

# Progetto sperimentale di riconversione specialistica per l'inserimento in Comunità Terapeutica di tossicodipendenti con problematiche psichiatriche

## **1. Contesto di riferimento**

### **1.1 Area territoriale interessata**

L'ambito di intervento del progetto è costituito dal territorio della Regione Sardegna.

### **1.2 Contesto sociale, fattori peculiari di disagio che si intendono affrontare e risorse del territorio**

Il territorio interessato al progetto, quello della Regione Sardegna, è un territorio le cui condizioni dal punto di vista del tessuto socio-economico hanno reso il problema della tossicodipendenza particolarmente virulento, come dimostrano ormai da anni anche le rilevazioni statistiche ufficiali.

Il richiamo del dato ministeriale del numero di utenti dei Servizi Pubblici per le tossicodipendenze in rapporto alla popolazione è di per se significativo ad evidenziare se non altro l'ampiezza del fenomeno: con 33,1 utenti ogni 10.000 abitanti<sup>1</sup>, la Sardegna si pone, in questa statistica, al secondo posto in Italia, preceduta solo dalla Liguria. Il dato diventa ancora più significativo tenuto conto che si riferisce ai soli tossicodipendenti che si rivolgono ai Servizi Pubblici, lasciando nell'ombra la categoria di coloro che vivono il loro problema senza mai entrarvi in contatto: categoria certamente non trascurabile soprattutto in un contesto sociale come quello della Sardegna, in ampie zone della quale è diffusa una cultura del "privato" che rende estremamente difficile l'accesso ai Servizi.

All'interno del fenomeno, poi, nel territorio della Regione Sardegna, così come in ambito più vasto, nazionale e internazionale, sta assumendo contorni sempre più marcati il problema dei soggetti che presentano, accanto alla tossicodipendenza, concomitanti patologie psichiatriche.

Il problema è estremamente complesso e sta assumendo sempre maggior rilevanza all'interno delle strutture pubbliche e private che operano nel trattamento dei disturbi da abuso di sostanze: la compresenza di patologie psichiatriche condiziona, infatti, l'inizio, il decorso clinico, la risposta alla terapia e, quindi, gli esiti attesi dei trattamenti per il disturbo da uso di sostanze e non può essere pertanto trascurato nella predisposizione di un adeguato programma terapeutico, anche in un'ottica di razionale impiego delle limitate risorse a disposizione.

Gli studi clinici ed epidemiologici riportati dalla letteratura scientifica internazionale mostrano livelli di comorbidità psichiatrica nei tossicodipendenti differenti, ma sempre molto alti e, comunque, significativamente più elevati di quelli

---

<sup>1</sup> Ministero della Sanità, Rilevazione attività nel settore Tossicodipendenza, anno 1998.

della popolazione generale, particolarmente per ciò che riguarda i disturbi dell'umore: la prevalenza riferita è compresa nella maggior parte dei casi tra il 40 e l'85%, in dipendenza dal periodo considerato (presenza dei disturbi corrente o durante l'intera vita), dal contesto di riferimento (popolazione generale o utenti dei servizi), dagli strumenti diagnostici e dalla metodologia utilizzata<sup>2,3,4</sup>.

La situazione italiana rientra mediamente nella casistica generale senza discostarsene significativamente: citiamo tra gli altri i significativi studi di Clerici et al.<sup>5</sup> su 226 pazienti inseriti in una Comunità Terapeutica (30.1% di disturbi sull'asse I e 59.7 sull'asse II del DSM III), e quelli più recenti di Pozzi et al.<sup>6</sup> su 317 pazienti in accesso a 11 servizi pubblici per le tossicodipendenze in diverse regioni italiane (26.2 % di disturbi correnti diagnosticati sul DSM III-R)<sup>7</sup>, e di Maremmani et al. su 90 pazienti afferiti in un programma di mantenimento metadonico senza selezione d'ingresso (comorbidità psichiatrica del 42%)<sup>8</sup>.

Per la condizione più specifica del territorio della Sardegna la letteratura è povera di studi circostanziati che abbiano interessato numeri significativi di tossicodipendenti e, soprattutto, è priva di studi di tipo generale, non riferiti cioè a popolazioni eccessivamente specifiche. I pochi lavori (e l'esperienza comune degli operatori dei servizi) confermano l'ipotesi che la Sardegna segua, in questo aspetto, l'andamento generale dell'Italia.

Uno studio pubblicato nel 1991 su 106 pazienti in mantenimento metadonico presso il Servizio Pubblico per le tossicodipendenze della città di Cagliari riporta il 53.8% di disturbi sull'asse I e il 45.3% sull'asse II del DSM III<sup>9</sup>, mentre uno più recente su 267 pazienti con analoghe caratteristiche mostra una prevalenza di disturbi diagnosticati sul DSM III-R (durante il primo mese dalla presa in carico) del 36.3%: la percentuale sale al 42.6% se consideriamo anche disturbi diagnosticati in fasi più avanzate del trattamento (entro i 24 mesi)<sup>10</sup>. Uno studio pubblicato nel 1996 su un ridotto campione di utenti del Servizio per le tossicodipendenze di Carbonia,

---

<sup>2</sup> Pani P.P. et al., Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive metadone maintenance treatment program, *Drug and Alcohol Dependence* 48, 1997

<sup>3</sup> Clerici M., Carrà G., Implicazioni cliniche della comorbidità per depressione nei disturbi da uso di sostanze, *Bollettino OMS di Salute Mentale & Neuroscienze*, ISSN 1122-6293, Vol. 3, N. 4, novembre 1997.

<sup>4</sup> Regier D. et al., Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study, *JAMA*, 264, 19, 2511-2518, 1990.

<sup>5</sup> Clerici M. et al., Substance abuse and psychopathology: a diagnostic screening of Italian narcotic addicts, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 24, 1989.

