che riguardano le figure di cura stesse**. Il 23% dei pazienti in carico riferisce problemi di uso di sostanze attuali o passati da parte della madre, nella maggior parte dei casi alcol ma anche sostanze psicotrope illegali e sempre più spesso farmaci non prescritti. Inoltre, il 29% riporta che la propria madre presenta una qualche forma di sofferenza mentale, talvolta con la presa in carico da parte dei servizi, in altri casi senza. Meno frequenti e solo eccezionali sono i casi in cui la madre ha una storia presente o passati di criminalità.

Relativamente ai padri, una quota simile alle madri presenta problemi attuali o passati di uso di sostanze, pari al 26%, mentre il confronto rivela una percentuale più consistente di criminalità (9%) e un riconoscimento molto più limitato di conclamati disturbi psichiatrici (9%).

24%

MADRE TOSSICODIPENDENTE

26%

PADRE TOSSICODIPENDENTE

In considerazione del fatto che spesso la storia passata e la sofferenza di un genitore è spesso oggetto di un'azione attiva e consapevole di misconoscimento e occultazione o di meccanismi famigliari di negazione più inconsapevoli, tali dati devono essere considerati come parziali.

Risulta interessante inoltre rilevare come sia consistente la quota di pazienti con una storia di **adozione e affidamento**; nell'anno 2020 sono state 9 le persone in trattamento presso Villa Renata adottate, solitamente in prima infanzia, ma talvolta anche più tardi.

Un nostro dispositivo: IL GRUPPO GENITORI

Come tutti gli anni anche per il 2020 è stato riservato uno spazio per i familiari dei ragazzi ospiti presso la Comunità.

Lo spazio proposto ai genitori vuole far riflettere il singolo sulla propria storia individuale, di coppia, e del proprio ruolo genitoriale e sociale attraverso il confronto tra genitori. Riteniamo che il coinvolgimento genitoriale, visto tra l'altro il nostro target molto giovane, aumenta la ritenzione e l'efficacia del trattamento, oltre a creare una più soddisfacente comunicazione tra i membri della famiglia alla fine del percorso del figlio.

Il gruppo strutturato vuole offrire un'esperienza personale in termini di sviluppo e sostegno attraverso uno spazio condiviso dove, grazie ad un lavoro di rispecchiamento reciproco, mediato dalla conduttrice, ogni partecipante possa riconoscersi. Il gruppo diventa quindi uno spazio dove portare la propria testimonianza, le proprie emozioni, espresse ed accolte, rispetto al percorso comunitario del figlio, dove poter esprimere le paure, le aspettative e a volte anche le delusioni in caso di drop-out. L'obiettivo, quindi, è che la famiglia sia più capace a riappropriarsi del proprio ruolo di sostegno emotivo a ciascun membro nei momenti critici e nelle tappe evolutive del ciclo di vita.

Il ruolo della terapeuta è quello di facilitare la comunicazione evidenziandone le resistenze, porre l'accento sull'importanza di essere coerenti nei comportamenti e nelle decisioni, far emergere i meccanismi di sabotaggio messi in atto nel percorso del figlio/o, comprendere i comportamenti di co-dipendenza.

Obiettivi

- Offrire uno spazio/confronto per far emergere la sofferenza fra persone che vivono lo stesso problema;
Rivisitare, e far riflettere i singoli nel proprio ruolo genitoriale e l'importanza sul percorso di cura del figlio/a;
- Sostenere questi genitori in un percorso di crescita e di individuazione del proprio figlio all'interno del percorso comunitario
- Affrontare il senso di colpa e vergogna;
- Creare un sistema di relazione diversa e di un ascolto affettivo ed empatico

Attività

Anche per il 2020 si era ipotizzata la formula di gruppi brevi (3 mesi) chiusi e ripetibili. La scelta limitata di sedute permette ai genitori residenti in ULSS non del territorio di impegnarsi in almeno un percorso, ma soprattutto sperimentare con cautela un lavoro che inizialmente temono molto. In realtà sono parecchi i nuclei che rinnovano l'impegno, anche oltre l'anno, in quanto il contenitore – gruppo ha permesso loro di creare e far creare un clima di integrazione ed accoglienza che ha favorito una maggiore apertura a quelli appena entrati.

In realtà nel 2020, a causa dell'epidemia sanitaria COVID19, il gruppo in presenza si è incontrato solo 3 volte e poi è stato sospeso fino ad ottobre. Date le disposizioni di Legge non c'è stata la possibilità di incontrare in presenza i genitori dei più recenti ingressi per un primo colloquio. Sono stati ricontattati i genitori che avevano partecipato ai gruppi precedenti avviando degli incontri di gruppo digitali con il fine di non perdere il lavoro fino a quel momento svolto.

Numeri

I SerD di appartenenza della Regione del Veneto e di fuori Regione risultano così suddivisi:

Ser.D Verona (4 persone); Ser.D Valdagno (3 persone); Ser.D Vicenza (1 persone); Ser.D Treviso (2 persone); Ser.D Chioggia (2 persone); Ser.D Mestre (1 persone); Ser.D Brunico (1 persona); Ser.D Villafranca (1 persone); Ser.D Auronzo (2 persone); Ser.D Torino (1 persone)

Metodologia

Il gruppo è stato condotto da una psicologa – psicoterapeuta ad orientamento psicodinamico. L'équipe curante condivide con i Servizi invianti l'inserimento dei genitori ai gruppi. Le sedute quindicinali di h. 1,30 in presenza si sono svolte in un setting diverso e lontano dalla sede comunitaria. Per evidenziare l'unicità del percorso dei singoli rispetto a quello del proprio figlio/a. Nella seconda parte degli incontri è stata utilizzata la piattaforma zoom.

Partecipazione

Nei primi incontri in presenza la partecipazione è stata:

1° incontro 87% - 2° incontro 93% - 3° incontro 40%

Negli incontri in piattaforma la presenza è stata del 90%.

Il gruppo ha visto la partecipazione di 6 uomini e 8 donne

Risultati

Seppur frammentato il nostro lavoro ha permesso loro di guardare al proprio figlio/a come una persona diversa da sé con le proprie specificità e iniziare a pensare di relazionarsi in modo diverso assumendo una maggior consapevolezza del proprio ruolo genitoriale. Un importante obiettivo è la fissazione dell'alleanza positiva con la struttura e tutto il gruppo curante della Ct.

LA VALUTAZIONE: SODDISFAZIONE GRUPPO GENITORI

Nel 2020, vista la discontinuità dell'intervento, si è deciso di non indagare sul grado di soddisfazione percepito dai genitori relativamente alla partecipazione ai gruppi a loro rivolti proposti da Villa Renata. Si è proposto però, come di consueto, un questionario per misurare in termini generali la soddisfazione del servizio offerto dalla comunità.

LA VALUTAZIONE: SODDISFAZIONE DELLE FAMIGLIE

METODOLOGIA

Per la valutazione del grado di soddisfazione percepito dai famigliari dei pazienti rispetto all'offerta di cura proposta da Villa Renata, è stato predisposto un questionario ad hoc, proposto alle figure di riferimento di tutti i pazienti in carico, sia nella prima fase clinica sia nella fase terapeutica del reinserimento. Il questionario comprende domande a risposta multipla e alcune domande aperte, volte a indagare gli aspetti più salienti del programma terapeutico, nei suoi aspetti organizzativi, relazionali e nei suoi dispositivi terapeutici ed educativi. Le domande a risposta multipla chiedono di indicare su una scala Likert a 5 punti (molto soddisfacente per nulla soddisfacente) il grado di soddisfazione e la percezione di utilità dei vari dispositivi. La compilazione del questionario è stata del tutto volontaria e in forma anonima.

28

QUESTIONARI
COMPILATI

RISPONDENTI

Nell'anno 2020 sono stati raccolti 28 questionari compilati. I rispondenti sono per la gran parte (41%) famigliari di pazienti che sono in trattamento da più di 24 mesi; per il resto si distribuiscono nella categoria 12-24 mesi (28%) soprattutto e 6-12 mesi (14%). Le quote residue attengono a famigliari di pazienti in trattamento da un tempo inferiore: 3-6 mesi (7%) e meno di tre mesi (10%).

RISULTATI

Un primo indice complessivo capace di restituire la valutazione globale che si ricava dall'indagine si individua nel fatto che la totalità dei rispondenti senza eccezioni consiglierebbe Villa Renata a chi avesse bisogno di un percorso residenziale per la tossicodipendenza. Riportiamo questo perché è un risultato che si conferma nel tempo: di fatto, anche lo scorso anno il 100% dei famigliari si era ritenuto complessivamente soddisfatto.

100%

DEI GENITORI
CONSIGLIEREBBE LA
COMUNITA' A CHI NE
AVESSE BISOGNO

Gli aspetti del programma di cura che trovano nei famigliari una soddisfazione elevata e buona risultano essere:

- la disponibilità degli operatori nei confronti delle famiglie (nei termini di reperibilità, ascolto e accoglienza), con tassi dell'86%;

- la capacità dei curanti di far emergere il potenziale del ragazzo in trattamento, voce per cui si ottiene l'83% di valutazioni pienamente positive;
- l'andamento del programma di cura del figlio (voce che ottiene anch'essa l'83% di valutazioni positive, in aumento rispetto allo scorso anno);
- l'accompagnamento e il sostegno volti all'inclusione sociale e lavorativa per chi è in trattamento da più di 10 mesi (attività esterne, inserimento scolastico, formativo e lavorativo, etc.), con l'84% delle risposte nelle categorie molto o più che soddisfacenti.

86%

VALUTAZIONI POSITIVE
DELLA DISPONIBILITA' DEGLI
OPERATORI

La fase di pre-accoglienza, che comprende (ogni qualvolta possibile) anche degli incontri con i famigliari a fini conoscitivi e di stipula di un accordo di cura, risulta un altro aspetto di valutazione che raggiunge elevati livelli di soddisfazione, con il 76% dei famigliari che valuta molto o più che soddisfacente la comunicazione sull'organizzazione del programma di cura e con il 72% dei famigliari molto o più che soddisfatti degli incontri in generale; restituendo l'idea che le famiglie in questa fase si sentono accolte e comprese.

76%

DELLE FAMIGLIE SI
SENTONO ACCOLTE E
COMPRESO IN FASE DI PRE-
ACCOGLIENZA

62%

DELLE FAMIGLIE SI
RITENGONO SODDISFATTE
DELLE COMUNICAZIONI
RICEVUTE

Gli aspetti che vengono valutati comunque come soddisfacenti ma a un livello lievemente inferiore riguardano la sfera della comunicazione ricevute da parte della comunità per le dimensioni di qualità e quantità; benché il 62%, quindi la maggior parte, dei famigliari si reputi comunque molto o più che soddisfatto, riportiamo che per alcuni questo aspetto è sufficientemente e non del tutto soddisfacente. Un ulteriore elemento di valutazione che si colloca nella fascia della soddisfazione complessiva, ma con valori lievemente inferiori e con qualche caso di non piena soddisfazione, è quello della restituzione data dagli operatori rispetto all'andamento del progetto di cura.

Si evince quindi che la comunicazione è un aspetto su cui il gruppo curante deve riflettere e prestare attenzione. Si deve dire che anche l'anno precedente aveva portato un risultato simile, il che aveva portato i curanti a interrogarsi e adoperarsi per l'adozione di modalità diverse. Anche in questo frangente, però, la situazione pandemica ha esercitato un suo effetto, rendendo l'aspetto della comunicazione sicuramente centrale ma allo stesso tempo molto più complesso, sia dal punto di vista delle modalità (basti pensare che abbiamo dovuto sospendere tutti i tradizionali incontri organizzati con le famiglie in ottemperanza alle disposizioni di sicurezza) sia dal punto di vista dei contenuti, che si erano inevitabilmente caricati di una certa quota di incertezza sull'andamento del percorso, sulle opportunità disponibili sul futuro.

INSIGHT N.9

Le restrizioni dettate dalla pandemia COVID-19 hanno comportato nuove difficoltà e nuovi bisogni di accompagnamento da parte dei curanti nei rapporti tra paziente e famigliari.

LE SEGNALAZIONI DEI SERVIZI INVANTI

Nel corso del 2020 Villa Renata ha accolto 68 segnalazioni da parte dei colleghi dei Servizi per le Dipendenze, nei termini di richieste di avvio di un iter di valutazione e di accoglienza volto a indagare la condizione tossicomana, l'adattamento socio-individuale e il grado di motivazione al fine di decidere rispetto all'opportunità di un inserimento in Comunità Terapeutica.

Il numero di segnalazioni è di molto diminuito - lo scorso anno sono state 114 - in quanto l'epidemia COVID ha di fatto bloccato gli ingressi nelle CT.

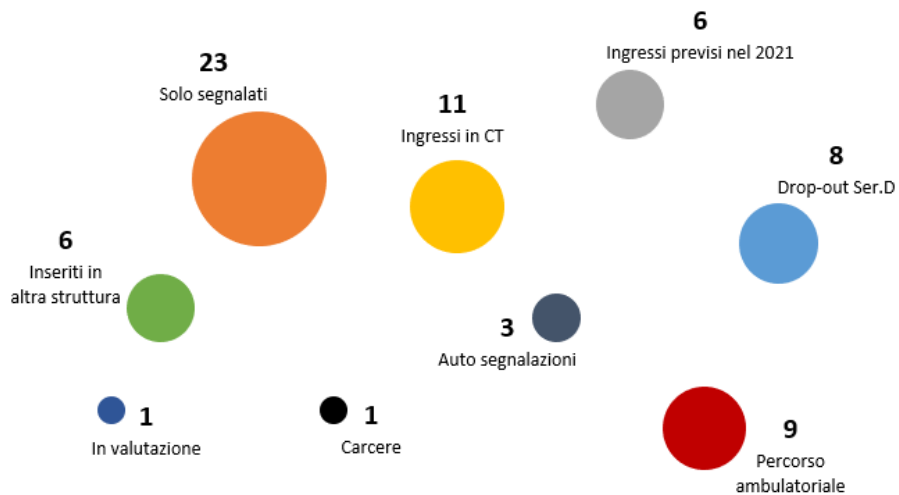
Le segnalazioni riguardano:

- 61 nuovi pazienti
- 7 pazienti già conosciuti

Le 68 segnalazioni hanno avuto diverso esito, come riportato dal grafico qui sotto:

INSIGHT N.10

In pandemia troviamo 3 auto segnalazioni che non hanno comportato un proseguo alla richiesta d'aiuto, probabilmente a causa delle difficoltà di accesso ai servizi, per la pandemia Covid19.



LA VALUTAZIONE: LA SODDISFAZIONE DEI SERVIZI INVIANTI

METODOLOGIA

La collaborazione con i Ser.D. invianti è fondante per il gruppo curante di Villa Renata: dal confronto con i colleghi è possibile intercettare nuovi bisogni e “pensare assieme” nuove risposte ai nostri giovani pazienti.

Per la valutazione del grado di soddisfazione percepito dai colleghi dei Servizi Inviati relativamente all’offerta di cura proposta da Villa Renata, è stato predisposto un questionario ad hoc, inviato via e-mail ai singoli professionisti dei Servizi che hanno collaborato con Villa Renata. Il questionario comprende domande a risposta multipla e alcune domande aperte, volte a indagare gli aspetti più salienti del programma terapeutico, nei suoi aspetti organizzativi, relazionali e nei suoi dispositivi terapeutici ed educativi. Le domande a risposta multipla prevedono una scala Likert a 5 punti (da molto soddisfacente a per nulla soddisfacente).

RISPONDENTI

Nell’anno 2020 sono stati inviati 102 questionari e 31 sono quelli che sono stati restituiti compilati.

I rispondenti comprendono colleghi afferenti a Servizi della Regione Veneto nel 53% dei casi e fuori regione nel 35%; si aggiungono 3 questionari dove non è stata indicata l’ULSS di provenienza.

Nella gran parte dei casi (97%) si tratta di colleghi che operano in Ser.D. e un altro rispondente opera invece presso l’U.S.S.M.

Le figure professionali più rappresentate sono quella di psicologo-psicoterapeuta (50%) e assistente sociale (33%); il gruppo dei medici rappresenta il 10% delle risposte.

Nell’80% dei casi si tratta di colleghi che conoscono Villa Renata da più di 10 anni, indicando collaborazioni durature e che si rinnovano nel tempo.

31

QUESTIONARI
RESTITUITI SU UN
TOTALE DI **102** INVIATI

RISULTATI

• Qualità del Servizio

I dati restituiscono un quadro generale di soddisfazione globale medio-alta da parte dei colleghi dei Ser.D. Per tutte le voci indagate non si registrano risposte che si collocano nella fascia più bassa (poco o per nulla soddisfacente) e che il grado di soddisfazione intermedio viene riportato in pochi casi (in una o due voci di valutazione raggiunge appena le 4 preferenze, in altre si ferma a 1-2 oppure anche a nessuna).

In generale, la qualità complessiva del servizio residenziale offerto viene considerata molto o più che soddisfacente dal 96,8% dei rispondenti, con l’aggiunta di qualche punto percentuale in più rispetto allo scorso anno e con questa ripartizione: 80% molto soddisfacente (quota significativamente maggiore dello scorso anno); 16% più che soddisfacente.

97%

È MOLTO O PIÙ CHE
SODDISFATTO DELLA
QUALITÀ DEL SERVIZIO
OFFERTO, PIÙ DELLO
SCORSO ANNO

100%

RITIENE MOLTO
SODDISFACENTI I
DISPOSITIVI CLINICI

L'aspetto che risulta più apprezzato dagli invianti, in quanto ritenuto pienamente soddisfacente dal 100% dei rispondenti, è quello dei dispositivi clinici offerti dalla comunità, intendendo con questi la psicoterapia individuale e di gruppo e la presa in carico psichiatrica, gli elementi centrali dei programmi Specialistici di tipo C, secondo l'accreditamento della Regione Veneto.

Altri dispositivi e caratteristiche di Villa Renata vengono valutati come molto o più che soddisfacenti da quote molto alte di rispondenti, raggiungendo la soglia del 97%; in ordine di preferenza si ha:

- la qualità della fase di pre-accoglienza gestita dalla Direttrice e dal Coordinatore degli educatori; •
- i dispositivi ludico-ricreativi (es. laboratori creativi e culturali, attività sportive, rapporti con il territorio);
- la fase clinica del reinserimento.

Seguono, con un indice di gradimento che pur rimanendo nella fascia delle risposte molto-più che soddisfacente per il 93% dei colleghi, è lievemente inferiore, gli aspetti di:

- qualità delle risposte della comunità ai bisogni del Servizio, per competenza, pertinenza e tempestività delle risposte;
- dispositivi educativi (riunioni della casa, attività pedagogiche ed ergoterapiche, etc.)
- dispositivi rivolti a genitori e familiari.

Infine, vengono riportati i rimanenti aspetti oggetto di valutazione, la cui valutazione di soddisfazione elevata/buona si colloca in una fascia tra il 90 e l'85%, quindi comunque positiva: si tratta dell'inserimento scolastico/lavorativo (90%), il dispositivo di orientamento a formazione e lavoro (87%), l'inserimento lavorativo in cooperative di tipo B (85,2%) ed infine le modalità di scalaggio del farmaco sostitutivo (85%).

• Qualità della comunicazione

La comunicazione tra Ser.D. e Comunità Terapeutica, nella sua qualità, frequenza e regolarità, viene valutata molto o più che soddisfacente dal 97% dei rispondenti.

