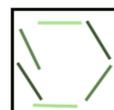




Comunità Terapeutica
“Villa Renata”

REPORT 2021



V

I

L

L

A

R

E

N

A

T

A



V

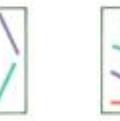


I



L

L



A

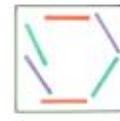


R

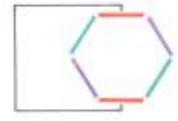


E

N



A



T

A

Comunità Terapeutica

“Villa Renata”

Report delle Attività
2021

PRESENTAZIONE	7
GRUPPO CURANTE: FIGURE PROFESSIONALI	7
LA STRUTTURA: VILLA RENATA	10
L'EQUIPE CURANTE	11
INTRODUZIONE	12
FOTOGRAFIA DELL'UTENZA	13
CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE	13
PRESE IN CARICO	13
GENERE.....	13
PROVENIENZA	14
MISURE GIUDIZIARIE	14
ETA'	14
IL RAPPORTO CON LA CURA	14
IL CONTATTO CON I SER.D.....	15
PRECEDENTI ESPERIENZE RESIDENZIALI DI CURA.....	15
LA STORIA CON LE SOSTANZE.....	16
STILI ATTUALI DI UTILIZZO E ABUSO.....	18
STUDIO E LAVORO	20
PROGETTI DI FORMAZIONE E OCCUPAZIONE.....	21
ESPERIENZE EVOLUTIVE AVVERSE	23
CONDIZIONI DI VITA	25
IL RAPPORTO CON I SERVIZI INVIANTI	27
LE SEGNALAZIONI DEI SERVIZI INVIANTI	27
ESITI DEI TRATTAMENTI	30
NUOVI ORIZZONTI: LA CURA NEL TEMPO POST-DIMISSIONI	30
DISPOSITIVI DI CURA	32
LA PRESA IN CARICO FARMACOLOGICA	32
TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA	32
TERAPIA SOSTITUTIVA	34
VACCINAZIONI COVID	35
LA FASE CLINICA DEL REINSERIMENTO	36
LA FOTOGRAFIA DELL'UTENZA AL REINSERIMENTO	36
L'OCCUPAZIONE LAVORATIVA.....	37
ATTIVITÀ FORMATIVE E TEMPO LIBERO.....	38
TERAPIA SOSTITUTIVA	38
LE DIMISSIONI.....	38
ATTIVITA' DEL REINSERIMENTO NEL 2021	39
IL GRUPPO GENITORI	42
I DISPOSITIVI EDUCATIVI STORICI di VILLA RENATA	45
IL PROGETTO MUSICA	46
IL PROGETTO TEATRO	47
IL GIORNALINO DI VILLA RENATA	48
LE ATTIVITA' SPORTIVE	49
I DISPOSITIVI PER E AL FEMMINILE	52

ATTIVITA' LAVORATIVE E ALL'ARIA APERTA: L'ORTO	55
LA SCOPERTA DEL TERRITORIO E DELL'ARTE.....	56
I MOMENTI DI FESTA	58
21 GIUGNO: BUON COMPLEANNO GINO! LA NOSTRA FESTA D'ESTATE	59
PROPOSTE E NEWS DEL 2021	60
PROGETTO DI PERCUSSIONE CORPOREA E DRUM CIRCLE	60
INIZIATIVA KAYAK	62
PROGETTO DANZA AL FEMMINILE	64
CORSO BASE DI CUCINA E AVVICINAMENTO AL MONDO DELLA RISTORAZIONE	65
PROGETTO "GAMBE IN SPALLE"	66
FOCUS 2021: VILLA RENATA TRA CLINICA E RICERCA	68
COME ARRIVANO E COME EVOLVONO I PAZIENTI PIÙ GIOVANI IN COMUNITA' TERAPEUTICA?	71
Il progetto P.A.T.W.A.Y.....	71
LA RELAZIONE TERAPEUTICA: COME SI CARATTERIZZA E COME EVOLVE?.....	74
Il progetto R.P.S.....	74
DIPENDENZA: DECLINAZIONI AL SINGOLARE O AL PLURALE?	79
Il progetto PROMIS.....	79
IL REINSERIMENTO: UNA DIALETTICA TRA INDIVIDUO E SOCIETA'	81
Il progetto B.A.S.I.W.A.Y.....	81
PUBBLICAZIONI E CONTENUTI SCIENTIFICI	84
VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE	87
LA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI.....	87
LA SODDISFAZIONE DELLE FAMIGLIE	91
LA SODDISFAZIONE GRUPPO GENITORI	93
LA SODDISFAZIONE DEI SERVIZI INVIANI	95
CLIMA, SODDISFAZIONE E BENESSERE DEI MEMBRI DELL'EQUIPE	98
RINGRAZIAMENTI.....	102

PRESENTAZIONE

GRUPPO CURANTE: FIGURE PROFESSIONALI

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

Terapeuta di gruppo

- Dr.ssa Tiziana GAVAGNIN - Psicologa, Psicoterapeuta

Psichiatra responsabile della terapia psico-farmacologica

- Dr. Davide Banon - Medico Psichiatra, Psicoterapeuta, Psicoanalista S.P.I.

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 e 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
- Dr. Marco ANZOVINO

- Dr. Francesco BEIG MOHAMMADI
- Dr.ssa Ambra COMIN
- Dr.ssa Germana CANALIA
- Dr.ssa Sara FORNARO
- Dr.ssa Claudia GRILLI
- Dr.ssa Elisa GIAMBATOLOMEI
- Dr. Abramo KONE
- Dr.ssa Valeria LORUSSO
- Dr. Marco MARCATO
- Op. Giuliano MORASCO
- Dr.ssa Stefania STIPITIVICH
- Dr.ssa Lucrezia STRAMUCCI
- Dr.ssa Camilla CONTARDI
- Dr.ssa Roberta RAMPADO
- Op. Matteo ROCCO
- Dr.ssa Annarita TANSELLA
- Dr.ssa Stefania ZENNARO

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. Mauro PALMIERI – Psichiatra Psicoterapeuta

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. 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 "Ca' 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 équipes settimanali ma hanno degli incontri periodici formativi e organizzativi con gli educatori.

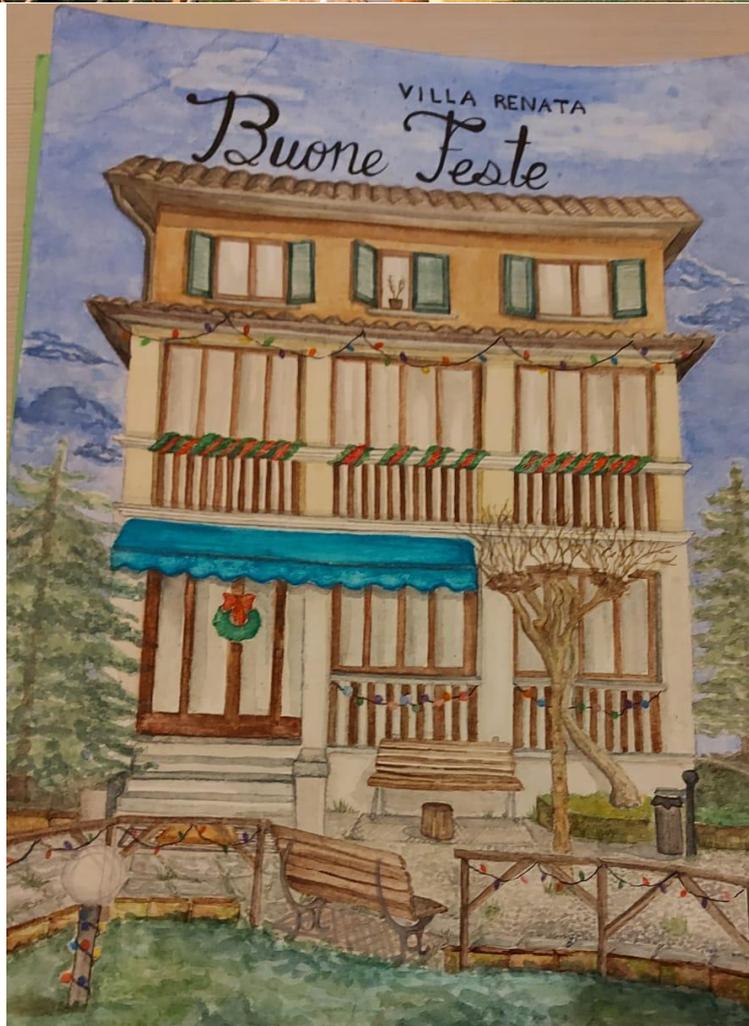
Servizio Civile Nazionale

Dal 2016, la cooperativa Comunità di Venezia è partner del progetto di Servizio Civile Universale nazionale, permettendo a giovani volontari di fare l'esperienza di un periodo di servizio nella nostra comunità terapeutica con compiti ben definiti. Nel 2021 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 inter-istituzionale, rinviando alle pubblicazioni specifiche (Il Programma delle Attività della Comunità Terapeutica Villa Renata), e ai nostri siti web: www.comunitadivenezia.it
www.villarenatavenezia.it

LA STRUTTURA: VILLA RENATA



Villa Renata disegnata da Sara

L'EQUIPE CURANTE



Tradizionalmente l'equipe di Villa Renata si è caratterizzata per la capacità di integrare figure, professionalità, competenze ed anime diverse: alla base di questo stile di cura risiede il principio secondo cui affrontare una condizione complicata come la tossicodipendenza e in una fascia di età così sensibile e complessa come la tarda adolescenza/giovane età adulta richiede la sinergia di punti di vista, ruoli e approcci molteplici e variegati, ma al contempo capaci di coordinarsi e coesistere tra loro. Di fatto, siamo consapevoli che ognuno dei nostri giovani pazienti può giungere a stabilire un'alleanza terapeutica prima, un nuovo equilibrio di benessere poi e un'emancipazione e affermazione personali, infine, grazie a dispositivi (concreti e relazionali) diversi e applicati in momenti diversi, con una forte caratterizzazione individuale del percorso. Ne consegue il compito/obiettivo che ci diamo come curanti di comprendere come calibrare l'intervento al meglio per quel singolo individuo che affronta il percorso di cura, sforzandoci di individuare per ciascun paziente gli strumenti di cura più adeguati in quel momento per quello specifico obiettivo. Ovviamente, il dare precedenza o priorità a un tipo di intervento piuttosto che ad un altro non significa che tutti gli altri non siano chiamati in causa, i quali partecipano e si coordinano in maniera implicita.

Questo approccio alla cura non può che realizzarsi grazie ad un'equipe che non solo è multiprofessionale, ma è essa stessa capace di offrire e integrare differenze: di ruolo, età, professionalità, esperienza, approccio. E proprio il fatto che l'equipe possa esercitare essa stessa una funzione integrativa a permettere il fatto che tale funzione possa poi essere trasferita ai pazienti.

INTRODUZIONE

Il report 2021 racconta di un anno particolare: un anno di transizione e in quanto tale forse un po' difficile da identificare.

Da un lato, non ci si trovava più nel clou dell'inaspettata situazione emergenziale dettata dalla pandemia e dai diversi lockdown (intendendo con lockdown la chiusura, l'isolamento o il blocco non solo o non tanto degli spostamenti fisici e concreti, ma soprattutto delle relazioni, dei progetti e delle prospettive, individuali e collettive).

D'altro canto, il 2021 non ha potuto ancora dirsi completamente libero di guardare al futuro e alla riconquista di ciò che caratterizza libertà, progettualità, relazione.

Un anno di passaggio e, quindi, di incertezza. Tutto ciò ricorda in qualche modo l'espressione "*feeling in between*" utilizzata per descrivere il sentire tipico della fase della giovane età adulta (detta anche in letteratura *emerging adulthood*) caratterizzato da un senso di sé ancora indefinito, intermedio e "in mezzo" tra adolescenza (superata) e adultità (non ancora raggiunta).

La giovane età adulta, quindi, come un'età fisiologicamente incerta, di crisi tra potenzialità e rischio, nel suo essere possibile ponte verso l'adultità o possibile deriva della crescita. Parliamo di giovane età adulta perché, ormai da un consistente periodo di tempo, i giovani adulti costituiscono l'utenza target di Villa Renata.

Pensiamo allora quanto può essere stato difficile per i nostri pazienti affrontare questo anno dalle coordinate così poco definite e quanto sia stato fondamentale il supporto fornito dal gruppo curante e dalla sua capacità di rimettere in atto tutto ciò che nella cura poteva rilanciare la progettualità e offrire sicurezza, pur nell'incertezza del tempo, dell'età e della sofferenza psichica.

Il presente report intende quindi presentare ad un livello più generale l'approccio e i dispositivi di cura che tradizionalmente hanno caratterizzato il percorso terapeutico proposto da Villa Renata per i giovani pazienti e a un livello più specifico le specificità dell'utenza, del trattamento e dei dispositivi per l'anno 2021.

FOTOGRAFIA DELL'UTENZA

CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE

PRESE IN CARICO

Nell'anno 2021 sono state effettuate 73 prese in carico presso la Comunità Terapeutica "Villa Renata", considerando sia gli ammessi durante l'anno in esame, sia gli ospiti ammessi in anni precedenti al 2021. Più nel dettaglio, il totale delle prese in carico si differenziano nei due gruppi in questo modo:

- 26 nuove prese in carico avvenute nell'anno 2021, corrispondente al 35,6% del totale; tale numero risulta più vicino a quanto registrato nel 2020 rispetto agli anni precedenti, per i quali si registrava un numero più elevato di nuovi ingressi. Si può ipotizzare che il 2021 abbia risentito dell'effetto a lungo termine dell'anno precedente in cui la pandemia aveva reso difficile, se non addirittura impossibile per alcuni periodi, l'accesso ai servizi e lo svolgimento della loro regolare attività.
- 46 pazienti in carico dagli anni precedenti. Per la maggior parte si tratta di ingressi avvenuti negli anni 2019 e soprattutto 2020, mentre qualche raro caso è rappresentato da pazienti ammessi nel 2016/2017/2018. La numerosità e il tempo intercorso tra l'ingresso e l'anno in esame sono da ritenersi un indice della buona ritenzione di quei pazienti che riescono a maturare il desiderio di un percorso di cura estensivo, oltre che intensivo, a promozione di un cambiamento ampio e profondo.

73
PRESE IN
CARICO

La gran parte delle prese in carico, e cioè il 90,4% (pari a 66 soggetti) riguarda persone che si sono rivolte per la prima volta a Villa Renata; tuttavia, è interessante porre l'attenzione anche sui quei 7 casi di **re-ingresso**, in cui la persona, dopo aver intrapreso un percorso di cura presso la nostra Comunità ha maturato in accordo con il proprio Servizio Inviante, la volontà e la decisione di riprendere quanto prima interrotto, chiedendo di poter essere riammessa. Dai dati in nostro possesso nel corso degli anni, capiamo che la riammissione è un fenomeno relativamente frequente e che solitamente richiede un tempo per avvenire: in effetti la maggior parte di esse avviene a distanza di uno o più anni (e solo in un caso il re-ingresso è avvenuto nel corso dello stesso anno), tempo necessario perché la persona possa elaborare sia l'uscita (che spesso può avvenire per modalità di auto-dimissione) sia una nuova motivazione e consapevolezza del bisogno di cura.

GENERE

Dei 73 casi seguiti, 23 sono donne (pari quindi al 31,5% del totale). Il numero si colloca al di sotto della tendenza media che ha caratterizzato nel tempo Villa Renata, ma si ritiene che ciò costituisca un'eccezione come ne sono state rilevate altre negli anni precedenti, piuttosto che l'inizio di un'inversione dell'andamento.

31%
PAZIENTI DONNE

PROVENIENZA

I dati in nostro possesso ci dicono che Villa Renata costituisce un riferimento significativo sia a livello regionale sia a livello nazionale: sono 48 i pazienti ammessi da Ser.D. della Regione Veneto (e in particolare 9, quindi il 12%, provenienti da Servizi per le Dipendenze che afferiscono all'ULSS 3 Serenissima), con un andamento che si mantiene stabile nel tempo. Gli altri pazienti invece giungono da diverse regioni del Nord, Centro e Sud Italia. In particolare, si ricorda la solida collaborazione con l'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano, grazie alla quale sono stati seguiti 11 pazienti afferenti ai Ser.D. di Bolzano, Merano, Brunico e Bressanone.

MISURE GIUDIZIARIE

I pazienti con misure giudiziarie a loro carico, di diversa natura, sono stati soltanto 2 nell'anno 2021, entrambi con misura cautelare messa alla prova e per i quali è stato realizzato uno stretto e puntuale lavoro di collaborazione con UEPE e USM di Venezia. Tale dialogo risulta fondamentale per riuscire a far sì che misura giudiziaria e percorso di cura riescano a integrarsi il più possibile, rispecchiando la natura terapeutica del programma, la quale si realizza fin dalle fasi più precoci per una forte apertura verso l'esterno (in termini di attività culturali, sportive, uscite).

ETA'

I dati sull'età riportano un quadro che si mantiene stabile nel corso del tempo e che conferma ancora una volta la capacità di Villa Renata di dare risposta al bisogno di cura delle fasce più giovani di età, a partire dalla tarda adolescenza. **La fascia d'età più giovane (tra i 18 e i 24 anni), interessa la maggior parte dei nostri pazienti, il 51% per la precisione, pur mostrando un lieve e non significativo calo rispetto all'anno precedente.** Segue la fascia della seconda età giovane adulta, quella tra i 25 e i 30 anni, con il 36% degli ospiti, tale che i pazienti con più di 30 anni rappresentano qualche eccezione (10 casi in totale).

25

**ETA' MEDIA
PAZIENTI
ALL'INGRESSO**

Sempre nell'ambito dell'età, considerando invece i valori medi si riporta che l'età media dei pazienti per l'anno 2021 è di 25 anni, con un range che va dai 18 ai 38 (quest'ultimo caso rappresenta un'eccezione e riguarda un solo paziente. Paziente che aveva portato a termine con successo il suo primo percorso comunitario 15 anni fa e dopo una lunga astinenza ha avuto una ricaduta e ha chiesto aiuto. È quindi rientrato in Ct con un programma fortemente personalizzato).

IL RAPPORTO CON LA CURA

Nella consapevolezza che il percorso di cura in comunità terapeutica rappresenta un importante e, con ogni miglior auspicio, step finale di un percorso di cura talvolta anche lungo (se si considerano prese in carico di diverso tipo: quella ambulatoriale, ma anche quella dei servizi per l'età evolutiva oppure dei servizi sociali), ci è sembrato interessante andare ad approfondire quale fosse la storia di cura dei residenti, in particolare quando è avvenuto

il primo contatto con i Servizi per le Dipendenze e se ci sono state precedenti esperienze residenziali.

IL CONTATTO CON I SER.D.

Dall'indagine anamnestica emerge che i nostri ospiti hanno stabilito un primo contatto con i Servizi per le Dipendenze mediamente a 19-20 anni, dato che si mantiene stabile dallo scorso anno, quando si era registrato per la prima volta una diminuzione dell'età media. Osservando i gruppi di età, si nota che per il 26% il primo contatto è avvenuto da minorenni, per il 66% (quindi la maggior parte) nella prima giovane età adulta, tra i 18 e i 24 anni, e solo per l'8% nella seconda età giovane adulta dai 25 anni in poi.

Per comprendere più nel dettaglio il fenomeno è però importante fare due considerazioni. La prima riguarda il fatto che un dato medio rischia di nascondere la varietà delle diverse situazioni che descrive; di fatto, per quanto riguarda l'età di primo accesso ai Ser.D. il range è veramente molto ampio, con ragazzini che giungono ai servizi a soli 12 anni, e al polo opposto adulti che formulano una prima richiesta di aiuto addirittura dopo i 30 anni. Questo ci fa capire come l'ingresso in Comunità avvenga in maniera altrettanto diversificata: in alcuni casi in maniera molto veloce a ridosso della richiesta di aiuto, sulla scia di una situazione emergenziale; in altri casi, avviene invece dopo anni di supporto ambulatoriale (se consideriamo che l'età media di ingresso in comunità è di 25 anni) e magari altri tentativi di cura residenziali. Una seconda considerazione emerge dal confronto di questo dato con quello relativo all'età media dell'instaurarsi della dipendenza, tale per cui per il 77% dei nostri ospiti si era già instaurata una condizione di dipendenza mediamente all'età di 15 anni (per quanto riguarda i cannabinoidi). *Ne deriva che il lasso temporale tra l'esordio del disturbo e la prima richiesta di aiuto copre circa 4 anni: un tempo decisamente troppo lungo e in cui, purtroppo, hanno modo di mettersi in moto diversi meccanismi sfavorevoli.*

19 ANNI

**PRIMO
CONTATTO
CON Ser.D.**

PRECEDENTI ESPERIENZE RESIDENZIALI DI CURA

L'ingresso a Villa Renata rappresenta per il 69,6% degli ospiti il primo percorso di cura residenziale in una struttura terapeutica o specialistica (non vengono quindi considerati periodi in clinica o in strutture di pronta accoglienza); circa un terzo arriva invece a Villa Renata avendo già avuto un'esperienza in un'altra comunità, elemento da tenere in debita considerazione per poter comprendere il vissuto e la rappresentazione che l'ospite ha della cura residenziale, in termini di aspettative, timori, ripetizioni e cambiamenti possibili, oltre che per realizzare progetti di cura che tengano conto delle esperienze precedenti.

70%

**PRIMO
PERCORSO
RESIDENZIALE**

LA STORIA CON LE SOSTANZE

L'ESORDIO DELL'USO DI SOSTANZE PSICOTROPE

In maniera del tutto simile ai dati dell'anno scorso e degli anni ancora precedenti, il primo contatto con le sostanze psicotrope viene riferito attorno ai 13 anni. Questo dato è in linea con l'età di sperimentazione delle sostanze da parte anche degli adolescenti che afferiscono alla popolazione generale e non appartengono a gruppi clinici. Tuttavia, sono dovute alcune considerazioni. La prima è che il dato medio raccoglie in sé situazioni tutt'altro che in linea con l'aspettativa normotipica dei primi contatti con le sostanze, riportando che per alcuni dei nostri ragazzi l'incontro con alcol e cannabis è avvenuto addirittura in infanzia, tra gli 8 e i 10 anni, rivelando quadri socio-famigliari molto fragili. In secondo luogo, si ipotizza che a differenziare il nostro gruppo sia non tanto la precocità del primo contatto quanto le modalità, le motivazioni (l'espressione di un malessere e la ricerca di una sua cura) e le intenzioni con cui esso avviene e la rapidità con cui si stabiliscono poi pattern psichici, comportamentali, relazionali e sociali di tipo disfunzionale e che scrivono la traiettoria di esordio e mantenimento della condizione di tossicodipendenza.

13 ANNI

**ETA' PRIMO
CONTATTO
SOSTANZE**

**PRIMA SOSTANZA
INCONTRATA:
66% ALCOL
34% CANNABIS**

Sempre nell'ambito dell'indagine sulle modalità di primo contatto, le sostanze con cui esso è avvenuto sono per la maggior parte dei pazienti l'alcol (66,2%) e in seconda posizione la cannabis (33,8%). Anche qui, quindi non abbiamo modalità specifiche che sono manifestamente dissonanti o diverse da quanto sappiamo accade per la maggior parte degli adolescenti, e si può quindi pensare che le differenze non siano da ricercare nel comportamento manifesto quanto nelle motivazioni e nella storia individuali sulla base delle quali l'adolescente si avvicina alle droghe.

La traiettoria di sviluppo del disturbo da uso di sostanze prevede poi che all'uso delle prime sostanze segua un approccio alle altre che assume le caratteristiche del poli-abuso. Come riportato nella successiva tabella, dopo questo il primo contatto con le sostanze legali (alcol) e/o considerate leggere (cannabinoidi), avvenuto nella prima adolescenza, generalmente i ragazzi si avvicinano alle droghe di sintesi stimolanti come le metanfetamine attorno ai 16-17 anni e da lì il passaggio è davvero molto breve verso la cocaina e l'eroina, per le quali la sperimentazione arriva a 17 anni. Ultima tappa, anche in questo caso con un brevissimo scarto temporale, è quella dell'incontro con gli psicofarmaci (probabilmente cercati per gestire gli effetti avversi dell'uso e delle prime astinenze o come sostituto delle sostanze quando non è possibile reperirle) verso i 18 anni.

