

ASSOCIAZIONE FAMIGLIE CONTRO L'EMARGINAZIONE E LA DROGA



CARTA SERVIZI



Lo scopo della Carta dei servizi è quello di presentare all'utenza, alle famiglie, al territorio e alle amministrazioni pubbliche le attività dell'Associazione Fa.C.E.D. e del Centro comunitario residenziale a carattere pedagogico-riabilitativo per il trattamento delle dipendenze patologiche "Il Noce".

Esplicitando la nostra storia, i nostri principi, la nostra organizzazione, le metodologie dei servizi che offriamo, questa carta rappresenta quindi anche uno strumento di trasparenza e di controllo della qualità dei servizi che erogiamo e può essere considerata a tutti gli effetti come un patto tra operatori, utenti e amministratori. La Carta dei servizi non è uno strumento statico ma viene regolarmente sottoposta a verifica in ogni occasione in cui risulti necessario.

Questa Carta è a disposizione dell'utenza nella nostra struttura in Via delle Acacie n.4 in Termoli e scaricabile dal nostro sito internet www.facedtermoli.it

Revisione n.05
del 18/02/2025

Redatto dal Direttore Sanitario
Dott.ssa MARIACHIARA D'AMORE



Approvato dal Presidente
Legale rappresentante
Dott. ANTONIO DE LELLIS



ASS. F.A.C.E.D. ONLUS
SEDE LEG. PARR. SACRO CUORE
IL NOCE
VIA ACACIE, 4 - 86039 TERMOLI (CB)
TEL. 0875-75188

1. Associazione Fa.C.E.D.

1.1	Chi siamo	Pag. 1
1.2	Mission, visione e valori	Pag. 2
1.3	Organigramma	Pag. 2

2. Il Centro Comunitario Residenziale "Il Noce"

2.1	Struttura e gestione	Pag. 4
2.2	I principi di riferimento	Pag. 4
2.3	Etica e politica di riferimento	Pag. 4
2.4	Il modello di intervento e la metodologia	Pag. 4
2.5	Le persone al lavoro	Pag. 5
2.6	Criteri di inclusione ed esclusione	Pag. 5
2.7	Procedura di inserimento nel Centro	Pag. 6
2.8	Gestione della lista di attesa	Pag. 6
2.9	Documentazione utente	Pag. 7

3. Servizi offerti

3.1	Proposta pedagogico-riabilitativa	Pag. 8
3.2	Integrazione tra la struttura e il territorio	Pag. 9
3.3	Relazioni e collaborazioni	Pag. 9
3.2	Reinserimento	Pag. 10
3.3	Dimissione e continuità assistenziale	Pag. 10
3.4	Monitoraggio dei casi e indicatori di programma	Pag. 11
3.5	Procedura trasmissione informazioni	Pag. 11
3.6	Regolamento interno	Pag. 11
3.7	Organizzazione della giornata comunitaria	Pag. 14

4. Strumenti

4.1	ICF- Recovery	Pag. 15
4.2	Testistica di approfondimento	Pag. 15
4.3	Operatività quotidiana	Pag. 15

5. Qualità del Servizio

5.1	Partecipazione	Pag. 17
5.2	Disservizi, segnalazioni, reclami, suggerimenti	Pag. 17

1. Associazione Fa.C.E.D.

1.1 - Chi siamo

Nata nel 1991 sul territorio basso-molisano come scelta di volontariato di un gruppo di familiari che ha vissuto il problema della tossicodipendenza, l'associazione Fa.C.E.D. è un ente del terzo settore che sviluppa programmi e progetti negli ambiti della prevenzione e del trattamento delle dipendenze patologiche, del contrasto alla grave emarginazione adulta, alla tratta e allo sfruttamento degli esseri umani.

Il volontariato è ancora oggi un valore centrale per l'Associazione, considerato una delle espressioni di partecipazione alla vita sociale attraverso la quale si offrono con gratuità, spontaneità e continuità la capacità di progettare percorsi grazie ai quali anche gli ultimi possano consapevolmente e attivamente far parte di una società che appartiene loro. Il cittadino volontario si attiva affinché ognuno, a cominciare dallo Stato, rispetti il ruolo che gli compete, al fine di un coinvolgimento delle istituzioni e della società civile in progetti, promozione culturale e servizi. Servizi che, come persone, siamo chiamati a richiedere, indicare, co-progettare e svolgere senza sostituzioni e senza deleghe assolute, nel rispetto di un equilibrio che vede cittadini e istituzioni in continuo dialogo e reciproco impegno nella costruzione di una comunità accogliente che educi ai valori di giustizia sociale.

L'Associazione Fa.C.E.D. ha rappresentato il pilastro intorno al quale hanno preso vita le altre numerose esperienze di accoglienza, prevenzione, ascolto, intervento e ricerca.

Attualmente l'Associazione gestisce:

- un Centro comunitario residenziale per il trattamento delle dipendenze patologiche (IL NOCE);
- un'area sosta diurna per persone senza dimora, un'unità mobile e un osservatorio permanente sulle problematiche sociali del territorio basso-molisano (LA CITTA' INVISIBILE);
- un gruppo appartamento per il contrasto al grave disagio adulto (CASA Fa.C.E.D.).

Inoltre promuove e collabora all'attivazione di vari progetti, locali e nazionali, negli ambiti sopra menzionati. La Fa.C.E.D. agisce in collaborazione con il C.N.C.A. (essendone socia), con i centri di formazione, le Istituzioni e gli Enti locali, con la Caritas Italiana e diocesane, con l'A.S.Re.M e con le A.S.L. di tutto il territorio nazionale.

Dal 1993 l'Associazione è iscritta al n.3015 del Pubblico Registro delle associazioni di Volontariato della Regione Molise ed ha in attivo una convenzione con il Comune di Termoli.

Iscritta al RUNTS con il numero di repertorio 40771 dal 21/07/2022.

Dal 1994 è iscritta all'Albo degli Enti Ausiliari della Regione Molise.

Dal 2020 è socia fio.PSD.

Dal 2025 è convenzionata per lo svolgimento dei lavori di pubblica utilità (n.5) ai sensi dell'art.54 del D.LVO 28/08/2000 n.274 e dell'art.2 comma 1 del D.M. 26/03/2001.

1.2 - Mission, visione e valori

L'impegno quotidiano di quanti operano all'interno dell'Associazione ha l'obiettivo primario di rendere *responsabile* la persona che viene affiancata nelle difficoltà, in un percorso di graduale presa di coscienza della propria situazione e di riattivazione delle abilità necessarie per recuperare uno stile di vita funzionale alle esigenze del singolo e della collettività.