<sup>6</sup> Pozzi et al., Comorbidity of drug dependence and other mental disorders: a two-phase study of prevalence at outpatient treatment centres in Italy, *Drug and alcohol dependence* 46, 1987

<sup>7</sup> Il dato rappresenta le diagnosi accertate e si riferisce a disturbi presenti negli ultimi 30 gg. Il tempo di osservazione è stato, in alcuni casi (12.6%), troppo breve per realizzare una diagnosi significativa. La percentuale reale è quindi certamente superiore a quella riportata, anche per il criterio abbastanza restrittivo adottato sul concetto di "disturbo corrente".

<sup>8</sup> Maremmani I. et al., Mantenimento metadonico. Dosaggio di stabilizzazione in pazienti con comorbidità psichiatrica, *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, anno XXII, n° 2, 1999.

<sup>9</sup> Pani P.P. et al., Eterogeneità psicopatologica nel tossicodipendente da oppiacei, *Min. Psichiatrica* 32, 1991

<sup>10</sup> Pani P.P. et al., Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive metadone maintenance treatment program, *Drug and Alcohol Dependence* 48, 1997

riporta, infine, caratteristiche patologiche rilevate con il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) del 44%<sup>11</sup>.

STUDIO	% UTENTI CON SECONDA DIAGNOSI	NOTE
Pani P.P. et al., 1991	53.8 (asse I) 45.3 (asse II)	Pazienti inseriti in un programma di mantenimento metadonico; Diagnosi su asse I o II del DSM III-R senza strumenti di diagnosi strutturati.
Testa P.G. et al., 1996	44	MMPI patologico.
Pani P.P. et al., 1997	36.3 (1 mese) 42.6 (24 mesi)	Pazienti inseriti in un programma di mantenimento metadonico; Diagnosi da DSM III-R.

Il fenomeno è, in ogni modo, al centro dell'interesse degli operatori del settore, perché la coesistenza di disturbi psichiatrici diversi all'abuso di sostanze pone notevoli problemi sul piano assistenziale. Le due condizioni patologiche, infatti, tendono tradizionalmente ad essere trattate in modo differente, in contesti differenti e con "filosofie di intervento" fondamentalmente divergenti. Questa differenza di approccio fino a poco tempo fa poggiava su una distinzione per certi versi imprecisa ma utile fra il tossicodipendente ed il malato mentale, distinzione andata più recentemente in crisi sia per il fatto che la ricerca ha inequivocabilmente dimostrato la presenza di complesse interazioni fra l'abuso e la dipendenza da droghe e i disturbi mentali, sia perché l'utenza stessa che afferisce ai servizi sembra essere mutata per effetto dell'agire congiunto di diversi fattori, sia, infine, per il mutamento nel mercato della droga, i cambiamenti sociali e di tendenze generali nell'uso delle sostanze.

Questa duplicità talvolta inconciliabile è riscontrabile anche nel campo dei trattamenti residenziali. Nel trattamento comunitario della tossicodipendenza prevale una cultura che confida sugli strumenti cardine della responsabilizzazione individuale e del confronto diretto con lo scopo di far breccia sulle difese come la negazione che impediscono la presa di coscienza della necessità del cambiamento: approccio, questo, che può risultare intollerabile se non francamente dannoso in un paziente con particolari disturbi, o addirittura, può risultare del tutto impraticabile per una inadeguata comprensione del processo terapeutico. I contesti di terapia idealmente rivolti a pazienti psichiatrici e a tossicodipendenti tendono, per questi e altri motivi, ma anche per tradizione, ad essere separati. Ciò comporta difficoltà rilevanti nella presa in carico di utenti affetti contemporaneamente dai due tipi di disturbo<sup>12</sup>.

Quando, per differenti motivi, si rende necessario un trattamento in regime residenziale, il problema assistenziale diventa conseguentemente complesso.

Questa condizione si verifica in caso di:

- incapacità da parte del paziente ad interrompere l'uso della sostanza pur con l'ausilio di trattamenti specialistici di tipo ambulatoriale;

<sup>11</sup> Testa P.G. et Al., Comorbidità per disturbi mentali verificata con MMPI in tossicodipendenti in terapia e nei loro familiari, in Lai Guaita M.P. (a cura di), Famiglia e tossicodipendenza, Laterza, Bari, 1996.

<sup>12</sup> Tempesta E., Pozzi E., Sostanze d'abuso e psicosi, Medicina delle Tossicodipendenze, Anno IV, n° 2-3, 1996

- assenza di un supporto psicosociale adeguato da parte della famiglia o del contesto sociale più allargato;
- necessità di allontanarsi da contesti di vita che rafforzano la prosecuzione dell'uso della sostanza;
- complicazioni di natura psichiatrica che richiedano osservazione e sorveglianza attenta e continuativa come nel caso dell'insorgenza di severi sintomi depressivi accompagnati da ideazione suicidaria.

Le strutture comunitarie progettate per accogliere pazienti psichiatrici, oltre ad essere ancora poche ed estremamente costose, difficilmente accolgono pazienti con disturbi da uso di sostanze e non sono comunque attrezzate per far fronte alle specifiche necessità dei pazienti tossicodipendenti: questa condizione, unita alla relativa scarsità di strutture specifiche per pazienti tossicodipendenti con seconda diagnosi psichiatrica, si riflette in numeri sempre più significativi di soggetti con patologie psichiatriche anche gravi che chiedono di essere accolti nelle varie strutture residenziali "tradizionali"<sup>13</sup> per tossicodipendenti, che, d'altra parte, mancano frequentemente di personale specializzato esperto nel trattamento di altre patologie mentali (in grado di gestire le situazioni specifiche e anche il generale adattamento del programma terapeutico al paziente non in grado di conformarsi)<sup>14</sup>.