IL CONFIGURARSI DELLA CONDIZIONE DI DIPENDENZA

La ricostruzione della storia con le sostanze prosegue con l'indagine dell'età in cui l'uso/abuso si configura come 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, ancor prima che l'alcol e ciò avviene attorno ai 15 anni (con alcuni casi in cui l'uso incontrollato è già presente a 11 anni). L'inizio di un uso problematico di alcol viene collocato attorno ai 17 anni, mentre i 18 anni rappresentano un anno particolarmente centrale in quanto viene qui ricondotto l'esordio della dipendenza per una pluralità di sostanze: metanfetamine, eroina, psicofarmaci (che, notiamo, mostrano un passaggio estremamente veloce dalla sperimentazione all'abuso/dipendenza) e, un anno più tardi, cocaina.

Relativamente alle tipologie di dipendenza più riportate, in linea con i dati sulla sostanza primaria e secondaria, una dipendenza da cannabis, eroina e cocaina è riconosciuta rispettivamente dal 78%, 76% e 75% dei nostri residenti. La metà di loro si descrive invece come dipendente dall'alcol in qualche momento della sua vita (54%) e circa il 40% dalle metanfetamine. La dipendenza da psicofarmaci riguarda invece una quota inferiore, pari a un quarto, dei residenti (27%).

Il quadro riportato non si discosta significativamente da quanto rilevato negli anni scorsi.

	ETA' PRIMO CONTATTO	DIPENDENZA	
		% pazienti	Età esordio
ALCOL	13,5 anni (range: 10-17)	54%	17,5 anni (range: 12-27)
CANNABIS	13,9 anni (range: 11-17)	77%	15,4 anni (range: 11-22)
SINTETICHE (amfetamine, MDMA)	16,8 anni (range: 13-23)	43%	18 anni (range: 14-26)
COCAINA	17,5 anni (range: 13-29)	75%	19 anni (range: 14-29)
OPPIOIDI (eroina, metadone, oppio)	18 anni (range: 13-29)	76%	18,5 anni (range: 13-25)
PSICOFARMACI non prescritti	18 anni (range: 13-23)	27%	19 anni (range :14-28)

IL CONTESTO RELAZIONALE D'ESORDIO

Ci si è anche interessati a comprendere quale sia stato il contesto relazionale in cui è avvenuto l'esordio del disturbo da uso di sostanze.

83%

**PRIMO UTILIZZO DI
ALCOL E CANNABIS
IN COMPAGNIA DI
AMICI**

Per quanto riguarda cannabis e alcol, anche quest'anno, come nei precedenti e come è intuitivo pensare, la gran parte dei pazienti riferisce che il primo contatto è avvenuto in compagnia di amici (83% del totale). Quote decisamente inferiori comprendono il partner, fratelli o estranei (tra il 6 e il 9%). Situazioni degne di attenzione sono i casi in cui il primo contatto è avvenuto da soli (10%) e soprattutto in condivisione con i genitori: questi ultimi casi si attestano quest'anno attorno al 4%,

quota sicuramente ristretta, ma che nella sua problematicità risulta comunque sempre un indice di preoccupazione.

Relativamente invece al gruppo di sostanze costituito da droghe di sintesi, oppioidi e cocaina, emerge un quadro con alcune peculiarità rispetto a quanto prima descritto: al calare della quota di ospiti che riferisce di aver condiviso le prime assunzioni di queste sostanze con amici (pari al 69%), corrisponde un aumento significativo della quota di chi ha realizzato queste esperienze con il partner (22%), da solo (20%) o con estranei (17%). Si configura quindi una situazione particolare in cui l'utilizzo di sostanze più pesanti avviene in modalità opposte: o nel contesto di una relazione intima oppure in contesti di solitudine (a cui riconduciamo non solo l'essere solo ma anche la condivisione con estranei). Genitori, fratelli e famigliari in generale hanno costituito il contesto delle prime assunzioni per il 13% dei nostri ospiti.

20%

**PRIMO UTILIZZO DI
OPPIOIDI, COCAINA
E SOSTANZE DI
SISTESI IN
COMPAGNIA DI
AMICI**

STILI ATTUALI DI UTILIZZO E ABUSO

Quasi la totalità dei nostri pazienti si identifica come poli-assuntore di sostanze e che tale fenomeno non riguarda solo il poli-consumo ma può configurarsi come una situazione di poli-dipendenza vera e propria. Tuttavia, è sempre importante osservare il fenomeno più nel dettaglio e porre attenzione ad una serie di indicatori relativi allo stile di uso di sostanze.

Partendo dall'identificazione di una sostanza primaria e di una sostanza secondaria di utilizzo, eroina e cocaina continuano a rappresentare le sostanze che i pazienti ritengono essere al centro del loro disturbo. Più nel dettaglio, si riporta che l'eroina costituisce la sostanza primaria di abuso o dipendenza per il 57% dei pazienti (dato per il quale si osserva un calo rispetto allo scorso anno), mentre la cocaina lo è per il 23% (dato al contrario in crescita). La cannabis risulta essere la sostanza primaria per il 12% degli ospiti, mentre per tutte le altre

SOSTANZA PRIMARIA:

64% EROINA

17% COCAINA

SOSTANZA SECONDARIA:

57% COCAINA

15% ALCOL

tipologie di sostanze, alcol compreso, sono state rilevate frequenze irrisorie. Si può ipotizzare quindi che, nonostante il mercato e il panorama dell'uso di droghe negli anni 2000 abbia visto l'ingresso di numerose sostanze di sintesi, esse nel tempo non sono giunte a costituire la droga di elezione per i giovani tossicodipendenti, ma costituiscono per lo più esperienze passeggere.

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 57% dei pazienti) a cui segue l'alcol, che torna a livelli precedenti all'anno scorso, in cui era stato riportato da pochi residenti, seguito da cannabis ed eroina, con il 10% delle scelte ciascuna.

57%

**USO
ENDOVENOSO**

Come negli scorsi anni, anche per il 2021 è stato osservato che più della metà dei nostri ospiti è ricorso all'utilizzo di siringhe per l'assunzione di sostanze (eroina e cocaina soprattutto, ma anche metadone e ketamina). Nel dettaglio, risulta che l'utilizzo endovenoso riguarda il 57% dei pazienti.

61%

OVERDOSE

È ampiamente riconosciuto come esso costituisca un fattore di rischio per un aggravarsi della condizione di dipendenza, per l'esporsi a rischi di patologie correlate se non addirittura di overdose. L'overdose rappresenta sicuramente l'esito più infausto della condizione di tossicodipendenza e nel nostro gruppo ha interessato più della metà dei ragazzi, pari al 61%, pari a 42. Di questi 42, il 60% ha fatto esperienza di un solo episodio di overdose, mentre il restante 40% ne riporta da due a più.

STUDIO E LAVORO

Livello di istruzione, situazione occupazionale e competenze professionali costituiscono degli importanti indici sia per una migliore comprensione della condizione di adattamento dei pazienti (a partire dalla traiettoria di crescita fino alla loro situazione attuale), 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/o l'inserimento a livello lavorativo. Ci teniamo a sottolineare che Villa Renata ha particolarmente a cuore tali aspetti, dato il suo tradizionale assetto di comunità aperta che guarda al mondo sociale come luogo a cui facilitare il ritorno.

ISTRUZIONE

43%

**LICENZA DI TERZA
MEDIA COME
TITOLO DI STUDIO**

Per quanto riguarda il livello di istruzione, anche se con qualche punto percentuale in meno rispetto allo scorso anno, rimane consistente la quota maggioritaria di ospiti che sono riusciti a conseguire soltanto la licenza media. Similmente, rimane pressoché invariata dall'anno passato la percentuale di chi ha conseguito un diploma di scuola superiore professionale (35%) e tecnico (17%); solo il 6% dei nostri pazienti possiede il diploma di istruzione liceale. Questi dati, se associati a quelli relativi all'uso di

sostanze, sembrano tracciare una traiettoria di crescita in cui l'instaurarsi della problematica di tossicodipendenza si intreccia a consistenti problematiche dal punto di vista dell'adattamento individuale. Per un verso, infatti, si può ipotizzare che l'esordio precoce di problemi considerevoli con le sostanze abbia interferito con la possibilità di portare a termine con successo il proprio percorso di studi; per l'altro, si può pensare che l'esordio con le sostanze si inserisca in un percorso evolutivo già contraddistinto da difficoltà e fallimenti nell'assolvere appieno ai compiti di sviluppo e di adattamento tipici dell'età.

CONDIZIONE LAVORATIVA

Il profilo lavorativo-occupazionale dei pazienti si pone in continuità con quanto riportato nel precedente paragrafo relativamente alle difficoltà scolastiche. Nello specifico, la metà dell'utenza 51% presenta uno stato di inoccupazione o disoccupazione: in alcuni casi esso è limitato ai mesi precedenti all'ammissione in Comunità Terapeutica, ma spesso copre invece ampi periodi di tempo, intervallanti soltanto da brevi esperienze di lavoro non qualificato e non riconosciuto.

Il 40% dei pazienti riferisce invece di essere stato occupato nel tempo precedente all'ingresso in comunità; infine, la restante quota del 7% è invece costituita da studenti.

**CONDIZIONE
LAVORATIVA**
51% DISCOCCUPATI
42% COCCUPATI
7% STUDENTI

Per quei pazienti che riportano un profilo professionale abbastanza consolidato nel tempo, è stata indagata la tipologia di professionalità utilizzando come riferimento la classificazione ISTAT. Le professioni più diffuse sono quelle non qualificate; percentuali poi consistenti sono quelle per i lavori come agricoltore/ artigiano e operaio e nelle attività commerciali, mentre costituiscono rare eccezioni le professioni tecniche.

38%
PROFESSIONI NON QUALIFICATE
24%
OPERAIO
17%
AGRICOLTORE / ARTIGIANO
17%
ATTIVITA' COMMERCIALI
4%
PROFESSIONE TECNICA

PROGETTI DI FORMAZIONE E OCCUPAZIONE

Il quadro fornito relativamente alla storia educativa, formativa e lavorativa dell'utenza si pone come la base di partenza da cui prendono avvio i dispositivi della Comunità Terapeutica riguardanti la dimensione formativa lavorativa, quindi l'orientamento scolastico/lavorativo e l'inserimento nel mondo della formazione e/o del lavoro. Tale obiettivo di trattamento comincia ad essere oggetto di discussione e realizzazione generalmente a partire dal decimo mese di programma di cura o in ogni caso a partire da quando il paziente si ritiene abbia raggiunto e interiorizzato a sufficienza i primi e principali obiettivi terapeutici, come l'alleanza con il gruppo curante, l'interiorizzazione della dimensione comunitaria, un sufficiente lavoro "sull'interno".

Relativamente alla nostra analisi, verranno quindi considerati di seguito soltanto i pazienti che al termine dell'anno 2021 avevano superato il 10° mese di trattamento, pari a 45 ospiti (numero in linea con i precedenti report).

IL DISPOSITIVO DI ORIENTAMENTO LAVORATIVO

È proseguito anche nel 2021 il servizio di Orientamento rivolto alle/ai nostri pazienti sia per quanto riguarda la ricerca di un lavoro, sia per quanto riguarda la ricerca di formazione professionale o scolastica.

Il programma terapeutico prevede una fase chiamata "Orientamento", alla quale il paziente accede quando l'équipe valuta che la persona abbia acquisito la consapevolezza e la responsabilizzazione per approcciarsi all'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).

Il 2021 sulla scia del 2020 è stato un anno difficile a causa della pandemia. La ricerca si è dovuta adeguare alle offerte del mercato, colpito dalle restrizioni.

I corsi formativi sono stati organizzati dai vari enti di formazione on line. Quindi gli obiettivi di socializzazione e sperimentazione verso l'esterno sono venuti a mancare.

Nel corso del 2021, 9 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).

Inoltre, 1 utente ha ripreso gli studi presso la scuola secondaria di secondo grado.

L'INSERIMENTO LAVORATIVO e SCOLASTICO

Nel corso dell'anno 2021, di tutti i 49 pazienti che hanno superato il 10° mese del programma di cura, 42 sono stati coloro per i quali è stato messo in essere un progetto di inserimento lavorativo, comprendendo in questa quota sia i pazienti per i quali ciò è avvenuto negli anni precedenti, 2019 (28,6%) o 2020 (28,6%) e che hanno portato poi avanti l'attività lavorativa con continuità, sia i pazienti per i quali invece il progetto di inserimento lavorativo è stato avviato nel 2021, pari al 42,9%

(corrispondente a 18 soggetti). A questi si aggiunge il caso di un giovane studente che ha intrapreso il progetto scolastico (frequentazione dell'ultimo anno di liceo per il conseguimento della maturità) in maniera anticipata rispetto al 10° mese di trattamento. Questa situazione si aggiunge a quelle di altri 3 studenti che hanno frequentato l'università durante il percorso di cura e a quella di 1 altro giovane residente che ha intrapreso un corso professionalizzante.

Lo scenario riportato per l'anno 2021 segna sicuramente una ripresa rispetto all'anno precedente, quando la situazione pandemica aveva rischiato di mettere in crisi questo importante aspetto della progettualità terapeutica, ma il cui effetto era stato fortemente mitigato dall'intervento della Comunità Terapeutica, tale per cui gli inserimenti lavorativi, seppur non così consistenti, erano stati comunque numericamente rilevanti.

L'INSERIMENTO LAVORATIVO PRESSO COOPERATIVA DI TIPO B

Tra i pazienti che nell'anno 2021 hanno svolto un'attività lavorativa, si riporta che una quota consistente di loro, pari a quasi due terzi (60% per la precisione), ha avuto la



42

INSERITI NEL
MONDO DEL
LAVORO

18

NUOVI INSERIMENTI
NEL 2021

possibilità di trovare un'occupazione lavorativa presso la Cooperativa di tipo B "Non Solo Verde", per un periodo di tempo più o meno lungo durante il proprio percorso di cura. La collaborazione di Villa Renata con la cooperativa

"NonSoloVerde" garantisce ormai da decenni la possibilità a diversi pazienti e con diverse esigenze (per età, competenze, aspetti legati alla fragilità della propria condizione, obiettivi di cura) di poter svolgere un'esperienza significativa di lavoro in un contesto protetto per un periodo più o meno lungo (per alcuni si tratta di esperienze lavorative di pochi mesi, per altri di un impegno continuativo nel tempo che può dare anche esito a forme contrattuali importanti come il tempo indeterminato). In particolare, nell'anno 2021 la Cooperativa "NonSoloVerde" ha assunto nel suo staff 19 lavoratrici/ori (5 donne e 14 uomini). Da sottolineare, per dare la misura dell'importante valenza della Cooperativa ai fini dell'inclusione sociale per le nostre/nostri pazienti, che nel 2021, 3 lavoratori hanno avuto la trasformazione del contratto da lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato.

ESPERIENZE EVOLUTIVE AVVERSE

Il trattamento della condizione tossicomane non può che avvenire alla luce della conoscenza della storia evolutiva individuale che ha portato all'esordio di questa problematica; il fine è quello di trattare il disturbo non prettamente su un piano sintomatologico ma ad un livello più profondo, nell'intento di ampliare più possibile la consapevolezza e l'elaborazione delle implicazioni che tali vicende hanno nel funzionamento individuale.

I dati qui riportati derivano dalla raccolta di informazioni effettuata dai curanti, che comprende quanto riportato dai Servizi invianti, quanto riferito dall'utente in fase di pre-accoglienza o durante il percorso terapeutico. Per la natura stessa degli argomenti, particolarmente delicati, si ritiene che questi dati rappresentino una stima in quanto informazioni di questo tipo possono non essere disponibili da subito ma emergere solo nel tempo del percorso terapeutico, grazie alla costruzione graduale e reciproca di un contesto relazionale significativo di fiducia e protezione.

23%

**VITTIMA DI
MALTRATTAMENTO
FISICO**

I curanti riportano per il 23% dei residenti l'essere stato vittima di qualche forma di **maltrattamento fisico**, intendendo con ciò diverse forme di percosse, punizioni corporali, atti di violenza messi in atto intenzionalmente.

8%

VITTIMA DI ABUSO
SESSUALE

L'**abuso sessuale** riguarda una parte più ristretta di pazienti, pari all'8%. Tale forma di abuso è assolutamente la più grave; essa può essere avvenuta sia nel contesto extra-familiare che familiare. Ricordiamo che oltre alle forme di abuso manifeste, un effetto traumatico è detenuto anche da aver vissuto in contesti "incestuali", in cui non è avvenuto un evento concreto ma le modalità relazionali in cui era coinvolto il bambino/adolescente erano comunque caricate di una portata sessualizzata.

44%

VITTIMA DI
TRASCURATEZZA

Un terzo ordine di esperienze precoci dal potenziale avverso, se non addirittura francamente 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 o della discuria, che sono riconosciute essere esperienze alla base dello sviluppo della condizione psicopatologica del trauma complesso.

20%

MADRE
TOSSICODIPENDENTE

27%

PADRE
TOSSICODIPENDENTE

Le esperienze traumatiche fin qui descritte spesso si inseriscono in contesti di crescita caratterizzati **condizioni di tossicomania e/o psicopatologia a carico delle stesse figure genitoriali**, quindi la generazione precedente a quella dei nostri giovani pazienti.

Per quanto concerne la condizione di tossicodipendenza genitoriale, il 20% 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; per una quota di pazienti addirittura superiore (27%), sono i padri ad avere problemi di

dipendenza da sostanze (in commistione spesso con altre forme, come il gioco d'azzardo). Il 20% dei pazienti, infine, riferisce problemi da uso di sostanze nella fratria, contribuendo ulteriormente a definire la dipendenza come un problema familiare oltreché e ancor prima che individuale.

Relativamente invece ai **problemi psichiatrici**, il 28% 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; contrariamente al quadro delineato per i disturbi da sostanze, i padri presentano invece tassi inferiori di questo tipo di problematica (si stima attorno al 13%). 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

28%

MADRE con
PROBLEMI PSICHIATRICI

13%

PADRE con
PROBLEMI PSICHIATRICI

occultazione o di meccanismi familiari di negazione più inconsapevoli, tali dati devono essere considerati come parziali.

Meno frequenti e solo eccezionali sono i casi in cui la madre ha una storia presente o passati di criminalità (4%); relativamente ai padri, invece, l'indagine rivela una percentuale più consistente di criminalità (9%)

In altri casi, le esperienze traumatiche di cui sopra, si inseriscono in una storia evolutiva segnata da separazioni precoci e cambiamenti significativi del contesto di cura che si traducono poi in situazioni di affidamento e/o adozione, che caratterizzano rispettivamente l'1 e l'8% del nostro gruppo di pazienti.

9%

**AFFIDAMENTO E/O
ADOZIONE**

Infine, anche altre tipologie di esperienze avverse riguardano i giovani pazienti stessi, 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**, che sono riportati addirittura dal 34% dei residenti: spesso già in adolescenza, in altri nel corso della giovane età adulta. Il dato risulta inferiore a quanto rilevato per lo scorso anno.

35%

**ALMENO UN
TENTATIVO DI
SUICIDIO**

In associazione a questo tema, riportiamo il dato relativo alle esperienze di overdose, che abbiamo inserito nel dominio delle esperienze avverse, dato il loro potenziale di rischio non solo ovviamente a livello fisico ma anche a livello psichico in quanto esperienza traumatica di esposizione a un rischio per la propria incolumità. Nel nostro gruppo, 42 pazienti riportano di aver esperito almeno un'overdose, e nello specifico tra questi: il 60% 1 volta, il 26% 2 volte, e il 15% 3 volte. Si ricorda che tale argomento è oggetto di un'attenzione particolare da parte dei Servizi e Operatori del mondo delle dipendenze: a seguito dell'esacerbarsi della crisi degli oppioidi e dell'incremento del numero di overdose, anche a carico dei più giovani, da qualche anno e sono state schierate diverse iniziative di formazione e prevenzione.

CONDIZIONI DI VITA

Nonostante la giovane età, sono molti i pazienti che riportano di aver trascorso almeno un periodo senza fissa dimora, intendendo con questo sia periodi in cui la persona ha vissuto in maniera non stabile (ospite di amici, hotel, etc.) sia periodi di vita in strada, con tutte le esperienze traumatiche che essa può potenzialmente comportare. Del 37% che riporta questo tipo di esperienza, per 16 si è trattato di un periodo da qualche giorno a qualche mese, mentre per 7 questa è stata una condizione stabile e durevole da 1 a 3 anni di tempo.

37%

**PERIODI SENZA
FISSA DIMORA**

Tra i pazienti accolti e seguiti nel 2021, 4 sono genitori, e per ciascuno di essi, qualora possibile, è stato garantito un lavoro di supporto ed elaborazione sul piano della genitorialità

al fine di poterli aiutare a sostenere, migliorare, ristabilire il proprio essere genitori, la relazione con il figlio e il benessere di questo ultimo.



IL RAPPORTO CON I SERVIZI INVIANI

LE SEGNALAZIONI DEI SERVIZI INVIANI

Nel corso del 2021 Villa Renata ha accolto un totale di 70 segnalazioni da parte dei colleghi dei Servizi per le Dipendenze, nei termini di richieste di avvio di un iter di valutazione e di accoglienza. Tale percorso si realizza con un primo contatto da parte del Servizio (nei casi in cui sia un paziente stesso o un genitore a prendere contatti con la Comunità, si rinvia comunque al Servizio territoriale di competenza). Una volta appurata la possibile compatibilità del caso con il nostro programma di cura (in termini di risorse/problematiche del paziente, situazione giudiziaria, etc.), si procede con degli incontri realizzati dalla Direttrice dott.ssa Patrizia Cristofalo e con il coordinatore degli educatori dr. Carlo Bovo al fine di volto indagare la condizione tossicomantica, l'adattamento socio-individuale e il grado di motivazione.

Le segnalazioni riguardano:

- 61 nuovi pazienti
- 9 pazienti già conosciuti. Tra questi: 2 pazienti hanno ripreso il programma per una seconda volta a seguito della segnalazione; 2 pazienti, che avevano già svolto un programma presso Villa Renata, hanno fatto solo richiesta ma non è seguito un ingresso; i restanti sono pazienti già segnalati negli anni precedenti al 2021 e per i quali non era ancora avvenuto un ingresso.

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

29 INGRESSI IN CT 20 nel 2021 - 9 nel 2022	5 INSERIMENTI IN ALTRA STRUTTURA PIU' IDONEA	9 IN PERCORSO AMBULATORIALE
1 AUTOSEGNALAZIONE (invio al Ser.D competente)	4 DROP-OUT da Ser.D. 1 DROP-OUT in PRONTA ACCOGLIENZA	21 SEGNALAZIONE SENZA PROSEGUIMENTO

Ripensando all'andamento delle segnalazioni nel tempo, osserviamo un cambiamento delle segnalazioni negli ultimi anni: abbiamo assistito ad un abbassamento dell'età di accesso e ad un aumento di complessità dei casi, con molti più poliabusatori, ragazzi meno complianti e meno motivati alla cura.

Di fronte ad un aumento quantitativo (per numero di richieste e casi seguiti) e qualitativo (per complessità) del fenomeno, si osserva una progressiva diminuzione di figure professionali nei Ser.D, per molteplici motivi che non stiamo qui a commentare, il che si traduce sempre più spesso nel non riuscire a dare quella risposta immediata e/o lungimirante che i pazienti, in maniera particolare i più giovani, necessiterebbero.

La conseguenza nel nostro operare quotidiano in Comunità è quello di lavorare sempre più spesso in un clima emergenziale, più vicino a quella di una Pronta Accoglienza, in particolare nei primi 6 mesi dall'ingresso. Ciò porta ad allungare i tempi di cura, ad offrire percorsi sempre più personalizzati e purtroppo va considerato il rischio di un aumento del burn-out tra gli operatori.

Assistiamo quindi ad un fenomeno che vede sempre più ragazzi giovani a faticare nel portare a termine il progetto terapeutico, con il conseguente vissuto di fallimento e di sfiducia nella cura, ma in concomitanza, anche un aumento del numero dei ragazzi che chiede di riprendere il percorso da dove lo hanno abbandonato.