Sostenere la crescita dell'individuo e della società mettendo in campo tutte le professionalità necessarie e cercare di rispondere con puntualità ed efficacia ai nuovi bisogni sono gli elementi costitutivi di un percorso che si è mantenuto fedele al messaggio iniziale dei fondatori, pur prestando attenzione ai cambiamenti della

società, evolvendosi nell'intervento, nelle proposte e nelle risposte da fornire al territorio, nel quale la Fa.C.E.D. è radicata.

Campi prioritari di azione e metodi adottati per raggiungere gli obiettivi, fanno chiaramente riferimento ad ogni singola unità d'offerta, con le specificità dell'utenza, in stretto rapporto con i Servizi con i quali si collabora.

I valori ispiratori si fondano su una lunga esperienza di lavoro, basata sull'attenzione alla persona, intesa nella sua globalità, facendo riferimento ai valori umani, ma anche al volontariato, alla responsabilità e all'attivismo sociale.

1.3 – Organi statutari

ORGANI STATUTARI

ASSEMBLEA DEI SOCI



CONSIGLIO DIRETTIVO



PRESIDENTE/V. PRESIDENTE

ASSEMBLEA

L'Assemblea è l'organo sovrano, è costituita dagli associati ed è presieduta dal Presidente dell'Associazione o, in sua assenza, dal Vicepresidente.

L'Assemblea ordinaria (Competenze inderogabili dell'Assemblea) : nomina e revoca i componenti degli organi associativi e, se previsto, il soggetto incaricato della revisione legale dei conti; approva il bilancio di esercizio; delibera sulla responsabilità dei componenti degli organi associativi, ai sensi dell'art. 28 del Codice del terzo settore, e promuove azione di responsabilità nei loro confronti; delibera sulla esclusione degli associati; approva l'eventuale regolamento dei lavori assembleari; □ L'Assemblea straordinaria: delibera sulle modificazioni dell'Atto costitutivo o dello Statuto; delibera lo scioglimento; delibera la trasformazione, fusione o scissione dell'associazione.

CONSIGLIO DIRETTIVO

Il consiglio direttivo governa l'Associazione ed opera in attuazione delle volontà e degli indirizzi generali dell'Assemblea alla quale risponde direttamente e dalla quale può essere revocato.

Il consiglio direttivo è formato da un numero di 5 membri eletti dall'assemblea tra le persone fisiche per la durata di anni tre e sono rieleggibili.

Il Presidente dell'Associazione è il Presidente del consiglio direttivo ed è nominato dall'Assemblea congiuntamente agli altri membri dell'Organo di amministrazione.

PRESIDENTE/VICEPRESIDENTE

Il Presidente dell'Associazione rappresenta legalmente l'Associazione e compie tutti gli atti che la impegnano verso l'esterno. Il Presidente è eletto dall'Assemblea, a maggioranza dei presenti, tra i propri componenti. Il Presidente resta in carica tre anni e cessa per scadenza del mandato, per dimissioni volontarie o per eventuale revoca decisa dall'assemblea, con la maggioranza dei presenti. Il Presidente convoca e presiede l'Assemblea e l'Organo di amministrazione, svolge l'ordinaria amministrazione sulla base delle direttive di tali organi e convoca l'Assemblea per l'elezione del nuovo presidente e dell'organo di amministrazione almeno trenta giorni prima della scadenza del mandato. Il Vice-Presidente sostituisce il Presidente in ogni sua attribuzione ogniqualvolta questi sia impossibilitato nell'esercizio delle sue funzioni. La sua nomina è demandata ad apposito regolamento interno.

IL CENTRO COMUNITARIO RESIDENZIALE “IL NOCE”



2. Il Centro Comunitario Residenziale “Il Noce”

2.1 - Struttura e gestione

Accreditamento Istituzionale Regione Molise D.C.A. n.70 del 31/12/2012 D.P.R.

Il centro si trova a Termoli in Via delle Acacie n.4 ed è ospitato all'interno di un'area messa a disposizione dal Comune di Termoli. Qui si svolgono attività pedagogico-riabilitative nei confronti dei consumatori di sostanze psicotrope e stupefacenti, di alcool, dei poliassuntori e di chi è affetto da dipendenze comportamentali.

Gli spazi offrono luoghi adeguati alle diverse attività che la comunità prevede: cucina, dispensa, sala da pranzo, servizi igienici, locale lavanderia e guardaroba, locali per le attività pedagogiche, educative e ludiche. Vi sono inoltre un orto e un laboratorio di falegnameria che permettono di svolgere attività ergoterapiche.

Il riordino e le pulizie degli spazi interni ed esterni, i piccoli lavori di manutenzione della struttura, la lavanderia, la gestione della dispensa -comprensiva della preparazione dei pasti- e dei consumi prevedono il coinvolgimento diretto degli ospiti, in una logica abilitativa e riabilitativa, in base alla singole capacità e secondo i tempi e i modi previsti dai programmi individuali di ognuno.

La struttura residenziale adotta le prescrizioni sanitarie indicate dai sistemi sanitari regionali e nazionali; adotta protocolli e procedure di prevenzione e gestione del rischio, volto a contenere la diffusione di contagi; adotta tutti i dispositivi di protezione individuale e applica le norme igienico sanitarie previste.

2.2 - I principi di riferimento

Nel rispetto del principio della laicità, il Centro accoglie tutte le persone che necessitano di un percorso pedagogico-riabilitativo di tipo residenziale per problematiche correlate alle dipendenze patologiche.

Nel rispetto della persona e della sua dimensione, ci si impegna a costruire una *relazione di aiuto* con il singolo per tutta la durata del percorso, ponendo il *focus* sui bisogni e le aspettative della persona accolta.

2.3 – Etica e politica di riferimento

L'Ente accetta e rispetta la Costituzione Italiana, l'Ordinamento Giuridico dello Stato, i fondamentali diritti dell'Uomo: è pertanto esclusa, nelle diverse fasi dell'intervento, ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale e garantita la volontarietà dell'accesso e della permanenza nella struttura.

Nelle attività che l'Associazione svolge vengono rispettati i principi e le indicazioni del proprio Codice Etico e della Carta Europea dei diritti dell'ammalato.

L'Associazione promuove, ad ogni livello, il rispetto di politiche di riferimento regionali, nazionali ed europee per garantire un servizio di assistenza sanitaria nel più alto rispetto di norme legali, commerciali, finanziarie ed etiche che mettano al centro gli utenti e i loro diritti. Le politiche dell'Associazione infatti sono rivolte alla ricerca di nuovi progetti sociali che possano fornire agli ospiti nuove metodiche di supporto assistenziale.