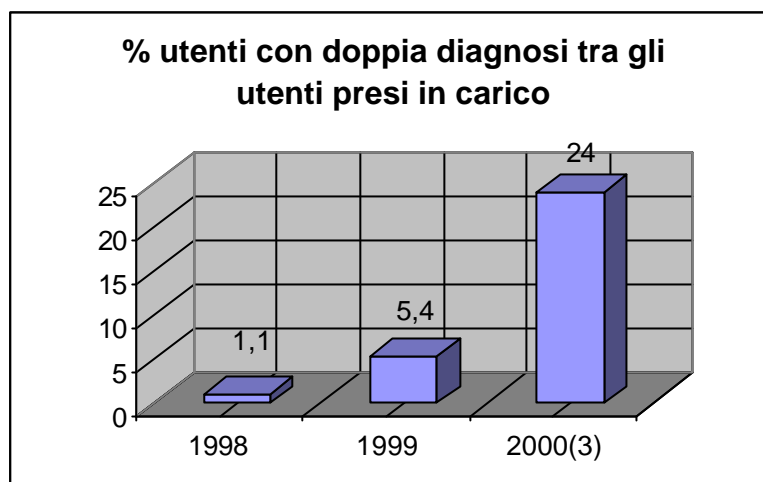
Questa tendenza trova conferma anche nei dati specifici dell'Associazione Mondo X – Sardegna riguardo alle richieste di inserimento di pazienti con comorbidità psichiatrica accertata. I dati degli ultimi anni sull'utenza dei due centri di Accoglienza dell'Associazione, ubicati nelle città di Cagliari e Sassari, mostrano, infatti, un sensibile incremento percentuale di richieste di accesso di tossicodipendenti con altre diagnosi psichiatriche, come mostrato dalla tabella e dal grafico seguenti:

ANNO	UTENTI PRESI IN CARICO (1)	% UTENTI CON SECONDA DIAGNOSI	% INGRESSI IN COMUNITÀ (2)
1998	89	1,1	0
1999	92	5,4	40
2000 (3)	42	24	30

- (1) utenti che hanno proseguito il contatto con i Centri di Accoglienza oltre il primo/secondo colloquio di richiesta informazioni;
- (2) percentuale di ingressi rispetto al totale delle richieste da parte di utenti Doppia Diagnosi
- (3) primi 5 mesi (dal 1 gennaio al 31 maggio)

<sup>13</sup> Comunità Terapeutiche di diverso orientamento ma che, comunque, hanno strutture e programmi non adattati a situazioni di questo tipo.

<sup>14</sup> Cancrini L., Nocerino S., Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e comunità terapeutica: un'esperienza di lavoro, *Attualità in Psicologia*, Vol. 14, n. 3.



Rispetto a questo tipo di problematiche, con particolare riferimento alle situazioni che renderebbero opportuna un'accoglienza residenziale, il territorio può offrire una serie di risorse, che possono riassumersi in tre categorie:

- a) Le risorse dei Servizi Psichiatrici delle Aziende sanitarie Locali (Centri di Igiene Mentale, Strutture residenziali protette, Reparti Ospedalieri per la gestione delle crisi);
- b) Le risorse dei Servizi per le Tossicodipendenze delle Aziende Sanitarie Locali;
- c) Le risorse del Privato Sociale.

Le risorse dei Servizi Psichiatrici, per quanto già affermato, sono estremamente restie a prendere in carico problematiche di tossicodipendenza, e tendono quindi ad essere "espulsive" verso questa categoria di pazienti, anche per oggettive difficoltà ad assicurare, in tale tipologia di soggetti, un livello di aderenza alla terapia (farmacologia e non) sufficiente. Particolarmente difficoltosa è poi la presa in carico residenziale, che presuppone una organizzazione che tenga conto specificamente della tossicodipendenza, specialmente dal punto di vista del controllo dei comportamenti;

I Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze presentano risorse importanti dal punto di vista della:

- professionalizzazione elevata e multidisciplinarietà che consentono la gestione di casi complessi;
- possibilità di indagini strumentali e altre metodiche diagnostiche di elevata complessità.

Ma, d'altro canto, si sono trovati e si trovano spesso nella necessità di reperire all'esterno risorse ulteriori per ciò che riguarda il trattamento dei soggetti con comorbidità psichiatrica. A titolo esemplificativo presentano:

- difficoltà nella gestione solo ambulatoriale dei pazienti, in particolare dei soggetti con nuclei familiari multiproblematici (in questi casi infatti i servizi ambulatoriali faticano per incidere significativamente sull'ambiente complessivo e sulle complesse dinamiche che interagiscono sull'utente);

- necessità di individuare ambienti sani che consentano anche un “contenimento” e una riduzione delle complicità relative alla patologia psichiatrica ;

In ogni caso, i costi del trattamento risultano elevati dato che l'impiego estensivo di personale specializzato risulta essere l'unica risorsa a fronte di bisogni diversificati che non necessariamente richiederebbero competenze specialistiche ad elevato costo (opportunità di reinserimento sociale e lavorativo , gestione del tempo libero, etc.).

Gli Enti del Privato Sociale presentano, nel loro complesso, risorse in un certo senso complementari a quelle dei Servizi Pubblici per le tossicodipendenza. Nello specifico, l'Associazione Mondo X – Sardegna può offrire:

- 20 anni di esperienza nel trattamento di soggetti tossicodipendenti e alcooldipendenti;
- possibilità di accoglienza residenziale in un ambienti familiari a costi contenuti;
- offerta di terapia occupazionale (attività lavorative, di formazione, culturali, socializzazione, sport);
- possibilità di intervento sulle dinamiche relazionali attraverso il gruppo dei pari;
- educazione sanitaria (alimentare, sportiva, ritmi sonno/veglia, prevenzione HIV/epatiti, comportamenti a rischio);
- operatori di comprovata esperienza nella gestione di gruppi-comunità di utenti con problemi di tossicodipendenza.