Altri aspetti relativi ai rapporti tra Comunità Terapeutica e Servizio Inviante risultano ben considerati da parte dei colleghi, con quote di valutazioni molto o più che soddisfacente del 93%: si tratta della qualità degli incontri inter-servizi (per i quali la frequenza ottimale è considerata dalla maggior parte dei rispondenti di 3 volte all'anno oppure 2, mentre solo il 20% reputa opportuno 1 incontro annuale) e del report, che viene ricevuto personalmente da ben il 77% dei colleghi.

Per quanto riguarda invece i servizi di tipo segretariale-amministrativo, la valutazione è nell'87% dei casi molto/più che soddisfacente; anche il sito della cooperativa raggiunge la stessa quota di soddisfazione.

97%

DEI COLLEGHI MOLTO O
PIÙ CHE SODDISFATTI
DELLA COMUNICAZIONE
CON LA CT

• Criteri di scelta e inserimento presso Villa Renata

Un aspetto che riteniamo particolarmente rilevante per comprendere la percezione della nostra struttura all'esterno e anche per poter continuare il lavoro di riflessione, messa in discussione e modificazione del nostro operato, riguarda la tipologia di pazienti per la quale Villa Renata viene ritenuta un'opzione di cura valida per un inserimento. A tale fine sono stati indagati i criteri di età, funzionamento individuale, motivazione al cambiamento e criteri di esclusione per la scelta.

Villa Renata offre programmi di cura appropriati specificatamente per i giovani tra i 18 e i 24 anni e tra i 25 e i 30 anni per la maggior parte dei colleghi. Ciò restituisce a nostro avviso lo sforzo che caratterizza il gruppo curante per andare incontro ai bisogni dei più giovani, bisogni di cura e di crescita, il che implica inevitabilmente un lavoro di costante aggiornamento.

Per quanto riguarda il funzionamento individuale del paziente, secondo il parere della maggior parte dei colleghi Villa Renata costituisce una buona opzione di trattamento per pazienti con buone risorse individuali (22 preferenze su 31); la sua proposta di cura viene inoltre ritenuta opportuna per pazienti con risorse individuali sufficienti, di soglia intermedia (15 preferenze su 31) e pazienti con doppia diagnosi (13 su 31 preferenze).

Relativamente alla motivazione, un grado buono o per lo meno sufficiente viene ritenuto condizione importante per riuscire a sostenere il programma di cura offerto dalla maggior parte dei colleghi rispondenti, pari a 21 su 31.

Per completezza, si sono voluti indagare anche i motivi alla base di un'esclusione di Villa Renata tra le opzioni di inserimento del paziente in comunità terapeutica; il nostro questionario restituisce che una scelta diversa è stata effettuata sulla base del criterio geografico, in favore di una struttura più vicina al luogo di origine (per 14 colleghi su 31) o per problemi di lista d'attesa (10 colleghi su 31).

INSIGHT N.11

Pazienti giovani adulti (delle fasce 18-24 e 25-30 anni), con un grado medio-alto di risorse individuali e una motivazione buona-sufficiente sono il target di utenza nell'opinione dei colleghi dei Ser.D.

ESITI DEI TRATTAMENTI

Nel corso del 2020 le dimissioni dal programma di cura di Villa Renata sono state 23, numero che comprende al suo interno situazioni molto diverse, la maggior parte delle quali riguarda conclusioni positive che hanno visto il raggiungimento di alcuni o tutti gli obiettivi preposti, mentre per altre si è assistito ad un esito diverso.

INSIGHT N.12

Le dimissioni concordate sono una formula che permette di valorizzare gli obiettivi raggiunti e di fornire una base di continuità al percorso di cura.

Guardando al dettaglio, emerge che più della metà delle conclusioni è avvenuta in una forma positiva, intendendo con questa formula i trattamenti conclusi e le dimissioni concordate. Con dimissioni concordate, ci teniamo a specificare, si intendono casi in cui non si assiste a un'interruzione del percorso o a una decisione unilaterale, ma a una decisione condivisa tra i protagonisti coinvolti: paziente, equipe della CT e Servizi

67,5%

HA CONCLUSO IN
MANIERA POSITIVA IL
PERCORSO RESIDENZIALE

Inviati; tale formula permette di valorizzare il percorso fino a quel momento

realizzato e aiutare la persona a percepire che può esserci una continuità della cura, che supera il momento attuale. Nello specifico, per 22 soggetti, pari al 47%, le dimissioni sono state concordate e per altri due soggetti si è giunti alla conclusione del trattamento.

La terza modalità con cui il programma di cura arriva a termine e che si è verificata nel 2020 è stata quella delle auto dimissioni, che hanno interessato 10 soggetti (43%), mentre non si sono verificati casi di allontanamenti del paziente da parte della Comunità Terapeutica (misura che necessariamente a volte rappresenta la estrema ratio in caso di atti aggressivi o trasgressivi, ripetuti o particolarmente gravi). Per quanto riguarda le auto-dimissioni, trattandosi dell'esito a nostro avviso meno favorevole in quanto presenta un quadro di rottura dell'alleanza di cura a cui non c'è stato modo o tempo di porre rimedio, ci siamo interessati a capire le modalità in cui avvengono, indagando il range temporale in cui si verificano (questo al fine di poter mettere in atto possibili interventi preventivi). Dall'indagine emerge però un quadro molto variegato e in quanto tale non permette di trarre delle conclusioni che possano tradursi in un intervento operativo da parte nostra di più ampio spettro, riguardando situazioni individuali. Delle 10 auto-dimissioni, infatti: 3 si sono verificate entro i primi tre mesi (rivelando difficoltà nell'ambientamento e nella scelta di intraprendere un percorso comunitario); 3 entro i primi 6 mesi; 2 tra i 6-12 mesi; 2 oltre 1 anno.

NUOVI ORIZZONTI: LA CURA NEL TEMPO POST-DIMISSIONI

Abbiamo ritenuto importante dare uno sviluppo alla riflessione proposta per la prima volta lo scorso anno relativamente al tempo successivo alle dimissioni e al tipo di contatti con le diverse agenzie di cura (Ser.D., Comunità Terapeutica) coinvolte. Tale iniziativa era nata dal riflettere circa l'importanza di uno sguardo di cura che non si limita ad occuparsi del singolo intervento nel suo hic et nunc e a considerarlo come un evento isolabile e a se stante, ma che al contrario, coglie una dinamica più ampia, nel tempo e tra i diversi protagonisti. Ciò si accompagna al principio che la Comunità Terapeutica deve quindi occuparsi innanzitutto del riuscire a contribuire attivamente alla capacità di chiedere e stare nell'aiuto, risorsa preziosa per un processo di cura che spesso richiede un tempo lungo e che supera i momentanei arresti, rallentamenti, rifiuti.

I dati che riguardano il lasso temporale di 6-12 mesi a seguito dalla fine del trattamento verranno presentati distinguendo per modalità di conclusione.

• **Trattamento concluso:**

- 2 pazienti, quindi entrambi, hanno spontaneamente chiesto di poter proseguire con il rapporto di psicoterapia individuale e attualmente intrattengono rapporti informali con la Comunità (telefonate, visite, attività, etc.)

• **Dimissioni concordate**

- 2 pazienti hanno mantenuto i rapporti con il proprio Ser.D. di riferimento
- 3 pazienti hanno mantenuto i rapporti con il proprio Ser.D. di riferimento e hanno mantenuto rapporti con la Comunità su base informale
- 1 paziente è stato ri-amMESSO in Comunità Terapeutica Villa Renata
- 2 pazienti intrattengono rapporti informali solo con la Comunità Terapeutica
- 4 pazienti non hanno mantenuto alcun rapporto, né con la Comunità né con il proprio Ser.D.

• **Autodimissioni**

- 6 pazienti hanno mantenuto i rapporti con il proprio Ser.D.
- 1 paziente è stato ri-amMESSO in Comunità Terapeutica Villa Renata
- 2 pazienti non hanno mantenuto alcun rapporto, né con la Comunità né con il proprio Ser.D.
- 1 paziente è deceduta

Dal confronto con lo scorso anno risulta che si sono azzerati i casi di incarcerazione e di ricovero presso strutture psichiatriche. Rimane di valore il permanere di una rete informale di contatti con la Comunità.

Al di là dei singoli risultati numerici, riteniamo che ciò costituisca un primo passo nel cercare di comprendere più da vicino qual è il contributo che si è riusciti, a volte più a volte meno, a volte per nulla, a dare nell'accrescere o anche solo avviare nei nostri giovani pazienti una più adeguata percezione dei propri bisogni, la necessità di un punto di riferimento stabile a cui affidarsi, la capacità di chiedere e di stare nella relazione di aiuto.

LA VALUTAZIONE: LA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

METODOLOGIA

Per la valutazione del grado di soddisfazione percepito dai pazienti relativamente all'offerta di cura proposta dalla Comunità Terapeutica Villa Renata, è stato predisposto un questionario ad hoc, sottoposto a tutti i pazienti in carico, sia nella prima fase clinica sia nella fase terapeutica del reinserimento.

Il questionario comprende domande a risposta multipla e alcune domande aperte, tutte volte a indagare le componenti più salienti del programma terapeutico, quali gli aspetti organizzativi, relazionali e i dispositivi terapeutici ed educativi. Le domande a risposta multipla chiedono di indicare su una scala Likert a 5 punti (molto soddisfacente – per nulla soddisfacente) il grado di soddisfazione percepito.

La compilazione del questionario è del tutto volontaria e in forma anonima.

Nell'anno 2019, sono stati somministrati 47 questionari: 28 sono stati compilati da parte di pazienti in carico nella prima fase del programma e i restanti 19 da parte degli ospiti della fase del reinserimento.

47

QUESTIONARI
COMPILATI

RISPONDENTI

Il gruppo dei soggetti rispondenti è composto per il 91% da ospiti che intraprendono per la prima volta un percorso di cura presso Villa Renata, mentre i restanti sono già stati in carico in passato.

I questionari sono stati compilati nel 38% dei casi da pazienti in carico da più di 24 mesi di tempo, e questi rappresentano la quota più consistente; seguono quelli in carico da 6-12 mesi (26%) e da 12-24 mesi (19%), mentre i restanti sono stati ammessi in comunità da meno di 6 mesi di tempo.

RISULTATI

Partiamo con l'esposizione dei risultati dal dato riguardante la valutazione globale di soddisfazione dei pazienti, con il 96% che consiglierebbe la Comunità Villa Renata per il trattamento terapeutico della dipendenza.

• Fase di pre-accoglienza

La fase di pre-accoglienza è valutata dal 57,7% dei pazienti come molto o più che soddisfacente, indicando come in questa fase si sentano accolti e compresi rispetto ai propri bisogni di cura; tra il 50 e il 57,7% dei pazienti considera positivamente il modo in cui durante questi colloqui sono stati informati sugli aspetti organizzativi della comunità (regole, dispositivi, etc.) e sugli obiettivi e dispositivi del programma terapeutico. Solo in rari casi (da uno a tre soggetti) sono state date risposte che indicano un non piena soddisfazione. Ci sono alcune eccezioni di non piena soddisfazione nei tre ambiti esaminati, ma esse si limitano a 1 o 2 casi.

58%

DEI PAZIENTI HA
VALUTATO
POSITIVAMENTE LA FASE
DI ACCOGLIENZA

• Il trattamento

Il questionario ha proposto specifiche domande per ciascun dispositivo del programma terapeutico, considerando ciascuno di essi una componente specifica e fondante del percorso di cura.

Il primo ambito ha riguardato i dispositivi clinici; tra questi la **psicoterapia individuale** risulta il dispositivo di cura più apprezzato dai pazienti tra tutti quelli indagati, con il 64% che si dichiara molto soddisfatto e il 21% più che soddisfatto (il restante 11% si dichiara comunque soddisfatto). Ciò rappresenta un elemento importante per noi, dato il valore attribuito alla psicoterapia individuale nel percorso di cura presso Villa Renata, da cui richiedere per un cambiamento sufficientemente strutturale del funzionamento di personalità anche tempi medio-lunghi.

85%

DEI PAZIENTI E'
MOLTO/BEN
SODDISFATTO DELLA
PSICOTERAPIA
INDIVIDUALE

La valutazione degli altri dispositivi clinici da parte dei pazienti si attesta su soglie inferiori per la psicoterapia di gruppo, ritenuta da meno della metà dei rispondenti soddisfacente (44%) e per il 26% non pienamente soddisfacente. Un elemento peculiare è rappresentato dal fatto che i pazienti danno una valutazione positiva dei dispositivi per i famigliari (gruppi famigliari, incontri con la direzione, etc.), per i quali la soddisfazione è elevata o buona nel 65% dei rispondenti; questo risultato fa riflettere su quanto sia importante per i pazienti più giovani percepire che il proprio percorso di cambiamento coinvolge attivamente anche i genitori in un processo di presa di consapevolezza e ripensamento.

INSIGHT N.13

I pazienti restituiscono una percezione positiva della competenza e disponibilità degli operatori: la dimensione relazionale portata dai curanti è il necessario complemento per un trattamento individualizzato.

In questo ambito collochiamo anche **la competenza e disponibilità all'ascolto dei curanti** che raggiungono l'elevata/buona soddisfazione per il 90% dei pazienti rispetto a psicoterapeuti e direzione, e il 76% per gli educatori.

Un secondo ambito indagato dal questionario è quello delle attività educative e ludico-ricreative. Anche in questo caso, i questionari restituiscono un quadro positivo: **le attività ludico-ricreative** (laboratori sportivi, culturali, attività sul territorio) vengono molto apprezzate per la loro utilità, per il loro risvolto sia sul piano individuale, come mezzo per sviluppare nuovi interessi e valorizzare il proprio potenziale, sia dal punto di vista gruppale, in termini di clima e cooperazione; in entrambi i casi la valutazione è molto positiva o più che positiva per il 75% dell'utenza. Gli aspetti organizzativi delle attività ludico ricreative sono ritenuti molto soddisfacenti dal 36% dell'utenza, più che soddisfacenti dal 32% e soddisfacenti dal restante 32%. **Le attività educative** di gruppo ricevono le valutazioni migliori da parte del 68% dei pazienti per quanto riguarda gli aspetti organizzativi e vengono considerate molto o più che utili per affrontare i problemi di gruppo e imparare a comunicare dal 62% dei ragazzi.

75%

DEI PAZIENTI GIUDICA LE
ATTIVITÀ EDUCATIVE E
LUDICO-RICREATIVE MOLTO O
PIU' CHE UTILI A LIVELLO
PERSONALE E GRUPPALE

Le attività lavorative/ergoterapiche organizzate in Comunità vengono ritenute molto o più che soddisfacenti nei loro aspetti organizzativi dal 68% dei pazienti, mentre il 30% le ritiene comunque soddisfacenti e solo un soggetto esprime un giudizio non positivo; una buona soddisfazione viene rilevata anche quando viene indagata la

percezione di utilità (acquisizione di competenze, nuova gestione del tempo e dei ritmi, etc.) di queste attività, con valutazioni di soddisfazione per il 26% delle risposte e valutazioni ancora migliori per il 70%.

Rispetto alla **presa in carico sanitaria**, un primo aspetto indagato è stato l'accompagnamento nell'affrontare e gestire i problemi medici (visite presso il medico di base, visite specialistiche, interventi, etc.) per il quale la valutazione mostra un miglioramento dallo scorso anno con il 57% dell'utenza che dà una risposta pienamente positiva (molto o più che soddisfacente) e il 26% sceglie la categoria "soddisfacente". Percentuali simili si riscontrano anche per la valutazione dell'accompagnamento in caso di ricovero ospedaliero, eventualità rara ma comunque presente, tanto che ha interessato 7 pazienti.

Relativamente agli importanti processi di **scalaggio del farmaco sostitutivo** si rileva un grado anche più elevato di soddisfazione, con il 72% dei pazienti che si dicono molto o più che soddisfatti (e solo in due casi viene riportato di essere poco soddisfatti); per quanto riguarda la presa in carico psichiatrica e la gestione della terapia psicofarmacologica, è molto o più che soddisfatto il 59% dei rispondenti, mentre il 28% è soddisfatto.

Un ambito per i quali i pazienti riportano livelli di soddisfazione in crescita rispetto all'anno precedente è il dispositivo di orientamento **formazione-lavoro**, con che viene giudicato in maniera molto o più che soddisfacente dal 70% negli aspetti organizzativi, dal 52% per l'utilità nel conoscere e valorizzare le proprie competenze. Rispetto all'utilità nel trovare un'occasione formativa-lavorativa, il 41% dà le valutazioni di maggiore soddisfazione mentre il 50% si colloca nella fascia della soddisfazione.

72%

DEI PAZIENTI ESPRIMONO
SODDISFAZIONE RISPETTO LA
MODALITA' E AI TEMPO DELLO
SCALAGGIO DEL FARMACO
SOSTITUITIVO

LA PRESA IN CARICO FARMACOLOGICA

Nelle sezioni successive vengono presentati i dati relativi alle 71 prese in carico dell'anno 2020 per quanto riguarda la situazione farmacologica all'ingresso, durante il percorso di cura e alle dimissioni, trattando separatamente la terapia psicofarmacologica e la terapia sostitutiva.

TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA

ALL'INGRESSO

Al momento dell'ingresso in Comunità Terapeutica, il 73% dei pazienti (pari a 51) ha una prescrizione di una terapia psicofarmacologica, prescritta dai Ser.D. invianti. Per questi 51, la prescrizione include soprattutto benzodiazepine e farmaci antipsicotici/neurolettici (57% e 51% rispettivamente), e antidepressivi nel 47% dei casi. Meno frequenti sono le prescrizioni di farmaci stabilizzatori dell'umore e sedativi ipnotici (con percentuali attorno al 12%).

Il quadro presenta soltanto lievi variazioni di qualche punto percentuale in aumento rispetto all'anno scorso, ma con una differenza non significativa.

73%

DEI PAZIENTI CON TERAPIA
PSICOFARMACOLOGICA
ALL'INGRESSO

DURANTE IL PERCORSO TERAPEUTICO

Per la maggior parte dei 51 pazienti che presentavano una terapia psicofarmacologica già all'ingresso, la presa in carico da parte dello psichiatra di riferimento della Comunità ha previsto una modifica della prescrizione: si tratta di 43 pazienti, pari al 84%. Spesso, e nello specifico per 32 pazienti, la direzione di modifica intrapresa è stata quella della riduzione del numero e quantitativo dei farmaci prescritti. Per 10 pazienti la prescrizione è stata modificata nel corso del trattamento e spesso si è andati nella direzione di introdurre un nuovo tipo di terapia: in alcuni casi si è trattato di farmaci sintomatici per la gestione dell'astinenza durante lo scalaggio della terapia sostitutiva (e quindi assunti solo temporaneamente); per la maggior parte delle situazioni, invece, la valutazione psichiatrica ha indicato la necessità di introdurre un farmaco antipsicotico/neurolettico (questo è avvenuto per 9 pazienti).

INSIGHT N.14

Il progredire del programma di cura comporta che l'evoluzione del paziente venga accompagnata da un continuo monitoraggio e modificarsi della presa in carico farmacologica/psichiatrica, che deve rispecchiare bisogni specifici per quella specifica persona in quel preciso momento del programma.