Assistiamo infine, ad un aumento di richieste da parte dei Ser.D. per giovani e giovanissimi detenuti in carcere.

PROGETTO CHANCE

Sperimentazione di un modello integrato per la presa in carico di giovani tossicodipendenti

Nel contesto descritto nel paragrafo precedente, si inserisce il progetto sperimentale Chance condiviso nell'ambito del Dipartimento delle Dipendenze dell'Ulss3, cui partecipano gli enti del privato sociale accreditato e la Città Metropolitana di Venezia. All'origine del progetto si colloca un'analisi dei bisogni che ha individuato come prioritaria la necessità di dare risposte efficaci, rapide e condivise a situazioni di gravi criticità (spesso caratterizzate da un'altra conflittualità espressa e/o dalla necessità di un forte contenimento) che riguardano minori in carico ai servizi per i quali è necessario operare un allontanamento dal contesto familiare. In risposta a tale situazione, si è previsto di adottare in via sperimentale e attraverso la collaborazione delle CT del territorio, inserimenti di minori tossicodipendenti in percorsi terapeutici residenziali e semiresidenziali caratterizzati da un progetto personalizzato e di un accompagnamento individualizzato. L'anno 2021 ha visto la CT Villa Renata attiva nell'ideazione, implementazione e attivazione di dispositivi che porteranno nel 2022 all'effettivo inserimento di pazienti minorenni. In quest'ottica, la comunità Villa Renata, attraverso la Direttrice, ha

partecipato alla “cabina di regia” per il coordinamento del progetto e ha partecipato al gruppo di lavoro per la definizione dei criteri per la selezione dei casi e la loro valutazione, considerando priorità, tempi e modalità per l’inserimento dei minori in percorsi residenziali e semiresidenziali, oltre che lavorare per elaborare un progetto formativo rivolto agli operatori dei servizi pubblici e privati.

ESITI DEI TRATTAMENTI

Nel corso del 2021 sono avvenute 28 dimissioni, numero che comprende interno modalità molto diverse tra loro di fine del trattamento: trattamenti conclusi, dimissioni concordate, allontanamenti e auto-dimissioni; per ciascuna riportiamo nel dettaglio i dati.

In linea con gli anni precedenti, la maggior parte delle dimissioni si è verificata in una modalità che possiamo definire positiva, comprendendo i casi di:

- **trattamento concluso:** si realizza quando è avvenuto il raggiungimento di tutti gli obiettivi di cura concordati tra paziente, Servizio inviante e Comunità Terapeutica; nel 2021 la quota ammonta a 6 dimissioni, pari al 21%
- **dimissioni concordate:** si realizza quando gli obiettivi di cura, definiti tra paziente, Ser.D. e Comunità sono stati raggiunti per la maggior parte, ma non nella totalità; nel 2021 si registrano 10 dimissioni concordate, pari al 36% (la quota maggiore).

57%

**CONCLUSIONI
POSITIVE DEL
PERCORSO
RESIDENZIALE**

La terza modalità con il programma di cura arriva a termine e che si è verificata nel 2021 è stata quella delle **auto-dimissioni**, che hanno interessato 9 soggetti (corrispondenti al 32% del totale), dato che si allinea con quanto precedentemente rilevato. Le auto-dimissioni rappresentano un fenomeno a cui porre sempre molta attenzione, in quanto indice di situazioni critiche in cui non c'è stato modo di poter lavorare per la conclusione della comunità in una maniera condivisa e co-costruita e in cui è prevalsa la volontà di interruzione da parte del paziente che ha agito in autonomia e in maniera unilaterale.

Infine, nel 2021 contrariamente agli anni precedenti, si sono purtroppo verificati degli **allontanamenti**, per la precisione in 3 casi. Tale casistica si verifica in situazioni limite in cui il paziente si rende protagonista di un agito (trasgressioni, violenza, messa a rischio della propria o altrui incolumità) che, per la sua portata di rischio o di recidività, richiede un intervento di tutela (della comunità, del gruppo dei pazienti e del paziente stesso) da parte dei curanti. Ovviamente, tali episodi sono necessariamente oggetto di riflessione, per comprendere cosa li ha preceduti in modo da poterli ridurre il più possibile.

Per quanto riguarda lo specifico della fase del reinserimento, le dimissioni sono state 9, di cui: 5 con trattamento concluso; 3 con dimissioni concordate; 1 con auto-dimissione.

NUOVI ORIZZONTI: LA CURA NEL TEMPO POST-DIMISIONI

Anche quest'anno, come ormai di consuetudine, il report dedica uno spazio al tempo successivo alle dimissioni e al tipo di contatti con le diverse agenzie di cura (Ser.D., Comunità Terapeutica) coinvolte. Ciò, per restituire quanto sia nelle corde di Villa Renata occuparsi del paziente, nel modo e nel livello possibili, anche nel tempo dopo la dimissione. 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:**

- 4 pazienti, hanno spontaneamente chiesto di poter proseguire con il rapporto di psicoterapia individuale e attualmente intrattengono rapporti informali con la Comunità (telefonate, visite, attività, etc.)
- 1 paziente ha intrattenuto rapporti informali continuativi con la Comunità
- 1 paziente non ha mantenuto rapporti né con la Comunità né con il Ser.D.

• **Dimissioni concordate**

- 1 paziente ha mantenuto i rapporti con la comunità (colloqui di psicoterapia e incontri con gli educatori)
- 5 pazienti hanno mantenuto i rapporti con il proprio Ser.D. di riferimento
- 4 pazienti non hanno mantenuto alcun rapporto, né con la Comunità né con il proprio Ser.D.

• **Auto-dimissioni**

- 5 pazienti hanno mantenuto i rapporti con il proprio Ser.D.
- 3 pazienti non hanno mantenuto alcun rapporto, né con la Comunità né con il proprio Ser.D.
- 1 paziente non si dispone di informazioni

• **Allontanamenti**

- 1 paziente ha realizzato un secondo ingresso in Comunità
- 2 pazienti non hanno mantenuto alcun rapporto, né con la Comunità né con il proprio Ser.D.

DISPOSITIVI DI CURA

LA PRESA IN CARICO FARMACOLOGICA

Nelle sezioni successive vengono presentati i dati relativi alle 73 prese in carico dell'anno 2021 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 66% dei pazienti (pari a 48) ha una prescrizione di una terapia psicofarmacologica, indicata dai Ser.D. invianti. Per questi 48, la prescrizione include soprattutto ansiolitici e antidepressivi (57% e 52% rispettivamente), e antipsicotici nel 44% dei casi. Meno frequenti sono le prescrizioni di farmaci stabilizzatori dell'umore e sedativi ipnotici (con percentuali attorno al 16%).

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

66%

**TERAPIA
PSICOFARMACOLOGICA
ALL'INGRESSO**

DURANTE IL PERCORSO TERAPEUTICO

Per la maggior parte dei 48 pazienti che presentavano una terapia psicofarmacologica già all'ingresso durante il percorso terapeutico è avvenuta una modifica della prescrizione: si tratta di 40 pazienti, pari all'83%. Spesso, e nello specifico per 25 pazienti, **la direzione di modifica intrapresa è stata quella della riduzione del numero e quantitativo dei farmaci prescritti**. Per 11 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 13 pazienti).

56%

**DEI PAZIENTI SENZA TERAPIA
CON SUCCESSIVA
PRESCRIZIONE IN CT**

Del gruppo di pazienti senza prescrizione psicofarmacologica al momento dell'ingresso in Comunità (pari a 25), il 56%, (quindi 14 soggetti) ha avuto la necessità di introdurre un supporto farmacologico, in diversi momenti del 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 un caso stabilizzatori dell'umore. Complessivamente, quindi solo 11 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 29 totali, 11 presentavano una terapia farmacologica (7 con antidepressivo, 1 con stabilizzatore dell'umore, 1 con antipsicotico e 2 con farmaco specifico). Per 2 di questi pazienti (e per 1 paziente che non aveva terapia farmacologica al reinserimento) è stato introdotto anche 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 28 pazienti. Di questi, 14 presentavano una terapia farmacologica prescritta al momento delle dimissioni: per 18 di loro le dimissioni sono avvenute nella prima fase del programma di cura, per 10 nella fase del reinserimento. 19 di loro presentavano una prescrizione all'ingresso, mentre per 5 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 8 auto dimissioni, 4 pazienti presentavano una prescrizione all'ingresso, mentre per 3 è stata introdotta successivamente, 1 paziente non ha mai avuto bisogno di un supporto farmacologico. Al momento delle dimissioni, la maggior parte, 7, aveva ancora un qualche tipo di farmaco prescritto. Tale prescrizione includeva in molti casi un farmaco antidepressivo o antipsicotico, 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 e 6 senza (2 non avevano mai avuto prescrizione e 4 hanno terminato in maniera condivisa prima della fine).

Infine, del gruppo di 6 pazienti che ha concluso completamente il programma terapeutico (trattamento concluso), 1 ha mantenuto la terapia farmacologica anche successivamente alle dimissioni, 4 lo hanno ridotto e rimosso nel corso del trattamento e prima delle dimissioni, mentre 1 altro non ha mai avuto una prescrizione di farmaco.

TERAPIA SOSTITUTIVA

ALL'INGRESSO

Al momento dell'ingresso a Villa Renata, il 63% dei pazienti in carico nell'anno 2021 (pari a 46 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 una media di 16mg. I restanti, nonché la maggior parte e cioè 34 utenti, presentavano invece la prescrizione di farmaco metadone, con un dosaggio che varia ampiamente dai 10 ai 180 mg (per una media di 60mg).

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 2021) sono 39 su 46: fanno eccezione 3 pazienti che si sono auto-dimessi dalla comunità terapeutica prima dell'inizio dello scalaggio, e 4 pazienti per i quali l'inizio della riduzione di assunzione di sostitutivo è avvenuta nell'anno successivo, il 2022.

Per questo gruppo di 39, l'inizio dello scalaggio si colloca mediamente a 2,6 mesi dall'ingresso (l'anno scorso il dato era simile, sebbene lievemente inferiore: 2,4), con un range da 0,1 mesi (casi in cui lo scalaggio era già stato programmato dal Servizio Inviante) a 6,2 mesi.

Relativamente all'esito del processo di scalaggio, tenendo presente che per 4 pazienti questo obiettivo non è stato ancora temporalmente raggiunto ed è previsto per il 2022, nell'82% dei casi questo si è concluso positivamente, il che corrisponde a 32 pazienti; tale percentuale è leggermente maggiore rispetto a quella rilevata lo scorso anno (80%). Per 5 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 (155, 100, 65, 25mg), e non è quindi possibile trarre conclusioni significative di gruppo, limitando le considerazioni alla singolarità del caso.

I dati ci dicono che il processo di scalaggio del farmaco sostitutivo, il quale rappresenta un passaggio di cura importante nel programma di Villa Renata, è un obiettivo raggiunto per tutti quei pazienti che rimangono in trattamento. Inoltre, lo scalaggio rappresenta un obiettivo con cui non si esaurisce il trattamento, ma un suo step.

La durata della fase dello scalaggio è stata mediamente sotto i 5 mesi (4,7 mesi), variando da un tempo minimo di 1 mese ad un tempo più lungo anche di 10 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 (3): di fatto, come lo scorso anno, si tratta di casi di auto-dimissione in cui non è stato possibile contrattare un

63%

TERAPIA SOSTITUTIVA
ALL'INGRESSO

5 MESI

IL TEMPO MEDIO PER PORTARE A
TERMINE LO SCALAGGIO DEL
SOSTITUTIVO

proseguimento diverso.

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.

VACCINAZIONI COVID

A marzo 2021 un team di operatori dell'Ulls 3 ha dato avvio alla campagna vaccinale per gli operatori e gli utenti della CT, con grande soddisfazione, vista l'attesa, del gruppo curante e dei pazienti. La partecipazione è stata totale e non ci sono state defezioni: tutte e tutti hanno aderito, e anzi visto il ritardo, nella vaccinazione, rispetto agli Enti Pubblici gli operatori autonomamente hanno inviato mail alla Regione del Veneto per sollecitare l'intervento. È indubbio che la copertura vaccinale ha permesso al gruppo curante di lavorare, pur sempre nella complessità, in una condizione di maggior serenità.



Finalmente, arriva il vaccino!



*Il team delle operatrici che hanno effettuato le vaccinazioni.
GRAZIE!*

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 2021 sono stati in totale 28. 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 2021; un paziente ammesso a questa fase nel 2018 e dimesso nel 2021; un gruppo più consistente di 11 pazienti inseriti nel 2019, 7 pazienti il cui inserimento è avvenuto nel 2020 e infine 8 pazienti che hanno intrapreso questa fase nel 2021.

28

PAZIENTI PER LA FASE CLINICA
DEL REINSERIMENTO SOCIO-
LAVORATIVO

21mesi

MEDIAMENTE NECESSARI
PER IL PASSAGGIO A
QUESTA FASE CLINICA

Mediamente il passaggio a questa fase avviene a 21 mesi dall'ingresso, con una variabilità piuttosto ampia dai 14 ai 37 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 29% 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.

29%

DONNE

Dei 28 pazienti, 19 (pari al 68%) provengono dalla Regione Veneto e si distribuiscono tra le varie Ulss di afferenza in questo modo: 5 per l'Ulss 8 Berica; 4 per l'Ulss 9 Scaligera; 2 dell'Ulss 6 Euganea; 1 per l'Ulss 1 Dolomiti, 2 per l'Ulss 2 Marca Trevigiana, 1 per l'Ulss 4 Veneto Orientale. Due pazienti in carico in questa fase afferiscono all'Ulss 3 Serenissima (Chioggia). I restanti 9 utenti provengono da Servizi fuori dalla Regione Veneto; 4 sono stati inviati dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, seguono con 1 paziente ciascuno l'Azienda Sanitaria delle Marche; l'Azienda Sanitaria Locale di Ostuni; Azienda Usl Chieti; Azienda Sanitaria Termoli e l'Azienda Sanitaria Locale Biella. 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'età media dei pazienti al momento dell'ingresso alla fase del reinserimento è di **26,5 anni** e di fatto il 43% dei pazienti ha tra i 18-24 anni, il 28% tra i 25-30, quindi con una somma del 71% nella giovane età adulta. Ovviamente, seguendo l'andamento temporale, aumenta rispetto al momento dell'ingresso la quota di pazienti nella fascia over 30. 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.

26,5 ANNI
ETA' MEDIA INGRESSO AL
REINSERIMENTO

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.

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. Nella prima parte del 2021, 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 in già evoluzione dal 2020.

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 79% dei pazienti ammessi alla fase del reinserimento ha in generale lungo il proprio percorso di cura avuto questo accesso; nello specifico del 2021 il **75% lavorava presso la cooperativa**. 15 pazienti sono stati assunti con mansioni di addetto alla manutenzione del verde pubblico o privato (alcuni di questi hanno lavorato anche nell'edilizia e nell'idraulica/impianti tecnici), e 4 con mansioni di barista /cameriere.

I pazienti che invece hanno trovato impiego nel libero mercato hanno svolto mansioni nella distribuzione alimentare (4 persone), nella ristorazione (bar-gelateria-hotel) (1 persona), nell'attività commerciali di altro tipo (1 persona), come tecnico impianti (1).

ATTIVITÀ FORMATIVE E TEMPO LIBERO

17 su 28 pazienti hanno svolto con regolarità nel corso del 2021 attività sportive e ricreative tra cui calcio (3), palestra (5), corsa (4), danza (2), arrampicata, basket e boxe, fotografia, canto e teatro.

1 paziente ha frequentato la scuola secondaria di secondo grado durante questa fase terapeutica e 2 pazienti si sono iscritti all'università. Inoltre, 5 pazienti hanno seguito corsi di formazione durante il 2021 alcuni dei quali sono stati: formazione su software gestionali per strutture ricettive, formazione su logistica, formazione aiuto chef, lavori in quota e primo soccorso. 1 paziente inoltre ha conseguito l'esame per la patente di guida durante il 2021.

TERAPIA SOSTITUTIVA

Il livello evolutivo di questa fase clinica viene restituito anche dal fatto che nessun paziente del reinserimento assume terapia sostitutiva.

Per quanto concerne le prescrizioni per terapia psico-farmacologica nell'anno in esame, 11 pazienti, pari al 38% del totale, assumevano una terapia: per più della metà dei casi un antidepressivo (7 pazienti), seguito da neurolettici (3 casi) e stabilizzatori dell'umore (1 paziente).

I pazienti con terapia disassuefante Etiltox sono stati 3, quindi il 10%; tale supporto è stato utilizzato in alcuni casi in risposta a momenti critici e quindi in maniera temporanea, mentre in un caso ha costituito un intervento più stabile nel tempo.

LE DIMISSIONI

Nel 2021 ci sono state 9 dimissioni di pazienti dal reinserimento. Si tratta di 8 trattamenti conclusi, e 1 auto-dimissione. Notiamo quindi un miglioramento rispetto allo scorso anno in cui abbiamo assistito a un numero più elevato di auto dimissioni, potenzialmente riconducibili anche alle difficoltà legate al periodo critico di lockdown del 2020, un cambiamento radicale delle condizioni esterne, da cui l'incertezza del proprio progetto e la maggiore difficoltà a motivarsi.

I trattamenti conclusi sono avvenuti a una media di 4 anni dall'ingresso in Comunità con il percorso più breve di 2,5 anni e quello più lungo di 5 anni; mentre l'unica auto dimissione è avvenuta intorno ai 2 anni.

Il tempo medio totale del trattamento è attorno ai 45 mesi, equipartito tra circa 22 mesi nella prima fase e 22 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 riportare 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 del 2021 sono 8 maschi e 1 femmina e hanno un'età media di 25 anni, con una variazione che va dai 21 ai 31 anni. Rispetto allo scorso anno l'età media dei dimessi (30 anni nel 2020) si è notevolmente abbassata.

Al momento delle dimissioni la situazione lavorativa dei pazienti si presenta come abbastanza diversificata: 6 impegnati presso una Cooperativa di tipo B (manutenzione del verde, impianti tecnici e ristorazione) e 3 impegnati nel libero mercato (commercio e impianti tecnici); nessun disoccupato.

Infine, è importante riportare che del gruppo dei dimessi, 8 (quindi l'88%) ha deciso di rimanere nel territorio veneziano e limitrofo 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.

ATTIVITA' DEL REINSERIMENTO NEL 2021

La fase del reinserimento ha acquisito nel corso degli anni una sempre maggiore rilevanza. In virtù dell'importanza svolta da questa fase nel processo di cura, sono state molte le energie dedicate dal gruppo curante in questo stadio, al fine innanzitutto di mettere in essere delle basi consolidate e capaci di rispondere a una pluralità di compiti (dalla quotidianità, all'occupazione, al tempo libero, senza venire meno alla cornice terapeutica, anzi facendo di queste un'occasione terapeutica) garantendo un giusto **equilibrio tra autonomia e protezione** per i pazienti. Successivamente, l'impegno è andato nella direzione, impervia e che ancora pone molte sfide, di calibrare la proposta terapeutica ai bisogni e alle necessità di un gruppo sempre più giovane con poche competenze ed esperienze.

Per quanto riguarda i dispositivi offerti si rinvia al programma delle attività e ai precedenti report, di seguito si evidenziano le attività più significative svolte nell'anno 2021, considerando che è stato il primo anno in cui sono riprese, seppur molto parzialmente, le attività di out door proposte ai nostri giovani, volte a favorire l'inclusione sociale e alla promozione di nuovi modi di sperimentare il piacere e di collettivizzare le esperienze.

- *Educazione alimentare e apprendimento abilità culinarie*: percorsi di preparazione di e condivisione di pranzi e cene di pesce, specialità etniche, pizza, dolci;
- *Attività sportive*: biciclettate a Lio Piccolo, uscite in barca a conoscere la laguna veneziana, esperienze a cavallo, iscrizione a tornei di beach volley, partecipazione a maratone in notturna presso Comuni limitrofi, ciaspolate diurne e serali, ferrate, sport invernali, partecipazione a tornei di



calcio e calcetto, partecipazione alla Venice Marathon e ad altre competizioni.

- *attività ludico ricreative*: shopping fra donne, pic-nic al parco di San Giuliano, partecipazione alle prime del teatro all'Avogaria, partecipazione a concerti quali Murubuto, Zen circus, Manu Chau, visione di film al cinema, bowling, go-kart, spettacoli al teatro Goldoni, visita alla Fiera dell'oriente a Padova
- *attività pedagogiche*: riunioni con temi quali *"i fantasmi di ieri ed oggi"*, *"la ruota del come sto"*; uscita a teatro allo spettacolo "partita aperta" a Mirano sulla ludopatia.



Una particolare attenzione è rivolta alle proposte legate al territorio e alle attività montane, da cui un nuovo progetto **SENTI...ero Attrezzato**

Senti...ero attrezzato è un'esperienza che nasce con l'idea di far conoscere la montagna ai ragazzi residenti in Comunità, nella sua interezza, fatta di fatica, sacrificio, rinuncia, costanza e programmazione.

Questo progetto nasce a maggio del 2021 con un'uscita propedeutica e selettiva in val Gallina dov'è presente una palestra di roccia nei pressi di Longarone in provincia di Belluno.



Esso si è sviluppato nell' arco di altre 4 uscite nei mesi successivi di cui una articolata in più giorni:

- 22 maggio: Val Gallina (BL)
- 19 giugno: Sentiero attrezzato Bepi Zac, Passo San Pellegrino (TN)
- 2-3-4 luglio: Rifugio Caviazza, Lagazui, Sentiero kaiserjager e Gallerie Grande Guerra.
- 7 agosto: Ferrata Roda di Vael Passo Costalunga (BZ)

Durante queste uscite i pazienti si sono misurati con la fatica della salita, la soddisfazione della vetta, hanno potuto sperimentare la gestione dell'adrenalina e la capacità di non perdere forza e concentrazione anche nei momenti alpinisticamente meno banali. Hanno lavorato prima dell'escursione dedicando molto tempo alla sicurezza, conoscenza e nella preparazione dell'attrezzatura per poi sperimentarla in ambiente. Hanno potuto parlare di rischio e di pericolo in modo diverso dal solito.

Al progetto hanno partecipato complessivamente 19 ospiti alternandosi nelle uscite che prevedevano la partecipazione di massimo 10 persone. In 6 hanno partecipato a tutte le uscite.

Perché la montagna?

Perché in montagna non puoi sprecare fiato per parole inutili. Lo devi conservare per arrivare in cima, e il resto è silenzio o parole gentili. Perché l'unico peso è lo zaino. Non c'è peso per il cuore. Perché tutti, se lo desiderano, possono arrivare in cima. Solo un passo dietro l'altro. Perché incroci persone che trovano ancora un momento per salutarti. Perché non ci sono orpelli: ci sei tu e c'è il tuo corpo, che devi custodire e curare, se vuoi avere le forze. C'è il cielo con i suoi umori. Non si scherza con la pioggia, il vento, la neve o la notte. Devi fare molta attenzione, e tornare a quello stadio primitivo in cui la natura e i suoi movimenti erano parte della tua vita, parte integrante del tuo quotidiano. Non puoi snobbare la natura, in montagna: ti tira per la manica, ti chiede di guardarla, di studiarla, di esserle presente.

In montagna puoi e devi essere presente a te stesso, senza distrazioni. Forse è per questo che, sopra tante vette, telefonini e internet funzionano a singhiozzo... è la natura che ti dice: "Lascia stare, lascia stare il superfluo. Stai con gli amici. Stai con gli animali. Stai con te stesso. Non ti serve nient'altro".

IL GRUPPO GENITORI

Come tutti gli anni anche per il 2021 lo spazio riservato ai genitori è inserito nel ben più articolato e complesso sistema di presa in carico dei ragazzi ospiti presso la Comunità.

Ai genitori viene offerto uno spazio dove poter contenere e trasformare i vissuti portati dai singoli partecipanti, con l'obiettivo di cercare, attraverso il rispecchiamento nell'altro una maggiore conoscenza di sé.



La partecipazione al gruppo permette, a volte, la rottura dell'isolamento che questi genitori vivono quando un membro della famiglia esprime la propria sofferenza nella dipendenza.