La gestione etica si realizza non solo attraverso il rispetto delle norme, ma anche mediante una "relazione umanizzante" che cura la persona nel suo complesso, garantendo la qualità dell'assistenza. All'interno di servizi offerti la cura della persona è sempre prioritaria rispetto al profitto. Ci si impegna, quindi, ad agire per il bene dell'utente, evitando danni inutili e garantendo cure efficaci; si rispettano le scelte del paziente e il suo coinvolgimento informato; si garantisce un accesso imparziale alle cure, evitando discriminazioni e gestendo le liste d'attesa in modo trasparente.

2.4 - Il modello di intervento e la metodologia

La modalità di trattamento si basa su una relazione educativa condivisa, sviluppata in un contesto nel quale si cerca di ricreare un clima positivo e responsabilizzante.

E' garantita la presenza degli operatori nelle 24 ore per 365 giorni l'anno.

La cornice entro cui l'equipe del Centro colloca i propri interventi appartiene al modello della recovery, un moderno approccio riabilitativo nelle dipendenze patologiche, che riconosce all'utente la titolarità del suo percorso di recupero e la definizione di obiettivi legati alla qualità di vita possibile (ICF-recovery) così come indicato dal Piano di indirizzo per la riabilitazione approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 10/02/2021.

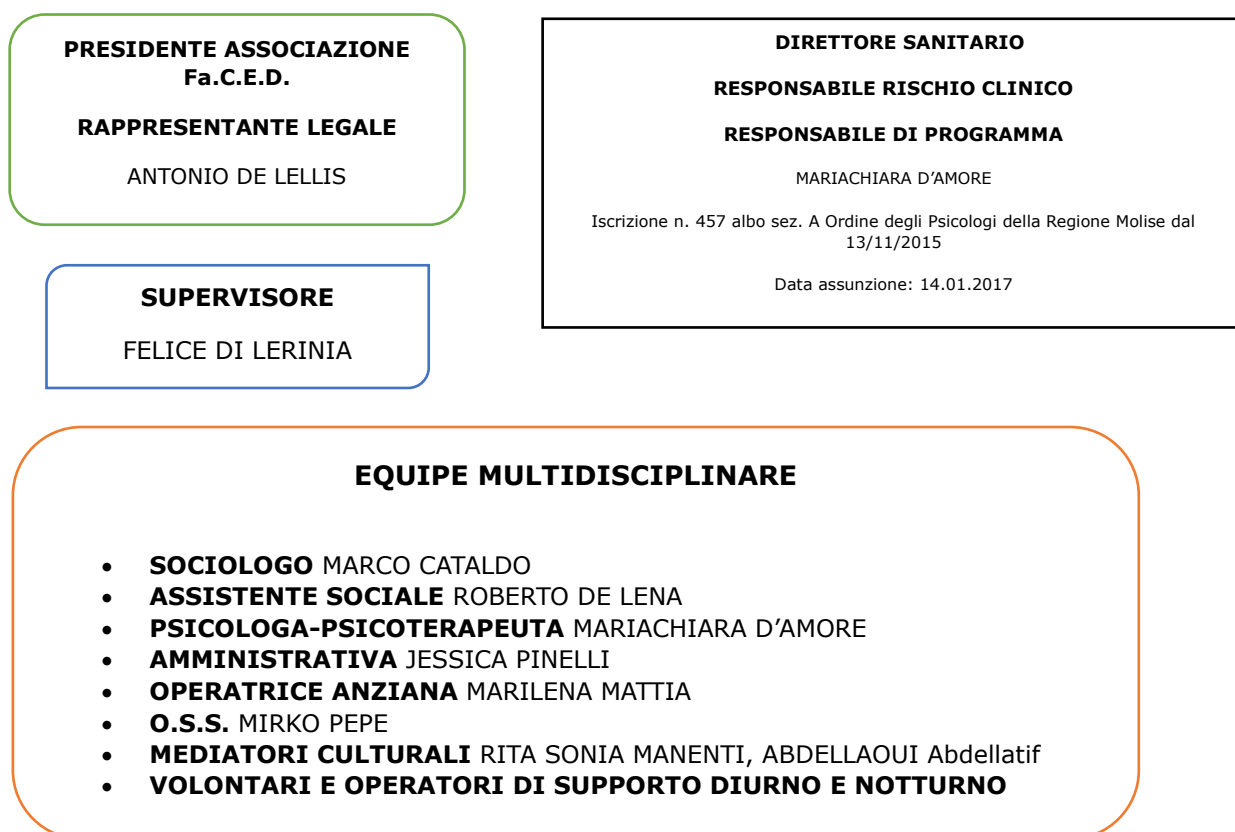
Si utilizza il modello bio-psico-sociale della Classificazione ICF (OMS, 2001) per un assessment iniziale finalizzato all'individuazione degli obiettivi prioritari e per il monitoraggio dei percorsi individuali: la proposta dell'uso del metodo recovery mira ad evidenziare le aree di funzionamento negli aspetti tipici dell'esistenza di ogni individuo, quindi l'intervento non è centrato prioritariamente sulla condizione psicopatologica, ma sulla normalità della vita a cui aspira ogni individuo adulto.

Per ogni persona viene definito un Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individuale, centrato sulle caratteristiche e i bisogni della persona.

L'intervento proposto è flessibile: per ognuno vengono definiti obiettivi specifici, perseguiti attraverso l'utilizzo di molteplici strumenti ed è garantito dal lavoro sinergico di un'equipe multidisciplinare.

I P.T.R.I. vengono costruiti con l'utente e condivisi con il servizio inviante. Strutturare l'intervento sulla base di programmi differenziati e personalizzati comporta che le tempistiche di attuazione del percorso siano legate al raggiungimento degli obiettivi stabiliti e possano variare da un utente all'altro.

2.5 – Le persone al lavoro



2.6 - Criteri di inclusione ed esclusione

Possono essere accolte persone maggiorenni dipendenti da sostanze e/o da comportamenti, di qualunque genere con eventuali problemi di salute, correlati o meno all'uso di sostanze (HIV, HCV, etc.), e di giustizia (es. misure alternative al carcere).

L'invio avviene esclusivamente tramite il Ser.D. di appartenenza.

Sono esclusi i minorenni, i soggetti con diagnosi psichiatrica antecedente e/o con condizioni di salute ritenute incompatibili con la vita comunitaria.