Del gruppo di pazienti senza prescrizione psicofarmacologica al momento dell'ingresso in Comunità (pari a 19), il 61%, quindi 12 soggetti, ha

61%

DEI PAZIENTI ENTRATI SENZA
PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA HA
POI PRESENTATO IL BISOGNO DI
UNA SUA RIVALUTAZIONE

avuto la necessità di introdurre un supporto farmacologico, in diversi momenti del loro percorso terapeutico (per alcuni nel tempo a ridosso dell'ammissione, per altri più avanti nel programma). Anche per questo gruppo, si è trattato in alcuni casi di prescrivere farmaci sintomatici (benzodiazepine) in via temporanea, mentre per la maggior parte dei pazienti, si è trattato di introdurre farmaci poi mantenuti per un lungo

periodo di tempo, quali antidepressivi, antipsicotici e in alcuni casi stabilizzatori dell'umore. Complessivamente, quindi solo 7 soggetti non presentavano una prescrizione all'ingresso, né hanno avuto bisogno di un supporto farmacologico successivamente nel corso del trattamento.

Per quanto riguarda lo specifico dei pazienti ammessi alla fase clinica del reinserimento, la seconda del nostro programma di cura, dei 26 totali, 9 presentavano una terapia farmacologica (6 con antidepressivo, 2 con stabilizzatore dell'umore, 1 con farmaco specifico). A ciò si aggiunge il conteggio di 4 pazienti per i quali si è scelto di introdurre un farmaco disassuefante (etiltox) come supporto al mantenimento dell'astinenza dall'alcol.

ALLE DIMISSIONI

Il gruppo di pazienti alle dimissioni per il quale è stato indagato il quadro farmacologico si compone di 23 pazienti. Di questi, 13 presentavano una terapia farmacologica prescritta al momento delle dimissioni: per 17 di loro le dimissioni sono avvenute nella prima fase del programma di cura, per 6 nella fase del reinserimento. 17 di loro presentavano una prescrizione all'ingresso, mentre per 4 è stata aggiunta in un secondo momento durante il percorso di cura.

Per comprendere più distintamente il tipo di quadro psicofarmacologico alle dimissioni, è informativo distinguere con che modalità sono avvenute le stesse.

Relativamente alle 10 auto dimissioni, 6 pazienti presentavano una prescrizione all'ingresso, mentre per 4 è stata introdotta successivamente; al momento delle dimissioni, la maggior parte, 6, aveva ancora un qualche tipo di farmaco prescritto, un paziente aveva già concluso l'assunzione in comunità e 3 non hanno mai avuto bisogno di un supporto farmacologico. Tale prescrizione includeva in molti casi un farmaco antipsicotico, oltre ad antidepressivi o stabilizzatori dell'umore, indicando quindi situazioni in cui si è cercato di intervenire anche con il supporto farmacologico al fine di riuscire a contenere il disagio del paziente e sostenere la sua permanenza in comunità, per quanto possibile (talvolta nei primi mesi, altre volte anche ad un anno dall'ingresso, a seguito di un lungo lavoro di contenimento portato avanti dell'equipe curante).

Delle 11 dimissioni concordate, 5 pazienti hanno concluso la comunità con un trattamento farmacologico in atto, 1 l'ha interrotto autonomamente in prossimità della fine programma, un altro non l'ha mai avuto e 3 l'hanno terminato in maniera condivisa prima.

Infine, del gruppo di pazienti che ha concluso completamente il programma terapeutico (trattamento concluso), 1 ha mantenuto la terapia farmacologica anche successivamente alle dimissioni, mentre 1 altro non ha mai avuto una prescrizione di farmaco.

INSIGHT N.15

La gran parte dei pazienti lascia la comunità con un quadro farmacologico rivisto e talvolta introdotto.

Principalmente le prescrizioni hanno il fine di contenere e stabilizzare quadri psichici di forte sofferenza.

TERAPIA SOSTITUTIVA

ALL'INGRESSO

Al momento dell'ingresso a Villa Renata, il 69% dei pazienti in carico nell'anno 2020 (pari a 49 persone) presentava la prescrizione di una terapia sostitutiva.

Per una minoranza (12 utenti), la prescrizione riguardava subutex con un dosaggio dai 4 ai 24 mg (con un aumento rispetto ai valori medi dello scorso anno), con una media di 10mg. I restanti, nonché la maggior parte e cioè 27 utenti, presentavano invece la prescrizione di farmaco metadone, con un dosaggio che varia ampiamente dai 20 ai 140 mg (per una media di 60mg).

69%

DEI PAZIENTI PRESENTAVA LA
PRESCRIZIONE DI UNA TERAPIA
SOSTITUTIVA

L'interesse dell'indagine si rivolge poi all'obiettivo di scalaggio del farmaco sostitutivo, negli aspetti di tempistiche, durata ed esito. I pazienti per i quali è stato avviato il processo di scalaggio (precedentemente o durante il 2020) sono 46 su 49: fanno eccezione un paziente che si è auto-dimesso dalla comunità terapeutica

dopo solo 1 mese, e 2 pazienti per i quali l'inizio della riduzione di assunzione di sostitutivo è avvenuta nell'anno successivo, il 2021.

INSIGHT N.16

Il processo di scalaggio del farmaco sostitutivo rappresenta spesso una componente critica del percorso di cura (con i pazienti che tendono a far coincidere la cura con questo obiettivo), ma un accompagnamento relazionale significativo può far evolvere positivamente la cura.

Per questo gruppo di 46, l'inizio dello scalaggio si colloca mediamente a 2,4 mesi dall'ingresso (l'anno scorso il dato era simile, sebbene lievemente superiore: 2,9), con un range da 0,1 mesi (casi in cui lo scalaggio era già stato programmato dal Servizio Inviante) a 6,7 mesi.

80%

DEI PAZIENTI HA PORTATO A
TERMINE LO SCALAGGIO

Relativamente all'esito del processo di scalaggio, tenendo presente che per 3 pazienti questo obiettivo non è stato ancora temporalmente raggiunto ed è previsto per inizio 2021, nell'80% dei casi questo si è concluso positivamente, il che corrisponde a 40 pazienti; tale percentuale è del tutto simile a quella rilevata lo scorso anno. Per 6 pazienti invece l'obiettivo non è stato raggiunto a causa di un'interruzione prematura del programma; tale interruzione è avvenuta in corrispondenza di quantitativi variabili (100, 65, 35, 25, 15 mg), e non è quindi possibile trarre conclusioni significative di gruppo, limitando le considerazioni alla singolarità del caso.

La durata della fase dello scalaggio è stata mediamente di 5 mesi, variando da un tempo minimo di 1 mese (per un paio di casi eccezionali) ad un tempo più lungo anche di 9 mesi. Per la gran parte di questo gruppo di pazienti durante la fase di scalaggio del farmaco, a ridosso della sua conclusione non sono avvenute fughe, abbandoni o ricadute; per le eccezioni rilevate si hanno alcuni casi di fuga e ricaduta (3) e alcuni abbandoni (7): di fatto, come lo scorso anno, si tratta di casi di auto-dimissione in cui non è stato possibile contrattare un proseguimento diverso.

5 MESI

IL TEMPO MEDIO PER PORTARE A
TERMINE LO SCALAGGIO DEL
SOSTITUTIVO

INSIGHT N.17

La maggior parte dei nostri pazienti riesce ad iniziare e a portare a termine con successo il delicato processo di scalaggio del farmaco sostitutivo, con un rilancio del programma di cura.

Riassumendo, la maggior parte dei nostri pazienti riesce ad iniziare e a portare a termine con successo il delicato processo di scalaggio del farmaco sostitutivo, e solo una minima parte incorre in ricadute o interruzioni del programma durante questa fase; inoltre, per i nostri pazienti, anche in caso di fughe o ricadute, è stato per lo più possibile riprendere e rilanciare il progetto di cura.

Focus 2020: La Comunità in tempi di pandemia

ESSERE COMUNITA' TERAPEUTICA IN TEMPO DI PANDEMIA



Il report di quest'anno non poteva che essere dedicato al racconto e alla restituzione di quella che è stata la nostra esperienza della pandemia e soprattutto del lockdown, un evento che ha alterato profondamente le vite di ciascuno di noi, ma che ha avuto un significato particolare per le realtà di cura, soprattutto quelle che hanno sempre perseguito e coltivato l'essere comunità aperta, il lavoro sulla relazione e la socialità, i contatti con il territorio, lo sguardo all'orizzonte più ampio.

Nel giro di un brevissimo periodo la comunità è stata chiamata a riorganizzarsi rapidamente e in modo radicale (e oltretutto in assenza di linee guida chiare e specifiche per le singole realtà cliniche e i diversi gruppi di utenza, appianando tutte le realtà residenziali al modello delle RSA), cercando di coniugare **due aspetti che in qualche**

modo potevano respingersi l'uno l'altro: proteggere la struttura, i pazienti, il gruppo dei curanti e al contempo mantenere il più possibile la natura e la missione della nostra realtà.

Nello specifico, i principali **obiettivi** perseguiti da parte dell'istituzione, nel guidare il gruppo di operatori e di pazienti e nel decidere gli interventi, sono stati:

1. garantire **l'operatività, la continuità e l'apertura del Servizio**, a fronte del blocco e della chiusura del mondo esterno, in modo responsabile e ponderato, senza negare i rischi legati al contesto ma senza nemmeno incedere in una paralisi istituzionale;
2. Istituire **una direzione e una direzionalità** presenti e capaci di rispondere in maniera tempestiva ma altrettanto consapevole, fornendo al contempo tutela e ascolto da un lato, sicurezza e rispetto delle norme dall'altro. In questo, la cooperativa ha pensato a **tutelare la struttura comunitaria, il gruppo curante e quindi i pazienti**, consapevoli dell'intervento "a cascata" sui vari livelli.
3. Attuare un cambiamento necessario ma mantenendo la **natura dall'istituzione**: 1) l'essere una **comunità aperta**, indirizzata a reinserire le persone nel tessuto sociale esterno; 2) l'essere una comunità **basata sulla condivisione e sulla vicinanza**, anche in tempo di distanziamento sociale; 3) il prestare continuamente attenzione ai **bisogni di cura più specifici**.

Un periodo di crisi in cui, come avremo modo di vedere nel corso di questo focus, si è cercato di bilanciare l'adattamento alle nuove condizioni (attraverso un insieme delle azioni ri-organizzative è stato così ampio da far pensare ad una "ri-fondazione" della CT) e la tutela delle persone e del loro benessere dall'altro. Obiettivo che è stato raggiunto nel momento in cui i numeri ci dicono che di fatto durante la fase 1 e 2 non si sono registrati contagi e un solo abbandono del programma, anche nella fase del reinserimento dove i pazienti sono stati i più provati dalla perdita/sospensione del lavoro e delle attività di risocializzazione.

Un equilibrio che, possiamo dire ora, non è stato scontato raggiungere, richiedendo al gruppo curante di mettere in campo una disponibilità superiore al solito (in termini di flessibilità, creatività, ascolto, tenuta, etc.) e ai pazienti la possibilità di affidarsi e di continuare a credere nel proprio progetto di cura nonostante tutte le incertezze e le sospensioni che stavano vivendo.

Il lavoro che è stato fatto sui due fronti, quello dell'operatività (a livello istituzionale, dei dispositivi pedagogici e dei dispositivi terapeutici) e quello della riflessione (sulla base della consapevolezza che, per quanto la realtà si muovesse su un piano d'urgenza dell'azione, non si poteva perdere di vista la dimensione del pensiero), verrà di seguito riportato, introducendo prima un riassunto delle azioni terapeutiche messe in atto durante il lockdown e presentando poi una ricerca interna alla comunità volta a indagare il vissuto e la rappresentazione del periodo negli operatori.

AGIRE COME COMUNITA' TERAPEUTICA IN TEMPO DI PANDEMIA

Come anticipato prima, ci teniamo a restituire una panoramica di tutti gli interventi messi in atto da Villa Renata, sui vari livelli di funzionamento e organizzativi, al fine di far fronte alla situazione pandemica.

Livello istituzionale – Cooperativa Comunità di Venezia

- Attivazione di un comitato per la gestione dell'emergenza e di un sistema di allarme
- Attivazione di una collaborazione con l'Ulss 3 Serenissima e le altre strutture del privato sociale del territorio al fine di supplire la carenza di linee guida regionali per le strutture residenziali diverse dalle RSA
- Avvio di un dialogo con le Forze dell'Ordine del territorio
- Ricerca di dispositivi di DPI e materiali di sanificazione, con collaborazione con la Protezione Civile, e dei metodi di screening per i contagi, in collaborazione con Ulss 3, per tutto il gruppo curante e per tutto il gruppo dei pazienti

Comunità terapeutica Villa Renata

- Limitazione dei contatti da parte di persone esterne, restringendo ai soli operatori dell'equipe le transizioni tra interno ed esterno delle strutture.
- Riorganizzazione delle riunioni di equipe con riduzione del numero dei presenti per garantire il distanziamento fisico e evitare assembramenti: divisione per la maggior parte delle attività in gruppi di piccole dimensioni e separazione in strutture diverse per il gruppo dei pazienti maschi e il gruppo delle pazienti femmine.
- Organizzazione della presenza degli operatori garantendo piena assistenza e accompagnamento (con anche aumento della copertura oraria nella fase del reinserimento), nel rispetto della continuità e della stabilità di orari/turni
- Sospensione delle procedure di ingresso/ammissione per fase 1 e 2. Limitazione iniziale e divieto successivo dei contatti tra gli ospiti di diverse fasi cliniche.

Ambito educativo

- Limitazione dei contatti tra pazienti all'interno della stessa fase clinica e riduzione del numero di partecipanti alle attività condivise, con divisione: per le attività della quotidianità, secondo il criterio della residenzialità nelle diverse strutture; per lo svolgimento delle attività pedagogico-educative, ludico-ricreative e sportive, terapeutiche
- Sospensione di tutte le attività educative (ergo terapie, ludico-ricreative, sportive, culturali) all'esterno della comunità e nel territorio. In particolare, sospensione degli allenamenti settimanali di pallavolo, calcio

e corsa e sospensione del laboratorio di teatro (non potendo in alcuni casi poter far conto sulla collaborazione degli storici volontari coinvolti nei progetti).

- Progettazione e realizzazione di nuove attività all'interno della CT, prontamente ideate e create ad hoc:
 - ✓ Momenti di informazione e educazione relativamente a: COVID-19 e rischi per la salute; modalità di contagio e protezione; DPCM e ordinanze regionali; andamento dell'epidemia nel mondo
 - ✓ laboratorio espressivo/elaborativo di fotografia e scrittura creativa a tema **“Ordinario e straordinario, scatti e riflessioni su un momento storico in divenire”, capace di restituire il momento della pandemia dal punto di vista e dalla voce dei ragazzi**. Attraverso questo progetto, i pazienti hanno realizzato dei reportage fotografici corredati da testi, raccontando il lock down durante la pandemia di Covid-19, dal loro punto di vista. Non solo il corso ha trasmesso delle conoscenze base sulla fotografia e la composizione visiva, ma la fotografia e la scrittura creativa sono stati utilizzati in chiave pedagogica come mezzo di riflessione per il gruppo e per il singolo, per potersi confrontare, mettere in relazione. Ogni partecipante ha realizzato due reportage: uno all'interno della CT e uno all'esterno, fotografando la desolazione di Venezia. I progetti sono stati corredati infine da scritti, poesie, articoli, per descrivere non solo visivamente, ma anche testualmente il significato del lavoro realizzato
 - ✓ Attività ludiche “CORONAMPIADI”: olimpiadi a squadre che hanno visto i ragazzi impegnarsi in varie attività e giochi da tavolo e di società...con tanto di cerimonia inaugurale e tedorio con la fiaccola!
 - ✓ Laboratori di cucina “MASTERCHEF” con i quali ogni domenica la sfida a colpi di mestoli e mattarelli ha visto una squadra in campo, impegnata a preparare un menù composto da antipasto, primo, secondo e dolce. Ciascuna squadra era titolare e responsabile di tutto l'occorrente: spesa, menù a tema, realizzazione e impiantamento
 - ✓ laboratori creativi (rilegatura, cucito) e di arte-terapia. Sperimentandosi in tecniche diverse hanno potuto dare voce alla propria creatività, realizzando di volta in volta manufatti ed elaborati che fossero espressione diretta di sé. L'obiettivo generale di questa attività è stato quello di garantire ai ragazzi uno spazio libero all'interno del quale potersi in parte raccontare, svincolandosi dall'uso della parola e un luogo in cui potersi dedicare ad un'attività piacevole in cui i concetti di “giusto” e “sbagliato” perdono di significato.
 - ✓ Attività fisica indoor (yoga, workout, danza): si è cercato di compensare la mancanza degli spazi e del movimento corporeo che solitamente avveniva all'esterno, portando lo sport all'interno delle mura della comunità, consapevoli di quanto il corpo sia una parte costituente del sé e necessiti una sua cura. In particolare per le ragazze, il lockdown è stata l'occasione per avviare un gruppo danza, che è stato espressività, libertà e tecnica, e in quanto tale occasione di scoperta dei propri limiti e le proprie potenzialità;
 - ✓ Laboratorio di rap-letterario “infernum”. È stato proposto un nuovo modo di approcciarsi alla cultura attraverso il rap letterario, con l'ascolto, la lettura e il lavoro sui testi del primo concept album collaborativo di Claver Gold e Murubutu- "Infernum" basato interamente sulla prima Cantica dantesca. Attraverso le diverse canzoni dell'album i ragazzi hanno avuto modo, da un lato, di riprendere alcuni episodi chiave dell'Inferno; dall'altro di mettersi personalmente in gioco agganciandosi ai temi (riletti in chiave moderna) via via emergenti.

Nel complesso i ragazzi hanno avuto modo di sperimentarsi ascoltatori attivi: porsi delle domande, condividere il proprio punto di vista e, attraverso dibattiti, attività e piccoli stimoli, costruire visioni alternative utili non solo a sé ma anche agli altri.

Nel frattempo, si è proseguito con tutte quelle attività pedagogico-ricreative e ludiche già in essere e che nel loro realizzarsi si sono inevitabilmente dedicate a trattare ed elaborare i vissuti legati alla situazione che si stava vivendo, enfatizzando ancora di più il loro potenziale di mezzi di riflessione rielaborazione e espressione della propria esperienza. In questo, ci è parso essenziale garantire la continuità di dispositivi come il laboratorio di songwriting, il progetto giornalino (interamente scritto e disegnato dai ragazzi con la guida di un operatore), il ritrovarsi ad apprendere e discutere di importanti ricorrenze storiche e sociali (come la Festa della Donna, la Festa della Repubblica); appena possibile si è inoltre tornati a correre e giocare a beachvolley!

Dispositivi clinici

- Psicoterapia individuale: attivazione di modalità a distanza per i colloqui di psicoterapia in caso di necessità; allestimento degli spazi al fine di garantire il mantenimento della distanza fisica e di evitare l'assembramento; garanzia della continuità terapeutica.
- Psicoterapia di gruppo: ri-organizzazione della formazione dei gruppi in rispetto alle norme sul distanziamento sociale e anti-assembramento (da 4 a 6 gruppi)
- Gruppo di supporto per familiari: spostamento incontri in modalità telematica



RIFLETTERE COME COMUNITA' TERAPEUTICA IN TEMPO DI PANDEMIA

Progetto di ricerca e riflessioni.

Fin dall'inizio della pandemia, il gruppo curante di Villa Renata ha percepito la necessità di istituire un'area di pensiero e di memoria che riuscisse ad affiancare i considerevoli cambiamenti concreti-pratici che la comunità terapeutica stava vivendo come conseguenza alle norme e limitazioni di protezione della salute, e che potesse costituire una dimensione protettiva rispetto ai rischi di una riduzione al fare e all'agire. Da questa necessità ne sono nati momenti di confronto tra curanti e anche un'iniziativa più sistematizzata di ricerca, che si è avvalsa di strumenti (test, interviste), dando vita a una serie di riflessioni qui riportate e che sono state condivise come contributi per il convegno di Feder.Ser.D. di Novembre 2020¹.