Il confronto all'interno del gruppo ha l'obiettivo di portare il singolo a riflettere sulla propria storia individuale, di coppia, e del proprio ruolo genitoriale e sociale.

La famiglia è chiamata, quindi, a gestire un ruolo attivo nel processo di superamento della tossicodipendenza.

Le finalità del gruppo sono quelle di coinvolgere i genitori nel programma della comunità, dare sostegno e favorire una rielaborazione del proprio modo di essere genitori e tollerare i momenti di difficoltà insiti in ogni percorso di cura. Tale spazio vuole offrire ai genitori un luogo sereno e sicuro dove i tempi interni di tutte/tutti vengono rispettati. L'atteggiamento iniziale, anche nel 2021, dei genitori è stato quello di riversare nel gruppo i sentimenti negativi vissuti durante la tossicodipendenza del figlio per lasciare poi spazio ad una assunzione di responsabilità, recuperando quindi il proprio "spazio educativo" che aumenta l'efficacia del trattamento delle /dei loro figlie/i.

Il ruolo della terapeuta è quello di facilitare la comunicazione evidenziandone le resistenze. Far riflettere sulla coerenza dei propri comportamenti rispetto al trattamento e quelli che vanno a sabotare la terapia, aiutarli a comprendere i comportamenti di co-dipendenza e comportamenti non adeguati allo scopo di creare un sistema relazionale diverso ed un ascolto affettivo.

OBIETTIVI

Gli obiettivi proposti:

- 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 nuove relazioni:

ATTIVITA'

Vista la persistenza della pandemia anche nel 2021 si è proposto ai genitori vecchi e nuovi di partecipare agli incontri da remoto. Si sono svolti 3 gruppi, mantenendo la formula di gruppi brevi (3 mesi) chiusi e ripetibili. La scelta limitata di sedute permette a genitori di impegnarsi in almeno un percorso. Mentre per quelli che scelgono di utilizzare tale strumento più volte ha permesso loro, di creare e, far creare un clima di integrazione ed accoglienza che ha favorito, una maggiore apertura a quelli appena entrati.

Sono stati condotti da una psicologa – psicoterapeuta ad orientamento psicodinamico.

I genitori sono stati incontrati individualmente dalla psicologa referente delle famiglie, per un colloquio di conoscenza reciproca, ove si è proposto il dispositivo di gruppo (tra l'altro già comunicato dalla direttrice durante i colloqui di pre-accoglienza del figlio/a), per valutare la motivazione e la fattibilità ad intraprendere tale percorso.

L'équipe curante partecipa assieme ai Servizi inviati l'inserimento dei genitori ai gruppi.

Le sedute quindicinali di h. 1,30 si sono svolte in fascia tardo serale utilizzando la piattaforma zoom. L'utilizzo del mezzo informatico per alcuni è stato molto difficoltoso perché non divedi nell'utilizzo però non si è dimostrata una resistenza.

La possibilità del non spostamento dalla propria abitazione o lavoro ha permesso la partecipazione di genitori che non avrebbero potuto essere in presenza visto la lontananza ed anche la scelta dell'orario ha facilitato la partecipazione.

NUMERI

Due gruppi sono proseguiti per 3 cicli, mentre un altro gruppo ha svolto 2 cicli avendo preso avvio più tardi durante l'anno; la frequenza di ciascun ciclo è stata la seguente:

Gruppo 1:

- Il 1 ciclo ha visto la frequenza del 75% dei partecipanti
- Il 2 ciclo ha visto la frequenza dell'80% dei partecipanti
- Il 3 ciclo ha visto la frequenza dell'85% dei partecipanti

GRUPPO 2:

- Il 1 ciclo ha visto la frequenza del 91% dei partecipanti
- Il 2 ciclo ha visto la frequenza del 65% dei partecipanti (due genitori dopo l'abbandono del figlio non hanno più partecipato)
- Il 3 ciclo ha visto la frequenza del 90% dei partecipanti

GRUPPO 3:

- Il 1 ciclo ha visto la frequenza del 98% dei partecipanti
- Il 2 ciclo ha visto la frequenza del 90% dei partecipanti

I partecipanti afferivano ai seguenti Ser.D.: Ulss 1 Dolomiti, Ulss3 Serenissima, Ulss 2 Marca Trevigiana, Ulss4 Veneto Orientale, Ulss 6 Euganea, Ulss 9 Scaligera, Ser.D. Brunico, Ser.D. Biella, Ser.D. Torino.

RISULTATI

Nonostante il 2021 sia stato un anno particolarmente problematico vista la situazione pandemica abbiamo mantenuto attivo il rapporto con i genitori utilizzando una nuova formula, quella in remoto, che da una parte ha permesso a più persone di partecipare, dall'altra, data la distanza e lo schermo ha a volte messo in difficoltà il terapeuta a cogliere aspetti più impliciti e non verbali della partecipazione legati al corpo, allo sguardo ecc.

Nonostante ciò, la partecipazione è stata superiore a quella dell'anno precedente, anche se è venuto meno quel rapporto extra gruppo che negli anni passati è nato e si è sviluppato come gruppo di auto aiuto.

Il lavoro ha permesso loro di giungere ad una diversa consapevolezza del proprio ruolo genitoriale, così da riuscire a relazionarsi diversamente con il figlio/a e di vederlo come diverso da sé e con desideri e contenuti molto spesso diversi da loro ma ugualmente profondi.

Il lavoro grupppale ha inoltre permesso una maggior alleanza tra famiglie e gruppo curante della Ct Villa Renata

I DISPOSITIVI EDUCATIVI STORICI DI VILLA RENATA

La nostra è una comunità terapeutica specialistica, la cui peculiarità è stata fin dall'inizio la presa in carico psicoterapica individuale con cadenza settimanale, oltre a quella di gruppo. Tuttavia, fin da subito abbiamo posto un'attenzione particolare alle attività all'interno della comunità mantenendo sempre uno sguardo rivolto all'esterno con l'obiettivo dell'inclusione sociale.

Gli ospiti dei decenni passati, come gli ospiti sempre più giovani che accogliamo oggi, portano la necessità che la giornata venga organizzata e programmata dando un valore allo scorrere del tempo, considerando anche che molti dei nostri pazienti arrivano da un passato di vita sregolata e possono vantare ridotte e basiche competenze pratiche. I capisaldi che guidano ed hanno guidato l'organizzazione delle nostre attività sono: **Il piacere**, conosciuto in precedenza per molti solo tramite la sostanza, **la curiosità**, che spesso ha spinto i nostri pazienti verso la sostanza e la **crecita**.

Avere delle attività strutturate con un inizio ed una fine aiuta maggiormente la ritenzione dei nostri pazienti e questo favorisce i tempi presupposti per la formazione di una relazione ed alleanza terapeutica tra terapeuti e pazienti, rafforzando il percorso di cura.

La nostra comunità, rispetto ad altre realtà, ha una sede/contesto anomala. Essendo una comunità non grande, con pochi spazi a disposizione per le attività, abbiamo fatto di necessità virtù e lavorato fin da subito con i pazienti con un occhio rivolto all'esterno, creando delle reti sociali fuori dalla nostra sede. Se da un lato questa è stata una necessità, dall'altro questo approccio ci permette tutt'ora di lavorare verso uno dei nostri obiettivi principali: l'inclusione sociale.



Dando per scontate la formazione (continua) e le competenze specialistiche dei nostri operatori nella loro professionalità, abbiamo sempre cercato di valorizzare quello che consideriamo l'imprescindibile valore aggiunto: il loro benessere, le loro passioni e le abilità "in più". Ciò diviene un forte apporto alla quotidianità di Villa Renata, tale da divenire poi nel tempo anche veicolo di benessere per i pazienti e la comunità, trasformandosi in progetti decennali.

IL PROGETTO MUSICA



Il progetto Musica, ad esempio, nato nel 2006 ed in continua evoluzione si è sviluppato dal dialogo con uno dei nostri educatori, assistente sociale di formazione, ma anche musicista, compositore e cantautore, su come la musica potesse diventare un fine dispositivo di musicoterapia all'interno della nostra comunità. Questo progetto facoltativo, ma che gode di un'alta adesione e ritenzione dei nostri ospiti, permette uno spazio nel quale i ragazzi vengono accompagnati ed incoraggiati a superare la paura del foglio bianco, esprimere i loro pensieri (che possono essere propedeutici ad un lavoro su di sé) in testi ed essere protagonisti. Oggi il progetto è costituito da un laboratorio di scrittura creativa di testi che culmina nell'incisione di due dischi all'anno e due esibizioni. Quest'anno la Ct ha realizzato il 29 "album" di canzoni, totalizzando circa 300 tracce inedite.

Accanto al progetto musica, momento di protagonismo attivo, si propone e si realizzano trasferte per assistere a concerti dei più vari generi musicali.



IL PROGETTO TEATRO

Anche il progetto Teatro, nato insieme alla Comunità grazie alla collaborazione con un operatore attore e regista diplomato alla scuola dell'Avogaria di Venezia, è un'occasione per i pazienti di essere protagonisti e di sperimentarsi con la fatica dell'esprimersi sul palco, di adattarsi ai cambiamenti in itinere e di lavorare in gruppo in modo coeso attorno ad un copione creato ad hoc, ma anche di giocare (con se stessi e con gli altri), prendersi in giro e lavorare con il corpo e con la voce. Il progetto prevede due laboratori all'anno che culminano in due spettacoli teatrali nelle occasioni della festa di Natale e di maggio della Comunità. Riuscire a calare la realtà del teatro nella comunità significa permettere ai nostri pazienti un'esperienza di lavoro continuativo, costante e di costruzione che parte dalle basi. Infatti, nei primi appuntamenti vengono svolti esercizi relativi alla corporeità, al movimento nello spazio e all'impostazione della voce. Si passa poi allo studio di un copione costruito anche sulle caratteristiche dei pazienti, un compito faticoso e lungo che prevede una gratificazione ed un piacere del lavoro svolto solo dopo molti mesi tramite l'esibizione. Viene offerta quindi un'esperienza alternativa che permette di posticipare il piacere e la gratificazione nel tempo, che si contrappone nettamente all'esperienza della sostanza. L'operatore affronta la sfida di creare, guidare e coordinare un gruppo, aiutare a liberare ed esprimere la propria voce, motivare i ragazzi spesso poco entusiasti e costanti nel lavoro e permettere loro anche di esorcizzare delle loro caratteristiche tramite la finzione, l'ironia ed il gioco.



IL GIORNALINO DI VILLA RENATA

Un altro progetto nato dalla passione di un nostro educatore, in questo caso per la storia e la letteratura, è il giornalino interno di Villa Renata che prevede una pubblicazione mensile da parte di una redazione composta da circa 7 pazienti che si riuniscono 1-2 volte alla settimana. Per accedere al gruppo è necessario che i ragazzi mostrino motivazione e abbiano in mente cosa potrebbero apportare al lavoro; vengono attribuiti infatti ruoli e mansioni ben precisi che spaziano dall'impaginazione alle interviste, ai contributi poetici/letterari e grafici...

Il giornalino permette ai pazienti di avere uno spazio per riflettere sui temi di attualità, giocare e scherzare tramite la satira intelligente e l'ironia sul ruolo dell'educatore e sui pazienti (come alternativa all'aggressività e alla polemica) ed infine tramite il racconto delle attività del tempo libero di fissare e rielaborare le esperienze fatte e di promuoverle. Anche questo progetto favorisce la collaborazione e cooperazione di gruppo come alternativa alla mera complicità. I giornalini vengono esposti e distribuiti alle famiglie dei pazienti nelle occasioni di festa per far sì che anche loro possano conoscere le attività della Comunità e per trasparenza.



LE ATTIVITA' SPORTIVE

Importantissimi all'interno della nostra Comunità sono poi i progetti sportivi, tra cui il calcio, la pallavolo e la corsa. L'obiettivo principale di questi gruppi non è il raggiungimento di una performance sportiva ma la ricerca di benessere psicofisico e la relazione con il proprio corpo e con gli altri in un contesto di squadra.



Il progetto pallavolo è attivo da decenni ed è seguito attualmente da due educatrici appassionate di questa disciplina, con la collaborazione di un'associazione sportiva, dei suoi volontari e di una docente di educazione fisica. Per tale attività vengono assegnati due spazi settimanali all'interno della palestra comunale dalla municipalità del Lido. Il progetto è sia un dispositivo "interno" che prevede un'attività motoria propedeutica, allenamenti di pallavolo strutturati volti all'acquisizione di competenze tecniche, e momenti di gioco e partita, ma diventa anche " trampolino di lancio" per molti pazienti nel ricercarsi, una volta più autonomi, realtà esterne per coltivare questo tipo di piacere anche all'esterno della comunità.

Infatti, come tutte le attività proposte che nascono dalla scommessa dell'equipe di coinvolgere e far sentire protagonisti i pazienti in attività di piacere, dove accanto al divertimento, all'opportunità di conoscere e "apprezzare" il proprio corpo, questo sport riesce a fornire degli strumenti, delle abilità che favoriscono l'integrazione e l'inclusione sociale.

La pallavolo inoltre ha la peculiarità di essere uno sport di squadra in cui è assente il contatto fisico con l'avversario e richiede una particolare disciplina nel gestire l'aggressività durante la fase agonistica, che non può essere direzionata verso i compagni di squadra per non inficiare la performance.



GRAZIE ai nostri volontari: Lorenzo, Luisa, Andrea, Martina, Daniele, Genny

Il progetto calcio è un altro progetto decennale per la nostra comunità ed è nato anch'esso dalla passione di un nostro educatore. In questo dispositivo è prevista una maggior relazione con il proprio corpo e con quello degli altri. Esso concentra certamente sugli aspetti tecnici e sportivi, vantando anche una forte impronta pedagogica, di fatti diventano centrali in questa attività il lavoro sul rispetto dell'avversario, dell'arbitro e dell'autorità e sull'accettazione del risultato. C'è un focus importante sul fairplay, aspetto che è stato spesso riconosciuto alla nostra squadra in diversi tornei. Il gruppo calcio inoltre permette non solo il confronto con altre realtà del sociale che possono essere diverse dalla nostra e che incontriamo nei tornei sociali, ma anche di essere riconosciuti come realtà sportiva del territorio in tornei ed eventi locali. Tutto ciò favorisce l'integrazione, l'inclusione e la conoscenza di altre realtà e difficoltà vicine e lontane, basti pensare ai tornei annuali di Trieste e Pisa cui partecipa la nostra squadra portando a casa spesso ottimi risultati e molta soddisfazione.



Il nostro coach

Il gruppo corsa nasce invece molti anni fa da un'idea della direttrice che voleva focalizzare l'attenzione sulle ragazze, le quali avevano all'epoca meno opportunità di relazionarsi nello sport con la propria fisicità, a fronte di una corporeità spesso ancora più trascurata, quando non maltrattata, rispetto al maschile. Il progetto consisteva in degli allenamenti di corsa lungo il Lido alternato a dei momenti di riflessione e rielaborazione dell'esperienza, della stanchezza, la condivisione delle sensazioni durante lo stretching e la respirazione.

Un'attività sorta per stemperare la rabbia e l'ansia e per dare spazio alle donne si è trasformata negli anni in un progetto solido e strutturato, allargandosi anche ai nostri utenti uomini e guidato ora da una educatrice appassionata di corsa. Oltre a portare una riflessione sull'alimentazione sana, il progetto ci ha permesso di partecipare a molti eventi e gare nel territorio locale e non: un esempio è il nostro gemellaggio con una Comunità a San Sebastian in Spagna, dove ogni anno siamo ospiti per partecipare ad una mezza maratona in un contesto di scambio culturale, crescita ed accoglienza verso la diversità, esperienza preziosa per i nostri utenti che hanno la possibilità di vivere in un'altra comunità per qualche giorno.



Il gruppo di testa di VENICE MARATHON, noi di Villa Renata poco lontani

Tale tema ci ha portato a porre in essere un **progetto educativo sperimentale “Stare e fare assieme”**: quindi una riflessione sul significato di proporre un gruppo al femminile e la promozione di uno spazio all’interno del quale le ragazze possano sperimentare lo “stare assieme” e “il fare assieme”, in modo coeso, nell’accoglimento delle criticità e al tempo stesso nella promozione delle risorse di ognuna. L’obiettivo generale è quello di promuovere competenze relazionali *nel – e attraverso il gruppo*. Gli obiettivi specifici hanno invece riguardato

- √ Promuovere una visione della donna come agente attivo all’interno del contesto che abita e dunque attiva contribuente al clima di gruppo che essa stessa abita;
- √ Promuovere competenze di comunicazione su ciò che si sente e si osserva di sé e delle altre;
- √ Promuovere competenze di anticipazione delle implicazioni delle proprie azioni;
- √ Promuovere ed ampliare competenze relazionali attraverso una maggiore conoscenza dei propri e altrui limiti e risorse

Durata

Sono stati effettuati 5 incontri della durata di 2 ore ciascuna, dove grazie alla mediazione di una educatrice sono state proposte delle attività che tentavano di discutere attorno a delle espressioni quali: *“perché siamo qui?”*, *“quello che non ci aspettiamo”*, *“si sta bene”*, *“stare in relazione”*, *“il mio corpo parla?”*.



Parallelamente, si sviluppa invece il **dispositivo terapeutico gruppale per le donne** che si focalizza su tematiche identitarie (l’essere donna), relazionali (nella propria storia, nel gruppo attuale) e intrapsichiche (comprendendo gli aspetti traumatici) ed è stato nominato **“PROGETTO GRUPPO DONNE: il trauma, il femminile, il gruppo”**. Alla base di questo dispositivo si collocano gli approcci teorico-clinici che individuano il gruppo come contenitore che permette al soggetto stesso di

ricomporre la scissione vivendo le vicende emotive dell'evento traumatico (rabbia, vergogna, colpa, ...) e che non "cura" non attraverso la regressione, come la terapia duale, ma producendo una progressione dell'individuo verso altri livelli di maturazione, utilizzando altri strumenti, come il riappropriarsi di parti di sé proiettate o scisse, ricomporre la scissione tra gli aspetti emotivi e la conoscenza cognitiva. Nel gruppo al femminile l'elaborazione della propria identità e storia, talvolta anche nelle sue parti più traumatiche, avviene nel gruppo, dal gruppo e attraverso il gruppo, per mezzo di fattori terapeutici come l'**universalizzazione**, l'**intercambiabilità** (che non è indifferenziazione o la non distinzione, ma la possibilità di condividere tra donne una comune situazione emotiva in modo non conflittuale), la **fusionalità** (sottofondo consistente nel gruppo femminile grazie alla comune identità di genere), la **risonanza** (la capacità di cogliere il vissuto degli altri membri del gruppo senza doverlo per forza verbalizzare ma risuonando, appunto, emotivamente) e il **rispecchiamento** (che consente di rendersi conto dei propri problemi cogliendoli, in un primo momento, negli altri membri o nei loro racconti).

Il gruppo al femminile vuole quindi aiutare le pazienti a:

- alleviare la colpa e la vergogna nel femminile, lasciando libere le donne di investire una "nuova visione" di sé;
- riorganizzare la propria storia, anche traumatica, in un ricordo e in una configurazione condivisa, discorsiva e ordinata nel tempo;
- contenere l'ansia, e in alcuni casi anche l'angoscia, relativa ad un aspetto di sé a lungo percepito come colpevole e svalutato (il corpo femminile), ma parte integrante della propria identità.

ATTIVITA' LAVORATIVE E ALL'ARIA APERTA: L'ORTO

Spesso nelle comunità terapeutiche è presente l'orto come strumento per avvicinare gli utenti alla terra, al ritmo della natura e delle stagioni, alla stanchezza del lavoro manuale e la soddisfazione dei suoi frutti. Per noi l'orto è questo ma anche molto di più. Inizialmente lo spazio dedicato a quest'attività era un terreno in disuso, ora grazie ad operatori e pazienti è un orto rigoglioso tutto l'anno con prodotti di qualità che potrebbero essere destinati alla vendita ma che abbiamo sempre riservato all'autoconsumo. I 10 km² a disposizione non sono dedicati solo alla coltivazione e al lavoro, ma anche al piacere, essendo lo spazio sfruttato anche come giardino per feste, grigliate e svago.

In aggiunta a sviluppare delle competenze che possono essere adottate dopo le dimissioni, in questo progetto i nostri utenti fanno un'esperienza terapeutica e pedagogica: Prendersi cura delle piante è difficile quando si fatica a prendersi cura di sé, questo dispositivo diventa quindi un modo anche per conoscere i rituali, i tempi e la costanza della cura. I pazienti si sperimentano lungo tutto il ciclo produttivo: dalla lavorazione del terreno, alla coltivazione, alla raccolta, alla produzione; i cicli relativamente brevi della natura permettono di seguire il processo dal seme al piatto e di godere dei frutti del proprio lavoro. Dopo l'orto infatti viene la cucina, altro dispositivo importantissimo della nostra comunità che insegna competenze pratiche ed autonomia, ma favorisce anche lo scambio, l'integrazione e la condivisione di cultura e prodotti locali veneziani e tipici delle regioni di origine dei nostri pazienti.



LA SCOPERTA DEL TERRITORIO E DELL'ARTE



Dei nostri utenti solo una piccola percentuale è originaria del territorio di Venezia, molti arrivano da altre zone della regione e molti da fuori regione. Tuttavia, un numero cospicuo, dopo la conclusione del percorso di cura, resta residente in questa provincia. Diventando il territorio di cura il loro territorio, è importante che conoscano e capiscano la cultura e il territorio che li circonda. Dalla collaborazione con alcuni enti locali promotori della cultura e dell'arte, come ***i Musei Civici Veneziani, Palazzo Grassi e la Biennale***, sono nati dei progetti che mirano proprio ad accompagnare i nostri utenti alla comprensione, alla riflessione e alla scoperta della bellezza tramite visite guidate mensili, laboratori didattici e rielaborazioni delle esperienze.



Nel maggio 2021 si è sviluppato un progetto che ha permesso l'esplorazione del territorio da un'altra prospettiva. Il nostro amico Maurizio Calligaro, mancato nel 2022 e che ricordiamo con grande affetto, ha organizzato un corso di formazione per i nostri utenti tramite l'associazione **Kayak** di Sant'Erasmus, che descriveremo più avanti come dispositivi news! L'attività ha dato la possibilità ai partecipanti di avvicinarsi a questo sport ed esplorare le nostre isole stando insieme e conoscendo nuove persone.

Con la fortuna di essere in una città ricca di storia, cultura, arte e bellezza architettonica, i ragazzi conoscono ancora un'altra sfaccettatura del piacere, della curiosità e della crescita.

Tempo libero. Sebbene le attività strutturate, "storiche" e progettuali in comunità siano molteplici, rimane la necessità di programmare le attività che vengono svolte nelle fasce di tempo libero e che non hanno la stessa ciclicità dei progetti. Di questo si occupa una nostra educatrice che coordina settimanalmente con i due rappresentanti dei pazienti questo tipo di attività. Gli utenti sono stimolati a fare proposte per il tempo libero che possono essere avallate e supervisionate dall'équipe per una corretta realizzazione. Tra queste includiamo gite fuori porta, concerti, passeggiate e bicicletate lungo i percorsi cicloturistici, giornate al mare e gite in barca, escursioni in montagna, proiezioni cinematografiche ed un ampio ventaglio di possibilità.



I MOMENTI DI FESTA



I momenti di festa sono particolarmente amati ed attesi dall'équipe e dai pazienti essendo occasioni di condivisione di musica, spettacolo, cibo e piacere sano. Nel corso dell'anno abbiamo diversi appuntamenti.

Alla festa di maggio invitiamo i colleghi dei servizi invianti e le famiglie dei pazienti; notiamo con piacere che c'è sempre una buona partecipazione. In quest'occasione, così come durante la festa di Natale a dicembre, giungono a termine i due progetti di musica e teatro che culminano in un'esibizione, inoltre vengono esposti i frutti dei laboratori artigianali e del giornalino. Questa giornata è utile per farci conoscere e mostrare cosa facciamo: le famiglie hanno il diritto e il dovere di conoscere i volti dei curanti e di lasciar emergere tramite le esibizioni e gli elaborati, parallelamente al gruppo di psicoterapia riservato ai genitori, gli aspetti positivi dei figli. È molto importante anche condividere con i colleghi quali attività facciamo così che possano conoscere lo stampo del nostro lavoro per eventuali futuri pazienti.