L'esperienza maturata in questi anni, ha tuttavia messo in evidenza, accanto alla sostanziale conferma della adeguatezza del programma, anche alcuni elementi critici della organizzazione generale del lavoro di recupero che la rendono non sempre in grado di rispondere alle esigenze poste dai residenti con doppia diagnosi. In particolare:

- ridotta presenza di professionalità specifiche in grado di supportare lo staff degli operatori nel trattamento delle patologia psichiatrica concomitante;
- difficoltà nella gestione delle terapie farmacologiche e psicoterapiche;
- capacità non sempre adeguata nella gestione del carico emotivo che il gruppo-comunità affronta nella convivenza con persone con determinate patologie;

Questa condizione di disponibilità di risorse sul territorio, porta a ritenere opportuna la progettazione di un intervento che abbia come obiettivo quello di valorizzare le sinergie tra i servizi pubblici per le tossicodipendenze e le risorse del privato sociale.

## **2. Dati generali di progetto**

### **2.1 Numero e tipologia dei destinatari finali**

L'intervento è rivolto a soggetti con tossicodipendenza accertata da oppiacei, alcolici o sostanze stimolanti, come da DSM IV, con compresenza di uno dei disturbi

mentali diagnosticati sul II asse del DSM IV, oppure sull'asse I limitatamente a quelli sotto elencati:

- disturbi dissociativi;
- disturbi dell'umore;
- disturbi d'ansia;
- disturbi del comportamento sessuale.

L'inserimento di pazienti che presentino patologie diverse potrà essere valutato caso per caso.

Dato che il rationale del trattamento proposto per questo tipo di utenza si basa sulle proprietà risocializzanti e terapeutiche della vita in gruppo, con il supporto di interventi specialistici farmacologici e psicoterapici personalizzati, il disturbo mentale di cui l'utente soffre, deve essere compensato, quando necessario, con opportuno trattamento farmacologico in modo da consentire una vita sociale e da escludere livelli sintomatici tali da mettere in pericolo la salute dell'utente e dei residenti.

Al momento dell'ingresso nella struttura residenziale, inoltre, deve essere terminata la disassuefazione dall'uso di oppioidi (inclusi quelli prescritti) e di alcool.

Il progetto è rivolto all'inserimento e/o trattamento successivo in Comunità Terapeutica di soggetti in un numero massimo di 6 (sei) presenze contemporanee nella struttura residenziale, con possibilità di reintegro degli utenti dimessi sino al ristabilimento del tetto, sino ad un massimo di 12 inserimenti per anno.

Di queste presenze contemporanee 3 (tre) sono relative ad inserimenti di soggetti inviati dal Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze (Ser.T.), mentre 3 (tre) sono relative a soggetti inseriti autonomamente dalla Associazione Mondo X – Sardegna, tramite i propri centri di accoglienza.

## ***2.2 Obiettivi ed esiti attesi in relazione alla cause e/o fattori peculiari del disagio su cui si vuole intervenire***

In risposta alle esigenze del territorio, il progetto si propone di realizzare una integrazione sinergica del Servizio Sanitario Nazionale, specificamente del Ser.T. di Via Liguria del Servizio Tossicodipendenze della ASL N° 8 della Sardegna, con una realtà del Privato Sociale, specificamente l'Associazione Mondo X – Sardegna, con la prospettiva di ripensare non solo agli assetti organizzativi delle comunità ma anche a modalità di interfacciamento pubblico-privato in funzione della risposta alle specifiche esigenze dell'utenza di cui al paragrafo 2.1.

Gli obiettivi generali di tale integrazione, da realizzarsi sia a livello di definizione di procedure certe e condivise nella gestione dei pazienti, sia nell'attivazione di una rete di supporto specialistico all'attività della comunità residenziale, sono:

- a) trasferimento, tra i due servizi, di competenze professionali ed esperienze per i casi di cui al paragrafo 2.1;
- b) raggiungimento di una significativa efficacia terapeutica nel trattamento;

Gli obiettivi specifici sono, invece:

- c) facilitazione della fase di disintossicazione come effetto della diagnosi precoce e della conseguente compensazione farmacologica (miglioramento degli indicatori di aggancio);
- d) facilitazione della fase di inserimento residenziale come conseguenza dell'adattamento del programma comunitario alle esigenze della patologia specifica (abbassamento della soglia di ingresso, aumento della ritenzione);
- e) facilitazione, all'interno del percorso comunitario, dell'integrazione con il gruppo dei pari e diminuzione dello stigma sociale ed emarginazione tramite ristrutturazione organizzativa della comunità terapeutica che comprende:
  - e1. creazione di momenti organizzativi/dinamici nei quali gli utenti con maggiore responsabilità e capacità di rielaborazione vengano coinvolti nella definizione di un adattamento del programma terapeutico al soggetto con doppia diagnosi;
  - e2. adattamento delle regole comunitarie per cui l'anzianità di permanenza nella struttura non diventa la variabile centrale nel conferimento di ruoli e responsabilità, andando verso una maggiore valutazione soggettiva delle tappe del percorso degli utenti.
  - e3. creazione di gruppi dinamici che coinvolgano in modo più trasversale gli ospiti della Comunità per favorire comprensione e adattamento reciproco tra gruppo e soggetti con seconda diagnosi psichiatrica, nel rispetto dei relativi tempi di guarigione;
  - e4. compensazione farmacologica della patologia psichiatrica specifica (con controllo sintomatico) ed eventuali modificazioni profonde dei vissuti emotivi e comportamentali che determinano lo squilibrio attraverso un trattamento psicoterapico;
- f) presa in carico della problematica familiare, anche attraverso l'inserimento di almeno un genitore nei gruppi di terapia (e, eventualmente, nei gruppi di autoaiuto) per familiari di tossicodipendenti presenti al Ser.T.;