Motivazioni e obiettivi dell'indagine

Se fin dall'inizio della crisi pandemica COVID-19 la ricerca in ambito psico-sociale si è rivolta a comprendere e valutare l'impatto della situazione sul benessere della popolazione generale e dei sanitari coinvolti nel fronteggiamento della situazione emergenziale, minore attenzione è stata rivolta ad altri gruppi di individui, nonostante specifici aspetti di vulnerabilità che li caratterizzano. Ne sono un esempio l'età evolutiva in generale e in particolare i giovani adulti (solo uno studio ha esplicitamente indagato i diversi periodi evolutivi evidenziando che la fascia d'età dei 18-25 anni ha particolarmente sofferto il disagio legato alla pandemia (Adam e Turner, 2020)), gli operatori della salute mentale e del sociale e ancora i gruppi clinici e la popolazione afferente ai servizi di cura: ancora pochi sono stati i contributi rivolti ad indagare l'impatto della crisi per queste persone.

Relativamente ai servizi della salute mentale, gli operatori del settore sono stati anch'essi molto esposti al rischio di contagio e hanno dovuto nel contempo fronteggiare alti livelli di stress legati ad un complessificarsi del loro lavoro di cura e assistenza, anche a fronte di una minore disponibilità di risorse per la cura (soprattutto di tipo residenziale) e il contemporaneo aggravarsi della sofferenza dei pazienti.

Da queste considerazioni è emersa la volontà di realizzare un'indagine rivolta specificatamente alla valutazione dei cambiamenti vissuti dalla nostra Comunità nel fronteggiare i primi mesi dell'emergenza sanitaria (Fase 1 e 2).

¹ Parolin, M., Cristofalo, P., Pala, V., Simonelli, A. (Novembre 2020). Emergenza COVID-19 e Comunità Terapeutica per giovani tossicodipendenti: quale impatto sui fattori terapeutici della residenzialità?. Virtual Congress di Feder.Ser.D. "La clinica delle dipendenze. Priorità e sostenibilità per un sistema che cambia"

Cristofalo, P., Parolin, M., Pala, V. (Novembre 2020). Il vissuto degli operatori della salute mentale durante l'emergenza COVID-19: indagine delle paure percepite dai curanti in una Comunità Terapeutica per giovani tossicodipendenti. Virtual Congress di Feder.Ser.D. "La clinica delle dipendenze. Priorità e sostenibilità per un sistema che cambia"

Cristofalo, P., Parolin, M., Pala, V. (Novembre 2020). Report di una Comunità Terapeutica per giovani tossicodipendenti: la ri-organizzazione della residenzialità in tempo di emergenza COVID-19. Virtual Congress di Feder.Ser.D. "La clinica delle dipendenze. Priorità e sostenibilità per un sistema che cambia"

Nello specifico, abbiamo ritenuto importante approfondire alcuni aspetti che ci stavano interessando da vicino:

1. esaminare il grado di paure relative al Covid-19 nell'equipe curante, aspetto che si ritiene di interesse sia perché dal punto di vista concreto gli operatori erano al contempo esposti al rischio e potenziale veicolo di contagio in comunità; sia perché dal punto di vista della funzione di cura il grado di preoccupazione percepito e la sua gestione sono considerabili come variabili capaci di influire, a livello più o meno consapevole, sulla gestione dell'emergenza e sull'approccio terapeutico ai pazienti, data la correlazione/condivisione di aspetti psichici tra curanti e pazienti.

A tale scopo è stato utilizzato il questionario self-report *Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears (MAC-RF)* (Schimmenti, Starcevic Giardina, Khazaal e Billieux, 2020)

2. valutare, nella percezione dei curanti, l'impatto delle modificazioni introdotte al programma e all'organizzazione della comunità sui principali fattori terapeutici riconosciuti dalla letteratura clinico-empirica per i trattamenti residenziali.

A tal fine è stato ideato un questionario sui fattori terapeutici del trattamento comunitario, costruito ad hoc sulla base della letteratura di riferimento (Ferruta, Foresti e Vigorelli, 2012). Il questionario è risultato composto di 14 item: e per ciascuno è stato chiesto ai partecipanti di esprimere quanto ciascun fattore terapeutico abbia risentito delle modifiche necessariamente adottate nell'organizzazione della CT.

3. indagare la rappresentazione che le diverse tipologie di operatori (psicoterapeuti, educatori, direzione) hanno avuto del loro lavoro durante la fase iniziale della pandemia, tramite un'intervista costruita ad hoc e specifica per le diverse figure professionali.

Risultati e loro interpretazione

1. Le paure relative al Covid-19 negli operatori

Dall'indagine emerge che tendenzialmente i curanti di Villa Renata hanno provato un livello di paura che non si discosta significativamente da quello della popolazione generale di confronto. I casi inferiori o superiori alla norma sono stati pochi, quindi in media i curanti hanno avuto una risposta di paura normale e adattiva all'emergenza Covid-19 senza eccessi di angoscia/ansia o di negazione del pericolo; nell'insieme si conclude che gli operatori hanno sviluppato una reazione adeguata e realistica del rischio, questo nonostante la similitudine dei vissuti in quanto condizione collettiva, può aver influito favorevolmente nella gestione dell'emergenza e sull'approccio terapeutico ai pazienti.

Tendenzialmente, i curanti presentano un grado minore di paure rispetto alla popolazione per tutti i singoli fattori e in special modo per quanto riguarda la paura per il proprio corpo e la paura di agire.

Inoltre, anche osservando gli item con risposte più elevate (*per gli altri, del proprio corpo, degli altri, di non agire*) e quelli con punteggi inferiori (*per il proprio corpo, di agire*), emerge **l'orientamento pro-sociale/altruistico e operativo** dei curanti.

Riprendendo una metafora proposta nell'ambito delle dipendenze, **hanno indossato una mascherina di protezione per la salute psichica** (Mental Health Weekly, 2020), mentre rifacendoci alla teoria dell'io-pelle di Anzieu, potremmo dire che il grado adeguato di paure esperito dai curanti può aver contribuito favorevolmente a costituire quella **membrana-pelle protettiva per la CT e i suoi ospiti**.

	<i>Operatori CT</i>		<i>Gruppo Normativo</i>	
	M	ds	M	ds
Totale	9,13	5,36	11,21	7,04
1.Paura del corpo	1,25	1,13	1,27	1,31
2.Paura per il corpo	0,88	0,96	1,44	1,34
3. Paura degli altri	1,50	1,15	1,65	1,23
4. Paura per gli altri	1,38	1,15	2,20	1,37
5. Paura di sapere	1,13	1,15	1,23	1,27
6.Paura di non sapere	0,94	1,18	0,91	1,11
7.Paura di agire	0,88	1,15	1,09	1,25
8. Paura di non agire	1,19	1,22	1,43	1,33

2. L'influenza della situazione pandemica sui fattori terapeutici alla base del trattamento comunitario

Secondo la maggior parte degli operatori la riorganizzazione della comunità terapeutica e dell'offerta di cura ha esercitato un effetto significativo sulla maggior parte dei fattori terapeutici che caratterizzano il trattamento in comunità terapeutica.

Di fatto, dei 14 fattori esaminati, solo 3 sono rimasti stabili, quelli maggiormente inerenti alla dimensione individuale dei pazienti, ovvero l'attivazione emotiva nel singolo individuo, la significazione della quotidianità e lo scambio relazionale implicito.

Grafico 1. Fattori terapeutici indeboliti

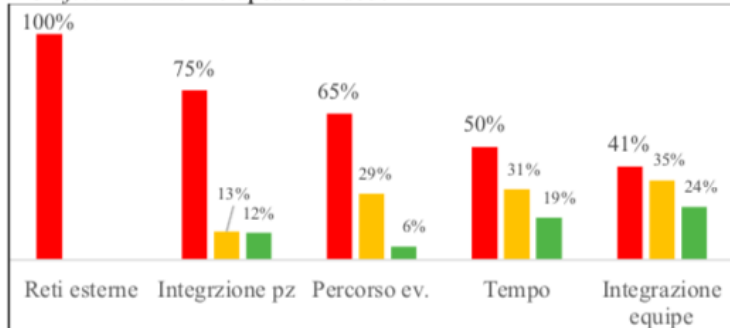


Grafico 2. Fattori stabili

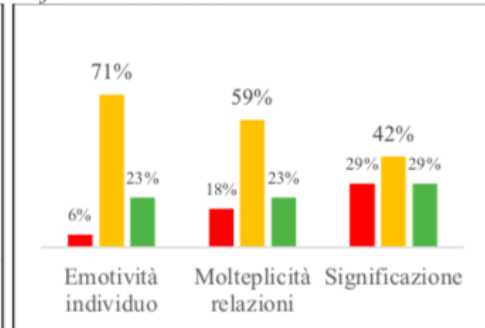
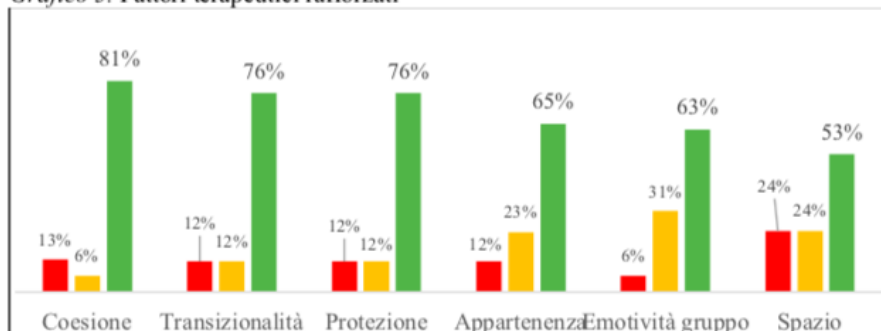


Grafico 3. Fattori terapeutici rafforzati



I fattori che invece hanno visto un rafforzamento e per i quali è stato riportato dagli operatori un aumento del loro significato terapeutico sono tutti fattori inerenti alla dimensione gruppale, in particolar modo l'aumento della **coesione**, del **senso di appartenenza**, l'**emotività gruppale** e l'**abitare gli spazi**. Sono stati riferiti dalla maggior parte degli operatori anche un aumento della **dimensione creativa-transizionale**, riconducibile all'ideazione delle nuove e diverse attività educative e ricreative organizzate dagli educatori, e del fattore **protezione**, dimostrando come il gruppo curante sia riuscito a creare una dimensione di tutela e sicurezza attraverso l'attuazione di dispositivi e progetti mirati.

Per contro, gli operatori hanno riportato una diminuzione del significato/potere di alcuni fattori terapeutici: innanzitutto la totalità degli operatori ha espresso la diminuzione della **connessione con le reti esterne**, includendo con ciò la sospensione di tutte le attività con il territorio durante la prima fase del programma e le attività di reinserimento sociale e anche lavorativo della seconda parte del programma. Sono diminuiti anche i fattori maggiormente inerenti alla **dimensione progettuale** (il percorso evolutivo e il tempo) da cui l'assenza di evoluzione e crescita personale del paziente; e quelli relativi alla **funzione di "integrazione"** sia nei termini di condivisione tra i professionisti del gruppo curante, che relativamente al gruppo curanti- pazienti, comportando una carenza di pensiero che permettesse una concezione integrata del lavoro svolto e dei pazienti.

Nell'insieme, questi risultati riportano nonostante la riduzione di alcuni fattori terapeutici, si è rafforzata la potenza di altri, il che è indice di una buona tenuta dell'equipe durante l'emergenza, la quale è stata affrontata con meccanismi funzionali e adeguati all'urgenza ma sostenibile per un breve periodo poiché potrebbero interferire eccessivamente con la natura evolutiva e la progettualità del percorso di cura.

3. La rappresentazione del percorso terapeutico da parte dei curanti.

LA RAPPRESENTAZIONE DEGLI OPERATORI

- *La reazione dei pazienti ai cambiamenti organizzativi*

I pazienti hanno risposto in una maniera complessivamente positiva alle misure emergenziali, dimostrando una buona comprensione e adesione alle nuove richieste e regole, mostrando buona volontà, disponibilità e collaborazione, o comunque accettazione/rassegnazione, senza eccessive tensioni-resistenze. Si è osservato da parte dei pazienti una buona tenuta emotiva, senza aumento del malessere in maniera extra-ordinaria (es. depressione-aggressività, iper-eccitamento), salvo in alcuni casi alcuni momenti di abulia, inedia e ozio per i pazienti che presentavano già in passato queste caratteristiche. Le maggiori difficoltà nel tollerare la situazione sono state comprensibilmente riscontrate in quei pazienti che avevano appena avviato delle attività all'esterno: la frustrazione è stato il vissuto più riportato, fino ad arrivare alla demoralizzazione.

Dal punto di vista concreto vengono riportate le difficoltà derivate da un'organizzazione complessa e caotica che ha richiesto molto impegno e tempo, spesso costringendo ad un approccio gruppale e sacrificando la disponibilità per interventi individualizzati sui singoli pazienti. Il vissuto di una convivenza limitata e costringitiva e la difficoltà a tollerare la frustrazione della situazione sono aumentati nel momento in cui nella fase 2 la comunità doveva rispondere ancora a una serie di regole e disposizioni molto rigide e non poteva beneficiare dell'allentamento delle misure che viveva nel mentre il resto della società, acuendo il senso di chiusura e isolamento e soprattutto impedendo ancora la ripresa dei progetti di evoluzione e rivolti all'esterno.

- *I rapporti nel gruppo pazienti*

Dagli operatori sono state riportate impressioni differenti: per alcuni il lockdown ha rappresentato un aumento di coesione, soprattutto nel gruppo maschile (non nel gruppo delle ragazze che ha vissuto invece innalzarsi della già presente conflittualità). Altri invece hanno riportato una destrutturazione del gruppo dei pazienti e frammentarietà delle relazioni, minore coesione e minor riconoscersi come parte di un gruppo unico, con aumento della solitudine.

- *I rapporti tra curanti e pazienti*

La rappresentazione degli educatori in questo caso è molto diversificata. Secondo alcuni educatori la gestione organizzativa dell'emergenza non ha influito o sottratto tempo alla relazione con i pazienti, secondo altri invece il gruppo curante ha esperito stress e stanchezza, minore disponibilità emotiva e relazionale (per sottrazione di tempo a causa della complessa organizzazione pratica della quotidianità); viene riportato che è stato necessario adottare approccio gruppal con conseguente perdita di vista del singolo e dell'unicità. Viene inoltre riferito un senso di distanza tra operatori-pazienti della prima e della seconda fase del programma di cura.

Alcuni rispondenti hanno riportato esplicitamente un aumento della dipendenza relazionale nel legame tra curanti e ragazzi, che erano fortemente dipendenti sia per quanto riguarda il grado di preoccupazione/frustrazione rispetto alla situazione, sia la capacità di affrontarla con responsabilità, attivazione e rispetto delle norme e delle regole.

- *I timori dei pazienti*

Rispetto alla paura del contagio e del virus c'è stata per lo più una negazione, riconducibile alla poca comprensione/coscienza del pericolo e a un certo individualismo. La scarsa o comunque non immediata comprensione del rischio reale della situazione è stata ricondotta dagli operatori sia alla tendenza alla negazione e all'individualismo da parte della sua patologia, sia al fatto che l'assetto comunitario ha funzionato in qualche modo da filtro rispetto alla percezione dell'esterno. I timori del periodo si sono polarizzati sul proprio progetto (sospensione delle attività all'esterno) e sulla durata dell'emergenza.

- *I timori dei curanti rispetto al benessere dei pazienti*

Nel periodo della fase 1 e 2 sono state diverse le preoccupazioni riportate dai curanti per il benessere dei pazienti, solo in rari casi rivolte al timore di abbandono del programma terapeutico. Per lo più i timori erano rivolti al rischio di un acuirsi della sofferenza da parte dei pazienti con i quadri psicopatologici più gravi; in generale si temeva un aumento di un clima depressivo e abulico, capace di sconfinare anche nel momento della ripresa con un rifiuto o difficoltà nella ripresa delle attività e dei ritmi di vita precedenti (con una reazione che potremmo dire claustrofobica). Altre preoccupazioni riguardavano invece il rischio di un possibile manifestarsi di aggressività in seguito alla difficile convivenza forzata senza spazi individuali o capaci di offrire una valvola di sfogo.

Spontaneamente gli educatori hanno riportato alcune preoccupazioni inerenti alla relazione tra curanti e pazienti, ad esempio il timore di essere non solo un veicolo per l'introduzione del virus in comunità ma soprattutto essere veicolo inconsapevole di trasmissione psichica dei propri vissuti di preoccupazione e stress, dati dai timori per il futuro, il senso di disorientamento e frustrazione per il presente, con la percezione di un lavoro molto ridotto e limitato rispetto alla mission della comunità.

- *Azioni terapeutiche messe in atto*

Agli educatori è stato chiesto di ripensare a quali sono state le principali azioni terapeutiche che ritengono di aver messo in atto nell'affrontare il periodo emergenziale. Innanzitutto, viene riportato l'aver introdotto una quota di inventiva e creatività nella proposta educativa, per poter sostituire e compensare la privazione delle attività sospese in ottemperanza alle norme e per poter contrastare la monotonia delle giornate. Da qui hanno preso vita diversi laboratori e attività che miravano a mantenere il benessere corporeo, la condivisione, l'apprendimento, il divertimento, etc. Da ciò ne sono nate delle ricche occasioni di unione e di comunitarismo. Dal punto di vista invece più emotivo-relazionale, le azioni terapeutiche che gli operatori si sono riconosciuti sono state la volontà di assicurare ai pazienti protezione e vicinanza (incrementando la presenza e la disponibilità come curanti) assieme al consapevole atto di cercare di contenere i propri vissuti di stress e preoccupazione, facendo da membrana protettiva.

GLI SPAZI DI PSICOTERAPIA

Il periodo emergenziale ha inevitabilmente influito anche sui dispositivi clinici di psicoterapia, gruppali e individuali. Ciò è avvenuto dal punto di vista concreto con delle variazioni importanti di setting, sia per la psicoterapia di gruppo che ha visto necessariamente il dover ripartire i pazienti in gruppi più piccoli, sia per la psicoterapia individuale con l'introduzione dei dispositivi di protezione individuale (la mascherina, il distanziamento, etc.) e per un brevissimo periodo nel momento più acuto e iniziale della pandemia anche con la modalità a distanza/on-line. L'influenza del contesto emergenziale si è poi rilevata anche sul versante meno concreto e relativo ai vissuti e alle tematiche emerse.

- *Cambiamenti di setting*

Per quanto riguarda il setting a distanza/online, seppur abbia rappresentato per alcuni un'occasione per elicitarne e discutere di aspetti specifici della relazione terapeutica, esso ha implicato diversi ostacoli, primo tra tutti la resistenza da parte dei pazienti, con reazioni di ansia, angoscia e disorientamento e con un notevole calo dell'assetto riflessivo, in favore di una polarizzazione sul concreto. Più terapeuti hanno riscontrato, in parte comprensibilmente, un calo della componente riflessiva/mentalizzante e, talvolta, resistenza attiva alla stessa, data la percezione del pensiero come veicolo di connessione con stati interni di malessere ("se penso sto male"), da cui ricorso al fare, al concreto. In generale, i terapeuti riportano che è stato necessario modificare l'assetto terapeutico verso il polo supportivo, talvolta virando addirittura verso un breve aggiornamento e perdendo la natura del colloquio (anche complice la mancanza di spazi privati nelle strutture abitative della comunità). Nell'insieme, si ritiene che la psicoterapia a distanza per pazienti con un quadro di tale gravità sia sostenibile esclusivamente per brevi periodi di tempo o per scopi specifici, ma che nell'insieme sia difficilmente sostenibile.