Nel caso di dubbio iniziale o in itinere, si propone un approfondimento diagnostico in collaborazione con la rete di Servizi del territorio e in accordo con quello inviante. In caso di rifiuto da parte dell'utente di avviare tale procedura o di conclamata condizione incompatibile con il percorso proposto si richiede la prosecuzione del programma in struttura maggiormente idonea, sempre in accordo col servizio inviante, o si procede con l'interruzione del programma.

2.7 - Procedura di inserimento nel Centro

Il primo contatto con la struttura può partire dal diretto interessato, dai familiari, dall'Avvocato o dagli operatori del Servizio Inviante. Nel caso in cui il soggetto si rivolgesse direttamente alla nostra sede, l'operatore provvede a mettersi in contatto con il Ser.D. del luogo di residenza del soggetto per valutare la possibilità di avviare un progetto riabilitativo.

La Fase preliminare all'inserimento prevede: essere in possesso di certificato di tossicodipendenza rilasciato da Ser.D. ed essere in possesso di nullaosta per l'inserimento rilasciato dal Ser.D. di competenza.

Informazioni richieste al servizio inviante sono: situazione sanitaria (comprese eventuali malattie infettive); situazione psichiatrica/diagnostica (compresa terapia farmacologica di supporto e relativa posologia); situazione legale; situazione sociale (se ha una dimora, se è in possesso di documenti anagrafici); il Servizio Inviante dovrà inoltrare le suddette informazioni tramite l'invio di idonea documentazione.

Durante il primo contatto si rilevano le generalità della persona, si forniscono all'interessato informazioni generiche circa il funzionamento della struttura, vengono indagati gli aspetti tossicomani, sanitari e giuridici. Il primo colloquio di valutazione, in sede o tramite supporti telematici in caso di impossibilità oggettiva, è finalizzato a valutare la motivazione al trattamento e a valutare la compatibilità. Durante il colloquio si approfondiscono le informazioni rilevate durante il primo contatto, si presenta la struttura in modo dettagliato e il regolamento interno, si offre la possibilità di visitare la struttura.

In caso di ammissione, si invia la documentazione necessaria al Ser.D. inviante e si concorda data e orario di ingresso, si richiede l'invio del piano farmacologico, l'eventuale trasferimento di terapie sostitutive presso il Ser.D. di Termoli (CB); l'interessato viene invitato a non eccedere nel vestiario e nel denaro da portare.

In caso di non immediata disponibilità all'accoglienza il soggetto viene inserito nella lista di attesa e aggiornato orientativamente circa i tempi di ingresso.

In caso di non ammissione il Responsabile di programma avvisa il Servizio inviante motivando tale decisione; se richiesta, invia breve relazione circa le motivazioni.

Si specifica che tutte le informazioni raccolte durante i colloqui preliminari ed in seguito, sono tutelate nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 in materia di protezione dei dati e D. Lgs del 10.08.2018 n° 101.

2.8 - Gestione della lista di attesa

La Comunità è dotata di una lista di attesa costituita dalle richieste di ingresso ritenute congrue, ma che non possono essere soddisfatte al momento della presentazione della richiesta per mancanza di posto. La disponibilità ricettiva della nostra struttura è di 12 posti letto. La lista d'attesa viene gestita attraverso apposito registro di segnalazione a cura del Responsabile di programma. Tale registro è in formato elettronico, vi sono riportati i dati relativi all'utente e alla sua domanda di aiuto. I criteri di scorrimento della lista sono: corrispondenza domanda/offerta, ordine progressivo, priorità giudiziarie e socio-sanitarie. Al fine di garantire la massima trasparenza, al momento dell'inserimento in lista d'attesa vengono comunicate le seguenti avvertenze all'utente: se l'utente è impossibilitato all'ingresso per problemi intercorrenti, verrà fatto slittare in relazione alle priorità presenti nella lista; se l'utente rifiuta l'ingresso verrà cancellato dalla lista. Il numero di utenti in lista di attesa è consultabile sul sito web.

2.9 - Documentazione utente

La raccolta del materiale riguardante l'utente nella cartella personale (cartacea e digitale) e la gestione della sua documentazione sono parte integrante dell'attività educativa, secondo criteri di riservatezza e segretezza severi. Il fascicolo personale è custodito e gestito opportunamente in locali accessibili solo al personale autorizzato.

3. Servizi offerti

3.1 - Proposta pedagogico-riabilitativa

(contributo a carico del S.S.N. pari a €. 48,52 – DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA N. 1 DEL 24-01-2022)

I servizi erogati dalla struttura sono quelli tipici delle strutture residenziali, sono gratuiti e si attengono alle normative vigenti che stabiliscono procedure e regole da rispettare e mantenere. La presenza di una équipe multidisciplinare garantisce la presa in carico multifattoriale che, partendo dai problemi più strettamente legati alle dipendenze, si propone di favorire il miglioramento della qualità di vita.

Le caratteristiche generali dell'offerta sono le seguenti:

- approccio pedagogico-riabilitativo svolto attraverso un lavoro in équipe multidisciplinare in un contesto di *setting* permanente arricchito da attività interne ed esterne alla struttura nel rispetto e nella condivisione dello stile di vita comunitario e delle sue regole;
- coinvolgimento delle persone per l'utente significative, ove possibile, nel programma;
- lavoro in rete con il servizio pubblico preposto, altri Servizi, Enti, Associazioni e istituzioni del territorio.

Sono previsti:

1. Primo contatto in cui vengono verificate con il soggetto le caratteristiche della richiesta di aiuto da lui espressa e si illustrano le offerte dei servizi e l'iter procedurale degli stessi.
2. Sostegno psicologico individuale e di gruppo, svolto nei momenti opportuni ed in base a bisogni specifici.
3. Colloqui educativi e di sostegno con l'utente con i quali l'operatore affianca il soggetto nella realizzazione del programma terapeutico personalizzato.
4. Incontri con famiglie e caregiver.
5. Attività educative di gruppo utili a condividere il percorso personale nel contesto comunitario
6. Interventi socio-sanitari come Supporto psichiatrico individuale esterno, seguimiento e prescrizioni di terapie farmacologiche, farmacovigilanza, calendarizzazione dei periodici controlli sanitari, accompagnamento alle visite mediche specialistiche esterne.
7. Attività formative e occupazionali finalizzate ad obiettivi di tipo ergoterapeutico e formativo, anche in vista di una possibile futura collocazione lavorativa.
8. Attività ricreative e culturali, finalizzate a fornire momenti ricreativi e opportunità di conoscenza e socializzazione.