21 GIUGNO: BUON COMPLEANNO GINO! LA NOSTRA FESTA D'ESTATE

Un'altra giornata a cui teniamo particolarmente è il 21 giugno, festa nata per ricordare il nostro collega Gino, coordinatore degli educatori venuto a mancare 11 anni fa. Tutta la cooperativa, non solo la comunità, coglie l'occasione per ricordare il collega nel giorno del suo compleanno e dell'inizio dell'estate. La giornata è strutturata con attività sportive al mattino a cui partecipano tutti gli operatori e pazienti, seguite da un pranzo insieme alle pazienti di Casa Aurora e al pomeriggio si continuano i tornei. Solitamente invitiamo altre associazioni sportive e comunità. La serata finisce con musica, canti e balli nel locale la Serra, gestita dalla cooperativa Non Solo Verde. Con questa festa ci auguriamo una buona stagione estiva



PROPOSTE E NEWS DEL 2021

PROGETTO DI PERCUSSIONE CORPOREA E DRUM CIRCLE



Nel 2021 in collaborazione con la società cooperativa UNIVERSI MUSICALI di Abano Terme, abbiamo proposto ai nostri giovani un progetto di percussione corporea e drum circle, vista la determinazione del gruppo curante di inserire ulteriormente il dispositivo della musicoterapia all'interno e in integrazione con tutti gli altri. Tale progetto è consistito in 6 lezioni di 2,5 ore ciascuna.

La Musica è un linguaggio espressivo sviluppato dall'uomo per rispondere ad una esigenza prettamente umana e ancestrale, dare forma alla comunicazione emotiva. Attraverso la ritualità che la Musica permette di costruire nella relazione tra chi produce e chi ne fruisce l'uomo ha sviluppato un suo modo specifico di narrare le emozioni, appunto attraverso la Musica. Nella Musicoterapia ci si concentra sulla funzione rituale della musica, richiamando forme ancestrali di produzione e di condivisione. Questa sua particolare caratteristica fornisce al Musicoterapista gli strumenti per includere in un processo musicale qualsiasi individuo a prescindere dalle singole attitudini tecnico/motorie e cognitive. Le emozioni, infatti, che sono il carburante dell'energia ritualizzata attraverso la Musica, sono un'esperienza che tutti gli esseri viventi condividono. Quello che naturalmente cambia è l'ingresso a tale esperienza e per Noi è fondamentale poterlo realizzare e garantire a tutti, proprio perché crediamo fermamente che sia un diritto fondamentale. Ogni individuo infatti ha un'esperienza emotiva che è possibile canalizzare e formalizzare in un evento sonoro/musicale e tale evento deve poter divenire un rituale di relazione con l'altro.

In questo specifico contesto si inseriscono, appunto, due tecniche specifiche: la percussione corporea e il drum circle. Entrambe fanno parte delle tecniche espressive di gruppo; nella prima vengono proposti pattern ritmico-vocali (da eseguire con il corpo) con il supporto tecnico di amplificazione e loop station, mentre nel drum circle la proposta è “facilitata”, ma in sostanza libera per cui ognuno con il suo pattern contribuisce a generare una poliritmia di gruppo.

Nello specifico uso della percussione corporea e del Drum Circle si possono perseguire diversi obiettivi specifici individuali:

- aumento della coordinazione motoria;
- aumento della consapevolezza ritmica e timbrica;
- aumento della capacità di mantenere e spostare l’attenzione;
- aumento del repertorio espressivo;

L’applicazione di tali discipline in un contesto di gruppo permette di:

- sviluppare un’identità sonora di gruppo: (il mio suono si fonde con il suono del gruppo)
- aumentare il senso di appartenenza sviluppando comportamenti legati alla considerazione dell’altro (suono con te e per te)
- aumentare il senso di autoefficacia (improvviso su un’idea sonora suggeritami dall’altro)

INIZIATIVA KAYAK



Il progetto, che ha coinvolto 6 pazienti ed una educatrice, è stato possibile grazie alla convenzione tra la nostra cooperativa Comunità di Venezia e l'Associazione Sportiva Dilettantistica Marciana all'interno di un percorso di promozione dell'attività sportiva.

L'ASD Marciana, in collaborazione con l'Associazione Sportiva Lagunare Kayak Sant'Erasmus (di seguito denominata ALKSE) ha organizzato alcune uscite in kayak nella Laguna Nord, con lo scopo di promuovere l'attività sportiva e la conoscenza dell'ambiente lagunare da parte degli ospiti di Comunità di Venezia. ALKSE ha provveduto a fornire tutta l'attrezzatura necessaria per l'attività prevista. Ai partecipanti è stato anche fornito materiale sulla evoluzione e sullo stato dell'ambiente lagunare, che doveva servire ad una discussione collettiva fissata alla fine del progetto. Tutte le uscite sono state seguite dalla presidente ALKSE Patrizia Zanella, istruttrice di kayak, coadiuvata da alcuni soci esperti.

Le uscite estive sono state n. 4:

- ✓ Nella prima uscita sono state fornite ai partecipanti le nozioni di base della pratica del kayak ed è stata effettuata una prima uscita di prova nella zona del Lazzareto Novo, attorno all'omonima isola e palude.
- ✓ Verificata l'ottima predisposizione all'utilizzo delle imbarcazioni nel modo corretto da parte di tutti i partecipanti, nella seconda uscita è stata organizzata la visita del complesso del forte lagunare di Sant'Andrea.
- ✓ Nella terza uscita la partenza è stata effettuata da Punta Vela, estremità nord est dell'isola di Sant'Erasmus, punto nel quale l'Associazione parcheggia alcuni mezzi per le uscite verso le zone più lontane della Laguna Nord. I partecipanti hanno,

quindi, raggiunto l'isola di San Francesco del Deserto, con visita al complesso conventuale, per poi passare per i canali dell'isola di Burano e ritornare a Punta Vela.

- ✓ In origine l'attività era stata pensata per un numero complessivo di tre uscite. Stante le richieste dei partecipanti di poterne effettuare un'altra e utilizzando anche imbarcazioni diverse dai kayak lagunari, ne è stata organizzata una 4, nello specchio d'acqua antistante la spiaggia del Bacan (con profondità ridotta per garantire di operare in assoluta sicurezza), con l'utilizzo di due kayak da gara, un kayak performante lungo da mare, un kayak corto da fiume. Alternativamente tutti i partecipanti hanno provato i diversi tipi di imbarcazione, con le relative e diverse difficoltà di manovra rispetto ai kayak da Laguna, utilizzati nelle altre uscite. Inoltre, sono stati utilizzati anche due SUP. Dopo il pranzo è stato inoltre, effettuata una quinta uscita assieme a diversi altri soci dell'ALKSE, sempre nei dintorni della secca del Bacan, con relativo bagno ristoratore delle fatiche mattutine.

La valutazione dell'attività svolta deve ritenersi, per parte dell'ASD Marciana e dell'ALKSE, largamente positiva, sia per la capacità nell'uso del kayak raggiunta dai partecipanti, sia per l'interesse dimostrato dagli stessi per le uscite con tali imbarcazioni nell'ambiente della Laguna Nord. Non vi è stato alcun momento di difficoltà di relazione con i partecipanti, né di scarsa attenzione e disponibilità da parte loro.

PROGETTO DANZA AL FEMMINILE

Il progetto, proposto all'interno del più ampio progetto I.R.I.S, è stato condotto da una educatrice esterna. Esso ha previsto 5 incontri di due ore e mezza e ha visto la partecipazione di tutte le ragazze ospiti della Comunità. Il corso si è tenuto ogni domenica mattina presso la Palestra "Wellnes & Fitness" del Lido di Venezia, gentilmente concessa dai titolari.



Le lezioni sono state ideate, realizzate e adattate anche attraverso un confronto con le partecipanti, mantenendo per una struttura di base costante:

- ☺ warm up dinamico con apprendimento di passi base di Urban Dance (20 min.)
- ☺ momento laboratoriale (40 min.)
- ☺ breve coreografia (20 min.)
- ☺ stretch conclusivo (5 min.)
- ☺ momento di confronto e di verifica

Gli obiettivi raggiunti:

- ☺ una maggior conoscenza e percezione del proprio corpo
- ☺ aver provato l'esperienza di stare assieme, allo stesso ritmo
- ☺ aver memorizzato brevi coreografie
- ☺ essersi sperimentate in spazi esterni alla comunità
- ☺ essersi divertite e aver saputo mettersi in gioco

Il risultato finale è stato quello di essersi esibite, con una breve coreografie. All'interno della manifestazione della Comunità "Incontriamoci al teatro dei Frari" che vede la partecipazione dei colleghi del Servizi invianti e dei familiari delle/dei pazienti

CORSO BASE DI CUCINA E AVVICINAMENTO AL MONDO DELLA RISTORAZIONE

L'educazione alimentare, il piacere di apprendere competenze in cucina e di assaporare i gusti, assieme alla sempre più urgente necessità di dare alle/ai nostre/i pazienti strumenti per favorire l'inserimento nel mercato del lavoro, ha fatto sì che il gruppo curante ha realizzato un corso di formazione base di cucina, condotto da un cuoco professionista, che voleva essere anche un avvicinamento al mondo della ristorazione. A supporto del cuoco formatore è stato inserito un operatore di supporto, interessato al tema che ha avuto la possibilità di acquisire a sua volta le nozioni in maniera da poterle poi, eventualmente replicare con altri pazienti.

A Venezia, salvo il momento del Covid che ha fortemente penalizzato il turismo, la ristorazione è sempre stata un settore che si è dimostrata una buona offerta per favorire l'inserimento lavorativo dei nostri ospiti, considerando, inoltre, che la collaborazione con la Coop NSV che gestisce due locali (Green Cafè e la Serra dei Giardini) ha dato negli anni una buona risposta all'occupazione femminile, l'équipe ha pensato di investire, con spese proprie, nella formazione professionale, per favorire la maturazione di competenze e professionalità che permette alle nostre giovani di inserirsi nel mondo del lavoro.

Attraverso questo corso, si è voluto favorire la conoscenza del mondo della cucina, orientando i pazienti all'acquisizione di competenze e conoscenze da utilizzare all'interno della CT ma anche stimolare la curiosità dei ragazzi fornendo competenze verso un settore che nel territorio veneziano ha sempre rappresentato una risorsa lavorativa importante.

Si sono affrontati temi quali il trattamento dei cibi e le preparazioni adatte alla Comunità, le precauzioni da tenere all'interno di un ambiente complesso e potenzialmente rischioso come quello di una cucina con strumentazione semi professionale. Gli aspetti nutrizionali, l'igiene e la pulizia, l'abbigliamento, l'utilizzo della strumentazione e l'igienizzazione della stessa, le modalità di pulizia del luogo tramite una metodologia professionale, per mezzo di lezioni teoriche e pratiche.



Alla fine del corso i partecipanti hanno raggiunto le competenze, con l'assist dell'operatore coinvolto, di ripetere e tramandare, tramite il "passaggio consegne" le nozioni apprese agli

altri pazienti secondo il metodo della peer-education e favorire nel gruppo una maggiore consapevolezza rispetto ai comportamenti da tenere in cucina.

PROGETTO “GAMBE IN SPALLE”

Il progetto ha visto una programmazione di 6 escursioni guidate da guide alpine con la presenza di una educatrice nelle Prealpi e Dolomiti Venete. Anche questo progetto conciliava la bellezza di scoprire angoli montani veneti, la fatica e sorpresa di fare i conti con i propri limiti e la soddisfazione di arrivare a meta: IN GRUPPO ED ASSIEME.



*“La montagna non è solo nevi e dirupi, creste, torrenti, pascoli, laghi. La montagna è un modo di vivere la vita, Un passo davanti all’altro, silenzio, tempo, misura”
(Paolo Cognetti)*

Le escursioni:

Rifugio Semenza: *quale migliore occasione per iniziare se non con la più famosa di tutto l’Alpago?*

- ✓ Partenza: Col Indes
- ✓ Arrivo: Rifugio Scomenzera, m. 2020
- ✓ Dislivello m. 800
- ✓ Durata: circa 4 h A/R

Rifugio Dolada – *creste del Col Mat: le creste più belle di tutto l’Alpago!*

- ✓ Partenza: Pieve d’Alpago
- ✓ Arrivo: Rifugio Dolada, m. 1492
- ✓ Dislivello m. 500
- ✓ Durata: circa 4 h A/R

Tramonto al Rifugio Venezia: *ciaspolata ai piedi del Caregon del Padre Eterno*

- ✓ Partenza: Zoppè di Cadore
- ✓ Arrivo: Rifugio Venezia
- ✓ Dislivello m. 480
- ✓ Durata: circa 3,3

Le creste del Nevegal: *raggiungeremo la cima del Col Visentin, quel famoso monte che si vede anche dalla laguna. Magari con la neve?*

- ✓ Partenza: La casera – loc Nevegal
- ✓ Arrivo: Col Visentin
- ✓ Dislivello m 600
- ✓ Durata: circa 5 h

Cima Valgrande: *immersi nel paradiso innevato dell'Alpago e della Val Salatis*

- ✓ Partenza: Malga Cate, Chies d'Alpago
- ✓ Arrivo: Cima Valgrande
- ✓ Dislivello m. 900
- ✓ Durata: circa 5 ore

Al rifugio Senes! nel meraviglioso Parco Naturale Fane, - Senes – Braies e ad aspettarci un pranzo con vista!

- ✓ Partenza: Loc. Podestagno (Cortina d'Ampezzo)
- ✓ Arrivo: Rifugio Sennes
- ✓ Dislivello c.a m.700
- ✓ Durata: circa 5 – 6 ore (compresa pausa pranzo)



FOCUS 2021: VILLA RENATA TRA CLINICA E RICERCA

Il report di quest'anno vuole dedicare il suo focus a restituire la progettualità in ambito di ricerca che è stata realizzata da Villa Renata a partire dal 2013. Si tratta di un progetto su cui la Comunità Terapeutica ha molto investito, convogliando e investendo vari livelli di risorse, il che ha permesso di realizzare un assetto di ricerca significativo, sia per la sua durata temporale (che si avvicina ad essere decennale, differenziandosi nettamente da esperienze estemporanee e limitate a sé stesse come spesso se ne conoscono), sia per la strutturazione che lo caratterizza.

All'origine del progetto troviamo la volontà di acquisire un dispositivo che permettesse di conoscere più approfonditamente quelli che erano i giovani ragazzi neo-maggiorenni e tardo adolescenti che i Servizi proponevano alla Comunità per un percorso di cura ma che spesso si presentavano come agganciati in urgenza, quindi poco conosciuti, se non per l'esordio precoce e il poli-uso di sostanze di sintesi, e per i quali l'ingresso in Comunità terapeutica rappresentava una scelta necessaria ma incerta nel suo esito, in termini di ritenzione e risultato. Un dispositivo di assessment psicodiagnostico e di valutazione del trattamento rappresentava quindi un veicolo in più oltre a quelli già in possesso della Comunità Terapeutica per la conoscenza e la comprensione dei pazienti più giovani, con età compresa tra i 18 e i 24 anni, sia a livello individuale (approfondendo la valutazione del singolo ragazzo), sia a livello grupale (tendenze di cambiamento, permanenza nel trattamento, etc.). Nasce così il progetto **P.A.T.W.A.Y. *Psychological Assessment and Treatment with Addicted Youth*** che si rivolge ai pazienti più giovani e prevede una valutazione all'ingresso e ogni 6 mesi per il primo anno di trattamento.

Da questa base di partenza, presto si è avvertita l'esigenza di rendere il protocollo di valutazione un patrimonio conoscitivo e operativo sempre proprio dell'equipe e di far sì che divenisse parte integrante della clinica, allargando quanto già fatto fino ad allora in termini di incontri di restituzione ai pazienti, condivisione con i Servizi Inviati e discussione di equipe. Un primo sviluppo del progetto si è mosso quindi nell'ambito della formazione, che continua ciclicamente a partire dal 2014, e ha previsto momenti gruppalmente e individualmente per abilitare tutti i membri dell'equipe referenti del paziente in comunità (quindi psicologi-psicoterapeuti e educatori che formano la coppia terapeutica) ad acquisire quelle competenze e conoscenze necessarie allo svolgimento del percorso di assessment.

Negli anni successivi, è stata avvertita l'esigenza di allargare l'impianto originario del progetto inizialmente ristretto ai più giovani e focalizzato sul funzionamento individuale, non contemplando quindi aspetti clinicamente e scientificamente importanti quali la relazione terapeutica, che sappiamo essere tanto importante ai fini del processo e dell'outcome terapeutico, quanto complessa per quanto riguarda i giovani e coloro che hanno disturbi come la dipendenza da sostanze e/o disturbi di personalità. Tale esigenza ha portato a realizzare un ampliamento del progetto in due direzioni. Una prima ha riguardato l'includere nel processo di assessment la totalità dei pazienti che intraprendevano un

percorso a Villa Renata, quindi anche coloro con più di 24 anni (che rappresentano circa metà della nostra utenza). Una seconda direzione ha invece riguardato l'implementare quindi un filone di valutazione capace di approfondire la relazione terapeutica, nelle sue componenti di alleanza, transfert e controtransfert. Nell'anno 2019 prende quindi avvio il protocollo di valutazione **R.P.S. Relationship, Personality, Symptoms**, rivolto a tutti i pazienti della Comunità Terapeutica e principalmente focalizzato sulla dimensione relazionale e la sua evoluzione nel corso di tutto il trattamento (dall'ingresso alle dimissioni). Si affianca ad esso, il protocollo **PROMIS**, atto a indagare l'eventuale presenza di ulteriori problemi di dipendenza in associazione con la tossicodipendenza e quindi le dipendenze comportamentali (dato il definirsi in maniera sempre più netta di questa problematica e delle forme di poli-dipendenza) e gli aspetti di funzionamento individuale/relazionale di dipendenza.

Infine, un ulteriore sforzo è stato compiuto per estendere l'approccio valutativo e di monitoraggio del trattamento anche alla seconda fase clinica del programma di cura, relativa al reinserimento, ritenendo altrettanto importante capire l'evolversi delle dimensioni inerenti al funzionamento sociale e all'adattamento della persona durante questa parte del percorso comunitario e fino alle dimissioni. Il progetto, denominato **B.A.S.I.W.A.Y. Building and Assessing Social Integration With Addicted Youth** prevede anch'esso in maniera del tutto simile all'impianto degli altri filoni di valutazione ha previsto l'ideazione e implementazione di un protocollo che tramite valutazioni ripetute (ogni 6 mesi dall'arrivo alla fase del reinserimento fino al suo termine) potesse restituire il funzionamento e l'andamento del singolo e, in un secondo momento, del gruppo di pazienti.

Tutti i dispositivi condividono le seguenti caratteristiche:

Multi-method: integrazione di questionari self-report, scale osservative (compilate da terapeuta e educatore di riferimento), prove comportamentali

Mult-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.

Se le dimensioni del pensiero e della riflessione in generale e quella della ricerca nello specifico hanno caratterizzato da sempre le modalità di lavoro di Villa Renata, quanto riportato illustra come sia da ritenersi un risultato considerevole l'aver voluto e l'essere

riusciti a sostenere un impianto di ricerca così strutturato e per un periodo di tempo significativo.

Parallelamente alle evoluzioni del progetto e delle sue declinazioni all'interno della Comunità Terapeutica, la collaborazione tra Villa Renata e Università di Padova si è concretizzata in diverse pubblicazioni scientifiche e partecipazioni a congressi e convegni, di carattere nazionale e internazionale, di cui riportiamo l'elenco al termine di questa sezione.

COME ARRIVANO E COME EVOLVONO I PAZIENTI PIÙ GIOVANI IN COMUNITA' TERAPEUTICA?

Il progetto P.A.T.W.A.Y.

Psychological Assessment and Treatment with Addicted Youth

Le dimensioni oggetto di valutazione sono state le seguenti, avvalendosi dei relativi strumenti psicodiagnostici:

sintomatologia (SCL-90-R; Prunas, et al. 2011)

funzionamento neuropsicologico (ENB-2; Mondini, et al. 2011)

regolazione emotiva (DERS; Sighinolfi, et al. 2010)

alessitimia self-report (TAS-20; Bressi, et al., 1996) e **clinician-report** OAS; Haviland, 2000)

stile di coping (COPE-NVI; Sica, et al. 2008) **self-report e clinician-report**

Dall'inizio del progetto sono state effettuate complessivamente:

INGRESSO	6 MESI	12 MESI
129 valutazioni	67	42

COME SI CARATTERIZZA IL FUNZIONAMENTO PSICOLOGICO DEI GIOVANI ALL'INGRESSO?

Il protocollo di assessment ha restituito una visione di insieme del gruppo di giovani pazienti, come caratterizzati da un profilo di funzionamento psicologico che presenta diversi aspetti di fragilità, ma di cui essi sono solo parzialmente consapevoli, indice questo di un'ulteriore problematicità che dovrà essere oggetto di lavoro terapeutico nei termini di renderli progressivamente più consapevoli e in grado di conoscersi e di riconoscere le proprie aree di vulnerabilità.

Come riportato in tabella, il quadro complessivo riporta che i nostri giovani pazienti per la maggior parte (ma non tutti) percepiscono un disagio psichico significativo in diverse dimensioni, primariamente quelle dell'**ansia-depressione** ma soprattutto in quelle più critiche del **pensiero-paranoide** e dello **psicoticismo**; tale risultato parla della sofferenza provata dai ragazzi ma anche di un quadro di gravità degno di considerazione, soprattutto nel momento in cui si affianca a questo dato il risultato dell'indagine sulla regolazione emotiva che evidenzia una generale **manca di fiducia** nella propria capacità di far fronte agli stati interni ed emotivi.

Accanto a questa percezione di sofferenza, si collocano però alcuni aspetti problematici del loro funzionamento di cui essi sono solo in parte consapevoli, come è stato possibile osservare dal confronto della valutazione fatta da loro stessi con quella dei curanti. Ciò è vero sia per gli **aspetti alessitimici**, tale per cui pochi dei pazienti riportano questo tipo di problematicità, mentre questo tratto caratterizza la maggior parte di loro una volta che la valutazione viene effettuata dagli psicoterapeuti, che individuano considerevoli difficoltà

soprattutto nei termini di **distanziamento intrapersonale ed interpersonale**, **scarse capacità di insight** e tendenza a un **pensiero rigido**. Differenze simili emergono in merito alle strategie di coping quando si confrontano le valutazioni fatte da loro stessi con quelle degli educatori di riferimento, che evidenziano una prevalenza di **strategie immature o inadeguate**.

Infine, aspetto particolarmente innovativo rispetto alle tradizionali valutazioni in ambito di dipendenza, riguarda lo screening per lo stile di funzionamento neuropsicologico, il quale rileva la presenza diffusa (quasi la metà dei nostri giovani pazienti) di difficoltà nel processamento e gestione degli stimoli cognitivi, soprattutto a carico delle funzioni esecutive.

NELL'INSIEME, RAPPORTANDO TRA LORO I DATI, EMERGE COME QUESTI GIOVANI RAGAZZI PRESENTANO UN SIGNIFICATIVO E PROFONDO STATO DI SOFFERENZA, MA SONO SOLO IN MINIMA PARTE IN GRADO DI COMPRENDERE QUALI ASPETTI DEL PROPRIO FUNZIONAMENTO CONTRIBUISCE AL LORO MALESSERE E SONO PER LO PIÙ SPROVVISTI DEGLI STRUMENTI DI PENSIERO PER POTER FAR FRONTE A TALE MALESSERE, RICADENDO QUINDI IN UNO STATO DI MANCANZA DI FIDUCIA NELLE POSSIBILITÀ DI OCCUPARSI DI SÉ.