- *La reazione dei pazienti ai cambiamenti e alle restrizioni*

I terapeuti hanno osservato una reazione generale da parte dei pazienti complessivamente buona soprattutto all'inizio, mentre nel lungo periodo il prolungarsi delle restrizioni ha reso più difficile la tenuta emotiva dei pazienti. Secondo i terapeuti, i pazienti della fase del reinserimento hanno sicuramente risentito molto di più della situazione emergenziale e delle annesse restrizioni, data la perdita di una serie di acquisizioni faticosamente raggiunte nel tempo. In modo simile anche i pazienti prossimi al passaggio all'esterno hanno vissuto la

sospensione in modo angosciante e frustrante, con timore di “non trovare un posto nel mondo, nel nuovo mondo” e hanno subito il ripresentarsi di uno scenario simile al passato.

• Le preoccupazioni dei terapeuti

Le principali preoccupazioni riportate dai terapeuti nel periodo emergenziale hanno riguardato:

- il rischio di un aggravamento del funzionamento o della sintomatologia del paziente e di una regressione eccessiva (di fronte all’aspetto traumatico e di fronte a una quotidianità impregnata di vuoto, noia e privazioni pericolosamente simili a quelle che caratterizzano la patologia della dipendenza e in contrasto con la natura evolutiva e di cambiamento del progetto terapeutico), sulla scia di un irrigidimento delle difese arcaiche (scissionali, dissociative, proiettive);
- il rischio di una trasformazione in agiti dello stato di frustrazione, incertezza e disorientamento dei pazienti; il permanere nel lungo termine di una resistenza a investire sul proprio progetto terapeutico con una quota di fiducia sufficiente;
- la preoccupazione per la propria capacità di conservare il benessere e la tenuta psichica, secondo il principio per cui la propria mente è strumento di lavoro che permette di essere di aiuto al paziente, a fronte di un evento che ha colto impreparati e che implica una similitudine dei vissuti.
- il timore di non riuscire, come gruppo curante, a garantire quei sostegni sociali e lavorativi, concreti, in aggiunta o in sostituzione a quanto l’emergenza aveva sottratto, da cui una reazione di onnipotenza e contro-dipendenza, proiezione sui curanti delle lacune esterne e abbandono da parte dei pazienti
- preoccupazioni legate alla bassa percezione del rischio esterno da parte dei pazienti, con negazione della malattia e della situazione e la preoccupazione consapevole incentrata prevalentemente sul proprio progetto di cura. Solo nel tempo c’è stata l’acquisizione di una maggiore consapevolezza del dato di realtà e della collettività della condizione e nel tempo, acquisizione di una maggiore consapevolezza sull’importanza della relazione e dei dispositivi terapeutici come sostegno al sé e all’Io.

• Tematiche e lavoro di psicoterapia

La situazione emergenziale ha elicito l’emergere nel contesto della psicoterapia di alcune tematiche che sono state individuate dagli psicoterapeuti: primo tra tutti il tempo, declinato nei termini di: sospensione del progetto (con gli annessi vissuti di impotenza, ansia, sottrazione, fallimento o al contrario di fuga onnipotente, con negazione delle proprie fragilità); timore che il tempo della pandemia venisse sottratto al tempo a disposizione per la cura nel progetto terapeutico concordato con i servizi; nuova rivalutazione dei momenti di unione e condivisione passati nel gruppo curanti-pazienti. Il tema delle restrizioni e dell’isolamento è stato affrontato da più pazienti ma in maniera diversificata: per alcuni sono stati una costrizione facilitatrice di un senso di ingiustizia e rabbia, per altri un senso di chiusura della prospettiva futura, per altri ancora la situazione ha invece rappresentato una facilitazione al ritorno a una situazione anche interna di chiusura, isolamento e claustrofobia. Infine, il rapporto più stretto che si era inevitabilmente creato tra curanti e pazienti ha riproposto il tema della dipendenza, nella sua accezione di dipendenza buona e necessaria (e lavoro di consapevolezza dell’importanza della comunità come sostegno al sé-all’io), in controtendenza all’ideale di auto-sufficienza e autonomia.

Il lavoro in psicoterapia si è quindi rivolto al senso del limite e della regola, dal vissuto di restrizione/costrizione al senso protettivo; al senso di responsabilità come “antidoto alla paura e all’impotenza” (Ferruta in Schinaia, 2020¹) e come possibilità di prendersi cura di sé (passando per l’altro, depositario di parti di sé); al tema dell’interdipendenza e della dipendenza; al tema della protezione, individuale e allargata, sulla base

di un autentico interesse per la relazione, che contrasta l'individualismo e l'isolamento o la complicità che caratterizza spesso la tossicomania.

• *Il gruppo curanti-pazienti*

Secondo alcuni terapeuti la situazione di emergenza sanitaria non ha significato un allontanamento tra pazienti e curanti, anzi ha implicato un aumento dell'alleanza tra essi; al contrario, altri hanno rilevato un aumento della frammentarietà e minore coesione nel gruppo equipe, nei termini di un calo della continuità e della condivisione del pensiero di equipe (vista anche come si realizzava concretamente la comunicazione), da cui una minore integrazione anche della rappresentazione dei pazienti. Questo si rispecchia in una necessaria ma rischiosa iperattivazione sul versante del fare, come risposta ai nuovi bisogni emersi ma anche come rischio di riduzione dello spazio del pensiero. Pur riscontrando una buona capacità dell'equipe di affrontare la situazione senza reazioni eccessive, né di negazione né di drammatizzazione, con un buon atteggiamento realisticamente e responsabilmente preoccupato e rassicurante, il rischio temuto dai terapeuti per il gruppo curante riguardava quindi una minore focalizzazione sulla dimensione interna e riflessiva e, nel lungo termine, un senso di affaticamento.

LA FASE CLINICA DEL REINSERIMENTO

Il gruppo curante è concorde nel riportare con forza che i pazienti della fase clinica del reinserimento sono stati coloro che hanno accusato maggiormente le restrizioni e le limitazioni imposte dalla situazione emergenziale, le quali hanno implicato un arresto concreto e prolungato del programma terapeutico improntato all'apertura, al reinserimento, all'evoluzione. Inoltre, mentre nella prima fase terapeutica l'alto livello di holding e di contenimento e anche la natura del programma più contenitivo hanno permesso che i pazienti vivessero meno intensamente l'angoscia di reclusione e il rischio di contagio, al reinserimento c'era concretamente una maggiore esposizione al rischio, inteso sia come contagio e sia come perdita delle acquisizioni evolutive.

Sebbene anche in questa fase i pazienti siano stati capaci di reagire con collaborazione, disponibilità e condivisione, la sospensione del proprio progetto di cura ha indotto in loro intensi e prolungati stati di preoccupazione, ansia e angoscia per l'incertezza del proprio futuro, e con il protrarsi dell'emergenza hanno mostrato meno comprensione per le limitazioni, assieme a delusione e nervosismo; si sono verificate sensazioni di smarrimento e l'exasperazione delle fragilità di ognuno. Si è osservato un peggioramento della condizione psichica e movimenti regressivi, sia nel versante di una chiusura depressiva (da cui una successiva claustrofobia), sia nel versante di un rischio di deriva tossicomantica, anche se in assenza di agiti.

Dal punto di vista della quotidianità, la situazione emergenziale ha comportato questi sostanziali cambiamenti alla fase del reinserimento:

- interruzione dell'attività lavorativa per quasi tutti i pazienti (tranne alcuni impegnati nei super-mercati) che è stata ripresa solo nell'arco di alcune settimane (per alcuni mesi) grazie alla collaborazione con la cooperativa NonSoloVerde; alcuni pazienti hanno perso il lavoro.
- interruzione di tutte le attività di tempo libero all'esterno individuali (sport, interessi culturali) e di gruppo (impossibilità di organizzare attività di gruppo come gite, uscite, etc.)
- interruzione di tutti i rapporti sociali con l'esterno: con le famiglie di origine, relazioni amicali, relazioni sentimentali.
- permanenza in appartamenti con una stretta divisione tra le diverse strutture e impossibilità di ricreare momenti di gruppo e di scambio

- interruzione dei rapporti con la prima fase clinica del programma di cura (fermo agli incontri tra pazienti e educatori, tra pazienti delle due fasi, e alle attività condivise).

Anche secondo quanto osservato dai terapeuti, il blocco della quotidianità concreta fatta di lavoro, incontri all'esterno della comunità, attività di tempo libero, contatti con la rete sociale, e la sospensione della prospettiva futura, hanno comportato una situazione di congelamento del tempo e dello spazio, in contraddizione con la natura evolutiva-di cambiamento del trattamento terapeutico (per cui lo spazio e il tempo chiedono di fermare sì l'azione, ma in modo da far emergere il pensiero) verso una assetto di staticità e ripetizione (ripetizione che è patologia), con una perturbante similitudine con la vita passata. La crisi della prevedibilità (quando invece i pazienti hanno un estremo bisogno di sicurezza e affidabilità), il blocco della prospettiva futura (per ragazzi che già sono in difficoltà nel proiettarsi in una dimensione futura) e la chiusura hanno fatto sì che fosse necessario uno sforzo particolare da parte dei curanti per riuscire ad accompagnare i ragazzi in questa fase così difficile. Concretamente, ciò ha significato:

- ✓ aumento della disponibilità, non solo oraria e di presenza ma anche di accompagnamento, da parte degli operatori;
- ✓ ideazione e realizzazione di attività sportive all'interno degli spazi della comunità (gruppi di workout per le ragazze, allestimento di una palestra per i ragazzi)
- ✓ organizzazione di incontri di cucina e cene nei diversi appartamenti, con momenti di condivisione tra le varie strutture in modalità video – online;

CONCLUSIONI DELLA RICERCA

Da quanto emerge, la situazione emergenziale ha reso necessari una serie di accorgimenti e modifiche organizzative e del programma terapeutico che hanno profondamente toccato due aspetti fondanti e identitari del trattamento di una comunità terapeutica: la prospettiva evolutiva (con la sospensione dei progetti individuali di inserimento lavorativo, formativo e di tempo libero nella società) e la prospettiva di condivisione (nei termini di una frammentazione necessaria del gruppo di pazienti, dei rapporti tra educatori e pazienti in alcuni frangenti dell'equipe curante).

L'impatto dell'emergenza sanitaria sull'istituzione comunitaria per i giovani tossicodipendenti, per quanto di forte influenza non è stato drammatico e lacerante come rischiava di poter essere data la portata traumatica dell'evento improvviso e totalizzante quale è stato.

Da quanto emerso dall'indagine, è possibile ipotizzare che un impatto sicuramente rilevante ma non drammatico sul contesto comunitario sia da ascrivere a tre fattori principali, quali:

- la prontezza dell'intervento e una forte assunzione di responsabilità da parte della cooperativa;
- la volontà di garantire la continuità terapeutica nei limiti del possibile, conciliando rispetto dei provvedimenti e quindi la tutela della salute da un lato, e approccio relazionale/umano alla cura e continuità della cura dall'altro.
- l'introduzione da parte dell'equipe curante di una serie di azioni terapeutiche che avevano a che fare con la creatività (intesa come organizzazione, apertura di nuovi spazi e attività) e l'intenzione salda di mantenere la vicinanza e la disponibilità verso i singoli pazienti;
- Il lavoro svolto da parte dei curanti volto a gestire i propri vissuti e le proprie preoccupazioni, al fine di bilanciare la dimensione personale con quella professionale, gestendo preoccupazioni e rischi senza ricadere in assetti difensivi e interferenti sull'offerta di cura.

L'emergenza è stata, seppur con fatica, affrontata grazie al fatto che la direzione, gli educatori e i terapeuti si sono tutti più o meno consapevolmente mossi (ciascuno nel proprio ambito e con i propri strumenti) sulla base del principio fondamentale del "prendersi cura dei sistemi che curano" (il riferimento teorico a cui rifarsi può essere il sistema a cascata di Racamier o l'isomorfismo di Kaes). Fenomeno nel quale sussiste una stretta correlazione tra la cura dei pazienti e ciò che avviene nel gruppo curante, pertanto la cura degli operatori implica il sostegno della capacità di assorbire gli stati negativi dei pazienti e l'acquisizione di strumenti operativi specialistici, insieme ad una certa flessibilità. Queste funzioni probabilmente, sono state permesse da un basso livello di paure e un'adeguata percezione del rischio da cui una risposta adattiva dei curanti nei confronti dell'emergenza, che ha permesso una buona gestione anche della comunità. Nonostante l'emergenza e i profondi cambiamenti della natura comunitaria, alcuni fattori terapeutici sono rimasti stabili e altri sono aumentati, è evidente invece l'effetto di perdita sui fattori terapeutici inerenti al carattere evolutivo e progettuale del trattamento comunitario, spiegabile a partire dall'assenza del contatto con l'esterno.

Le principali criticità hanno invece riguardato: il ridurre la proposta terapeutica ad un lavoro sul "mantenere e resistere" anziché sul progettare; una focalizzazione sul gruppo e sulla gestione concreta-organizzativa, da cui una difficoltà a garantire l'intimità relazionale e l'unicità al singolo e una carenza nella dimensione del "pensiero", assorbito in gran parte ad un "pensiero sull'emergenza-urgenza"; un certo calo della condivisione e dell'attività di integrazione svolta dai curanti; un certo aumento della fisiologica asimmetria curanti-ospiti, che, associata a un senso generale di costrizione, ha rischiato di riprodurre una sorta di "istituzione totale". Tutto ciò ha rappresentato un rischio per un'improvvisa e incontrollata emersione di quanto contenuto/costretto nel lockdown, in termini di emotività, impulsività, richiesta di libertà e apertura, con movimenti potenzialmente pericolosi per il fragile assetto psichico dei giovani pazienti.

RAPPRESENTARSI COME COMUNITA' TERAPEUTICA IN TEMPO DI PANDEMIA

L'esperienza della pandemia dal nostro punto di vista, in particolar modo dei ragazzi ospiti, è stata anche al centro di un progetto che ha visto la realizzazione di un docufilm nato dal desiderio di restituire la voce ai ragazzi più giovani, adolescenti e tardo adolescenti, in modo che potessero raccontare il loro vissuto del lockdown. Tale esigenza è nata dal fatto che i più giovani sono tra coloro che hanno dovuto affrontare la perdita di tante, troppe, occasioni di crescita e di vita (dalla scuola, alla socializzazione, al tempo libero), e le loro difficoltà sono rimaste spesso inascoltate dagli adulti, troppo occupati su altri fronti per chiedersi effettivamente come loro stessero.

Da qui nasce l'idea di un docufilm, capace di muoversi nel contesto di tutta l'Italia alla ricerca di ragazzi che potessero raccontare la loro storia e il loro lockdown, mettendo insieme realtà, vite e contesti molto diversi, come appunto quello della comunità terapeutica. Ha quindi preso forma il docufilm dal titolo ON AIR, la cui realizzazione è stata opera del regista Alessandro Tosatto e dello sceneggiatore Davide Ferrari, che già avevano collaborato ad un docufilm sul tema del suicidio in adolescenza.

Il progetto è stato voluto e sostenuto dalla fondazione Salus Pueri del reparto di Pediatria di Padova, diretto dal Prof. Giorgio Perilongo; tale fondazione dal 1992 unisce medici, professionisti e genitori nell'impegno sociale di sostenere la salute dei più piccoli, nell'idea che questo sia la garanzia più solida da dare al loro futuro. La progettualità ha poi visto la collaborazione del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, diretto dalla Prof.ssa Alessandra Simonelli e il coinvolgimento, infine, della nostra Comunità Terapeutica.

Al documentario ha partecipato un ragazzo di Villa Renata come rappresentante di tutto il gruppo e dei suoi vissuti e un membro dell'equipe come testimone del lavoro di cura e affiancamento ai ragazzi in un tempo così difficile.

Attualmente, ON AIR sta per essere distribuito tramite i canali Rai e da gennaio 2021 sarà proiettato negli schermi delle sale cinematografiche.



LA FORMAZIONE

PROGETTO E WORKSHOP: rischio covid in CT Villa Renata

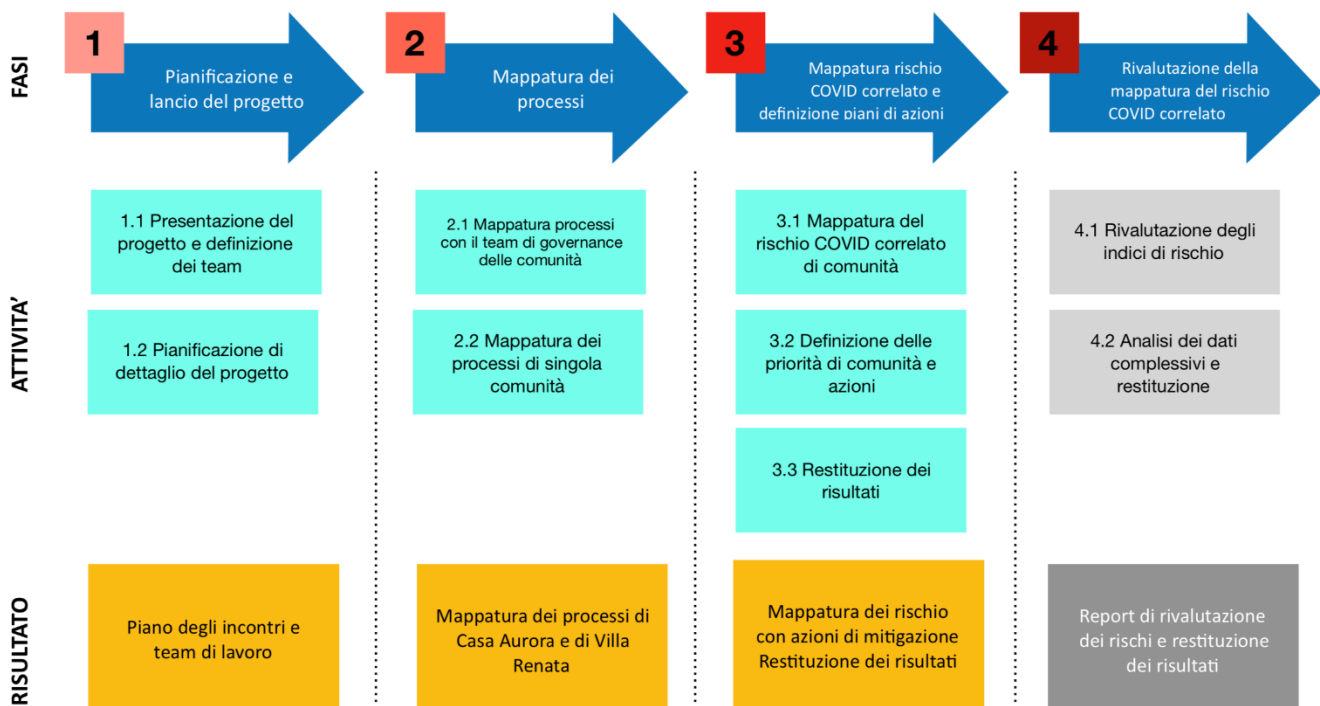
La cooperativa Comunità di Venezia, su proposta del Presidente ha proposto alle due unità di offerta della Cooperativa Ct Villa Renata e CT Casa Aurora la partecipazione al un progetto: *“La mappatura e la gestione del rischio COVID nell’ambito dei processi di erogazione di prestazioni e servizi della Cooperativa Comunità di Venezia”* grazie alla consulenza di una Società specialista in tale settore.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

- Mappare i processi operativi delle due CT terapeutiche in merito all’erogazione delle prestazioni dei servizi
- Identificare il rischio COVID correlato nell’ambito dei diversi processi con la mappatura dei rischi prioritari da trattare
- Definire le ulteriori azioni di mitigazione del rischio COVID correlato e pianificare le azioni

OBIETTIVI DEL WORKSHOP

- Condividere il contesto di applicazione de progetto
- Conoscere l’approccio metodologico che sarà applicato nel progetto con fasi, attività, tempi ed impieghi.
- Definire i passi futuri



NUMERI

Al lavoro ha partecipato un team rappresentativo della CT Villa Renata:

- ✓ La direttrice
- ✓ Il coordinatore degli educatori
- ✓ Il responsabile del reinserimento
- ✓ L'infermiere professionale
- ✓ Una educatrice

Il lavoro è durato da ottobre a dicembre 2020, in lavori settimanali di due ore

INSIGHT N.18

Nell'anno considerato, grazie al rispetto di tutte le norme, ai dispositivi, alla formazione rivolta ai pazienti e agli operatori nella comunità non ci sono stati casi di persone COVID positive.