La proposta pedagogico-riabilitativa si suddivide orientativamente in due periodi della durata complessiva di 18 mesi.

❖ Primo periodo

Il primo periodo (della durata di 3/5 mesi) è finalizzato alla conoscenza individuale attraverso l'osservazione e la valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, monitoraggio dell'eventuale terapia farmacologica/sostitutiva/psicofarmacologica, riunioni di coordinamento.

Il gruppo diviene l'elemento cardine della vita quotidiana e in questo contesto vengono inserite le varie attività ergoterapiche (ristrutturazione, mantenimento e pulizia degli spazi interni ed esterni della struttura; manutenzione e coltivazione dell'orto), ricreative e socializzanti (uscite - sempre in compagnia dell'operatore - per visite culturali, escursioni, attività sportive; partecipazione a laboratori/attività esperienziali, anche esterne alla struttura, in collaborazione con altri Servizi/Enti presenti sul territorio), così come l'assunzione graduale di responsabilità nella gestione di varie mansioni.

Ogni attività che gli utenti svolgono sono occasioni per focalizzare aspetti problematici di sé, attivare risorse e modificare comportamenti. Nei momenti strutturati, in cui gli ospiti hanno la possibilità di confrontarsi,

viene valorizzata l'autovalutazione della persona, in modo da sviluppare la consapevolezza circa i punti di forza ed i bisogni di supporto.

❖ Secondo periodo

Durante il secondo periodo (11/15 mesi) l'equipe, in collaborazione con l'utente, procede alla stesura di un progetto riabilitativo personalizzato. Si individuano quindi le aree di funzionamento e gli obiettivi prioritari da raggiungere. Si approntano, infatti, interventi che rispondono ai bisogni specifici di ogni singolo utente attraverso attività riabilitative quali, ad esempio: la cura di sé e dell'ambiente di vita, il potenziamento o l'acquisizione di abilità di base, il coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana (uscite, anche in autonomia, per questioni personali di tipo medico/legale/burocratico finalizzate alla realizzazione di un progetto di cittadinanza responsabile); l'attuazione di interventi di risocializzazione attraverso la partecipazione ad attività di gruppo, anche ludiche, allo scopo di creare o ampliare la rete sociale; la messa in atto di specifici interventi di riabilitazione psicosociale, offrendo la possibilità di godere pienamente delle opportunità dell'ambiente di vita – alternativo al contesto drogastico e deviante - e dei propri diritti; il coinvolgimento dell'utente in attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o familiari; la preparazione e il supporto degli utenti al mondo del lavoro attraverso attività pre-lavorative o l'inserimento in programmi di avviamento al lavoro.

In base al raggiungimento degli obiettivi concordati durante la stesura del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, si procede ad un graduale allontanamento dalla struttura continuando la relazione terapeutica attraverso la partecipazione a colloqui individuali, familiari e ad attività di gruppo.

I periodi trascorsi al di fuori della Comunità sono un importante strumento di contatto con la realtà, di verifica e monitoraggio di quanto fatto precedentemente.

Nella nostra struttura l'attenzione posta alla persona nella sua interezza comporta la possibilità di effettuare interventi preventivi. L'utente potrebbe necessitare di più tempo per consolidare i nuovi modelli – cognitivi, comportamentali, relazionali - appresi: a tal fine l'equipe si riserva la possibilità di prolungare i tempi della realizzazione del progetto stabilito sempre in accordo con il Servizio inviante.

3.2 – Integrazione tra la struttura e il territorio

La progettazione di reti integrate tra la strutture residenziale e il territorio si basa sulla creazione di percorsi terapeutici personalizzati, supportati da figure di raccordo presenti nei vari Servizi coinvolti. L'obiettivo è garantire la continuità assistenziale, riducendo le frammentazioni tra ricovero e cura territoriale, con un approccio multidisciplinare che include la riabilitazione sociale e il reinserimento.

Punti chiave per l'implementazione sono mantenere una rete di Collaborazione, integrazione strutturale tra SerD, comunità, medici di medicina generale, servizi sociali e specialisti del territorio per una gestione globale della persona; fornire Continuità Assistenziale (Dimissioni Protette), attraverso piani personalizzati per gestire il passaggio dalla struttura al territorio, evitando ricadute e garantendo l'aggancio terapeutico; garantire un approccio multidisciplinare tramite equipe integrate con varie figure per personalizzare ancor meglio i percorsi riabilitativi.

3.3 - Relazioni e collaborazioni

Gli operatori della struttura lavorano in sinergia non solo con il Servizio inviante, ma fanno rete anche con strutture ed Enti del territorio in linea con la missione, la visione e i valori dell'Associazione.

Sempre all'interno dell'ottica bio-psico-sociale in cui si struttura l'intervento si collabora con operatori e beneficiari del Centro diurno "CheSensoHa" afferente al CSM e del progetto SAI per lo svolgimento di progetti sociali sperimentali e iniziative per il benessere del nostro territorio; gli utenti vengono coinvolti nelle attività della Caritas diocesana (es. preparazione e distribuzione del banco alimentare); in collaborazione con la Soc.

Coop Consortile “Scuola e Lavoro” si attivano tirocini formativi e gli utenti partecipano a corsi di formazione specifici per aumentare abilità e competenze anche in vista di un reinserimento lavorativo.

Con i vari attori coinvolti si programmano momenti di condivisione, nonché di monitoraggio e pianificazioni di attività, di cui ne sono evidenziate i registri degli incontri.

Si promuovono incontri di sensibilizzazione e prevenzione rispetto alle dipendenze patologiche rivolti e aperti a tutti e si cerca, quindi, di promuovere un percorso di cittadinanza attiva e responsabile in merito alla più ampia tematica del disagio sociale.

Gli utenti vengono coinvolti nella realizzazione di progetti specifici in materia di prevenzione e contrasto delle dipendenze comportamentali e da sostanze nelle giovani generazioni e quindi l'Associazione, con il Centro comunitario “Il Noce”, è presente in alcune scuole e strutture sportive del basso-Molise e invita gli adolescenti a condividere momenti in struttura diventando un riferimento sul territorio anche per gli adolescenti. Inoltre diversi sono gli incontri tra i nostri ospiti e i ragazzi dell'AGESCI (Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani).