### **2.3 Durata, fasi e articolazione del progetto**

La realizzazione del progetto, che si articola nell'arco di tre anni, prevede le seguenti fasi iniziali:

1. Acquisizione da parte dell'Associazione Mondo X – Sardegna, tramite convenzione, di uno Psichiatra e di uno Psicologo come operatori specifici del progetto;
2. Realizzazione di un breve corso intensivo (8 ore) di formazione per gli operatori della Comunità Terapeutica, ivi compresi quelli specifici del progetto, organizzato da professionisti di provata esperienza, per uniformare linguaggi e riferimenti di base;

3. Incontri organizzativi con definizione dei ruoli e adattamento del programma comunitario al trattamento dei soggetti con seconda diagnosi psichiatrica secondo il seguente schema:

#### **Fase di Accoglienza:**

Accesso dal Ser.T.:

- a) Il Servizio pubblico invia il soggetto alla Comunità accompagnando la richiesta di inserimento con:
- relazione informativa sul caso;
  - diagnosi;
  - protocollo di compensazione farmacologica, se del caso;
- b) Alla richiesta segue una valutazione congiunta degli operatori del Ser.T. e della Comunità ed, eventualmente, un incontro assieme alla famiglia del soggetto per la valutazione dell'inserimento nelle strutture residenziali, anche in relazione alle altre presenze contemporanee di altri utenti con comorbidità psichiatrica.

Accesso dalla Comunità:

- a) La Comunità invia al Ser.T. la richiesta di presa in carico del soggetto già presente nelle proprie strutture oppure in fase di accoglienza non residenziale, accompagnando la richiesta con una relazione informativa sul caso;
- b) Il Ser.T. si attiva per supportare la Comunità collaborando, se necessario, alla formulazione della diagnosi, esprimendosi in merito alla necessità di un eventuale protocollo di compensazione farmacologica e/o psicoterapica e nella valutazione, nel caso di soggetti non ancora inseriti nella Comunità, della opportunità dell'inserimento.

#### **Presa in Carico residenziale**

- a) Definizione del progetto terapeutico individualizzato con esplicitazione degli obiettivi specifici;
- b) Predisposizione dell'eventuale protocollo di compensazione farmacologica e/o psicoterapica;
- c) Predisposizione di un adeguato protocollo di follow-up semestrale in relazione agli obiettivi specifici;

#### **Trattamento**

Il trattamento si svolge, nelle sue linee generali, attraverso le fasi riportate nel seguito. Il programma terapeutico qui espresso nella sua generalità è soggetto a

variazioni concordate in relazioni alla specifica patologia. Tutte le variazioni sono concordate con gli operatori del progetto.

#### *Fase della Dipendenza*

Segna l'ingresso nella struttura residenziale.

L'ospite viene affidato ad uno degli ospiti "anziani" della comunità individuato tra quelli più capaci di gestire il carico emotivo.

Per i primi quattro o cinque mesi è previsto un distacco dall'ambiente esterno, per cui l'ospite non può avere contatti diretti né con i familiari né con altri conoscenti. I suoi rapporti privilegiati diventano quelli con gli operatori e con gli altri ospiti della Comunità. In questo modo la dipendenza già vissuta attivamente nei confronti della sostanza d'abuso, è sostituita dal legame stabilito con la comunità che lo aiuta ad affrontare l'adattamento al nuovo stile di vita.

In questa fase l'ospite è impegnato in:

- attività lavorative manuali, con lo scopo di sperimentare la fatica fisica, facilitare il recupero di un adeguato benessere fisico; concentrare l'attenzione sul lavoro e su di sé a lavoro "qui e ora", facilitare un opportuno distanziamento dalle esperienze passate e consentire, in seguito, di attuare un riesame più obiettivo di tali esperienze.
- attività culturali di gruppo, nelle quali sviluppare un senso di appartenenza ideale al progetto comunitario e allo stile di vita proposto;
- riunioni a cadenza settimanale organizzative o specificamente formative, attraverso le quali conoscere la propria modalità caratteristica di rapportarsi agli altri, sperimentare e contrattare nuovi ruoli all'interno della rete delle relazioni formali ed informali del gruppo comunitario;
- dinamiche di gruppo con lo scopo di intraprendere un cammino di conoscenza di se e di collaborare la programma di recupero degli altri ospiti;
- una serie di colloqui individuali di sostegno con gli operatori, in modo da avere la possibilità di confrontarsi e verificare l'andamento del programma terapeutico, sia in relazione alla crescita personale, sia all'adattamento al gruppo.

#### *Fase di Autonomia*

Prevede, attraverso una maggiore assunzione di responsabilità all'interno del gruppo, un intervento sempre più autorevole in alcuni aspetti di gestione quotidiana della Comunità e una ripresa dei contatti sia epistolari che personali con l'esterno (periodiche visite in Comunità dei familiari e, viceversa, dell'ospite presso l'abitazione familiare), lo sviluppo di una maggiore conoscenza di se stesso e il raggiungimento di un'adeguata capacità di autovalutazione delle proprie possibilità e dei propri limiti.

#### *Fase di Reinserimento*

È segnata, pur nella prosecuzione della permanenza all'interno della comunità residenziale, da una maggiore attenzione alle problematiche proprie del prossimo reinserimento sociale, comprendendo in questo sia l'aspetto concreto della progettazione del rientro in termini logistici (ricerca del lavoro e della dimora), sia della definizione ed esplicitazione dei processi psicologici che questo comporta, anche in un'ottica di prevenzione delle ricadute.

## **Reinserimento**

Durante il periodo immediatamente successivo all'uscita dalla Comunità il rapporto con gli operatori della Comunità prosegue con colloqui periodici aventi il duplice scopo di verificare le problematiche relative al reinserimento e fornire un adeguato sostegno sino al raggiungimento di un sufficiente livello di integrazione ed autonomia, eventualmente con la previsione di un sostegno psicoterapico e/o farmacologico a lungo termine.