RISULTATI

Il gruppo di lavoro ha trasmesso l'equipe quanto appreso, ciò ha comportato il cambiamento di alcune procedure, una maggior attenzione nei comportamenti quotidiani, aumentando così il livello di protezione.

IL PROGETTO REINSERIMENTO

Fase finale del progetto terapeutico, il Reinserimento coincide con il momento in cui i pazienti dopo aver trascorso un periodo di circa 12 mesi nella sede principale di Villa Renata al Lido di Venezia, si trasferiscono in uno dei quattro appartamenti siti in Venezia Centro Storico.

È questa la fase in cui applicare tutto ciò che si è appreso nei mesi precedenti: dalla strutturazione di una giornata tipo, al tempo libero, dalla costruzione di relazioni con educatori diversi, alla creazione di nuove relazioni esterne, con l'obiettivo di avere una rete sociale abbastanza solida in previsione delle dimissioni.

Per poterci accedere è necessario soddisfare alcune condizioni: avere strutturato un progetto lavorativo, part-time o full-time con orario preferibilmente diurno in modo da garantire la partecipazione alle attività preposte, essere di conseguenza economicamente autonomi; in alternativa è accettato un progetto scolastico.

INSIGHT N.19

È possibile definire il Reinserimento come una palestra in cui ci si allena in modo continuativo in quanti più ambiti possibili (lavorativo, economico, relazionale, familiare), il cui scopo principe è un accompagnamento verso la realtà esterna e la separazione da quella protettiva della comunità. Meta che si declina in una serie di sotto-obiettivi, suddivisi per step e concordati con cadenza quadrimestrale fra educatore, paziente e psicoterapeuta e sanciti dal colloquio con la direttrice.

Una volta stabilita la solidità del progetto lavorativo/scolastico dall'equipe curante, il paziente, previo colloquio con la Direttrice, inizierà ad affacciarsi al Reinserimento attraverso la partecipazione a tre delle riunioni organizzative e pedagogiche che hanno luogo settimanalmente. Si tratta di uno degli appuntamenti settimanali obbligatori, insieme alla psicoterapia individuale e di gruppo, in cui in particolare non solo si programmano le attività da svolgere in settimana (turni di cucina e di pulizie, tempo libero del weekend, eventuali manutenzioni da attuare negli appartamenti), si parla anche di convivenza con i propri "coinquilini", si sensibilizza l'utenza sulle problematiche che potranno incontrare una volta dimessi, si cerca infine di stimolare il mutuo-aiuto, sottoforma di proposte di visione di cortometraggi, interventi *peer to peer*, giochi di ruolo, *team building* o *brainstorming*.

INCROCIO PRE-PASSAGGIO

Nel momento in cui viene comunicata la data di ingresso in reinserimento dalla direzione, durante la settimana precedente all'ingresso si organizza un incontro fra l'educatore di riferimento Villa e educatore del reinserimento in presenza del paziente, come un vero e proprio "passaggio di consegne". Il paziente viene coinvolto in quanto parte attiva del passaggio, storicizzando il percorso fino a quel momento fatto, declinandone i punti di forza/debolezza, responsabilizzandolo fin da subito su ciò che gli verrà richiesto. L'incontro termina con la sottoscrizione di un contratto rappresentato dalle regole che vigono in Reinserimento

Fin dal primo giorno il paziente si trova coinvolto responsabilmente e attivamente nell'ambito organizzativo che sorregge questo delicato *step* del progetto terapeutico, in particolare:

- Economico: viene consegnato all'operatore il bancomat e il rispettivo contante che viene erogato di volta in volta da uno dei tre educatori responsabili: si inizia con piccole somme sufficienti alla sussistenza personale, via via in aumento in base alla dimostrazione di responsabilità nel gestire le proprie economie, arrivando infine alla creazione di una PostePay da ricaricare mensilmente;
- Sanitario: rispetto alla fase precedente in cui era l'infermiere della comunità ad occuparsene, il paziente diventa autonomo, sebbene sempre monitorato dall'infermiere stesso o dagli operatori del reinserimento; le ragazze inoltre vengono accompagnate ad iscriversi ad un consultorio privato in forma anonima, dove vengono seguite da una ginecologa;
- Formativo ad integrazione della propria preparazione al mondo del lavoro;
- Organizzativo del proprio tempo libero non solo per far fronte ai tempi morti che inevitabilmente si incontrano durante la giornata, ma anche per ampliare la rete delle proprie conoscenze che altrimenti si limiterebbero al solo ambito lavorativo e casalingo;
- Casalingo (organizzazione dei turni di pulizie, di cucina e ordini alimentari).

Sono stati attivati e mantenuti nel tempo dei progetti opportuni nel tentativo di trasmettere agli ospiti una cultura differente del piacere e del divertimento vissuti all'insegna della sobrietà e del rispetto di sé e del gruppo, con una ricaduta positiva anche nella ritenzione rispetto all'uso di alcol o sostanze; il grado di successo è dato dal coinvolgimento dei pazienti stessi che insieme agli educatori rendono possibile la maggior parte delle attività.

Sono state sospese tutte quelle attività non compatibili con le restrizioni legate al covid quali il ballo, lo scii ed i viaggi all'estero. Si è riuscito però, grazie alle finestre concesse dai decreti governativi, a trascorrere alcuni giorni in un rifugio in montagna a fare delle uscite sulla neve e diverse uscite in montagna arricchite da alcuni sentieri attrezzati e partecipazioni a concerti in quota.

Il regime di restrizione delle attività ha permesso ad ospiti ed operatori di pensare a nuove forme di divertimento e sperimentarsi in attività fino ad allora sconosciute o ignorate.

Con la parziale riapertura dell'esterno e dell'allentamento delle misure governative per il miglioramento della situazione pandemica, è stato possibile riprendere alcune delle attività che caratterizzano questa fase del percorso. Il tentativo è stato quello di conciliare l'esigenza dei pazienti di sperimentarsi all'esterno, con ciò che l'esterno offriva. In questo modo è stato possibile per i pazienti confrontarsi nuovamente, e gradualmente, con la società dopo un periodo di chiusura.

Ecco alcuni esempi di attività svolte:

- passeggiate in montagna propedeutiche alle escursioni su sentieri attrezzati.
- biciclettata a Lio Piccolo con cena in agriturismo
- giornata all'acquapark Caneva di Lazise
- partecipazione al "No Borders Music Festival", con passeggiata in montagna e concerto di Mannarino
- ferrate con pranzi in rifugio
- uscita di tre giorni al Rifugio Caviazza, in provincia di Belluno
- serata al bowling con cena
- cinema con cena, pranzi sui colli euganei
- giornata di shopping a Venezia
- ciaspolata a Zoldo

Tutte le festività del 2020 sono state trascorse assieme vista l'impossibilità degli ospiti di recarsi presso la propria abitazione, cercando di trovare in questa limitazione la possibilità di conoscersi meglio, fare un lavoro personale sulla tolleranza ed il riconoscimento dell'altro avvalendosi anche di alcuni giochi (dixit per esempio) o attività specifiche condotte da personale qualificato. Le cene sono state costruite seguendo indicazioni e desideri degli ospiti facendo nascere così appuntamenti etnici o particolarmente eleganti piuttosto che legate ad un tema specifico.

Alcuni progetti sono stati rivisti, sospesi o ripensati di fronte a questo nuovo scenario pandemico mondiale nuovo per tutti e per alcuni particolarmente traumatico sia emotivamente che psichicamente.

Ovviamente ci si è adattati alle nuove esigenze scolastiche e lavorative allestendo uno spazio per le lezioni on line e ridistribuendo alcuni spazi in funzione delle esigenze lavorative di alcuni ospiti fornendoli di computer ed altri dispositivi.

LO SHOPPING

Un'attività introdotta recentemente è quella degli acquisti (vestiario /cose per la casa) inteso come momento di responsabilizzazione e crescita visto che si acquistano vestiti che si differenziano dai look evocativi di un tempo e si usa uno strumento come il bancomat dato in gestione per alcune ore ai diretti interessati. Questa si è rivelata un'attività interessante che ha visto il coinvolgimento di altre figure rappresentative nel percorso dell'ospite. Anche dal punto di vista relazionale passare del tempo nel rinnovare un guardaroba o nell'arredare una casa nuova si è rivelata un'esperienza molto interessante e molto più intima di quanto si potesse pensare.

Si è scelto di indirizzare lo shopping grupale sempre con la presenza dell'operatore, allo shopping online eventualmente sempre fatto in presenza dell'operatore e da un dispositivo in possesso degli educatori (tablet o cellulare) modalità questa usata durante il lockdown.

Ai ragazzi è stata chiesta la massima correttezza trasparenza e collaborazione durante le uscite che possono avvenire in centri commerciali o outlet in quanto meno dispersivi e dove si può consegnare il bancomat prima di entrare nel negozio per poi farselo riconsegnare.

Spesso queste uscite vengono usate per visitare luoghi di interesse paesaggistico o culturale anche fuori regione.

LA FASE CLINICA DEL REINSERIMENTO

LA FOTOGRAFIA DELL'UTENZA AL REINSERIMENTO

I pazienti in carico nella seconda fase del programma terapeutico relativa al reinserimento socio lavorativo per l'anno 2020 sono stati in totale 26. Tale quota comprende: un unico caso di un paziente ammesso a questa fase clinica dal 2017 e per il quale le dimissioni sono avvenute a inizio 2020; un piccolo gruppo di pazienti ammesso a questa fase nel 2018; un gruppo più consistente di 19 pazienti inseriti nel 2019 e infine 8 pazienti il cui inserimento è avvenuto nel 2020.

26

PAZIENTI PER LA FASE CLINICA
DEL REINSERIMENTO SOCIO-
LAVORATIVO

18mesi

MEDIAMENTE NECESSARI
PER IL PASSAGGIO A
QUESTA FASE CLINICA

Mediamente il passaggio a questa fase avviene a 18 mesi dall'ingresso (come già era stato individuato lo scorso anno), con una variabilità piuttosto ampia dai 13 ai 26 mesi a partire dall'inizio del trattamento presso Villa Renata, indicando in questo ultimo caso situazioni che hanno richiesto un intensivo e prolungato lavoro di stabilizzazione e supporto prima di poter aprire alle autonomie.

Le donne rappresentano il 31% dell'utenza di questa fase (pari a 8 ospiti), indicando un'ulteriore diminuzione di qualche punto percentuale rispetto ai due anni precedenti, pur rimanendo in linea col rapporto maschi/femmine che si riscontra per l'utenza totale della comunità.

31%

DONNE

Dei 26 pazienti, 16 (pari al 62%) provengono dalla Regione Veneto e si distribuiscono tra le varie Ulss di afferenza in questo modo: 6 per l'Ulss 8 Berica; 5 per l'Ulss 9 Scaligera; 2 dell'Ulss 6 Euganea; 1 per l'Ulss 1 Dolomiti, 1 per l'Ulss 2 Marca Trevigiana, 1 per l'Ulss 4 Veneto Orientale. Si nota come nessun paziente in carico in questa fase afferisce all'Ulss 3 Serenissima.

I restanti 10 utenti provengono da Servizi fuori dalla Regione Veneto; 4 sono stati inviati dall'Azienda Sanitaria Locale Lanciano-Vasto-Chieti; 3 dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige; seguono con 1 paziente ciascuno l'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, Azienda Usl Umbria e l'Azienda Sanitaria Locale Torino.

L'**età media** dei pazienti al momento dell'ingresso alla fase del reinserimento è di **27,5 anni** e di fatto il 23% dei pazienti ha tra i 18-24 anni, il 35% tra i 25-30, quindi con una somma del 55% nella giovane età adulta. Ovviamente, seguendo l'andamento temporale, aumenta rispetto al momento dell'ingresso la quota di pazienti nella fascia over 30.

27,5

ANNI IN MEDIA AL
MOMENTO DELL'INGRESSO
ALLA FASE DEL
REINSERIMENTO

INSIGHT N.20

Nella fase del reinserimento la varietà dell'età dei pazienti fa sì che ci siano bisogni e obiettivi di cura molto diversi per fascia d'età, richiedendo interventi diversificati da parte dei curanti.

Nell'insieme si evince come il lavoro nella prima fase del programma terapeutico abbia consentito anche ai pazienti più giovani, solitamente caratterizzati da una motivazione più fragile e orientati a programmi più brevi, di intraprendere un percorso terapeutico a lungo termine e rinnovare l'accordo e il progetto di cura prolungandoli oltre la prima fase del programma.

Una seconda considerazione riguarda il range molto ampio di età rilevato il quale racchiude età e momenti evolutivi molto diversi tra loro. Ciò implica che il gruppo curante, e in particolare le figure di riferimento di questa fase, hanno dovuto trovare approcci e dispositivi da un lato in grado rivolgersi a questi pazienti come gruppo alle prese con tematiche e difficoltà simili, e dall'altro capaci di rispondere alla varietà compiti, esigenze, bisogni di trattamento e implicazioni cliniche diverse per ogni età.

INSIGHT N.21

Il quadro sulle provenienze geografiche restituisce il fatto che la fase clinica del reinserimento di Villa Renata costituisce un'opportunità di cura apprezzata anche da una quota consistente di pazienti che provengono da fuori Regione, i quali scelgono di intraprendere in un percorso di reinserimento socio-lavorativo lontani dal proprio luogo di origine.

L'OCCUPAZIONE LAVORATIVA

L'occupazione lavorativa rappresenta uno dei capisaldi di questa parte del programma e a tutti i pazienti che intraprendono questa fase è richiesto di riuscire a trovare e a mantenere un'attività lavorativa. Nel 2020, alle già conosciute sfide in questo ambito (prime tra tutti i profili professionali e formativi poco strutturati e solidi dei pazienti e un panorama lavorativo caratterizzato da instabilità e precariato), si è ovviamente aggiunta la crisi portata dalla **situazione pandemica COVID-19**. Cosa ha significato tutto ciò? Per tutta la fase del lockdown, il blocco delle attività lavorative ha comportato che molti pazienti rimanessero per lunghe settimane in uno stato di inattività, il quale ha costituito un fattore di rischio per sentimenti di noia, abulia, frustrazione e rabbia. Inoltre, per alcuni di loro, non è avvenuta la ripresa dell'attività precedente a causa del lockdown, incorrendo in uno stato di disoccupazione.

INSIGHT N.22

Il lockdown ha comportato per molti pazienti del reinserimento lunghe settimane di inattività e per alcuni di loro la perdita dell'occupazione. La natura rivolta all'esterno di questa fase del programma è stata fortemente messa in crisi.

Questo quadro ha sollevato preoccupazioni e nuovi bisogni di accompagnamento e intervento da parte dei curanti e il contributo della collaborazione della Comunità Terapeutica con la Cooperativa di tipo B NonSoloVerde si è rivelato fondamentale e ancora più di supporto del solito.

Di fatto, già di base si registrano percentuali molto consistenti di pazienti che in qualche momento del loro percorso accedono ad un'esperienza lavorativa presso la cooperativa: il 66% dei pazienti ammessi alla fase del reinserimento ha in generale lungo il proprio percorso di cura avuto questo accesso; nello specifico del 2020 il 61% lavorava presso la cooperativa. 6 pazienti sono stati assunti con mansioni di barista /cameriere e 9 con mansioni di addetto alla manutenzione del verde pubblico o privato.

INSIGHT N.23

Il contributo della collaborazione della Comunità Terapeutica con la Cooperativa di tipo B NonSoloVerde si è rivelato fondamentale.

Questo, nell'anno della pandemia, ha permesso una cornice di tutela e sicurezza che invece è venuta a mancare per chi era inserito nel libero mercato: per la maggior parte dei pazienti ha significato poter mantenere un lavoro, per alcuni ha significato poter essere integrati a seguito della perdita della posizione lavorativa.

I pazienti che invece hanno trovato impiego nel libero mercato hanno svolto mansioni nella distribuzione alimentare (3 persone), nella ristorazione (bar-gelateria-hotel) (3 persone), nell'attività commerciali di altro tipo (1 persona), come tecnico artigiano (1 persona) e come dirigente informatico (1); si aggiunge uno studente.

ATTIVITÀ FORMATIVE E TEMPO LIBERO

Come già riportato in merito alla dimensione lavorativa, la situazione restrittiva in ottemperanza delle misure di sicurezza per il COVID-19 ha fortemente attaccato la natura di questa fase del programma di cura, rivolta all'esterno e all'inserimento sociale, togliendo attività, risorse e prospettive e causando un pericoloso ripiegamento verso l'interno. Questo è stato inevitabilmente riscontrato anche per l'ambito delle attività di tempo libero e per le relazioni sociali all'esterno della comunità.

TERAPIA SOSTITUTIVA

Il livello evolutivo di questa fase clinica viene restituito anche dal fatto che nessun paziente del reinserimento assume terapia sostitutiva e anche le quote di chi ha una prescrizione per una terapia psico-farmacologica o disassuefante - nel loro essere contenute. Ciò sottolinea la bontà del lavoro clinico realizzato nella prima fase del programma comunitario.

Nell'anno in esame, 13 pazienti, pari al 37% del totale, assumevano una terapia: per più della metà dei casi un antidepressivo (9 pazienti), seguito da stabilizzatori dell'umore (3 pazienti) e solo benzodiazepine in 2 casi.

I pazienti con terapia disassuefante Etilotx sono stati 10, quindi il 29%; tale supporto è stato utilizzato in alcuni casi in risposta a momenti critici e quindi in maniera temporanea, mentre in altre ha costituito un intervento più stabile nel tempo.

INSIGHT N.24

Il lavoro evolutivo di questa fase clinica viene restituito anche dal fatto che nessun paziente del reinserimento assume terapia sostitutiva. Nell'anno in esame il 37% di questo gruppo di pazienti assumeva, però una terapia farmacologica

LE DIMISSIONI

Nel 2020 ci sono state 5 dimissioni di pazienti dal reinserimento. Si tratta di 2 trattamenti conclusi, 3 dimissioni concordate e 1 auto-dimissione; a differenza dello scorso anno compaiono quindi chiusure più critiche (le auto-dimissioni), che possono essere in qualche grado ricondotte alle difficoltà di poter tenere la prospettiva di cura a fronte di un cambiamento così radicale delle condizioni esterne, da cui l'incertezza del proprio progetto e la maggiore difficoltà a motivarsi.