3.4 - Reinserimento

L'obiettivo di una attività di reinserimento è quello di rendere il soggetto autonomo economicamente individuando opportunità lavorative ed abitative secondo il luogo e le modalità scelte. Alcune persone rientrano presso la loro famiglia, altre preferiscono una collocazione autonoma in territori diversi. La struttura non dispone di strumenti e metodologie proprie, specifiche per il reinserimento, ma concluso positivamente il programma residenziale, se l'utente intende rimanere nel territorio limitrofo alla struttura, è disponibile a proseguire la presa in carico residenziale per un periodo definito, affiancandolo nella ricerca del lavoro e di una soluzione abitativa. Sono necessarie delle uscite dalla comunità, sia per la ricerca di una attività lavorativa e dell'alloggio, che per il tempo libero e la costruzione di relazioni personali stabili (amici, nuovi contatti). Si offre la possibilità di una gestione del tempo e delle proprie risorse economiche in maniera autonoma. Continuano le attività formative comunitarie, gli impegni e le responsabilità all'interno della struttura, ma con una maggior attenzione ai bisogni esterni, fino a creare condizioni sufficienti per un distacco dalla struttura. Il reinserimento, in collaborazione con l'Ente inviante, può essere programmato anche in un territorio diverso da quello della comunità o presso servizi specifici: in tal caso la comunità aiuta nel contatto ed affianca fino al momento del trasferimento presso altra sede o rete di sostegno. Il percorso terapeutico complessivo ha una durata totale di 18 mesi. Ogni deroga è richiesta dal servizio inviante e ratificata dagli organi competenti, secondo le norme vigenti.

3.5 - Dimissione e continuità assistenziale

La dimissione di norma avviene per la conclusione del programma e del lavoro indispensabile al distacco.

In base a specifiche situazioni essa può avvenire anche per il trasferimento presso altre strutture, secondo un criterio di continuità terapeutica e assistenziale, per il trattamento o il reinserimento dell'utente.

L'utente può decidere di interrompere volontariamente il programma o può sopravvenire un provvedimento giudiziario che di fatto non permette di continuare il programma residenziale.

In casi eccezionali, a seguito di violazioni del regolamento interno (Motivi di allontanamento), situazioni decretanti l'incompatibilità e l'impossibilità di affrontare il problema con i mezzi a disposizione della struttura, la persona viene dimessa e il caso viene rinviato al servizio territoriale che ha disposto l'invio in comunità nonché alla A.G. se necessario.

Se è necessario attendere le disposizioni delle Autorità legalmente competenti, l'utente rimane in carico alla struttura finché non sia possibile il trasferimento presso altra sede.

La dimissione è accompagnata dalla stesura di una relazione che ha l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale. È redatta dal responsabile del Centro, secondo un modello che contenga il periodo di permanenza e gli obiettivi all'ingresso, il percorso effettuato e le motivazioni di dimissione, oltre ad ogni

notizia utile (stato di salute, trattamenti effettuati, l'eventuale necessità di trattamenti successivi e le informazioni utili al proseguimento del percorso assistenziale).

In caso di dimissioni con espulsione e/o interruzione volontaria da parte dell'utente tale relazione non è prevista. Viene sempre informato il Servizio inviante dell'accaduto. L'ospite potrà in ogni caso chiedere per iscritto rilascio della documentazione socio-sanitaria che avverrà entro 30 giorni dalla richiesta.

3.6 - Monitoraggio dei casi e indicatori di programma

E' previsto un monitoraggio dei casi effettuato sia sulla base di un'osservazione generale sull'andamento del progetto sia sulla rilevazione periodica di vari indicatori di programma e di esito, personalizzati.

Il progetto contiene gli obiettivi da raggiungere e le tempistiche relative. Attraverso il monitoraggio continuo, si osserva l'effettiva evoluzione della persona rispetto i campi di indagine predefiniti.

Gli interventi e i risultati del percorso individuale vengono normalmente valutati e verificati nelle riunioni di equipe tra gli operatori interni alla struttura (generalmente una volta a settimana). Periodicamente vengono programmate riunioni con gli operatori dell'ente l'invianti o altri servizi che possano avere un ruolo attivo di supporto.

3.7 - Procedura trasmissione informazioni

Nell'ottica di presa in carico globale dell'utente ogni info ritenuta utile al progetto riabilitativo viene condivisa, sempre nel rispetto delle normative vigenti in materia di privacy, agli Organi/Enti/Servizi che con-corrono all'attuazione del percorso stesso.

3.8 - Regolamento interno

L'utente è invitato a prendere visione, comprendere e accettare tali condizioni che permetteranno l'ingresso in struttura.

- 1) L'ingresso può avvenire in qualsiasi giorno della settimana esclusi il sabato, la domenica e i festivi.
- 2) Documentazione necessaria all'arrivo in comunità:
 - Carta d'identità valida o ricevuta della denuncia di smarrimento dello stesso
 - Codice fiscale
 - Tessera sanitaria ed esenzione ticket
 - revoca del medico curante (qualora l'utente non sia residente in Molise) per poter procedere ad effettuare tutto il necessario a ricevere assistenza medica adeguata
 - Certificazione di dipendenza in corso di validità
 - Permesso di soggiorno valido (per i pazienti extracomunitari)
- 3) Inoltre sono richieste:
 - le prescrizioni e le medicine necessarie (laddove in trattamento farmacologico) per almeno 7 giorni alla sua permanenza in comunità; in caso l'utente sia in trattamento con terapia agonista o antagonista, il Ser.D. di riferimento effettuerà l'appoggio terapeutico al Ser.D. di Termoli;
 - Le terapie farmacologiche prescritte agli utenti dal medico sono a carico del S.S.N. Qualora vi siano farmaci che non rientrano nella fascia di esenzione, saranno a carico dell'utente e/o della famiglia.

Tutti i farmaci in possesso dell'utente al momento dell'ingresso saranno verificati e depositati in luogo idoneo o eventualmente gettati.

- in caso di presenza di una o più malattie infettive è necessario avere una diagnosi della patologia su carta intestata con l'indicazione della terapia e degli eventuali controlli da effettuare nonché la terapia farmacologica specifica. Gli ospiti che al momento del loro ingresso presentano già una patologia infettiva sono obbligati a proseguire i protocolli di cura nei centri specialistici adibiti. Per gli ospiti che scoprono la malattia infettiva poco prima dell'ingresso o durante il periodo in comunità è previsto l'invio ai centri specialistici e il monitoraggio di tutto l'iter diagnostico e terapeutico e della regolare assunzione delle terapie prescritte. Come nel caso delle altre patologie, tutta la documentazione medica riguardante le malattie infettive è conservata nella cartella medica personale

*In caso di rifiuto di adesione al trattamento farmacologico, ci si riserva il diritto di rinviare l'utente al Servizio Territoriale inviante.