In questa fase è prevista l'attivazione delle risorse del territorio, ed in particolare il coordinamento con le associazioni e gli enti che si occupano, in accordo con il Ser.T., di reinserimento sociale e lavorativo.

4. Messa a punto degli strumenti specifici di valutazione dei risultati e del processo, secondo lo schema esposto nella Tabella I, allegata al presente progetto:
  - a) questionari di ingresso e di follow-up per gli utenti e modalità di somministrazione;
  - b) questionario di autovalutazione per gli utenti sullo sviluppo del programma terapeutico;
  - c) questionario di autovalutazione per gli operatori;
  - d) batteria dei test da somministrare all'inizio, alla conclusione e nello svolgimento del programma;
  - e) struttura delle registrazioni delle attività;
  - f) parametri specifici da annotare nella cartella clinica del singolo utente;

Successivamente alle fasi di preparazione è prevista l'attivazione delle fasi operative vere e proprie, che si estendono per tutta la durata del progetto:

1. accoglienza, diagnosi e trattamento degli utenti;
2. studio e valutazione dell'andamento dei mutamenti organizzativi introdotti, con individuazione delle linee di servizio (analisi delle fasi, delle azioni e degli strumenti di gestione) e monitoraggio del rispetto dei tempi e delle modalità. Valutazione dell'impatto degli stessi sulla comunità, ed eventuali aggiornamenti e modifiche;
3. valutazione periodica degli indicatori di processo e risultato indicati in Tabella I in appendice.

### ***2.4 Integrazione degli obiettivi del progetto con le politiche del territorio***

Il progetto si integra pienamente con le politiche nazionali in tema di lotta alla droga e di riorganizzazione dei Servizi per le Tossicodipendenze pubblici e privati, come espresse nel Documento programmatico del Governo 2000-2001 e nel DPC 10.09.1999 recante le norme generali per la valutazione e il finanziamento dei progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze.

In particolare il progetto si integra nella politica tendente alla realizzazione di una migliore integrazione tra pubblico e privato e alla impostazione di programmi terapeutici sempre più personalizzati e adattati alle peculiari esigenze dell'utenza, nel caso specifico dell'utenza con problematica psichiatrica compresente.

## **2.5 Soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto**

Sono coinvolti nel progetto l'Associazione Mondo X – Sardegna, che è il soggetto proponente che si assume la responsabilità di gestione del progetto, e il Ser.T. di Via Liguria del Servizio Tossicodipendenze dell'Azienda Sanitaria Locale n° 8 di Cagliari.

I rapporti tra i due enti e le rispettive attribuzioni operative sono definiti da un apposito Protocollo d'Intesa, che costituisce parte integrante del presente progetto e che si riporta in allegato.

## **3. Costi di realizzazione**

### **3.1 Piano delle risorse finanziarie**

#### **3.1.1 Spese per il personale**

Le spese per il personale sono relative all'acquisizione di N° 1 psichiatra e N° 1 psicologo per la gestione complessiva del progetto, tramite la stipula di apposita convenzione, come da successivo punto 5.2.

La realizzazione del corso iniziale di 8 ore comporta inoltre l'acquisizione, per lo specifico compito, di ulteriore personale in possesso di adeguati titoli. Anche con tale personale verrà stipulata apposita convenzione come da successivo punto 5.2.

L'ulteriore personale è a costo nullo in quanto messo a disposizione dall'Associazione Mondo X – Sardegna e dalla ASL n° 8.

L'ipotesi di progetto è quella di un impegno orario medio come riportato nel seguito:

- 10 (dieci) ore settimanali per lo psicologo (40 mensili);
- 4 (quattro) ore settimanali per lo psichiatra (16 mensili);
- 3 (tre) ore settimanali per il pedagoga e gli educatori (12 mensili);
- un numero variabile di ore mensili per lo psicologo psicoterapeuta e lo psichiatra consulente messi a disposizione dal Ser.T., a seconda delle specifiche necessità degli operatori. Una ipotesi di impegno medio prevede 3 (tre) ore mensili.

Le ore riportate sono comprensive sia delle attività direttamente correlate all'utenza (colloqui individuali, incontri di gruppo, somministrazione di test, eventuali incontri con familiari etc...), sia delle attività di valutazione e coordinamento.

In questa ipotesi la spesa annua per il personale può essere quantificata come da seguente tabella:

	<b>Costo Orario (£/ora)</b>	<b>Ore/anno</b>	<b>Costo Totale (£/anno)</b>
Psicologo	45.000	480	21.600.000
Medico Psichiatra	50.000	192	9.600.000
Pedagogista (Mondo X)	0	144	0
Educatore (Mondo X)	0	144	0
Educatore (Mondo X)	0	144	0
Educatore (Mondo X)	0	144	0
Psicologo Psicoterapeuta (ASL 8)	0	36	0
Psichiatra consulente (ASL 8)	0	36	0
<b>Totale</b>		<b>1320</b>	<b>31.200.000</b>

A questa va aggiunta la spesa necessaria per le attività iniziali di programmazione dettagliata, aggiornamento iniziale sui casi, messa a punto degli strumenti di lavoro (questionari, etc...), e partecipazione al seminario iniziale, che può essere quantificata come segue:

	<b>Costo Orario (£/ora)</b>	<b>Ore</b>	<b>Costo Totale (£)</b>
Psicologo	45.000	15	675.000
Medico Psichiatra	50.000	15	750.000
Pedagogista (Mondo X)	0	15	0
Educatore (Mondo X)	0	15	0
Educatore (Mondo X)	0	15	0
Educatore (Mondo X)	0	15	0
Psicologo Psicoterapeuta (ASL 8)	0	2	0
Psichiatra consulente (ASL 8)	0	2	0
<b>Totale</b>		<b>110</b>	<b>1.425.000</b>

Per la gestione del corso iniziale di 8 ore è prevista inoltre una spesa complessiva per il compenso dei docenti di £ 800.000.