I trattamenti conclusi sono avvenuti 4,5 e 2,5 anni dall'ingresso; le dimissioni concordate sono avvenute a 44, 28 e 26 mesi di trattamento, mentre le auto-dimissioni a 24 mesi.

3 ANNI

IL TEMPO MEDIO DA
QUANDO IL PAZIENTE È
ENTRATO IN COMUNITÀ A
QUANDO AVVENGONO LE
DIMISSIONI

Il tempo medio totale del trattamento come negli altri anni si attesta attorno ai 36 mesi, equipartito tra 18 mesi nella prima fase e 18 nella seconda fase del programma. Tali dati restituiscono un lavoro clinico che si prolunga nel tempo al fine di riuscire a rispondere ai bisogni di cura e agli obiettivi terapeutici che paziente, Servizio Inviante e Comunità Terapeutica definiscono man mano durante il percorso. L'evolversi del progetto di cura in tempi medio-lunghi è inoltre un dato da rapportare alla complessità delle situazioni cliniche che vengono presentate alla nostra struttura, per le quali l'emancipazione dalla

condizione tossicomane non passa soltanto per il lavoro di disintossicazione, ma richiede di prendersi cura della sofferenza psichica sottostante e concomitante e di occuparsi del processo di ricostruzione identitaria e sociale.

I dimessi sono equipartiti tra maschi (3) e femmine (3) e hanno un'età media di 30 anni, con una variazione che va dai 25 ai 35 anni.

30

ANNI L'ETÀ MEDIA DEI
PAZIENTI DIMESSI

Al momento delle dimissioni la situazione lavorativa dei pazienti si presenta come abbastanza diversificata: 2 impegnati presso una Cooperativa di tipo B; 2 impegnati nel libero mercato; 2 disoccupati (questi ultimi comprendono il caso di auto-dimissione e un caso di dimissione concordata).

Relativamente alla situazione relazionale, 1 paziente di questi presentava una relazione sentimentale significativa mentre 2 erano riusciti a creare nel tempo del percorso una rete amicale sufficientemente solida.

Infine, è importante riportare che del gruppo dei dimessi, 5 (quindi l'83%) ha deciso di rimanere nel territorio veneziano e solo 1 paziente è ritornato nella propria città d'origine.

Tutte/i le/i ragazze/i dimesse/i hanno mantenuto contatti con l'equipe di Villa Renata a vari livelli.

DISPOSITIVI DI ASSESSMENT PSICODIAGNOSTICI E DI MONITORAGGIO DELL'INTERVENTO

Villa Renata si avvale di 3 diversi dispositivi di valutazione e monitoraggio dell'intervento, messi a punto nel contesto della collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, dell'Università di Padova, nata nel 2013. Ora, come al tempo, l'intento principe rimane quello di dotare la Comunità Terapeutica di un assetto di ricerca capace di integrarsi con l'impostazione teorico-metodologica che la caratterizza. A tal fine, ad un primo progetto avviato nel 2013 (P.A.T.W.A.Y.), a partire dal 2020 sono stati affiancati altri due dispositivi, che sono divenuti da allora parte stabile del dispositivo di assessment psicodiagnostico e monitoraggio dell'intervento.

Tutti i dispositivi condividono le seguenti caratteristiche:

- *Multi-method*: integrazione di questionari self-report, scale osservative (compilate da terapeuta ed educatore di riferimento), prove comportamentali
- *Multi-informant*: le valutazioni considerano sia la percezione che ha il paziente, sia l'osservazione di un clinico/operatore competente; tale metodo permette di aumentare l'affidabilità, sia di avere una misura della consapevolezza del paziente sul problema
- *Longitudinalità - replicabilità*: tutte le valutazioni sono replicabili nel tempo, e le valutazioni avvengono all'ingresso e poi ogni 6 mesi; ciò avviene per una durata variabile: in alcuni casi per l'intero corso del trattamento comunitario, in altri per una sua specifica fase.
- *Solidità psicometrica*: tutti gli strumenti presentano delle buone caratteristiche psicometriche e sono validati sia per la popolazione italiana, che per popolazioni estere/internazionali; in molti casi sono risultati validi e affidabili in studi specifici sulla popolazione tossicodipendente o alcolodipendente.
- *Validità clinica*: gli strumenti sono stati scelti in quanto capaci di cogliere costrutti e dimensioni ritenuti importanti dal punto di vista clinico.

Per ciascun progetto, ogni tappa di valutazione si completerà con:

- il realizzarsi di un incontro di restituzione al paziente effettuato dalla coppia terapeutica;
- la stesura di una relazione condivisa con il Servizio Inviante, in modo da fornire una restituzione dell'evoluzione del percorso di cura aggiuntiva;

Questo, nell'ottica di realizzare un'effettiva integrazione del dispositivo nell'attività clinica, e aumentare le fonti di informazione e di conoscenza relativamente al paziente, al suo funzionamento individuale e al suo percorso terapeutico.

P.A.T.W.A.Y.

Psychological Assessment and Treatment with Addicted Youth

- Dedicato ai **pazienti più giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni**;
- Prevede 3 somministrazioni (all'ingresso, al 6° e al 12° mese della fase residenziale)
- Fornisce un protocollo di assessment atto ad indagare le seguenti aree:

- **sintomatologia** (SCL-90-R; Prunas, et al. 2011)
- **funzionamento neuropsicologico** (ENB-2; Mondini, et al. 2011)
- **regolazione emotiva** (DERS; Sighinolfi, et al. 2010)
- **alessitimia** (TAS-20; Bressi, et al., 1996; OAS; Haviland, 2000)
- **stile di coping** (COPE-NVI; Sica, et al. 2008)
- **funzionamento di personalità** (SWAP-200; Shedler, et al. 2014)

Dall'inizio del progetto al 2020, sono state effettuate complessivamente 106 valutazioni di pazienti all'ingresso, 57 al 6° mese di trattamento e 32 al 12° mese.

R.P.S.

Relationship, Personality, Symptoms

- Focalizzato principalmente sulla **relazione terapeutica**, nelle sue sotto-componenti, e sugli aspetti che possono esercitare un'influenza su di essa
- Dedicato a tutti i pazienti ammessi in Comunità Terapeutica, indipendentemente dall'età;
- Prevede somministrazioni ripetute dell'ingresso alle dimissioni ogni 6 mesi;
- Fornisce un protocollo di assessment atto ad indagare le seguenti aree:
 - **alleanza terapeutica** (WAI; Horvarth, Greenberg, 1986, 1989, 1994)
 - **transfert** (PRQ; Bradley, et al. 2005; Tanzilli, et al., 2018; Westen, 2000) e **controtrasfert** (TRQ; Betan, et al. 2003; Tanzilli, et al. 2016)
 - **funzionamento di personalità** (SWAP-200; Shedler, et al. 2014)
 - **sintomatologia** (SCL-90-R; Prunas, et al. 2011)
 - **dipendenze comportamentali** (SPQ; Cristo, 2003, Baiocco et al., 2006, 2009)

In totale, sono state effettuate 56 valutazioni all'ingresso, che poi sono state replicate al 6° mese per 48 pazienti, al 12° per 34 e fino al 24° per 25.

B.A.S.I.W.A.Y.

Building and Assessing Social Integration With Addicted Youth

- Dedicato a tutti i pazienti che intraprendono la seconda fase del percorso di cura, relativa al **reinserimento socio-lavorativo**;
- Prevede la ripetizione della valutazione longitudinalmente: a un mese e mezzo dal passaggio a questa fase del programma e ogni 6 mesi di trattamento, fino alle dimissioni.
- Fornisce un protocollo di assessment atto ad indagare le seguenti aree:
 - **supporto sociale percepito** (MSPSS; Zimet, 1988);
 - **funzioni esecutive nel comportamento quotidiano** (BIRT; Basagni, et al. 2015);
 - **funzionamento globale individuale** (Asse V; Kennedy, 2007)

Le valutazioni effettuate a partire dal primo anno di progetto e nel corso del secondo sono state 26 per l'ingresso alla fase del reinserimento, 15 all'8° mese, 14 al 14° mese e 14 al momento delle dimissioni.

UNO SGUARDO AD ALCUNI DISPOSITIVI EDUCATIVI E RICREATIVI

PREMESSA: IL LAVORO EDUCATIVO E PEDAGOGICO NELLA QUOTIDIANITA', LA BASE DALLA QUALE PARTIRE

La "vita quotidiana" nella comunità "Villa Renata" ha a che fare con tutti quei momenti che rispondono a bisogni materiali fondamentali delle persone: mangiare, dormire, igiene della persona, cura degli spazi personali e comuni, il lavoro, la gestione del denaro, l'uso dei mezzi di comunicazione.

Potrebbero sembrare tutte situazioni semplici e scontate che, nella normalità fanno parte di una ritualità nell'arco della giornata di ogni persona, a volte non ci si sofferma su quale importante ricaduta abbiano sull'equilibrio e sulla qualità della salute della persona. Per i giovani pazienti che entrano in comunità e che provengono da situazioni più disparate e diverse, nulla di tutto questo è scontato e, soprattutto, compreso: ed è proprio in queste situazioni pratiche della vita di tutti i giorni e dei comportamenti quotidiani che avviene "l'incontro e lo scontro" con gli educatori e che ha inizio la relazione educativa.

La giornata diventa il luogo e momento, lo spazio e il tempo per eccellenza in cui l'educatore stabilisce delle regole e fissa dei confini che i ragazzi, anche per puro spirito di contraddizione, cercano di trasgredire e abbattere, mettendo a dura prova la credibilità degli adulti (educatori), che però contemporaneamente diventano i loro punti di riferimento. Diventa essenziale fin dall'inizio stabilire con chiarezza il sistema di regole e il loro senso: le giornate sono scandite da orari fissi, appuntamenti e mansioni con l'intento di accompagnare il ragazzo a diventare autonomo, responsabile e a facilitare la convivenza. Ciò fa emergere il complesso sistema di relazioni, abitudini e modi di essere e agire all'interno della struttura che diventa per i giovani il loro "micro-mondo".

La quotidianità diventa quindi il momento principale della condivisione tra ragazzi ed educatori, dove per favorire il buon clima ci deve essere la giusta integrazione tra norma e affetti.

La relazione educativa si snoda sull'intreccio tra autonomia- emancipazione e dipendenza creando uno "spazio potenziale" (Winnicott) dove la/ il ragazza/o sperimenta nuove autonomie, riflette sulle proprie "cattive abitudini", scoprendo proprie e nuove risorse in un contesto di dipendenza

A "Villa Renata" tutto questo si traduce con attività ergoterapica come l'orto nel quale quotidianamente i ragazzi si recano per coltivare ai fini dell'autoconsumo, come la cucina, dove a rotazione, ogni mese, una/un giovane cucina, con la supervisione dell'educatore, per tutta la comunità, come la gestione degli ordini del vitto, la cura e la pulizia delle tre strutture, l'autonomia nella cura della propria igiene personale e dell'abbigliamento e tutta una serie di attività giornaliere che aiutano a vivere in un contesto sano e pulito. Tutto ciò aiuta a fidelizzare il giovane e a sentirsi protagonista in Ct e non semplicemente ospite.

L'organizzazione (alle volte molto dettagliata), le regole, il loro rispetto e il "fare assieme" contribuiscono a creare quella cornice di prevedibilità, affidabilità e sicurezza di cui i ragazzi hanno profondamente bisogno.

All'interno di questa solida cornice, l'attenzione del gruppo curante è centrata sul "principio del piacere" che si traduce nell'offrire alle/ai nostre/nostri giovani proposte ludiche, ricreative dove possono esprimersi e

attraverso queste scoprire abilità, passioni che aiutano ad aumentare se non addirittura favorire la loro autostima.

L'anno 2020 ha costretto a rivedere, come si anticipava precedentemente, le attività. Durante il lockdown della primavera 2020, le attività sportive, ludiche ricreative e di tempo libero della comunità, volte all'inclusione nel territorio e svolte per lo più all'esterno, hanno subito un drammatico stop. Il rischio subito intravisto è stato di far subire alle /ai nostre/i ospiti una convivenza continua in spazi ristretti, un senso angosciante di isolamento che poteva incrementare il malessere e quindi l'aggressività.

La pallavolo in palestra, il calcio con le sue trasferte, la corsa, le visite guidate nei Musei Civici veneziani e a Palazzo Grassi, le visite a città e paesi della regione erano all'improvviso impossibilitate nella pianificazione delle attività educative; pertanto, l'équipe si è trovata costretta a riformulare i propri dispositivi in attività indoor.

Di seguito descriviamo le più significative, a partire dalle proposte di routine dei fine settimana.

TEMPO LIBERO: I NOSTRI FINE SETTIMANA

L'organizzazione del tempo libero per i nostri ragazzi è un punto cardinale della comunità.

Il tempo libero a cui i nostri pazienti erano abituati prima di arrivare a Villa Renata, nella maggior parte dei casi era tempo vuoto, riempito dalla dipendenza. L'obiettivo è di dare alle giornate di tempo libero un valore educativo premiante.

A turno, due ragazzi, supervisionati da un educatore, preparano di settimana in settimana delle proposte per tutto il gruppo.

Il tempo libero del 2020 è stato pesantemente limitato dalle restrizioni dovute alla pandemia. La nostra organizzazione quindi si è svolta in base alle disposizioni dei decreti.

OBIETTIVI

- Imparare a dare valore alle attività;
- Creare ricordi positivi;
- stimolare nuove passioni e conseguente maggior conoscenza di sé;
- valorizzare il tempo passato in compagnia.

ATTIVITA'

Nel periodo di lockdown è stato creato insieme ai pazienti un progetto ludico chiamato "Coronapiadi".

I pazienti nei weekend si sfidavano a vari giochi da tavola e competizioni culinarie.

Per le pazienti donne sono stati creati dei laboratori di manicure, trucco, e cura del proprio aspetto.

In base alle restrizioni, le principali attività svolte durante l'anno:

- Passeggiate culturali a Venezia, ad esempio visita guidata del ghetto
- Pic- nic in montagna e al mare
- Beach volley e beach soccer
- Tornei di ping-pong e calcetto balilla
- Giornate al mare
- Laboratori di cucina e pasticceria



NUMERI

Le varie proposte hanno visto il coinvolgimento partecipe e generoso di tutte/i le/i pazienti della Comunità, grati delle opportunità di vivere in un contesto socializzante in un momento in cui la popolazione italiana passava il proprio tempo chiusa a casa e in solitudine

LE CORONAPIADI DI VILLA RENATA

L'attività che si è mantenuta costante nel periodo di lockdown è stata lo svolgimento delle CORONAPIADI: l'idea è stata quella di sviluppare un torneo a squadre interno alla struttura con varie discipline tutte svolte dentro i confini della Comunità. Olimpiadi, quindi, ribattezzate dalle /dai nostre/i ospiti, appunto LE CORONAPIADI DI VILLA RENATA.

Coronapiadi Villa Renata 2020											
Squadre	TEAM PALO	RINGO	LEGA NORD	SLAVES	CAVALIERI						
Discipline	CALCIO	XBOX	SCACCHI	JENGA	SCOPA	PING PONG	TAROC	MILIO	PICTIONARY	MASTHEAD	
Giorus 1		3 PT	3 PT		3 PT						
Giorus 2											
Giorus 3											
Giorus 4											
Giorus 5											
Giorus 6											
Giorus 7											
Giorus 8											
Giorus 9											
Giorus 10											
Giorus 11											
Totale											

OBIETTIVI

- Attenuare le frustrazioni derivate dalla situazione di isolamento e le conseguenze derivate dalle frustrazioni legate alla vita comunitaria;
- Stimolare la creatività e le capacità organizzative ai fine del divertimento;
- Organizzare piccole squadre tra gli ospiti che integrassero pazienti con diversi tempi di permanenza in comunità;
- Apprendere che anche nelle situazioni di noia, si possono escogitare delle soluzioni per trascorrere piacevolmente il tempo libero

DURATA

Il torneo è durato tutto il periodo del lockdown da marzo a maggio 2020: il martedì e il giovedì sera, il sabato pomeriggio e la domenica.

ATTIVITA'

Le/i giovani si sono divise a piccole squadre di 4 – 5 componenti, scegliendosi un nome. Nei momenti previsti per le coronapiadi si sono disputate gare di:

- Scacchi
- Dama
- Gioco a carte
- Ping pong
- Pictionary
- Taboo
- Jenga
- Master chef (ogni squadra durante i pranzi della domenica si è alternata nel presentare dei piatti poi giudicati da una giuria composta da pazienti e dagli operatori in turno)

Il progetto è iniziato con una serata inaugurale con inno, presentazione delle squadre e simbolica accensione di una torcia olimpica realizzata in cartapesta.

E' stato predisposto un medagliere riassuntivo delle squadre partecipanti, le varie discipline e il punteggio acquisito da ogni squadra

NUMERI

Le coronapiadi hanno visto la partecipazione costante di tutte le ragazze e i ragazzi della CT

RISULTATI

Tutte/i hanno colto fin dall'inizio lo spirito dell'iniziativa ed hanno dimostrato capacità organizzativa tale da svolgere con molta autonomia ogni attività prevista; il lavoro degli educatori si è basato esclusivamente sulla spinta iniziale e sulla valorizzazione degli eventi organizzati.

Le/i pazienti con più esperienza hanno saputo coinvolgere gli ospiti "più giovani" di comunità e questi, peraltro, si sono prestati con interesse e desiderio di partecipazione.

Con lo scorrere del tempo, a fine maggio, vi è stato un comprensibile calo dell'interesse, dovuto alla stanchezza del lockdown , all'arrivo della primavera con le belle giornate che chiamano all'esterno .

CORSO DI FOTOGRAFIA E SCRITTURA CREATIVA VILLA RENATA

Ordinario ed extra-ordinario, scatti e riflessioni su un momento storico in divenire

OBIETTIVI

Il progetto si è sviluppato attraverso diversi laboratori pratici e teorici ha come finalità l'acquisizione, da parte dei beneficiari, di nuove conoscenze e competenze tecniche relative alla fotografia e alla scrittura creativa.

Gli obiettivi generali:

- Creare dei reportage fotografici corredati da testi per mezzo dei quali si è narrato narrerà un momento storico unico, descritto attraverso gli occhi dei nostri pazienti.
- Utilizzare le foto e la scrittura creativa in chiave pedagogica come mezzo di riflessione per il gruppo e per il singolo, per potersi confrontare, mettere in relazione e lavorare su temi importanti come la percezione del momento storico che stiamo vivendo e del sé.
- Incoraggiare e favorire l'acquisizione di responsabilità ed impegno rispetto al progetto proposto stimolando la creatività e la fantasia e il senso di appartenenza e un gruppo e ai luoghi.

ATTIVITA'

Il corso mira al raggiungimento delle conoscenze base della macchina fotografica, il suo funzionamento e l'utilizzo consapevole della composizione visiva.

Si prevedono alcune lezioni teoriche sulla fotografia in generale (storia della fotografia, uso del mezzo fotografico etc) la visione di foto di grandi fotografi, documentari sul tema e laboratori di sperimentazione fotografica sia all'interno che all'esterno. Oltre alle fotografie, si richiederà ai partecipanti di completare il lavoro con dei racconti, poesie, canzoni, articoli, per descrivere non solo visivamente, ma anche testualmente il significato del reportage realizzato. Gli elaborati finali potranno poi essere raccolti in una mostra e in un libretto.