FUNZIONAMENTO NEUROPSICOLOGICO SINTOMATOLOGIA

43,7% PROFILO COGNITIVO
AI LIMITI O SOTTO NORMA
50% ha 4-6 prove deficitarie

- ambiti maggiormente problematici:
stime cognitive: 46,2%
attenzione divisa-alternata: 41,2%
pianificazione (test orologio): 36%
memoria di lavoro: 32,8%

ALESSITIMIA

VALUTAZIONE DEL TERAPEUTA

- **FUNZIONAMENTO ALESSITIMICO 89%**
- Caratteristiche prevalenti
Distanziamento intra-interpersonale (84%)
Scarse capacità di insight (79%)
Rigidità – pensiero dicotomico (62%)

VALUTAZIONE SELF-REPORT

68% DISAGIO PSICHICO PERCEPITO
ATTUALE SIGNIFICATIVO
68% numerosità sintomatologica
71% intensità sintomatologica

- dimensioni prevalenti:
Ansia (63%) – Depressione (67%)
Pensiero Paranoideo (63%)
Psicoticismo (70%)

MODALITA' DI COPING

VALUTAZIONE DELL'EDUCATORE

- **STRATEGIE PREVALENTEMENTE INADEGUATE-IMMATURE**
Incapacità orientamento concreto 75%
Incapacità attitudine positiva 59%
Evitamento 51%

VALUTAZIONE SELF-REPORT

Evitamento 63%
Incapacità orientamento concreto 40%

•SOLTANTO 28% SI DESCRIVE COME ALESSITIMICO

- Caratteristiche prevalenti
- Pensiero Concreto 66%
- Difficoltà comunicazione emotiva 57%

REGOLAZIONE EMOTIVA

- PROBLEMI DI DISREGOLAZIONE 64%
- Mancanza di fiducia 55%
- Difficoltà riconoscimento 50%

1. IL TRATTAMENTO HA UN EFFETTO NEL TEMPO DEL PRIMO ANNO DI TRATTAMENTO?

Il bilancio psicodiagnostico effettuato all'ingresso oltre a costituire un importante approfondimento dello stato e del funzionamento dei giovani pazienti, costituisce inoltre la base di partenza per poter effettuare un'indagine di sé e come il trattamento ha un effetto in termini di cambiamento sulle dimensioni psicologiche esaminate, con ovviamente particolare interesse per quelle che sono risultate problematiche. Per valutare cosa accade in un anno di trattamento, sono state eseguite delle analisi statistiche parametriche di confronto tra gruppi dipendenti (*T-test tra punteggi a t3 e t1*).

La risposta alla domanda di ricerca restituisce l'intensità e il valore del lavoro terapeutico effettuato nel primo anno di trattamento in comunità evidenziando un cambiamento significativo in quasi tutte le dimensioni esaminate nella direzione di un maggiore benessere.

Punteggio globale ENB-2	<i>(p = .014)</i>
funzionamento inadeguato	<i>(p < .001)</i>
Sintomatologia psichiatrica <ul style="list-style-type: none"> • GSI • PST • PSDI 	<i>(p = .001)</i> <i>(p = .01)</i> <i>(p < .001)</i>
Alessitimia <ul style="list-style-type: none"> • Self-report • Clinician-report 	<i>(p = .006)</i> <i>(p < .001)</i>
Coping <ul style="list-style-type: none"> • evitamento secondo utente • evitamento secondo operatore • supporto sociale secondo operatore 	<i>(p < .001)</i> <i>(p < .001)</i> <i>(p < .001)</i>

LA RELAZIONE TERAPEUTICA: COME SI CARATTERIZZA E COME EVOLVE?

Il progetto R.P.S.

Relationship, Personality, Symptoms

È risaputo, a livello clinico e di ricerca, quanto sia fondamentale l'assetto relazionale nella cura; altrettanto risaputo è quanto la relazione con i pazienti più giovani e adolescenti non sia né una condizione di base da dare per scontata né un processo lineare nel suo svolgersi; e questo è particolarmente vero nell'ambito della tossicodipendenza, che porta il segno di relazioni passate e presenti carenzianti, assenti, traumatiche, conflittuali, invischianti. Relazione risponde anche al principio che non deve mai restare soltanto una idea nel nostro mestiere, e cioè che l'istanza curante ed il soggetto della cura non devono essere intesi come a sé stanti, perché la qualità degli interventi scaturisce dalla relazione, una relazione che deve poter lasciare ed incrementare, laddove non vene fosse abbastanza, senso di sé, autorità di sé, capacità riflessiva ed autoriflessiva, dignità di essere.

Rendere la relazione oggetto di indagine ha significato tradurre tutto ciò in termini operazionali, avvalendosi dei costrutti di alleanza terapeutica, transfert e controtransfert che recenti e preziosi strumenti diagnostici hanno reso possibile indagare.

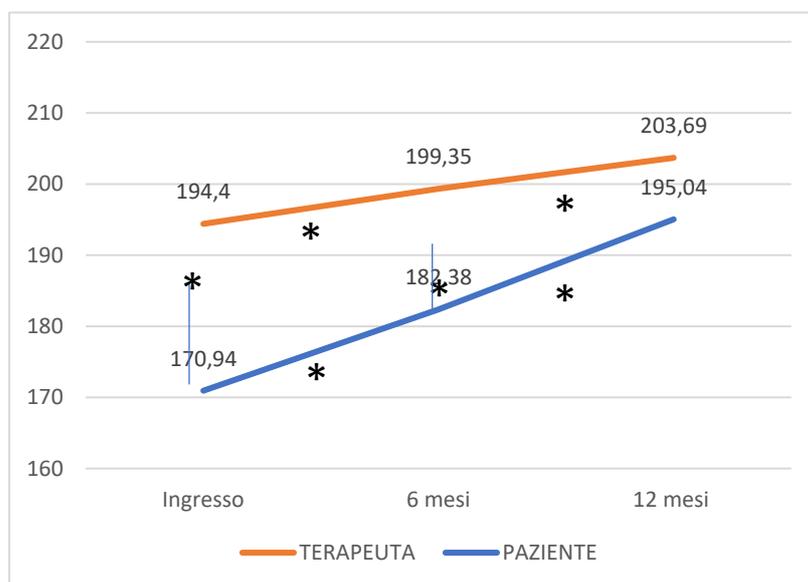
Le dimensioni oggetto di valutazione sono state le seguenti, avvalendosi dei relativi strumenti psicodiagnostici:

- **alleanza terapeutica valutata dal paziente e dal clinico** (Working Alliance Inventory WAI; Horvarth, Greenberg, 1986, 1989, 1994)
- **transfert** (Psychotherapy Relationship Questionnaire PRQ; Bradley, et al. 2005; Tanzilli, et al., 2018; Westen, 2000)
- **controtransfert** (Therapist Response Questionnaire TRQ; Betan, et al. 2003; Tanzilli, et al. 2016)

In totale, sono state effettuate le seguenti valutazioni:

INGRESSO	6 mesi	12 mesi	24 mesi	36 mesi
101 valutazioni	78	58	35	20

L'ALLEANZA TERAPEUTICA



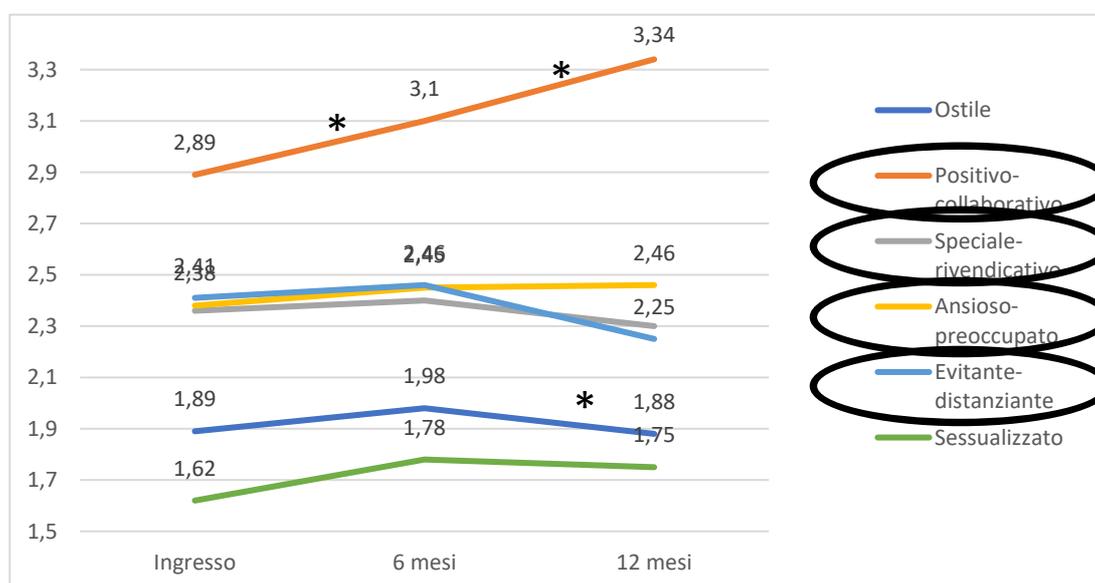
Il primo costrutto indagato riguarda l'Alleanza Terapeutica, quindi la co-costruzione di un rapporto tra paziente e terapeuta caratterizzato dalla condivisione di obiettivi (componente **goal**) e modalità di lavoro (componente **task**) e da un legame di tipo affettivo (componente **bond**); la valutazione è stata effettuata tramite un questionario che coglie il percepito sulla relazione del terapeuta di riferimento e di un questionario, parallelo, che coglie il percepito del paziente.

I risultati dell'indagine ci mostrano che sin dall'inizio il rapporto terapeutico viene percepito positivamente sia da pazienti che terapeuti, con una qualità dell'alleanza che si colloca in una fascia medio-alta, rispetto al confronto con altri gruppi di pazienti. Questi dati indicano quindi una certa capacità da parte dei curanti di costruire in bravissimo tempo (i primi sei colloqui di terapia) un rapporto di alleanza, il che può costituire un aggancio prezioso che coadiuva il passaggio di inserimento in comunità, di per sé complesso.

Se all'inizio si nota una differenza significativa e ampia tra la valutazione di paziente e terapeuta, nel corso del tempo le due percezioni dell'alleanza, pur rimanendo diverse, tendono ad avvicinarsi, in virtù di un rafforzamento statisticamente significativo dell'alleanza percepita da parte del paziente, mentre la percezione del terapeuta rimane più stabile.

Nell'insieme, quindi, il primo anno di lavoro terapeutico si caratterizza per lo stabilirsi per quei pazienti che rimangono in trattamento di un processo che si rinforza nel tempo e che non subisce oscillazioni dirimpenti.

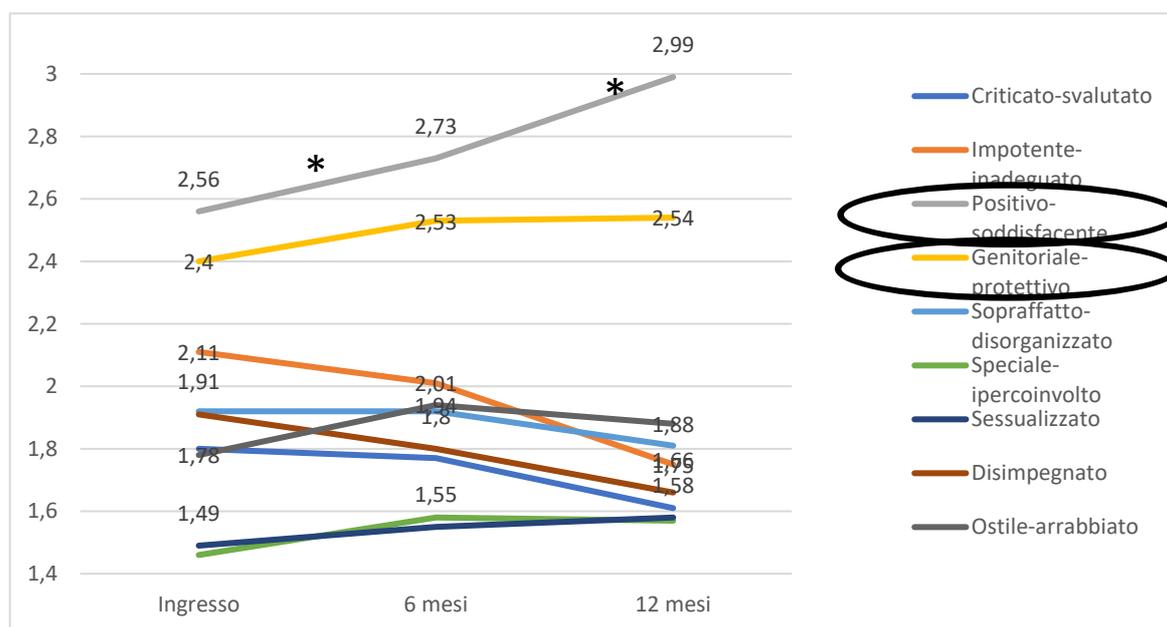
IL TRANSFERT



L'indagine delle dimensioni transferali è stata realizzata utilizzando un questionario clinician-report, quindi il transfert per come viene percepito dallo psicoterapeuta individuale. In linea con quanto riportato per l'alleanza terapeutica, sia all'ingresso che nel corso del primo anno di cura, la dimensione transferale prevalente è quella **positiva-collaborativa**, che tende peraltro a rafforzarsi nel tempo. Su questa base più forte si dipanano poi altre dimensioni, più problematiche: evitante, distanziante (per lo meno per i primi mesi di trattamento, andando poi a ridursi), ansioso-preoccupato (che si mostra più stabile nel tempo), speciale-rivendicativo (per la quale si osserva una deflessione nel tempo). Si registra infine una deflessione significativa delle componenti ostili registrate inizialmente.

Complessivamente, quindi, nel corso del tempo i movimenti transferali dei pazienti si caratterizzano per una componente positiva-collaborativa che sembra fare da base su cui si possono prima inserire, come è giusto che sia, dimensioni transferali che parlano delle modalità relazionali disfunzionali irrisolte dei pazienti (**narcisistiche, evitanti, invischiati**). Tali dimensioni sembrano poi affievolirsi nell'evolversi del percorso terapeutico. Ciò può trovare spiegazione nel fatto che nel primo anno di trattamento comunitario, solitamente il paziente che rimane in trattamento è riuscito a stabilire una relazione sufficientemente forte e impegnata sul piano interno della comunità, che fungerà da base sicura per poter iniziare a esplorare la dimensione esterna (attività di tempo libero, lavoro, costruzione di un'identità sociale) e di affrontare le questioni più inerenti all'autonomia.

IL CONTRO-TRANSFERT



Parallelamente alla dimensione transferale, l'attenzione è stata posta sui vissuti del terapeuta e sul loro evolversi nel corso della prima fase di trattamento. In linea con quanto prima riportato, e in maniera quindi concordante, l'assetto controtransferale è soprattutto caratterizzato dalla componente **positiva-soddisfacente** e da un suo progressivo rinforzarsi nel tempo. Su di essa si innestano poi ulteriori dimensioni che parlano invece degli stati interni nei confronti dei pazienti forse più difficili, o che quantomeno informano degli aspetti intrapsichici e interpersonali più problematici del paziente e che è quindi importante monitorare attraverso un lavoro costante di ascolto, lettura e resa di consapevolezza, al fine di poterlo utilizzare come fonte di informazioni utili a orientarsi nei confronti del paziente, dei suoi bisogni e delle sue difficoltà, sulla base di quanto non viene (e non può essere) esplicitato dichiarativamente e esplicitamente. In questo senso è sicuramente importante notare un dato, forse non così atteso, è cioè la forte presenza di una componente transferale **genitoriale-protettiva**: fattore che esprime la presenza di un desiderio di proteggere e curare il paziente in modo genitoriale, in una maniera che va oltre la presenza di normali sentimenti positivi verso il paziente; in quanto tale esso si associa a personalità dipendente ed evitante. Aspetto da considerare è anche il fatto che tale componente, presenta una lieve tendenza a rafforzarsi nel tempo e questo potrebbe rappresentare un aspetto critico nel momento in cui indica un eccessivo coinvolgimento del terapeuta nel paziente, con il rischio di sostituirsi a lui e di interferire con il processo di responsabilizzazione attiva e auto-determinazione del paziente; in altre parole, rispecchierebbe una relazione in cui il terapeuta assume un atteggiamento difensivo e collusivo che rispecchia la patologia di dipendenza del paziente.

Ulteriori caratterizzazioni del controtransfert che vogliamo riportare sono quelle che attengono alla dimensione **dell'impotenza-inadeguatezza e della sopraffazione-disorganizzazione**; vissuti che sono comprensibilmente elicitati dalla patologia grave e portatrice di componenti traumatiche, ma che il terapeuta deve essere in grado di elaborare (come di fatto avviene, da quanto ci dicono i dati relativi a una diminuzione della portata di queste dimensioni) al fine di non rimanere come il paziente paralizzato nella confusione, nell'impotenza e nel trauma e al fine di poter affrontare per primo un'elaborazione e renderla quindi possibile per il paziente stesso. Da notare, che è proprio l'intensità del **contro-transfert impotente-inadeguato a permettere di distinguere i pazienti che rimangono in trattamento da chi lo abbandona**: in altre parole, in quei casi in cui alla valutazione iniziale il terapeuta riporta livelli troppo elevati di controtransfert impotente-inadeguato è più facile che si realizzi un drop-out nel corso del trattamento, rendendo questo un importante indice informativo che emerge a inizio trattamento.

In aggiunta si osserva anche un ridursi della dimensione **disimpegnata**.

Nell'insieme, in linea con quanto riportato per il transfert, anche i vissuti del terapeuta

La relazione terapeutica con i giovani adulti tossicodipendenti presenta fin dai primi passi del suo evolversi una qualità caratterizzata da alleanza e vissuti transferali e contro-transferali complessivamente positivi, tale per cui anche le componenti relazionali più problematiche possono inserirsi, esplicitarsi ed essere risolte in virtù' di questa base.

Nel tempo, l'evolversi della relazione terapeutica per i pazienti che rimangono in trattamento procede verso un rafforzamento e un dissolversi degli aspetti più problematici, come quelle ostili, evitanti, invischianti e narcisistiche da parte del paziente e quelle impotenti, disorganizzate e disimpegnate da parte del terapeuta.

DIPENDENZA: DECLINAZIONI AL SINGOLARE O AL PLURALE?

Il progetto PROMIS

Recentemente l'attenzione della ricerca e della clinica è stata orientata verso il fenomeno delle dipendenze comportamentali, da cui l'attuazione di interventi specifici a livello diagnostico e di trattamento. Tale fenomeno si può presentare come a sé stante oppure in una costellazione più ampia relativa alla dipendenza in cui alle dipendenze tradizionali relative alle sostanze si affiancano comportamenti problematici di dipendenza da gioco, sessualità, ma anche relazionali e attinenti alla sfera dell'alimentazione. Sulla base di questi presupposti, è stata avvertita da parte di Villa Renata la volontà di approfondire quale fosse la realtà delle dipendenze comportamentali e poli-dipendenze per i suoi pazienti, che ricordiamo essere per lo più giovani adulti con un conclamato problema di dipendenza da sostanze (soprattutto eroina-cocaina, ma anche alcol, cannabis, sostanze di sintesi). Per questo motivo da qualche tempo a questa parte si è deciso di inserire nel protocollo di inquadramento iniziale un breve strumento, lo Short Promis Questionnaire (SPQ; Cristo, 2003, Baiocco et al., 2006, 2009) atto a indagare le dipendenze tradizionali (alcol-tabacco-sostanze-farmaci), comportamentali (gioco-shopping-lavoro, sessualità, esercizio fisico), le problematiche relazionali (comportamento remissivo – comportamento dominante) e la sfera attinente all'alimentazione (binge eating-restrizione alimentare).

Riportiamo qui quanto emerso dall'indagine svolta su un gruppo consistente di pazienti, pari a 100 residenti.

QUALI SONO LE PRINCIPALI PROBLEMATICHE DI DIPENDENZA CHE I NOSTRI OSPITI SI RICONOSCONO?

- *Sostanza psicotrope* → 91%
- *Comportamento relazione remissivo* → 78%
 - *Alcol* → 51%
- *Comportamento relazione dominante* → 40%

Da quanto riportato, si osserva come le dipendenze comportamentali in senso stretto non siano un problema significativo per chi accede a un percorso a Villa Renata, che riporta per lo più un disturbo attinente alle sostanze e quindi di tossicodipendenza; le dipendenze comportamentali, nel nostro caso, non sembrano costituire quindi un aspetto che deve essere target specifico di trattamento. Piuttosto, è interessante riflettere su quanto emerge in merito alla componente relazionale e cioè quote molte elevate di problemi nelle modalità relazionali, fino all'80% nel caso del comportamento relazionale remissivo-passivo e del 40% nel caso del comportamento dominante. I nostri pazienti, quindi, percepiscono quindi un bisogno di cura sia

relativamente alle sostanze, sia esplicano chiaramente delle difficoltà per quanto attiene alla modalità con cui stabiliscono o mantengono delle relazionali, che ritengono disfunzionali. Questo dato ci sembra particolarmente importante, per gli stessi motivi che abbiamo precedentemente riportato trattando della componente della relazione terapeutica, e cioè la convinzione che il disturbo da uso di sostanze abbia una matrice strettamente relazionale e che la cura non possa che guardare alle modalità relazionali e a passare dalla relazione.

Un secondo aspetto di indagine è stato realizzato svolgendo delle analisi correlazionali tra i diversi costrutti esaminati dal questionario, al fine di verificare se esistesse uno o più nuclei problematici centrali. I dati di questi test hanno rilevato ben due componenti centrali:

- la sessualità: le problematiche in quest'area si associano a disfunzionalità come problemi con alcol e sostanze illegali, gioco, e pattern relazionali dominanti e remissivi. Ciò fa ipotizzare che l'aspetto sessuale sia una componente centrale, la cui conflittualità possa essere all'origine (anche se in maniera non consapevole, ma negata) di un disadattamento della persona su più livelli.
- le relazioni e soprattutto di tipo dominante: chi riporta un problema in quest'area, tende ad avere difficoltà anche nell'area delle sostanze e dei medicinali, e dei comportamenti come sessualità, esercizio fisico, lavoro, shopping. Quindi anche in questo caso i dati permettono di evidenziare che gli ospiti che si riconoscono modalità disfunzionali nelle relazioni, e in particolare legate alle dinamiche di potere, tenderanno a presentare una costellazione piuttosto ampia di problematicità in numerosi altri ambiti.

Le nostre analisi sono infine proseguite nel verificare la possibile presenza di profili specifici di dipendenza in base ad alcune caratteristiche come l'età e il genere; a tale fine sono stati confrontati i pazienti più e meno giovani, e in questo caso non sono emerse differenze significative che contraddistinguono i due gruppi. Un quadro interessante è invece risultato dal confronto tra maschi e femmine, individuando per le femmine maggiori problematiche nei comportamenti relativi a sostanze, sessualità, restrizione alimentare e shopping, mentre per i maschi nell'ambito dell'esercizio fisico. Questi dati confermano quanto già l'approccio di Villa Renata tiene profondamente in considerazione e cioè la necessità di un'attenzione specifica al genere.

IL REINSERIMENTO: UNA DIALETTICA TRA INDIVIDUO E SOCIETA'

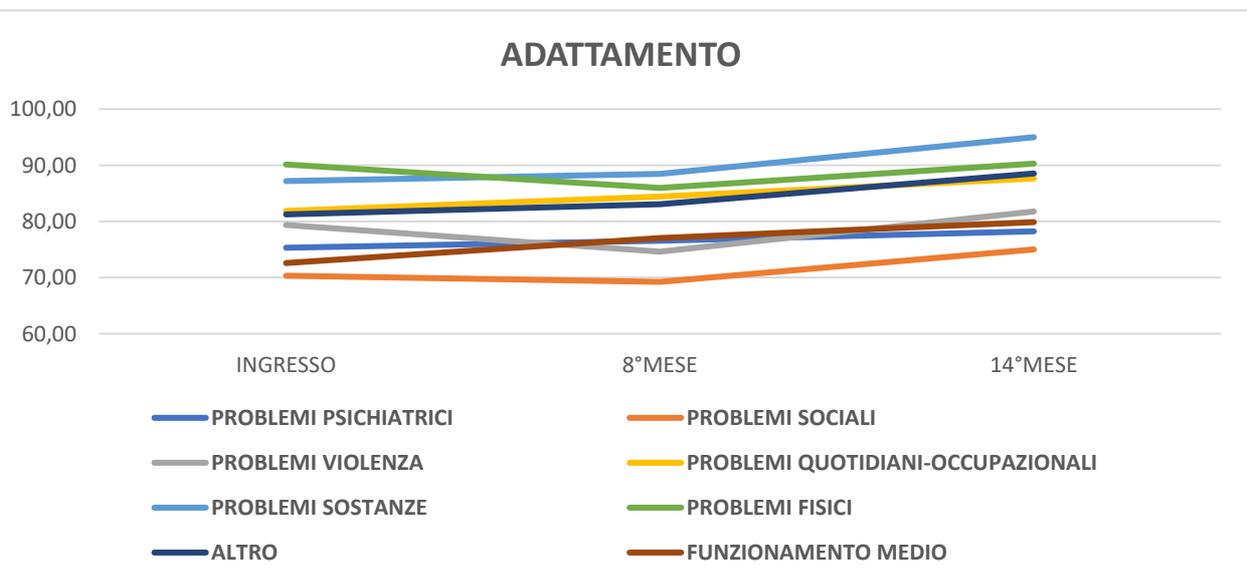
Il progetto B.A.S.I.W.A.Y.