### **3.1.2 Costi gestione amministrativa**

I costi per la gestione amministrativa del progetto, comprese le spese telefoniche e postali, possono essere quantificati forfaitariamente in £. 1.500.000 / anno.

### 3.1.3 Spese generali

Le spese generali di illuminazione, riscaldamento, acqua potabile, pulizia dei locali, possono essere quantificate forfetariamente in £. 2.000.000 / anno.

### 3.1.4 Cancelleria

Le spese di cancelleria per le varie attività previste dal progetto sono quantificate in £ 500.000 / anno.

### 3.1.5 Fideiussione Assicurativa

Le spese per la stipula della Fideiussione prevista dall'Art. 8 del DGR 30/03/2000 n. 15/16 ammontano a £. 2.500.000.

### 3.1.6 Materiale diagnostico

La somministrazione dei test psicodiagnostici per la valutazione iniziale, lo screening in accoglienza e la valutazione periodica degli utenti inseriti in comunità richiede l'acquisto del seguente materiale per la dotazione iniziale:

	Prezzo Unitario (£)	Quantità	Costo Totale (£)
MMPI-2 (Minnesota Multiphasic personality Inventory 2) Kit per l'esaminatore	80.000	1	80.000
MMPI-2 Serie di griglie per le scale di base	126.000	1	126.000
MMPI-2 Serie di griglie per le scale supplementari	96.000	1	96.000
MMPI-2 Serie di griglie per le scale di contenuto	126.000	1	126.000
CBA (Cognitive Behavioural Assessment 2.0) Kit per L'esaminatore	250.000	1	250.000
CBA Serie di griglie per la correzione	180.000	1	180.000

<b>Totale</b>			<b>858.000</b>
---------------	--	--	----------------

e del materiale di consumo per le tre annualità:

	<b>Prezzo Unitario</b>	<b>Quantità</b>	<b>Costo Totale (£)</b>
MMPI-2 Questionari Standard (conf. x 25)	135.000	6	810.000
MMPI-2 Fogli profilo Scale di Base con e senza K (conf. x 50)	90.000	3	270.000
MMPI-2 Fogli profilo per scale supplementari (conf. x 50)	90.000	3	270.000
MMPI-2 Fogli Profilo per scale di contenuto (conf. x 50)	90.000	3	270.000
CBA Questionari (conf. X 25)	224.400	3	673.200
CBA Fogli di notazione (conf. X 25)	66.000	3	198.000
<b>Totale</b>			<b>2.491.200</b>

### 3.1.6 Attrezzatura

Per la gestione dell'attività di testing psicologico periodico, la tenuta dei registri, l'elaborazione dei dati sull'andamento del progetto, la produzione dei report periodici e la loro pubblicazione sul sito Internet dell'Associazione, è previsto l'utilizzo di un Computer dotato di relativo software.

Il costo previsto per l'acquisto è di:

	<b>Prezzo Unitario (£)</b>	<b>Quantità</b>	<b>Costo Totale (£)</b>
Computer completo di Monitor, accessori, sistema operativo e stampante  (vedi descrizione tecnica nel preventivo allegato)	4.277.897	1	4.277.897

Software per la gestione dei testi, l'elaborazione dei dati, la produzione di materiale per la pubblicazione sul Sito Internet (Microsoft Office 2000 SBE + Microsoft FrontPage 2000)	1.498.000	1	1.498.000
<b>Totale</b>			<b>5.775.896</b>

Per le attività formative che coinvolgono gli operatori del progetto e gli altri operatori della Comunità, nonché per le attività formative rivolte al gruppo degli ospiti è previsto l'utilizzo di materiale didattico, come da distinta seguente:

	<b>Prezzo Unitario (£)</b>	<b>Quantità</b>	<b>Costo Totale (£)</b>
Lavagna a fogli mobili 7x100x180	252.840	1	252.840
Cancellino magnetico	4.700	3	14.112
Ricambio carta Bianca (conf. X5 blocchi)	79.440	1	79.440
Ricambio carta Quadri (conf. X5 blocchi)	82.620	1	82.620
Marker a secco per lavagne bianche (conf. X4 pz assortiti)	15.480	5	77.400
<b>Totale</b>			<b>506.412</b>

### **3.1.7 Documentazione e Aggiornamento**

Per l'aggiornamento e la documentazione degli operatori della Comunità inseriti nel progetto è previsto l'acquisto di libri e videomateriale didattico per una cifra annuale di £. 350.000.

Tutte le attrezzature di cui ai paragrafi precedenti sono da considerarsi direttamente correlate alla realizzazione del progetto, al termine del quale verranno destinate ad attività analoghe gestite dall'Associazione Mondo X – Sardegna nell'ambito del recupero di soggetti tossicodipendenti.

Le spese elencate nel dettaglio nei paragrafi precedenti sono riassunte per le tre annualità nella tabella I allegata al progetto (PREVENTIVO DI SPESA TRIENNALE).

### **3.2 Congruità dei costi**

La congruità dei costi è documentata, per le singole voci di spesa, da:

1. Riferimento al Tariffario Nazionale pubblicato dall'Ordine degli Psicologi per le prestazioni orarie degli iscritti all'Ordine (Allegato);
2. Riferimento al DPR 17/02/92 recante "Tariffa minima nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche e odontoiatriche" per le prestazioni orarie dei medici specialisti in Psichiatria (pubblicato su GU N. 02/06/92 n. 128);
3. Listino prezzi della Società "Organizzazioni Speciali" per l'acquisto del materiale psicodiagnostico (Allegato);
4. Preventivo per l'acquisto di n° 1 Computer e relativo software, fornito dalla società CD Cagliari s.r.l. (Allegato);
5. Preventivo per l'acquisto di 1 lavagna a fogli mobili e relativi ricambi, fornito dalla ditta Felian (Allegato);

### **3.3 Rapporto tra risorse proprie e costi**

Il progetto prevede ampio utilizzo di risorse proprie degli Enti coinvolti.