FASE 1: INTRODUZIONE

Descrizione del progetto e condivisione delle regole del corso

lezione introduttiva sulla storia della fotografia,

generi fotografici (reportage, ritratto, macro, paesaggio etc)

visione di immagini di grandi fotografi

Visione del documentario "Il sale della Terra"

Il film, magnificamente ispirato alla fotografia di Sebastião Salgado, ritrae le opere e la vita del grande fotografo brasiliano

Le inquadrature fotografiche: ritratti, paesaggi, macro, ecc.

uso della macchina fotografica

esercizi pratici in aula

Uscita pratica con esercitazioni sul campo per analizzare e sperimentare le tecniche apprese

Visione e discussione in aula delle foto realizzate

FASE 2: REALIZZAZIONE DEI REPORTAGE

Uscite di gruppo per iniziare a realizzare le foto per il reportage, per esempio: spiaggia, orto, parco, città (attenendosi ovviamente alle norme previste)

Sperimentazione in autonomia: in base al numero di macchine disponibili, ogni ragazza/o avrà a disposizione la macchina per 1/ 3 giorni. Nei momenti di svago il partecipante potrà poi scaricare le foto realizzate e visionarle velocemente con l'educatore facendo una prima selezione

Visione e commento delle foto realizzate con il gruppo verranno selezionate 5 foto per ogni fotografo

FASE 3: SCRITTURA CREATIVA E MOSTRA

Le foto scelte sono state stampate in formato standard e consegnate ad ogni partecipante il quale sarà invitato a scrivere un testo, poesia, articolo in cui descrivere il significato dell'elaborato da un punto di vista interiore e il messaggio che vuole dare attraverso il suo reportage. I testi sono stati poi presentati e discussi col gruppo.

Delle 5 foto selezionate si selezioneranno 3 foto per ogni partecipante che verranno stampate in formato 20x30 si potrà realizzare un laboratorio creativo in cui i ragazzi creeranno delle cornici passpartout con cartoni e pittura.

Esposizione e concorso: si è realizzata una piccola mostra finale degli elaborati all'interno della CT con annessi i testi descrittivi che sono stati letti in un momento gruppale con tutti gli ospiti della CT

FASE 4: CONCLUSIONE

Sono stati stampati dei libretti con le 5 foto e testi dei partecipanti, tale materiale, è divenuto pertanto un bel ricordo dell'esperienza fatta, oltre che un'interessante testimonianza di questo momento storico.

NUMERI

Il progetto ha visto la partecipazione di 8 partecipanti, gli incontri sono stati 15.

PROGETTO INFERNUM



DESCRIZIONE

Il progetto “Infernum” nasce nei primi mesi di lockdown dall’interesse comune di alcuni ragazzi/e della comunità e dell’educatrice che scrive, verso il genere musicale rap. Da alcune considerazioni *naïf* sull’origine e il contenuto dei testi di alcune canzoni dell’autore Claver Gold, il confronto con l’educatrice si è articolato sui temi del pregiudizio e dello stereotipo legati alla cultura e alla musica rap/hip-hop. Partendo da ciò il progetto ha avuto come obiettivo generale quello di offrire la possibilità di fare esperienza di un altro “*abito*” della musica rap, il *rap letterario* termine coniato per identificare un particolare stile musicale che fa propri contenuti e riferimenti appartenenti alla letteratura italiana e/o straniera.

OBIETTIVI

L’obiettivo generale sopra esposto è stato declinato, attraverso i vari incontri, nei seguenti obiettivi specifici:

- fornire e/o ampliare la conoscenza della prima Cantica dantesca, l’Inferno, e di alcuni suoi personaggi;
- promuovere competenze utili ad una scelta della musica che si ascolta non polarizzata nei soli criteri di “*contenuto*” (vedi sostanze);
- promuovere competenze di ragionamento critico *su* e *con* i testi;
- stimolare l’ascolto attivo dei testi in termini di ricerca e analisi del testo stesso;
- promuovere competenze di anticipazione e analisi delle implicazioni connesse all’utilizzo del pregiudizio e dello stereotipo anche, ma non solo, nella musica.

ATTIVITA'

Il progetto si è snodato attorno al primo concept album collaborativo di **Claver Gold e Murubutu** - **"INFERNUM"** uscito lo scorso 31 marzo 2020. In questo album gli autori perseguono due obiettivi, da un lato tributare la prima cantica dantesca, dall'altro leggere la contemporaneità fornendo una chiave di lettura insolita e attuale allo stesso tempo attraverso chi, prima di loro, ha guardato al mondo e all'uomo analizzandone le caratteristiche. Già di per sé questa scelta stilistica degli autori ha permesso di *lavorare* sui testi in forma laboratoriale e via via differente attraverso l'utilizzo di materiale cartaceo, libri e supporto informatico per la ricerca di testi ed approfondimenti. A mo' di esempio, la strutturazione dell'incontro è stata divisa in due parti: iniziale ascolto del brano con lettura del testo e successive attività a partire da input e spunti di lavoro e analisi proposti dall'educatrice. Tali attività sono state volte, a seconda della specificità del brano in esame, in modo individuale, in piccolo gruppo e in plenaria. Sono state stimulate l'interattività, la partecipazione e la co-costruzione attiva dell'incontro, in quanto considerate già in fase di progettazione elementi fondamentali per l'efficacia del progetto stesso.

NUMERI

Il progetto è stato presentato a tutti gli ospiti della Comunità "Villa Renata", hanno aderito in 14 tra ragazzi e ragazze. Sono stati svolti 10 incontri di un'ora e mezza/due ore ciascuno.

RISULTATI

I partecipanti hanno contribuito in modo attivo e interessato agli incontri proposti dimostrando, con il supporto dell'educatrice, competenze di ascolto e messa in discussione rispetto ai temi "contemporanei" emersi e affrontati nei vari brani analizzati.

I partecipanti hanno partecipato al concerto dei due artisti.

LABORATORIO DANZA

Il gruppo danza è un'attività ludico-ricreativa rivolto alle sole ragazze ed ha avuto inizio a Marzo 2020, a seguito dell'inizio del lockdown. Lo scopo iniziale era quello di far fronte all'impossibilità di svolgere attività all'esterno attraverso un progetto che potesse, oltre che divertire, creare occasione di condivisione e coesione del gruppo.

OBIETTIVI

- favorire la coesione interna nel gruppo delle ragazze
- promozione di attività volte a stimolare creatività
- responsabilizzazione rispetto all'impegno e allo spazio in cui veniva svolta l'attività
- avvicinamento all'altro e riconoscimento della corporeità propria ed altrui attraverso attività fisica.
- far emergere le capacità individuali in modo che il singolo potesse diventare risorsa per il gruppo
- aumento della consapevolezza rispetto al proprio corpo e a come si muove nello spazio
- valorizzazione dell'altro e della relazione

ATTIVITÀ

- Due incontri a cadenza settimanale della durata di un'ora e mezza.
- Pulizia e igienizzazione degli spazi prima e dopo l'incontro.
- Prima fase di riscaldamento (15 minuti)
- Ripasso delle due coreografie co-costruite insieme alle partecipanti (45 minuti)
- Fase di stretching (15 minuti)
- Fase finale con le partecipanti coinvolte di discussione, condivisione e riflessioni rispetto alla lezione ed al progetto stesso (15 minuti).

NUMERI

L'attività, della durata di 3 mesi complessivi (Marzo - Giugno 2020), ha visto la partecipazione di 8 ragazze più l'educatrice.

RISULTATI

Durante la durata del progetto sono state create da zero due coreografie; le ragazze riportavano inoltre miglioramento e maggior sicurezza nello svolgere sia gli esercizi di riscaldamento che le coreografie stesse, oltre che a dimostrare collaborazione durante gli incontri e disponibilità ad aiutarsi vicendevolmente.

UN MUSEO AL MESE

In collaborazione con MUVE - Fondazione dei Musei Civici Veneziani



Nato nel 2018 dall'idea di far ambientare il più possibile i nostri pazienti e di favorire il processo di integrazione nel territorio, Villa Renata nel corso del 2020 ha consolidato le collaborazioni con MUVE **Fondazione dei Musei Civici Veneziani** e la **Fondazione Pinault**.

A causa delle restrizioni dovute alla pandemia, le visite guidate sono state ridotte e sono state organizzate in base alle misure di sicurezza previste dai decreti che si sono susseguiti nel 2020.

La Fondazione Musei Civici di Venezia (MUVE) ha dovuto interrompere la programmazione annuale, in quanto da decreto i musei civici sono dovuti restare chiusi per la maggior parte dell'anno 2020.

La Fondazione Pinault, che comprende Punta della Dogana e Palazzo Grassi, ha organizzato esclusivamente per noi, 4 visite guidate presso le sue sedi.

Referente per MUVE: Dr.ssa Monica Dalla Cortà Fumei.

Referente per Palazzo Grassi e Punta della Dogana: Ester Sbaruffaldi.

FINALITA': accompagnare i pazienti in un'esperienza arricchente culturalmente, socialmente ed educativamente.

OBIETTIVI

Obiettivi sociali:

- far conoscere il territorio in cui effettuano il percorso di cura.

Obiettivi educativi:

- aumentare il livello di conoscenze culturali;
- stimolarli ad essere curiosi;
- far emergere nuove competenze in ambito artistico;

Obiettivi relazionali:

- imparare a stare in gruppo;
- comportarsi adeguatamente in luoghi pubblici;
- imparare a collaborare con i compagni.

NUMERI DEL PROGETTO:

4 VISITE GUIDATE presso Palazzo Grassi e Punta della Dogana

2 visite guidate presso le Gallerie dell'Accademia.

NUMERI:

Tutti i pazienti, divisi in gruppi.

RISULTATI

I pazienti hanno partecipato con serietà e interesse alle uscite proposte. Hanno interagito con le guide facendo domande e seguendo con attenzione i percorsi.

I nostri pazienti hanno cominciato ad essere interessati all'arte, e hanno cominciato a chiedere di essere accompagnati in esperienze formative come quelle vissute.

ASPETTIAMO L'ARRIVO DELLE FESTE



OBIETTIVI

Il periodo natalizio è un periodo particolarmente impegnativo per le/i nostre/i pazienti in Comunità, comuni sono le regressioni, i comportamenti trasgressivi, cali di umore e conseguenti eccitazioni, pertanto viene chiesto loro di preparare le strutture con addobbi, luminarie, oltre che pensare come allestire le tavole per i pranzi e le cene, affinché si sentano coinvolti e protagonisti nell'organizzazione delle feste. Ciò comporta:

- Promuovere attività individuali in uno spazio collettivo e di confronto per la creazione dell'addobbo scelto
- Sperimentare manualità e creatività con la guida dell'educatore

ATTIVITA'

- Si è eseguito il calendario dell'avvento, che è consistito in un cartello appeso in sala, dove ogni giorno è stata svelata una foto di una attività svolta nell'anno;
- Esecuzione di stella di Natale preparata con feltro rosso e tulle
- Addobbo Albero di Natale con creazioni eseguite a mano con materiali vari
- Ghirlande da appendere nelle porte
- Biglietti di auguri

NUMERI

Tutti gli ospiti con minimo due operatori

RISULTATI

Tale attività che è durata tutto il mese di dicembre ha contribuito a creare un clima disteso e collaborativo.

LABORATORI CREATIVI



PERCORSO DI ARTETERAPIA: "LE MASCHERE DI ALTAMIRA"

Si tratta di un percorso di arteterapia verso l'autoconoscimento. Il progetto consta di 4 incontri settimanali di una durata di 2 ore, dove attraverso l'arte, il counseling e altri strumenti come la psicologia positiva, si pretende di promuovere un livello di autoconoscimento che permetta ai partecipanti di esplorare le proprie capacità creative, come strumento per affrontare le diverse situazioni della vita.

NUMERI

Durata: 8 ore

Numero di incontri: 4 incontri con una frequenza settimanale

Durata di ogni incontro: 2 ore

Numero di partecipanti: 8 ospiti (Gruppo chiuso)

PROGETTO GIORNALINO



Il progetto nasce per stimolare la creatività, l'integrazione e la comunicazione dei pazienti con la scrittura di articoli, disegni, caricature e fotografia inerente alla tematica scelta del mese.

OBIETTIVI

- Favorire la coesione del gruppo
- Stimolare la creatività
- Favorire il principio di realtà rispettando le scadenze date

ATTIVITÀ

- Un incontro alla settimana della durata di 4 ore
- Discussione e scelta dell'argomento o tema del mese da trattare
- Scrittura e lettura degli articoli, discussioni gruppale degli elaborati
- Stampa mensile di 10 copie distribuite all'interno delle strutture, agli operatori, all'amministrazione e alla direzione della comunità terapeutica.

NUMERI

Il progetto prevede un gruppo di circa 10 giovani di entrambi i sessi, con la supervisione attiva di un educatore

RISULTATI

Nel 2020 sono stati realizzati 11 numeri del giornalino, tutto il gruppo è stato coinvolto attivamente, gruppo che è stato in grado di rispettare le scadenze e portare a termine gli impegni presi, talvolta lavorando anche in autonomia, senza la presenza dell'operatore.

PROGETTO CALCIO



Il progetto calcio nasce da un'esperienza di tempo libero durante i fine settimana divenendo poi una attività strutturata all'interno del programma di cura che prevede un allenamento e una partita alla settimana e la partecipazione a tornei organizzati da Polisportive del territorio e Fuori Veneto.

OBIETTIVI

- La competizione come opportunità di socializzazione e aggregazione per stare bene insieme;
- Forma di divertimento che permette di apprendere regole e comportamenti propri di uno stile di vita sano ed educato
- Riconoscimento dei diversi ruoli.
- Tolleranza delle frustrazioni affrontando le difficoltà con spirito sportivo e positivo.
- Condivisione, sia nell'affrontare un successo che nel ricevere una sconfitta

In questo si inseriscono gli operatori referenti al progetto il cui compito è quello di comunicare messaggi positivi ispirati al gioco di integrazione, rispetto e lealtà.

L'allenatore, quale educatore, riconoscendo le capacità dei ragazzi, cerca di farle esprimere al meglio, favorendo l'attività anche di chi non ha alti livelli di performance, dando a tutti la possibilità di stare "dentro al gioco".

ATTIVITÀ

- *5 tornei in collaborazione con azienda sanitaria di Trieste*

Si è svolto a Trieste e ha visto la partecipazione di 20 giovani ragazzi /e accompagnati da due educatori. Per arrivare a tale impegno gli ospiti sono stati preparati con circa 20 allenamenti preparatori presso il centro sportivo Ca' del Moro (Lido di Venezia) dall'educatore referente al fine di costruire un clima di gruppo positivo ed una preparazione atletica adeguata ai tornei. Gli ospiti hanno vissuto una importante esperienza di vita alloggiando da 1 a 3 notti fuori dalla struttura terapeutica, in un albergo ad Opicina (TS).

- *1 torneo in collaborazione con Azienda Sanitaria di Pisa "Palla in rete"*

Si è svolto a Pisa e ha visto la partecipazione di 16 ragazzi/e gli ospiti hanno vissuto una importante esperienza di vita in un viaggio che è durato 4 giorni all'insegna di sport e cultura

- *1 torneo organizzato dal Comune di Basiliano*

Si è svolto a Basiliano dove all'aspetto sportivo si è aggiunto una serata di musica, i nostri ragazzi si sono resi protagonisti di una performance canora

NUMERI

Al progetto hanno aderito con costanza una media di 21 pazienti di entrambi i sessi.

RISULTATI

In tutte le occasioni il gruppo ha raggiunto gli obiettivi attesi per quanto riguarda valori quali lealtà, rispetto, solidarietà, dal punto di vista della competizione si è aggiudicato in 3 tornei il primo posto.

PROGETTO DI MUSICOTERAPIA – SONGWRITING



Il laboratorio prevede una serie di incontri «teorici» tra l'educatore e ragazzi nei quali sono stati affrontati diversi temi legati agli aspetti comunicativi e tecnici della musica e delle canzoni.

Successivamente le «lezioni» hanno avuto un carattere più pratico legato alla «realizzazione» delle canzoni all'interno di un vero viaggio nella creatività.

OBIETTIVI

- o Creare un gruppo di ragazzi 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.
- o Concludere il percorso con l'esibizione in uno spettacolo multimediale dove i ragazzi canteranno dal vivo le loro canzoni

ATTIVITA'

Il progetto si è svolto in 30 incontri da 2 ore ciascuno

NUMERI

- o Il progetto ha visto la partecipazione nelle due sessioni di n. 25 ragazzi di ambo i sessi

METODOLOGIA

Per partecipare al laboratorio non sono richiesti requisiti specifici in ambito musicale.

Il metodo applicato è stato quello di stimolare i ragazzi nello sviluppo della propria creatività e nel perfezionamento tecnico (per chi suona uno strumento), in funzione dell'esecuzione delle canzoni.

Tutto questo è avvenuto attraverso una condivisione di gruppo, dove ogni partecipante potrà conoscere sé stesso anche attraverso gli altri, ascoltare la voce dei compagni e far ascoltare la propria.

RISULTATI

Visto il periodo pandemico che non ha consentito la realizzazione del consueto concerto in un teatro ospiti le famiglie e i colleghi dei Servizi invianti, sono state realizzate due live (la prima a Natale nella sede di Villa Renata, la seconda a Palazzo Grassi) ripresi da due professionisti esterni ed inviato attraverso un link online (fruibile solo con password, garantendo la privacy) alla famiglia e ai colleghi dei SerD

LABORATORIO YOGA: UN AIUTO NELLA RIABILITAZIONE NELLE DIPENDENZE



Nel 2020 , anno cui le attività out door si sono bloccate, sono state proposte attività indoor , tra le varie il laboratorio yoga attraverso un percorso di 10 lezioni basato sull'ascolto , la consapevolezza, l'accettazione , utilizzando posizioni del corpo (asana) e respirazioni (pranayama) e piccole meditazioni guidate, si mira a creare uno stato di rilassamento e di calma mentale .

OBIETTIVI

- o Fornire ai partecipanti un ventaglio di strumenti da poter utilizzare in caso di necessità, ricorrendo alle proprie capacità
- o Promuovere uno stato di benessere generale attraverso il movimento del corpo

NUMERI

Il progetto ha visto la creazione di due gruppi uno maschile e uno femminile che ha coinvolto circa 15 ragazze/i

RISULTATI

Tutte/i le/i partecipanti hanno portato a termine il progetto con impegno, il progetto è stato svolto in orari serali e ha visto un rilassamento generale

RINGRAZIAMENTI

Un sentito ringraziamento a tutti coloro i quali da vertici diversi hanno contribuito affinché la Comunità Villa Renata, sorta nel 1984, continui ad essere una delle risposte che accompagnano le/i giovani pazienti nella strada dell'evoluzione, nonostante questo difficile anno.

GRAZIE al **gruppo curante di Villa Renata** per la competenza e l'entusiasmo che mette a disposizione ogni giorno, **ai Ser.D.** per la fiducia e stima accordatoci...

Agli amici Alvisè Rossi, Lorenzo Scotti, Luisa Contaldo, Ester Baruffaldi, della Fondazione Pinault, Monica Dalla Cortà Fumei responsabile dei Musei civici Veneziani, alla cooperativa **NonSoloverde**, alla **Polisportiva Fuori c'entro**, alla **Fondazione Pinault**.

A tutte le famiglie che si affidano al nostro lavoro.

A tutti le/ i nostre/i ospiti presenti e passati che ci dimostrano ogni giorno che qualsiasi cambiamento è possibile.





"Comunità di Venezia s.c.s."

Sede legale: Via Orsera 4, 30126 Lido di Venezia, tel. 041 5268822 - 041 5265436 - fax 041 5267874

Sede Amm.va: Santa Croce 403, 30135 Venezia, tel. 041 5242978 - fax 041 2448938

www.comuve.it - e-mail: villa@comuve.it