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)

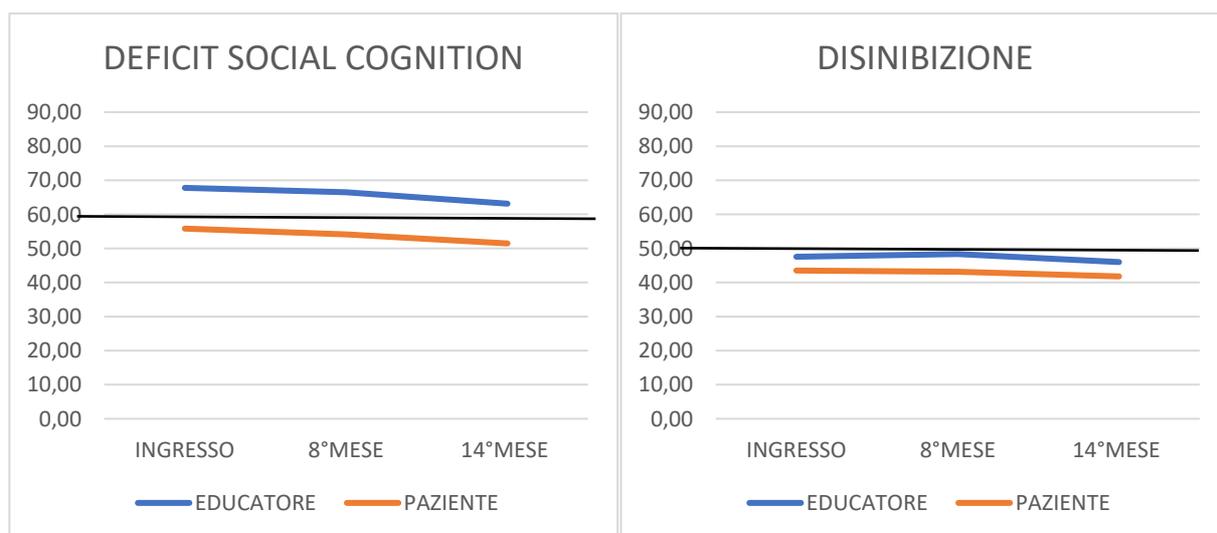
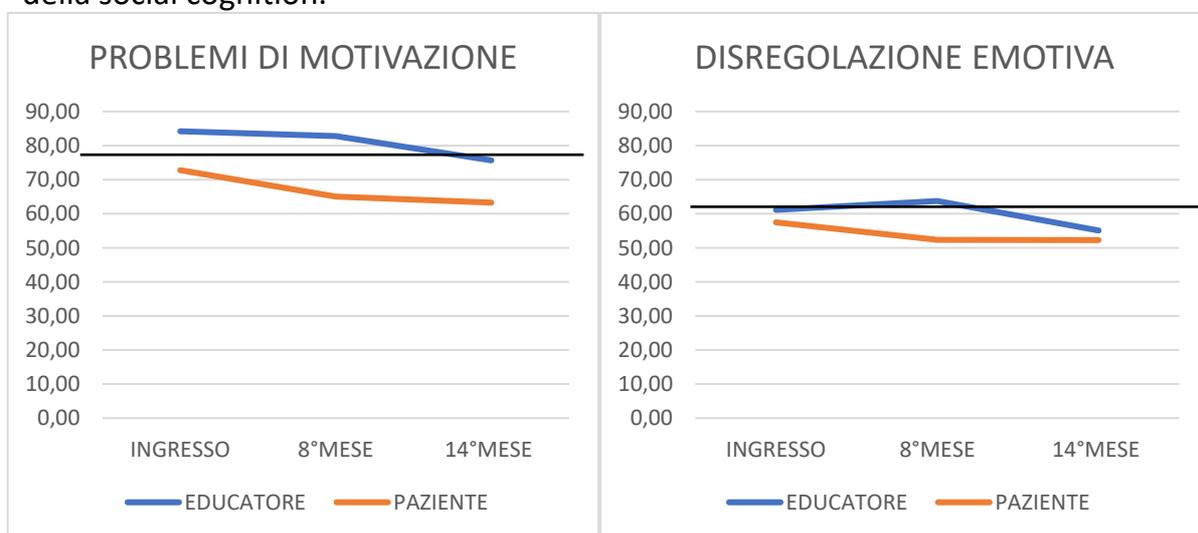
Le valutazioni effettuate a partire dal primo anno di progetto e nel corso del secondo sono state 26 per l'ingresso alla fase del reinserimento, 15 all'8° mese, 14 al 14° mese e 14 al momento delle dimissioni.

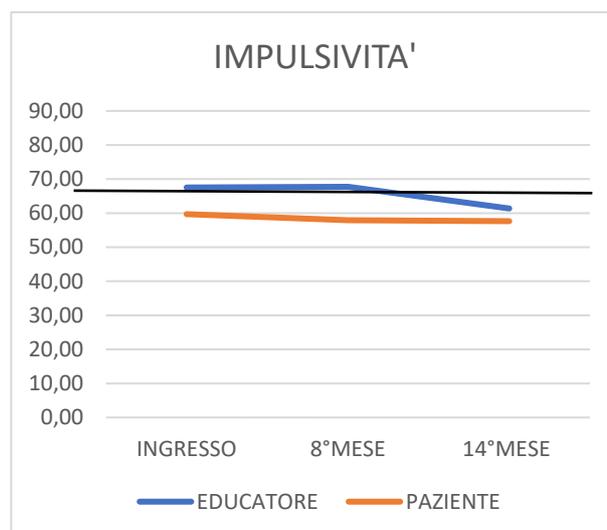
Rispetto al funzionamento globale individuale si osserva che l'area più problematica è sicuramente quella dei **rapporti interpersonali e sociali**: Ciò va ricondotto alle difficoltà intrinseche che questi ragazzi portano con sé probabilmente da prima dell'esordio della dipendenza e che sembrano permanere a fronte dei numerosi dispositivi messi in atto dalla Comunità Terapeutica per favorire la socializzazione. Un intervento che di fatto ben funziona nell'ambito delle sostanze e in altre aree, come dimostra il **miglioramento che si osserva in tutte le dimensioni**, anche in maniera lineare (vedi l'ambito quotidiano-occupazionale o il funzionamento medio), ma che nell'ambito della socializzazione fatica invece ad essere risolutivo.



Per quanto concerne il comportamento legato alle funzioni esecutive, si individua un quadro caratterizzato da una generale mancanza di consapevolezza del paziente circa le proprie difficoltà, che vengono ritenute più consistenti dall'osservazione compiuta dagli operatori. Questo ci parla del desiderio dei giovani pazienti di potersi sentire bene e a posto una volta che arrivati alla fase clinica del reinserimento incontrano il mondo esterno; ma ci dice anche del rischio che sottovalutino i loro aspetti di problematicità e difficoltà, da cui una minore percezione di bisogno di cura e un avvicinarsi al fenomeno della fuga nella salute che spesso conosciamo.

Da considerare per quanto riguarda l'efficacia dell'intervento, che assistiamo a un miglioramento nel tempo, sia nella percezione del paziente sia nella valutazione dell'educatore, per le dimensioni della motivazione, della disregolazione emotiva, della social cognition.





Un'ultima dimensione indagata riguarda il supporto sociale. I dati in questo ambito mettono in luce le stesse tematiche individuate nel resto del progetto: le difficoltà nel crearsi una rete di supporto significativa che va al di là delle relazioni intessute all'interno comunità (che vengono percepite e descritte come forti), questo sia in termini di altre figure di riferimento significative sia in termini di coetanei e amicizie. Il secondo aspetto riguarda la scarsa percezione di queste difficoltà, nel senso che i ragazzi tendono a riportare una rete più significativa e migliore di quanto venga effettivamente riscontrato dagli operatori. Anche qui, probabilmente, traspare il loro assetto difensivo che li porta ad aver bisogno di sentirsi meno in difetto, diversi, bisognosi e in generale fragili di quanto siano.

PUBBLICAZIONI E CONTENUTI SCIENTIFICI

Articoli

Galli, F., Tanzilli, A., Simonelli, A., Tassorelli, C., Sances, G., Parolin, M., & Lingiardi, V. (2019). Personality and Personality Disorders in Medication-Overuse Headache: A Controlled Study by SWAP-200. *Pain Research and Management* <https://doi.org/10.1155/2019/1874078>

Parolin, M., Miscioscia, M., De Carli, P., Cristofalo, P., Gatta, M., & Simonelli, A. (2018). Alexithymia in young adults with substance use disorders: critical issues about specificity and treatment predictivity. *Frontiers in psychology*, 9:645. <https://dx.doi.org/10.3389%2Fpsyg.2018.00645>

Simonelli, A., Parolin, M., Mapelli, D., Cristofalo, P., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2017). Cognitive functioning, clinical profile and life events in young adults addicted to drugs. Does being a girl make a difference? *Clinical Neuropsychiatry*, 14.

Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., Mapelli, D., Bacciardi, S., Maremmani, A.G.I., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2017). Neuropsychological functioning in young drug-addicts. *Heroin addiction and related clinical problems*. 19(3): 49-56

Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., Sacco, M., Bacciardi, S., Maremmani, A.G.I., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2017). Drug addiction and Emotion dysregulation in young adults. *Heroin addiction and related clinical problems*. 19(3): 49-56

Parolin, M., Simonelli, A., Mapelli, D., Sacco, M., & Cristofalo, P. (2016). Parental substance abuse as an early traumatic event. Preliminary findings on neuropsychological and personality functioning in young drug addicts exposed to drugs early. *Frontiers in Psychology*, 7, 887.

Abstract in rivista

Simonelli, A., Parolin, M., Cristofalo, P., Capra, N., De Palo, F., & Mapelli, D. (2016). Young girls who face motherhood in the context of drug-addiction. Which characteristics in terms of personality, cognition, and alexithymia? *Infant Mental Health Journal*, 37 (Suppl, 1), 636.

Capitoli di libri

Parolin, M., Mapelli, D., Cristofalo, P., & Botturi, M. (2014). Residential Treatment for Young Drug-Addicts. Neuropsychological Functioning and Emotional Distress in the First Six Months of Community Program. In Díaz-Román., A., Hita-Yáñez, E. and y M^a Teresa Ramiro, M.A. (Eds.), *Avances in Psicología Clínica (pp. 403-413)*. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). ISBN: 978-84-608-1640-9.

Contributi in atti di convegno

Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., & Fregna, R. (2014). An Innovative Psychological Assessment Method for Young Drug-Addicts. In M. Mokrys & S. Badura (Eds.) *Proceedings in Advanced Research in Scientific Areas* (pp. 188-193). Zilina: EDIS – Publishing Institution of the University of Zilina.

Cristofalo, P., Parolin, M., & Simonelli, A. (2014). Giovani tossicodipendenti di oggi in trattamento residenziale: Chi sono e di cosa necessitano. In FeDerSerd (Ed.), *Supplemento a Mission: periodico trimestrale della Federazione Italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze*, 41/2014 (pp. 9-12). Milano: Franco Angeli Editore.

Parolin, M., Simonelli, A., Mapelli, D., Sacco, M., & Cristofalo, P. (2014). Cognitive and Emotional Functioning in Young Drug-addicts. Preliminary findings. In M. Mokrys, S. Badura, & A. Lieskovsky (Eds.), *Proceedings in Scientific Conference* (pp. 223-228). Zilina: EDIS – Publishing Institution of the University of Zilina.

Abstract in atti di convegno

Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P. (2018). Personality assessment and subtypes in young adults with substance use disorders. A preliminary study with the SWAP-2000. Vol 21 no 1s. Abstract Book – 12th national Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR) – Italian Section, October 2018.

Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., & Mapelli, D. (2016). Does being a girl make a difference? Life history, cognitive profile, personality, and symptoms in young drug-addicts. *Global Addiction Conference, proceedings*. Venice, Italy, 65.

Parolin, M., Sacchi, C., Simonelli, A., & Cristofalo, P. (2016, October). Personality subtypes in young drug-addicts. A study with the SWAP-200. *Global Addiction Conference, proceedings* Venice, Italy, 65.

Parolin, M., Simonelli, A., Mapelli, D., & Cristofalo, P. (2014). Neuropsychological functioning and emotional distress in drug-addicted youth. A pilot study. [Abstract]. *Global Addiction Conference*, Rome, Italy, 36.

Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., & Mapelli, D. (2013). Multi-method assessment per giovani adulti con disturbo da dipendenza da sostanze: il ruolo dei fattori neuropsicologici. [Abstract]. *Proceedings of the XV Congresso Nazionale Associazione Italiana di Psicologia, sezione di Psicologia Clinico-Dinamica*, Napoli, Italy.

Contributi Poster e contributi orali a convegni e conferenze

Parolin M., Douglas H., Cristofalo P., Fregna R. (settembre 2022). *One-year treatment in therapeutic community for young adults with drug addiction: examining change and retention in terms of symptomatology*. Contributo mini-talk al XXX Congresso Associazione Italiana di Psicologia, 27-30 settembre 2022, Padova.

Parolin M., Douglas H., Gigante M., Salvatore A., (settembre 2022). *Young adults with drug addiction and psychotherapy: a focus on therapeutic relationship and its development in the context of residential treatment*. Contributo mini-talk al XXX Congresso Associazione Italiana di Psicologia, 27-30 settembre 2022, Padova.

Parolin M., Simonelli, A., Cristofalo, P. (settembre 2021). *Personality and therapist-patient relationship in young adults with severe drug addiction. A preliminary study on personality subtypes and therapeutic alliance*. Contributo orale del Simposio "From a symptom-centered to a person-based approach in treating psychopathological conditions in adolescence and young adulthood: the crucial role of emerging personality styles and syndromes" presentato al XXII Congresso Nazionale della Associazione Italiana di Psicologia – sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, 17-19 settembre 2021, Lecce.

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"

Parolin M., Simonelli, A., Cristofalo, P. (settembre 2019). *Exploring personality subtypes in emerging adults with substance use disorders. A preliminary study by SWAP-200*. Contribuito orale presentato al XXI Congresso Nazionale della Associazione Italiana di Psicologia – sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, 27-29 settembre 2019, Milano.

Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., & Mapelli, D. (2016, October). *Does being a girl make a difference? Life history, cognitive profile, personality, and symptoms in young drug-addicts*. Poster presented at: Global Addiction Conference, 2-4 October 2016, Venice.

Parolin, M., Sacchi, C., Simonelli, A., & Cristofalo, P. (2016, October). *Personality subtypes in young drug-addicts. A study with the SWAP-200*. Poster presented at: Global Addiction Conference, 2-4 October 2016, Venice, Italy.

Parolin, M., Porreca, A., De Palo, F. & Capra, N. (2016, June). *Parenting and maternal drug addiction: are there associations between the 86europsychological functioning and the quality of mother-child interactions?* Poster presented at: 11th International Conference on Child and Adolescent Psychopathology, 18-20 July 2016, Rohampton-London.

Simonelli, A., Parolin, M., De Palo F., Cristofalo P., Capra N. & Mapelli, D. (2016, June). *Young girls who face motherhood in the context of drug-addiction. Which characteristics in terms of personality, cognition, and alexithymia?* Poster presented at: World Association for Infant Mental Health, WAIMH Congress 2016, 29 May-02 June, Prague.

Parolin, M., Miscioscia, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., & Mapelli, D. (2015, March). *Two Perspectives On Drug-Addiction In Young Age: Neuropsychological Functioning And Personality Traits*. Poster presented at: International Convention of Psychological Science, 12-14 March 2015, Amsterdam, Netherlands.

Parolin, M., Simonelli, A., & Cristofalo, P. (2014, December). *Drug addiction in young age (18-24). An innovative assessment protocol to inform treatment programs*. Oral contribution presented at: European conference Youth Mental Health: from continuity of psychopathology to continuity of care, 16-18 December, Venice, Italy.

Parolin, M., Mapelli, D., Cristofalo, P., & Botturi, M. (2014, November). *Residential treatment for young drug-addicts. Neuropsychological functioning and emotional distress in the first six months of community program*. Poster presentato at: the VII Congreso Internacional y XII Nacional De Psicología Clínica, 14-16 November, Sevilla, Spain.

Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., Mapelli, D., Piccoli, S., & Sacco, M. (2014, January). *Profilo neuropsicologico e funzionamento emotivo in giovani tossicodipendenti*. Poster presented at: IX Edizione delle Giornate di Neuropsicologia dell'Età Evolutiva, Bressanone, Italy.

Parolin, M. (2013, November). *Valutazione diagnostica multi-metodo e nuove prospettive di trattamento per giovani tossicodipendenti residenti in comunità terapeutica*. Oral contribution at: Clinica & Ricerca: Possibili integrazioni per l'assessment e il trattamento nelle tossicodipendenze. 27 November 2013. Venice, Italy.

VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE

LA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

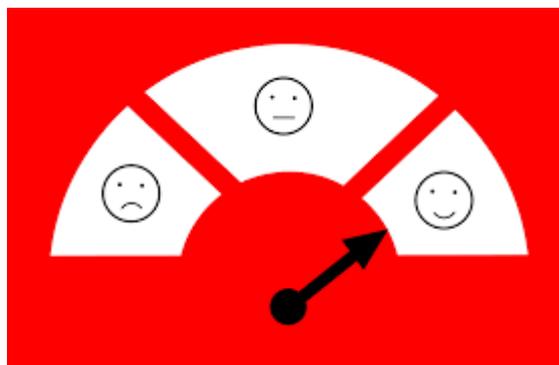
METODOLOGIA

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 e 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 2021, sono stati somministrati 43 questionari: 23 sono stati compilati da parte di pazienti in carico nella prima fase del programma e i restanti 20 da parte degli ospiti della fase del reinserimento.



RISPONDENTI

Il gruppo dei soggetti rispondenti è composto per l'88% 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 41% 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 (21%) e poi quelli in carico da meno di 3 mesi di tempo (16%); infine i pazienti ammessi da 12-24 mesi (14%), mentre i restanti sono stati ammessi in comunità da un tempo che varia tra i 3 e i 6 mesi di tempo.

RISULTATI

Partiamo con l'esposizione dei risultati dal dato riguardante la valutazione globale di soddisfazione dei pazienti, con il 100% che consiglierebbe la Comunità Villa Renata per il trattamento terapeutico della dipendenza.

• Fase di pre-accoglienza

La fase di pre-accoglienza è valutata dal 62% 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 l'88 e il 92% 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 quattro soggetti) sono state date risposte che indicano un non piena soddisfazione.

62%

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 26% più che soddisfatto (il restante 9,5% si dichiara comunque soddisfatto). Ciò rappresenta un elemento importante per noi, dato il valore attribuito alla psicoterapia individuale nel

90%

DEI PAZIENTI È
MOLTO/BEN
SODDISFATTO DELLA
PSICOTERAPIA
INDIVIDUALE

percorso di cura presso Villa Renata, da cui richiedere per un cambiamento sufficientemente strutturale del funzionamento di personalità anche tempi medio-lunghi.

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 (48%) e per il 52% non pienamente soddisfacente. Anche quest'anno un elemento peculiare è rappresentato dal fatto che i pazienti danno una valutazione positiva dei dispositivi per i familiari (gruppi familiari, incontri con la direzione, etc.), per i quali la soddisfazione è elevata o buona nel 92% 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.

In questo ambito collochiamo anche **la competenza e disponibilità all'ascolto dei curanti** che raggiungono l'elevata/buona soddisfazione per il 100% dei pazienti rispetto agli psicoterapeuti ed educatori ed il 98% dei pazienti rispetto alla direzione.

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, valutato come molto positiva o più che positiva dall'87% dei pazienti, sia dal punto di vista gruppale, in termini di clima e cooperazione, aspetto valutato molto positivo o più che positivo per il 78% dell'utenza. Gli

87%

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

aspetti organizzativi delle attività ludico ricreative sono ritenuti molto soddisfacenti dal 37% dell'utenza, più che soddisfacenti dal 39% e soddisfacenti dal restante 24%. **Le attività educative** di gruppo ricevono le valutazioni migliori da parte del 67% 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 72% dei ragazzi.

Le attività lavorative/ergoterapiche organizzate in Comunità vengono ritenute molto o più che soddisfacenti nei loro aspetti organizzativi dal 67% dei pazienti, mentre il 28% le ritiene comunque soddisfacenti e solo 2 soggetti esprimono 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 21% delle risposte, valutazioni ancora migliori per il 70% e solo 4 utenti non pienamente soddisfatti.

Per quanto riguarda il dispositivo di orientamento **formazione-lavoro**, dei 26 rispondenti, il 46% valuta gli aspetti organizzativi in maniera molto o più che soddisfacente, il 38% soddisfacente ed il 15% non pienamente soddisfacente. Percentuali simili di gradimento si riscontrano per l'utilità nel conoscere e valorizzare le proprie competenze (52% molto o più che soddisfatti, 28% soddisfatti, 20% non pienamente soddisfatti. Rispetto all'utilità nel trovare un'occasione formativa-lavorativa, il 50% dà le valutazioni di maggiore soddisfazione, il 33% si colloca nella fascia della soddisfazione e la restante parte non pienamente soddisfatta.

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 ulteriore miglioramento dagli scorsi anni con il 60% dell'utenza che dà una risposta pienamente positiva (molto o più che soddisfacente) e il 33% sceglie la categoria "soddisfacente". Per la valutazione dell'accompagnamento in caso di ricovero ospedaliero, eventualità rara ma presente, per i 13 pazienti interessati, l'85% si dichiara molto o più che soddisfatto, il 15% comunque soddisfatto.

Relativamente agli importanti processi di **scalaggio del farmaco sostitutivo** si rileva un grado ancora più elevato di soddisfazione rispetto allo scorso anno, con il 75% dei pazienti che si dicono molto o più che soddisfatti, il 19% comunque soddisfatti (e solo in un caso 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 60% dei rispondenti, mentre il 32% è soddisfatto.

Abbiamo chiesto ai nostri utenti poi di valutare la possibilità di avere contatti con l'esterno della comunità tramite telefonate, lettere, e-mail e di valutare le uscite individuali. Per quanto concerne la quantità e l'organizzazione dei contatti con l'esterno, il 49% dell'utenza si ritiene molto o più che soddisfatto, il 34% soddisfatto e la restante parte non pienamente soddisfatto. Il 54% degli utenti aggiunge di sentirsi molto o più che soddisfatto rispetto alle

75%

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

modalità con cui gli operatori condividono con loro i contatti all'esterno nel farli sentire tutelati e supportati, il 41% è soddisfatto e due utenti non sono pienamente soddisfatti. Rispetto alle valutazioni sulle uscite individuali abbiamo avuto 35 rispondenti, in considerazione del fatto che diversi pazienti avevano iniziato il percorso comunitario da meno di 3 mesi. Di questi, il 65% si ritiene molto o più che soddisfatto dalla quantità di tempo e l'organizzazione dedicata alle uscite individuali, il 23% soddisfatto e per 4 casi questi aspetti non sono stati pienamente soddisfacenti. Percentuali simili sono state riscontrate anche per quanto riguarda la valutazione dell'utilità delle uscite per favorire la ripresa dei rapporti con i familiari e altre persone significative e per acquisire consapevolezza rispetto al proprio contesto e modalità di vita precedenti al percorso comunitario. Infine, i nostri utenti hanno valutato la loro soddisfazione rispetto agli spazi di Villa Renata. Il 100% dei rispondenti si dichiara soddisfatto, più che soddisfatto o molto soddisfatto degli spazi esterni utilizzati per le attività ludico-ricreative, come il campo sportivo, la palestra per pallavolo, la sala per teatro, la spiaggia, etc. Rispetto agli spazi interni della comunità il 55% si ritiene molto o più che soddisfatto, il 38% soddisfatto, 3 utenti non si sentono pienamente soddisfatti in questi aspetti. Infine, le camere da letto sono state valutate come molto o più che soddisfacenti da 64% dell'utenza, soddisfacenti dal 29%, mentre per 3 utenti le stanze da letto non sono risultate pienamente soddisfacenti.