In particolare, per l'Associazione Mondo X – Sardegna la partecipazione al progetto comporta l'impegno all'accoglienza residenziale dei pazienti di cui sopra senza alcun onere diretto per lo Stato o per la Regione Sardegna, non essendoci rapporti convenzionali tra l'Associazione stessa e alcuna Azienda Sanitaria Locale che prevedano la corresponsione di rette. Comporta inoltre l'utilizzo di personale proprio (nella misura di un pedagogista e n° 3 operatori con qualifica di educatori professionali o equipollente) e di locali e attrezzature proprie, ad uso non esclusivo.

Per l'Azienda Sanitaria Locale N° 8, la partecipazione al progetto comporta l'utilizzo di personale proprio, nello specifico di uno Psicologo psicoterapeuta e di uno Psichiatra, per le attività di consulenza e collaborazione con gli operatori specifici del progetto.

## **4. Criteri di valutazione**

Per ciascuno degli obiettivi specificati al punto 2.2 sono previsti specifici parametri di valutazione, come da Tabella II (SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO), parte integrante del presente progetto.

La valutazione secondo i parametri indicati in tabella, effettuata a cadenza annuale, sarà parte costitutiva della relazione trasmessa all'Assessorato dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna e reso disponibile per gli Enti interessati, secondo le modalità specificate nel successivo punto 6.1.

## **5. Modalità di realizzazione del progetto**

### **5.1 Gestione del progetto**

La gestione del progetto è assunta in proprio dal soggetto proponente.

### **5.2 Personale impegnato**

N° 1 psichiatra, a convenzione per lo specifico progetto;

N° 1 psicologo con esperienza di trattamento delle tossicodipendenze, a convenzione per lo specifico progetto;

N° 1 pedagogo, messo a disposizione dalla Associazione Mondo X – Sardegna;

N° 3 operatori con qualifica di educatore Professionale o equipollente<sup>15</sup>, messi a disposizione dalla Associazione Mondo X – Sardegna;

N° 1 psichiatra messo a disposizione dalla Azienda ASL N° 8 per le attività di consulenza;

N° 1 psicologo psicoterapeuta messo a disposizione dalla Azienda ASL N° 8 per le attività di consulenza.

A questo va aggiunto il personale per la realizzazione del corso di formazione iniziale.

### **5.3 Protezione del personale**

La protezione del personale dai rischi ambientali è assicurata dal rispetto della normativa vigente in materia di igiene e sicurezza del lavoro.

### **5.4 Rispetto delle normative sulla tutela del lavoro**

Tutto il personale messo a disposizione dai singoli Enti (Associazione Mondo X – Sardegna e Azienda Sanitaria Locale n° 8) per la realizzazione del progetto intrattiene rapporti di dipendenza, convenzione o volontariato con il proprio Ente di riferimento secondo la normativa vigente.

Il personale specificamente assunto per il progetto in questione stipulerà una convenzione con l'Associazione Mondo X - Sardegna per la fornitura di prestazioni professionali in relazione alle specifiche esigenze del progetto, secondo la normativa vigente.

## **6. Diffusione dei risultati**

### **6.1 Modalità e forme di trasferimento dei risultati**

---

<sup>15</sup> Secondo il Decreto della Giunta Regionale n. 19/31 del 26 giugno 1994

Al termine di ogni anno, l'Associazione Mondo X – Sardegna trasmetterà all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale una relazione sull'andamento del progetto in cui saranno evidenziati, nel rispetto dell'anonimato e della legge sulla protezione dei dati personali, il numero dei casi trattati e l'andamento degli stessi in termini di raggiungimento degli obiettivi previsti dal programma terapeutico individualizzato.

La relazione evidenzierà anche i risultati raggiunti, secondo gli indicatori di cui al punto 4, nell'adattamento del programma terapeutico della comunità agli utenti con comorbidità psichiatrica e nella integrazione sinergica dei Servizi coinvolti.

Fatti salvi i limiti derivanti dal rispetto della legge sulla riservatezza dei dati personali e del segreto professionale degli operatori, i risultati del progetto nei termini già specificati e il materiale scientifico prodotto, saranno inoltre resi disponibili, con periodicità almeno annuale, sul Sito Internet dell'Associazione Mondo X – Sardegna, a disposizione degli altri soggetti pubblici e del privato sociale che operano nel settore della tossicodipendenza a livello regionale.

Ciascuno dei soggetti di cui sopra, interessati al progetto, potrà anche richiedere, gratuitamente, la trasmissione periodica dei risultati, in forma digitale, ad un indirizzo di posta elettronica specificato, inviando, con qualunque mezzo, richiesta alla sede dell'Associazione Mondo X – Sardegna.

Una relazione finale sulla realizzazione sul progetto sarà inoltre resa disponibile nei due mesi successivi alla conclusione dello stesso, con le stesse modalità di cui al paragrafo precedente.

## **7. Elenco allegati**

Fanno parte integrante del progetto i seguenti allegati:

- I. Protocollo d'Intesa tra l'Associazione Mondo X – Sardegna e il Sert. di Via Liguria del Servizio Tossicodipendenze della ASL N° 8 della Sardegna;
- II. Tabella I: Preventivo di spesa triennale;
- III. Tabella II: Sistema di valutazione del progetto;
- IV. Listino prezzi della Società "Organizzazioni Speciali";
- V. Tariffario per prestazioni psicologiche dell'Ordine degli Psicologi;
- VI. Preventivo per l'acquisto di n° 1 Computer e relativo software, fornito dalla società CD Cagliari s.r.l.;
- VII. Preventivo per l'acquisto di 1 lavagna a fogli mobili e relativi ricambi, fornito dalla ditta Felian.