- 4) Per accompagnamenti legati a questioni legali, burocratiche/amministrative, medico/sanitarie in cui sia necessaria la presenza dell'operatore/volontario/persona di fiducia dell'Associazione le spese di spostamento oltre i 30 km dalla struttura saranno a carico dell'utente e avverranno sempre in base alla disponibilità delle persone preposte.
- 5) La famiglia, qualora fornito specifico consenso da parte dall'utente, potrà rimanere in contatto con il personale per tutta la durata del trattamento e quindi coinvolta nella verifica e nel monitoraggio degli obiettivi.

Visite e colloqui utente-famigliari sono calendarizzati dall'equipe, in base ad esigenze rilevate proficue per il percorso, e avvengono dopo il primo mese di permanenza in struttura.

Rispetto al percorso genitorialità, l'Equipe Multidisciplinare opera in un'ottica sistemica e di implementazione delle reti sociali. Viene garantito uno spazio di incontro di continuità con figli minorenni. Ove ritenuto necessario è proposto, durante il trattamento residenziale, un lavoro integrato orientato all'acquisizione e potenziamento delle competenze genitoriali.

È possibile prevedere il coinvolgimento di altre figure significative per l'ospite, come gli amici, puntando alla gestione della relazione di aiuto in un'ottica aperta e non esclusiva, ponendo in campo al momento giusto gli stimoli e le risorse umane che possono favorire benessere.

I rapporti con le figure di riferimento sono gestiti con una modalità graduale e, se necessario, in collaborazione con gli operatori del territorio.

- 6) Uscite e verifiche sono periodiche e vanno di pari passo con il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto concordato.
- 7) L'utente dovrà depositare, al momento dell'ingresso, cellulari personali. E' prevista una riduzione dei rapporti diretti nelle prime settimane, nelle quali sono ammesse solo telefonate stabilite in accordo con l'equipe. In base all'andamento del percorso comunitario l'utente avrà la possibilità di utilizzare, in spazi di autonomia crescente, il cellulare personale. Sarà comunque valutato dall'equipe l'uso di tale dispositivo in ottica preventiva delle dipendenze comportamentali.
- 8) Il menù viene predisposto settimanalmente cercando di favorire la rotazione delle tipologie di alimenti e l'utilizzo di alimenti stagionali laddove possibile. Viene coinvolto di volta in volta l'utente responsabile di gestire la dispensa, in collaborazione e sotto supervisione dell'operatore referente di tale servizio, in un'ottica abilitativa e riabilitativa rispetto alle competenze che attengono alla quotidianità.

Per l'utenza che lo richieda, per questioni legate all'appartenenza religiosa o etnica, si predispongono menù giornalieri alternativi.

Nel caso vi siano specifiche patologie sanitarie, allergie, intolleranze il menù viene predisposto seguendo le indicazioni del medico di base o dello specialista a seguito di comprovata certificazione.

Nel caso di vi siano particolari richieste da parte degli utenti, giustificate da fattori personali non riconducibili a questioni menzionate, vengono invece valutati piuttosto gli aspetti educativi e solo in seguito, nel caso le circostanze e lo necessitino, si valutano eventuali variazioni individuali dei menu.

- 9) L'utente potrà ricevere, durante il periodo di permanenza in Struttura, pacchi postali. I pacchi che contengono alimenti verranno messi a disposizione della collettività. All'arrivo del pacco verrà effettuato un controllo del contenuto da parte di un operatore in presenza dell'utente destinatario. L'utente potrà ricevere ed inviare corrispondenza, a proprie spese, per tutta la durata del percorso. La corrispondenza in partenza e in arrivo sarà sottoposta al controllo degli operatori.
- 10) Il denaro dell'utente sarà depositato nella cassaforte della Struttura con scheda di registro entrate/uscite e sotto il controllo diretto degli operatori. Tale denaro potrà essere utilizzato per l'acquisto di effetti personali, spese di corrispondenza, tabacco, etc. Gli acquisti saranno effettuati in giornate prestabilite e/o concordate. Sono esclusi gli acquisti di alimenti, tranne in caso di regime alimentare concordato con medico specialista e/o allergie/intolleranze alimentari.
- 11) In caso di abbandono o di allontanamento dalla struttura, all'ospite sostenuto economicamente dalla famiglia verrà consegnato solo il denaro espressamente autorizzato dal familiare referente: il resto verrà restituito ai familiari, salvo accordi diversi presi con la famiglia al momento dell'ingresso.
- 12) È vietato fumare nelle camere e in tutti gli ambienti comuni, secondo le norme vigenti. L'acquisto del tabacco/sigarette è a carico dell'utente.
- 13) È proibita qualsiasi manifestazione di violenza fisica o intimidazione verbale. È proibito impossessarsi impropriamente di beni altrui. È proibito vendere, ad altri utenti, i propri effetti personali. È proibito avere relazioni sessuali in Struttura.
- 14) La mancata osservanza delle regole e del rispetto generale della convivenza dà luogo ad ammonimenti verbali. L'accumulo di questi - e a seconda della loro gravità - può determinare, in base alla valutazione dell'equipe, l'orientamento presso altra sede e/o all'allontanamento dalla Struttura.
- 15) L'equipe comunicherà periodicamente al Servizio inviante e/o alle Autorità competenti l'andamento del percorso comunitario - e del rispetto delle prescrizioni legali - di ogni singolo utente.
- 16) In caso di interruzione volontaria o obbligatoria del percorso, si potranno ritirare i propri effetti personali entro i 15 giorni dall'allontanamento dalla Struttura, previo accordo con l'equipe. Gli effetti personali non ritirati verranno eliminati o, se possibile, utilizzati per eventuali ospiti indigenti.

Motivi di allontanamento

L'allontanamento dalla struttura e la conseguente interruzione del programma saranno preceduti da una comunicazione dell'equipe. Verrà data comunicazione, inoltre, alla famiglia (qualora espressamente fornito consenso), ai tutori e agli enti pubblici inviati.