LA 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 nel 2021, 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.

RISPONDENTI

Nell'anno 2021 sono stati raccolti 18 questionari compilati. I rispondenti sono così distribuiti: famigliari di pazienti che sono in trattamento da 6-12 mesi (33%), da 3-6 mesi (17%); da 12-24 mesi (17%) e meno di 3 mesi di trattamento (11%). La maggioranza (61%) è quindi composta da famigliari di pazienti che hanno intrapreso il percorso da meno di un anno.

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:

- 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 il 90% delle risposte (10 famigliari di pazienti in cura da più di 10 mesi) nelle categorie molto o più che soddisfacenti e 10% comunque soddisfacenti

78%

**VALUTAZIONI POSITIVE
DELLA DISPONIBILITA'
DEGLI OPERATORI**

- la disponibilità degli operatori nei confronti delle famiglie (nei termini di reperibilità, ascolto e accoglienza), con tassi del 78%;
- la capacità dei curanti di far emergere il potenziale del ragazzo in trattamento, voce per cui si ottiene l'78% di valutazioni pienamente positive;
- l'andamento del programma di cura del figlio (voce che ottiene anch'essa il 78% di valutazioni positive)

Gli aspetti che vengono valutati comunque come soddisfacenti ma a un livello lievemente inferiore riguardano invece 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. L'aspetto della comunicazione sull'organizzazione del programma di cura in questa fase è valutato come molto/più che soddisfacente dal 56% dei famigliari ed il 44% si reputa comunque soddisfatto. Il 61% dei famigliari risulta essere molto o più che soddisfatto degli incontri in generale (il 33% soddisfatti e 1 caso di insoddisfazione); restituendo l'idea che le famiglie in questa fase si sentono accolte e comprese.

61%

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

61%

**DELLE FAMIGLIE
SODDISFATTE DELLE
COMUNICAZIONI
RICEVUTE**

Per quanto riguarda la sfera delle comunicazioni ricevute da parte della comunità durante il percorso, per le dimensioni di qualità e quantità, il 61%, quindi la maggior parte dei i famigliari, si reputa comunque molto o più che soddisfatto, per la restante parte questo aspetto è soddisfacente. Riscontriamo percentuali molto simili anche per quanto riguarda la valutazione della restituzione che gli operatori forniscono sull'andamento del percorso dei pazienti (67% molto o più che soddisfatti; 33% comunque soddisfatti).

È interessante notare poi come in tutti gli aspetti valutati, la quasi totalità dei famigliari si ritengano soddisfatti o più che/molto soddisfatti tranne che per due responsi in due categorie (1 rispondente su 18 non si reputa pienamente soddisfatto della capacità dell'equipe di far emergere le qualità e le risorse del figlio ed 1 rispondente su 18 dichiara lo stesso nella valutazione della fase di pre-accoglienza spiegando che avrebbe desiderato un maggior coinvolgimento dei genitori in questa fase). Anche quest'anno si evince che la comunicazione con la famiglia è un aspetto su cui il gruppo curante deve riflettere e prestare attenzione.

LA SODDISFAZIONE GRUPPO GENITORI

Dopo l'impossibilità di valutare questo intervento nell'anno 2020 a causa delle discontinuità portate dalla pandemia, nel 2021 siamo tornati ad indagare sul grado di soddisfazione percepito dai genitori relativamente alla partecipazione ai gruppi a loro rivolti proposti da Villa Renata.

METODOLOGIA

Per la valutazione del grado di soddisfazione percepito dai genitori rispetto a questo spazio loro proposto nel 2021 è stato predisposto un questionario ad hoc. Il questionario comprende domande a risposta multipla e alcune domande aperte, volte a indagare aspetti organizzativi e terapeutici dell'intervento. Le domande a risposta multipla chiedono di indicare su una scala Likert a 5 punti (da molto soddisfacente a per nulla soddisfacente) il grado di soddisfazione e la percezione del gruppo genitori. La compilazione del questionario è stata del tutto volontaria e in forma anonima.

RISPONDENTI E RISULTATI

Nell'anno 2021 sono stati raccolti 7 questionari compilati. I risultati mostrano che gli aspetti più graditi dai genitori all'interno di questo dispositivo sono:

- La frequenza e la durata dei gruppi (cicli brevi, rinnovabili dalla durata di 3 mesi): valutata come molto o più che soddisfacente dal 100% dei rispondenti)
- L'esperienza di condivisione con gli altri genitori (86% dei rispondenti molto o più che soddisfatti; 14% soddisfatti)
- La professionalità e la competenza della terapeuta che ha condotto il gruppo (valutata come molto o più che soddisfacente dall'86% dei rispondenti)
- Un aumento nelle proprie capacità di sostegno nel percorso del proprio/a figlio/a e maggiore collaborazione con l'equipe della comunità (valutata come molto o più che soddisfacente dall'86% dei rispondenti)

86%

**DEI GENITORI È
PIENAMENTE
SODDISFATTO DELLA
CONDIVISIONE CON
ALTRI GENITORI**

Gli aspetti valutati come positivi ma con un indice di soddisfazione leggermente inferiore sono stati:

- L'acquisizione di nuove modalità per affrontare i momenti di crisi e acquisizione di maggiore fiducia nell'evoluzione del proprio/a figlio/a. Su questo il 71% dei genitori riferisce piena soddisfazione e il 29% è comunque soddisfatto.
- La possibilità di trovare libera espressione dei propri vissuti (valutata come molto o più che soddisfacente dal 57% dei rispondenti e come soddisfacente dalla restante parte)

Gli aspetti più critici individuati si riferiscono a due aree. Il primo è stato individuato nell'acquisizione di nuove e migliori modalità di comunicare in famiglia e con il/la proprio/a

figlio/a. Rispetto a questo aspetto il 71% dei rispondenti si sente pienamente soddisfatto, il 15% sufficientemente soddisfatto e 29% non pienamente o affatto soddisfatto.

Il secondo aspetto percepito come critico e che mostra le stesse percentuali di gradimento è la comprensione delle difficoltà di comunicazione nella propria famiglia e con il/la proprio/a figlio/a. Questo aspetto è stato valutato come pienamente soddisfacente dal 71% dei rispondenti, soddisfacente dal 15% e per nulla soddisfacente dal 29%.

Questi dati ci aiutano ad individuare le aree in cui potenziare l'intervento all'interno del gruppo genitori. Aree a cui andrà prestata particolare attenzione saranno l'acquisizione di competenze pratiche nella comunicazione e la comprensione delle modalità di comunicazione con i propri figli.

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 e educativi. Le domande a risposta multipla prevedono una scala Likert a 5 punti (da molto soddisfacente a per nulla soddisfacente).

RISPONDENTI

Nell’anno 2021 sono stati inviati n. 130 questionari e n. 5 sono quelli che sono stati restituiti compilati, un risultato piuttosto esiguo rispetto allo scorso anno e in generale per avere un feedback realistico del nostro lavoro.

I rispondenti comprendono colleghi afferenti a Servizi della Regione Veneto in 2 casi e fuori regione in 3 casi. Tutti i rispondenti sono colleghi che operano in Ser.D.

Le figure professionali più rappresentate sono quella di psicologo-psicoterapeuta (60%), abbiamo poi un assistente sociale e un medico.

Nel 100% dei casi si tratta di colleghi e servizi che conoscono Villa Renata da più di 10 anni, indicando collaborazioni durature e che si rinnovano nel tempo.

RISULTATI

• Qualità del Servizio

100%
**È MOLTO
SODDISFATTO DELLA
QUALITÀ DEL SERVIZIO
OFFERTO, PIU’ DELLO
SCORSO ANNO**

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 il grado di soddisfazione intermedio viene riportato in pochi casi (in una o due voci di valutazione raggiunge 1 preferenza).

In generale, la qualità complessiva del servizio residenziale offerto viene considerata molto soddisfacente dal 100% dei rispondenti, con l’aggiunta di qualche punto percentuale in più rispetto allo scorso anno.

Gli aspetti che risultano più apprezzati dagli inviati, in quanto ritenuti pienamente soddisfacente dal 100% dei rispondenti, sono quello dei dispositivi clinici offerti dalla comunità, intendendo 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) e i dispositivi ludico-ricreativi offerti alla nostra utenza (es. laboratori creativi e culturali, attività sportive, rapporti con il territorio).

100%

**RITIENE MOLTO
SODDISFACENTI I
DISPOSITIVI CLINICI E
RICREATIVI**

100%

**DEI COLLEGGI
MOLTO O PIÙ CHE
SODDISFATTI DELLA
COMUNICAZIONE
CON LA CT**

Anche alla domanda che indaga se il servizio offerto da Villa Renata risponda ai bisogni del Servizio inviante per competenza, pertinenza e tempestività, il 100% dei rispondenti si è dichiarato molto più che soddisfatto.

Altri dispositivi e caratteristiche di Villa Renata vengono valutati come molto o più che soddisfacenti da quote molto alte di rispondenti, in ordine di preferenza si ha:

- la qualità della fase di pre-accoglienza gestita dalla Direttrice e dal Coordinatore degli educatori (80% molto soddisfatti; 20% più che soddisfatti)
- i dispositivi educativi (riunioni della casa, attività pedagogiche ed ergoterapiche, etc.) (80% molto soddisfatti; 20% più che soddisfatti)
- il dispositivo di orientamento alla formazione ed al lavoro (80% molto soddisfatti; 20% più che soddisfatti)
- l'inserimento scolastico lavorativo (80% molto soddisfatti; 20% più che soddisfatti)
- le modalità di scalaggio del farmaco sostitutivo (100% più che soddisfatti)
- la fase clinica del reinserimento (4 rispondenti, di cui 2 molto soddisfatti e 2 più che soddisfatti)
- dispositivi rivolti a genitori e famigliari (80% molto/più che soddisfatti; 20% soddisfatti)
- l'inserimento lavorativo in cooperative di tipo B (80% molto/più che soddisfatti; 20% soddisfatti)

• **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 100% dei rispondenti.

Un altro aspetto relativo ai rapporti tra Comunità Terapeutica e Servizio Inviante, con quote di valutazioni molto o più che soddisfacente del 100% è la qualità degli incontri interservizi (per i quali la frequenza ottimale è considerata dalla maggior parte dei rispondenti di 1 o 2 volte all'anno, mentre il 20% reputa opportuno 1 incontro annuale) e del report, che viene ricevuto personalmente dal 100% dei colleghi rispondenti.

Per quanto riguarda invece i servizi di tipo segretariale-amministrativo, la valutazione è nell'80% dei casi molto soddisfacente e in un caso più che soddisfacente; anche il sito della cooperativa è valutato come molto soddisfacente dal 60% dei colleghi e più che soddisfacente dalla restante parte.

• **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 di tutti i colleghi Villa Renata costituisce una buona opzione di trattamento per pazienti con buone risorse individuali (4 preferenze su 5); la sua proposta di cura viene inoltre ritenuta opportuna per pazienti con risorse individuali sufficienti, di soglia intermedia (4 preferenze su 5). Nessun collega ha indicato la struttura come più opportuna per pazienti con doppia diagnosi o con risorse individuali critiche (bassa soglia).

Relativamente alla motivazione, un grado buono (3 rispondenti) o per lo meno sufficiente (2 rispondenti) viene ritenuto condizione importante per riuscire a sostenere il programma di cura offerto.

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 della lista d'attesa (1 su 5), per necessità di una struttura con impostazione e durata del trattamento diverso (3 su 5) o per divergenze all'interno dell'équipe inviante (1 su 5 colleghi).

CLIMA, SODDISFAZIONE E BENESSERE DEI MEMBRI DELL'EQUIPE

Nel 2021 la Cooperativa Comunità di Venezia ha desiderato investire in maniera specifica nella dimensione del benessere e del clima dell'organizzazione e il primo step della realizzazione di questo progetto ha riguardato l'indagine del clima organizzativo, realizzata da un consulente aziendale specializzato, il Dr. Krzysztof Szadejko.

L'obiettivo della ricerca "Valutazione dei fattori del clima organizzativo e dello stress lavoro-correlato del personale della Comunità di Venezia s.c.s. nell'anno 2021" è stato quindi analizzare il clima organizzativo nella rete dei servizi della Comunità di Venezia, in relazione alla soddisfazione del personale, alla motivazione e allo stress correlato al lavoro. In particolare, la ricerca prevedeva l'analisi di elementi quali: clima organizzativo; coinvolgimento lavorativo; stanchezza psicofisica degli operatori; motivazione lavorativa; percezione di sostegno dell'autonomia da parte della dirigenza, intesa come il bisogno psicologico; conflitto lavoro-vita personale; soddisfazione lavorativa.



METODOLOGIA

Per la valutazione è stato predisposto un protocollo di test psicodiagnostici, opportunamente selezionati in base alle caratteristiche di solidità psicometrica e operatività.

- **Multidimensional Organizational Climate Questionnaire (MOCQ; Szadejko, 2021):** nella sua versione più breve, è composto da 46 item che misurano 9 dimensioni indipendenti: autonomia nel lavoro, comunicazione interna, comunicazione esterna, chiarezza del ruolo, dinamismo, leadership, incentivazione, innovatività, progettualità; team.
- **Utrecht Work Engagement Scale (UWES; Schaufeli & Bakker, 2003):** scala di 17 item, con risposta on formato Likert a 7 punti; gli item sono volti a misurare tre dimensioni: coinvolgimento, dedizione; assorbimento.
- **Working Motivation Questionnaire (Szadejko, 2009):** questionario è composto da 6 item su scala Likert a 5 punti; indaga il grado di motivazione intrinseca della persona nei confronti del proprio lavoro.
- **Burn-out scale (BS; Szadejko, 2021):** scala self-report a 8 item (su scala likert da 1 a 7) che propone alcuni indicatori di affaticamento lavorativo: malessere, stanchezza, esaurimento delle risorse psichiche e fisiche. Non è un test standardizzato, permette comunque di indicare il rischio di burnout.

- **Working Climate Questionnaire (WCQ;** Deci e Ryan nel 1989). Questionario utilizzato nella sua versione breve a 6 item su scala di Likert da 1 a 5 punti.
- **Work-Family Conflict Scale (W-FCS;** Loscalzo, Raffagnino, Gonnelli, & Giannini, 2019): questionario composto da 10 item, che si raggruppano in due sottoscale: conflitto Lavoro-Famiglia (5 items) e conflitto Famiglia-Lavoro (5 items).
- **Working Satisfaction Scale (WSS):** questionario che include alcuni indicatori del costrutto più generale di soddisfazione lavorativa; prevede 13 indicatori su scala Likert da 0 a 5 punti.

RISPONDENTI

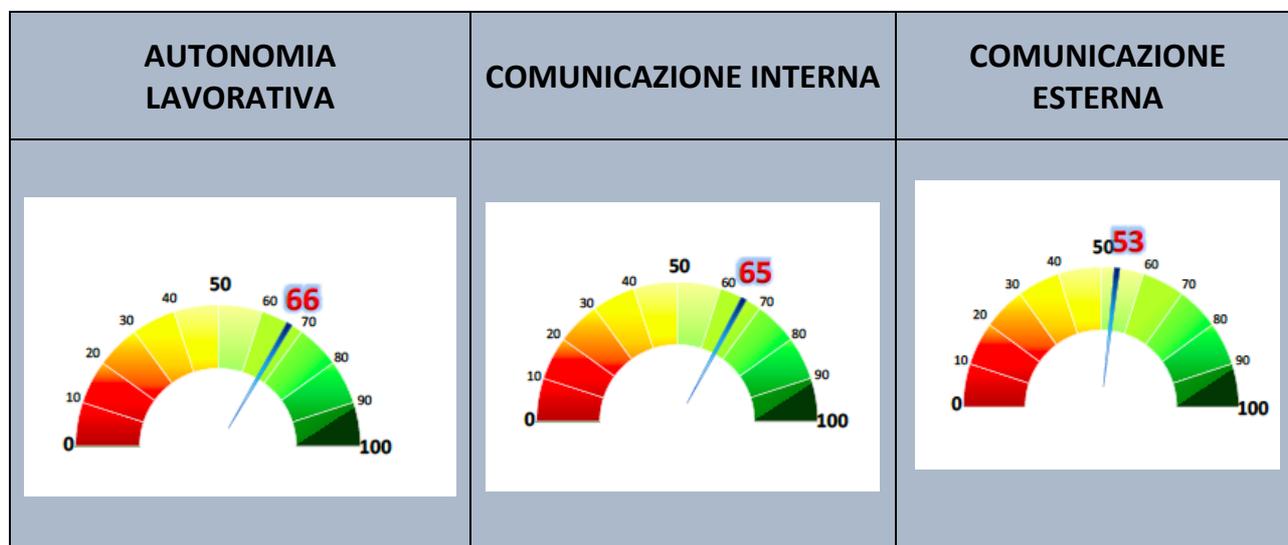
I questionari disponibili e completi ammontano a 17.

RISULTATI

CLIMA ORGANIZZATIVO

il numero prevalente del personale percepisce il Clima organizzativo come positivo. Questo fatto è ancora più evidente osservando gli istogrammi riportati di seguito.

Analizzando ogni singola variabile si nota che tutte le medie sono piuttosto elevate. Le due variabili che hanno raggiunto il livello più elevato sono: **leadership democratica** (76/100) e **team** (75/100). Le dimensioni che si collocano ad un livello meno elevato, ma comunque non problematico, sono quelle relative alla comunicazione soprattutto esterna e in misura minore interna, e l'innovatività.





BENESSERE PSICOLOGICO

Tra le variabili di tipo psicologico quelle che hanno ottenuto le medie più elevate sono: **motivazione lavorativa** (84/100), **dedizione** (80/100) e **sostegno dell'autonomia** (76/100). Nessuna delle dimensioni osservate si colloca in un'area critica, e un quadro positivo è restituito anche dal livello complessivo di soddisfazione riportato dagli operatori. Ciò non toglie che alcuni aspetti siano da attenzionare, come il grado di conflitto tra lavoro e vita personale (come spesso accade quando il lavoro è organizzato su turni) oppure il livello di stanchezza psicofisica (da considerare che il gruppo di lavoro arrivava da due anni segnati dalla convivenza con il COVID), in modo da poter trovare una risposta prima che essi si vadano a costituire come aspetti critici per il benessere del personale.



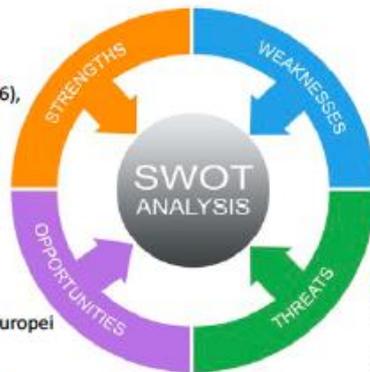
Il grafico sottostante riporta infine una visione di insieme, in cui vengono messi in relazione i punti di forza e di debolezza, e vengono poi individuate delle opportunità di cambiamento e di risposta agli aspetti di maggiore vulnerabilità individuati.

Punti di forza:

- Generalmente il clima organizzativo è sereno
- alto livello di **motivazione** (84), di **dedizione** (80), **sostegno dell'autonomia** (76), **Leadership** (76), **team** (75)
- un buon livello di **chiarezza del ruolo** (73) e **dinamismo** (72)

Opportunità:

- Partecipazione ai progetti europei ECETT Accademy
- Analisi e revisione del clima organizzativo
- Ricambio generazionale



Punti di debolezza:

- Comunicazione **interna** (65) ed **esterna** (53)
- Alto livello di **stanchezza psicofisica** (34)

Minacce:

- Burnout dello staff
- COVID-19

RINGRAZIAMENTI

Il lavoro in Comunità è un lavoro complesso, entusiasmante e faticoso, dove il raggiungimento di obiettivi è possibile solo se c'è una consapevolezza comune della necessità e della forza del lavorare in squadra: da vertici di osservazione e di competenze diverse, da professionalità ed esperienze varie, ma tutti volti a perseguire l'obiettivo della nostra mission, il benessere delle nostre e dei nostri pazienti e del gruppo di lavoro coinvolto.

Su questa semplice osservazioni mi permetto, quest'anno di parlare in prima persona, visto che sarà l'ultimo anno che invierò personalmente i report ai vari colleghi dei Ser.D., dato che il 2022 coinciderà con il mio pensionamento e con il momento di passare il testimone al Dr. Riccardo Fregna, che continuerà *“nell'avventura di Villa Renata, sorta nel 1984”*, nella continuità, seppure nella discontinuità nel portare idee, dispositivi, passioni differenti che andranno sicuramente a migliorare la qualità del nostro intervento di cura.

Permettetemi quindi di ringraziare in primis la mia straordinaria equipe, che lascio con molta tristezza, ma anche le colleghe /i che mi hanno accompagnato in questi quasi 40 anni e che per motivi dei più vari ad un certo punto hanno scelto strade diverse. GRAZIE!

Grazie alla Cooperativa Comunità di Venezia (ex Villa Renata) che mi ha dato tanto, grazie alle socie e ai soci tutti.

Grazie alle cooperative “amiche” la Cooperativa NonSOloVerde, la Cooperativa I.So.La per citare le più vicine, grazie al Consorzio Zorzetto, con cui ho collaborato per tanti anni, per l'impegno, la professionalità e la passione che hanno favorito la creazione di opportunità lavorative a tante e a tanti giovani esclusi dal mondo produttivo. Grazie per la fiducia!

Grazie alle tante associazioni, singoli che ci hanno dato credito e con le quali sono sorti tanti progetti ludici, lavorativi, sportivi rivolti ai nostri pazienti. Vorrei elencarli tutti, ma 38 anni sono tanti e non vorrei “avere un vuoto di memoria”.

Grazie alle colleghe e ai colleghi dei moltissimi Ser.D. del Veneto e delle altre Regioni, per la collaborazione, fiducia, stima e perché no ... anche per l'affetto che ho sentito in questi lunghi anni di lavoro!

Grazie alle famiglie delle/dei nostre /i pazienti che con generosità, fiducia si sono affidati al nostro gruppo curante con grande rispetto. La vostra collaborazione è stata preziosa per noi. Grazie!

Ma UN GRAZIE GIGANTESCO a tutte le/i pazienti che ho incontrato in questi lunghi anni di lavoro che ci dimostrano ogni giorno che è possibile credere e quindi impegnarsi per il cambiamento! Ho ricevuto tantissimo, non ultimo il Vostro affetto cosa non scontata. Sono quella che sono anche grazie a Voi! Buona strada ragazze e ragazzi! Non perdiamoci di vista!!

PS: il report in questi anni è stato uno strumento per la sottoscritta, per raccontare il nostro lavoro, perché la trasparenza è per noi un MUST, ma soprattutto per riflettere attorno al nostro “agire quotidiano”. E' un lavoro che richiede tempo, impegno, che fa sintesi del lavoro di una squadra (che ringrazio ancora), ma che si è rivelato negli anni un fertile momento di confronto, fucina di idee grazie alle colleghe che mi hanno aiutata a redigerlo: prima con la dott.ssa Sabrina Tripodi che ha lavorato per anni con la nostra Cooperativa; poi con la collega dott.ssa Micol Parolin presente e protagonista anche nel mio ultimo report: siamo state una coppia perfetta!

Patrizia Cristofalo



Da qualche parte, oltre l'arcobaleno, il cielo è azzurro e i sogni impossibili diventano realtà. (Dal film "Il Mago di Oz")



“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