L'allontanamento potrà essere determinato dai seguenti motivi:

- l'introduzione, la distribuzione o l'induzione di altri utenti al consumo di qualunque tipo di sostanza stupefacente, psicotropa o alcolica all'interno del centro;
- il rifiuto ad effettuare accertamenti per la ricerca di sostanze stupefacenti e alcolici (es.: urine a vista) e ostacolare eventuali perquisizioni che gli operatori, a protezione di tutti gli ospiti, riterranno opportuno effettuare;
- la mancanza di rispetto nei confronti del personale della Struttura e/o di altri utenti; la manifestazione di violenza fisica o intimidatoria; il furto o il danneggiamento di beni di altri utenti o di beni appartenenti alla comunità;
- il possesso e/o l'uso di qualunque tipo di arma che possa recare danno al prossimo;
- l'accumulo e la reiterazione di ammonimenti.

3.9 - Organizzazione della giornata comunitaria

La giornata in Comunità è scandita da orari ed attività che possono subire variazioni in base alle esigenze del gruppo utenti o dell'equipe, alle stagioni (inverno/estate), ad eventi esterni previsti o imprevisi.

Una giornata tipo è così strutturata:

- ❖ ore 7.20 colazione
- ❖ a seguire riordino stanze, attività occupazionali, gruppo psico-educativo/colloqui individuali; confronto di gruppo su gestione casa e tempo libero
- ❖ ore 12.30 pranzo
- ❖ ore 13.30-14.30 tempo libero/riposo
- ❖ ore 14.30-17.00: attività occupazionali/gruppo terapeutico/colloqui individuali
- ❖ tempo libero e docce fino alla cena alle ore 19.30
- ❖ ore 21.15-22.30 attività serali di gruppo e tempo libero
- ❖ ore 22.30 riposo

Durante il fine settimana sono generalmente previste uscite di gruppo con operatori e/o volontari e partecipazione ad eventi culturali.

4. Strumenti

4.1 - ICF-Recovery

Partendo da una visione olistica e da un approccio di tipo bio-psico-sociale che consente di trattare la complessità insita nel fenomeno della dipendenza e la persona nella sua globalità, viene utilizzato il set di strumenti ICF-Recovery:

- un set di strumenti open access che consente di definire e valutare percorsi riabilitativi basati sulle evidenze;
- focalizzato sulla recovery, ossia un processo di cambiamento individuale e di crescita, supportato da un approccio moderno e scientificamente valido;
- include un questionario di autovalutazione (che compila l'utente stesso ed eventualmente il caregiver), un protocollo di osservazione (che compila l'operatore), una piattaforma web che genera una valutazione definita Profilo di Funzionamento, una comparazione dei dati a distanza di tempo, una preelaborazione progettuale che consente di individuare gli obiettivi di recovery più appropriati e significativi per la qualità di vita della persona.

4.2 - Testistica di approfondimento

Qualora ritenuto opportuno, si somministrano:

- PID-5-BF, un inventario di personalità per adulti;
- COPE-NVI, per valutare le strategie di coping;
- SOGS, per valutare la presenza e la gravità del comportamento legato al gioco d'azzardo;
- ENB-2, come screening neuropsicologico;
- SCL-90, per la gravità del disagio psicologico e i relativi sintomi percepiti;
- ASRS v1.1 per la presenza dei sintomi del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività negli adulti;
- DERS, per la difficoltà nella regolazione delle emozioni negli adulti.

4.3 - Operatività quotidiana

L'intervento finalizzato al recupero del benessere della persona è declinato attraverso alcuni obiettivi graduali da raggiungersi nel breve, medio e lungo termine, puntando allo sviluppo pieno nei limiti della capacità individuali e senza alcun metodo coercitivo, con il supporto adeguato del personale, in un *setting* permanente.

La persona viene stimolata a migliorarsi ogni giorno, attraverso:

- l'interiorizzazione delle regole quotidiane;
- la gestione delle autonomie di base e la cura dell'ambiente di vita;
- il recupero delle abilità manuali;
- la gestione di piccole responsabilità;
- la corretta relazione con se stessi e con gli altri nel gruppo comunitario e all'esterno.

A tal fine gli strumenti utilizzati includono:

- Osservazione, con funzione conoscitiva e di controllo rispetto all'azione educativa
- Colloqui educativi, di sostegno psicologico e psicoterapeutici, familiari, di monitoraggio del Progetto individuale, di monitoraggio farmacologico (effettuati da specialisti esterni dei Servizi territoriali)

- Gruppi di sostegno psicologico ed educativo, di monitoraggio e prevenzione delle ricadute, di gestione della casa e delle responsabilità dei residenti
- Attività per la gestione del Centro ergoterapeutiche e occupazionali; sportive; culturali; ricreative e di socializzazione esterna (organizzate anche in collaborazione con utenti e beneficiari di altri Servizi); uscite di verifica in autonomia sul territorio di riferimento; volontariato presso altri enti
- Laboratori creativo (gestito anche con il coinvolgimento di professionisti esterni, sono organizzati in base alle inclinazioni degli utenti presenti in struttura, possono variare dalla pittura, alla musica, al teatro, etc.); espressivo di cineforum
- Formazione attraverso l'attivazione di tirocini e borse-lavoro (educazione ed inserimento lavorativi); possibilità di frequentare corsi professionalizzanti, autoscuola, la scuola dell'obbligo e/o scuola superiore per conseguimento del diploma, i centri territoriali permanenti per stranieri che vogliono perfezionare la lingua.

5. Qualità del Servizio

5.1 – Partecipazione

Utenti, famiglie e caregiver, personale, Servizi invianti e Associazioni del territorio sono coinvolti attivamente nella rilevazione della qualità dei servizi offerti. L'importante contributo viene utilizzato al fine di adottare le misure necessarie alla soluzione dei problemi emersi, comprendere i reali bisogni e migliorare costantemente la qualità di quanto proposto.

Il personale inoltre viene costantemente formato e aggiornato per garantire le prestazioni a quanti usufruiscono dei servizi in un'ottica di continuo miglioramento e di prevenzione dei disagi e del burnout. La diffusione tra gli operatori delle *best practises*, attraverso un lavoro sistematico di riflessione sulle esperienze acquisite all'interno della comunità ed acquisibili all'esterno tramite esperienze formative che l'Associazione favorisce, garantisce professionalità e competenza. I volontari, gli operatori di supporto e i nuovi assunti vengono introdotti tramite momenti di formazione e condivisione e affiancati dal personale della struttura. La supervisione esterna continua garantisce il monitoraggio e la valutazione dell'operato del personale.

5.2 – Disservizi, Segnalazioni, Reclami, Suggerimenti

La partecipazione al miglioramento della qualità è assicurata anche attraverso il coinvolgimento nella segnalazione di eventi critici e/o significativi, reclami, apprezzamenti, suggerimenti, disservizi che utenti, familiari, personale, cittadini possono effettuare tramite apposite procedure.