

**SINTESI GRUPPO "COMUNITA' MISTE"**

**Gruppo di lavoro a seguire delle esperienze di:**

- Luca Mingarelli - La Rosa dei Venti
- Enrico Quarello - progetto casa base - coop paradigma di Torino

**Gruppo composto da persone provenienti dalle seguenti esperienze:**

- 1 Comunità Educativa Diurna Minori
- 6 Comunità Educativa Residenziale Minori (Arimo; Gabbiano; GrandeCasa; Vaiano80; BorgoRete; LaTenda )
- 2 Comunità Educativa Residenziale Tossico Dipendenti
- 1 Comunità Terapeutica Minori
- 1 Comunità Residenziale madre-bambino con problemi di tossicodipendenza
- Aree geografiche: Pavia, Padova, Morbegno Colico, Ascoli Piceno, Pontedera, Bergamo, Termini Imerese, Perugia, Roma.

**Motivazioni di partecipazione al seminario:**

- Tutti esprimono bisogno ed interesse nel trovare strumenti per rispondere al crescente numero di ragazzi ospiti delle comunità che presentano gravi forme di disagio psichico
- In tre casi l'interesse di aprire una comunità terapeutica è conseguente ad una richiesta esplicita della propria ASL di riferimento
- In un caso l'interesse di aprire una comunità terapeutica è nonostante la contrarietà esplicita della propria ASL di riferimento
- Negli altri casi non c'è chiarezza rispetto alla direzione da prendere

***"rete curante corresponsabile del minore prima e dopo la comunità"***

Il gruppo si confronta inizialmente su quanto si discostino, dalle proprie, le metodologie utilizzate nelle esperienze di Comunità Terapeutiche presentate il giorno precedente.

Si conviene sul non notare differenze sostanziali tra le impostazioni metodologiche generali delle diverse tipologie di comunità.

- Prevalere, almeno in apparenza, l'approccio relazionale e sociale.
- L'utenza delle comunità terapeutiche appare come un "di cui" delle comunità educative
- I due poli (educativo e clinico/psicologico) di cui parlava Quarello ma anche "La Rosa dei Venti" sono quello a cui si tende anche nelle comunità educative
- Il polo clinico/psicologico è però presidiato costantemente e

con adeguate competenze e risorse solo nel caso delle Comunità Terapeutiche che dispongono degli strumenti necessari.

#### **Problematica della nomenclatura confusiva:**

- difficile focalizzare il tema attraverso le normative regionali. Anche dove la normativa è chiara prevale la definizione che si attribuisce la comunità stessa. Ne consegue che comunità educative si vendono come terapeutiche e che non sia possibile distinguere tra "terapeutiche", "a valenza terapeutica", "miste", ...
- Assumiamo per semplicità ma poca convinzione che è la partecipazione alla retta del settore sanitario che definisce il terapeutico.

#### **Cosa osserviamo nelle Comunità NON Terapeutiche :**

- le esperienze parlano di episodi di ragazzi con dipendenze e terapie psichiatriche normalmente ospitati nelle comunità educative. Questi casi hanno gravi ripercussioni sia nel percorso del gruppo dei pari sia nelle dinamiche di equipe. Questa situazione sta costringendo molte equipe a mettere in discussione i propri strumenti.
- Il lavoro con ragazzi che presentano "esordi psicotici" può avere ottimi risultati. Diversamente, l'inserimento di ragazzi con "esordi psicotici" in ambienti non appropriati (in termini di spazi, impatto, accoglienza, trattamento) può avere ripercussioni negative.
- Spesso i ragazzi vengono accolti senza una valutazione psicologica adeguata e le difficoltà si manifestano in itinere.

#### **Cosa osservano nelle Comunità Terapeutiche**

- arrivano ragazzi che presentano isolamento sociale - Paranoie - disturbi bipolari - disturbi alimentari - autolesionismo. Questi ragazzi richiedono abbinamento tra farmaci e contesto ambientale per periodi che è ragionevole pensare di 2 anni.
- Arrivano ragazzi da comunità educative che non riescono più a tenerli. Parliamo di ragazzi che manifestano: aggressività - disturbi del comportamento - esordi psicotici da trauma infantile - disturbi antisociali. In questo caso la Comunità Terapeutica può accoglierli con efficacia ma non sarebbe appropriata. L'efficacia, in questi casi, è garantita da forme di contenimento ambientale (serramenti - cucina - farmaci - serrature - ...) e dalla maggiore disponibilità oraria di figure educative. Sono però queste caratteristiche che caratterizzano solo in minima parte le Comunità Terapeutiche.
- Sarebbe utile, a fronte di valutazioni psicologiche di cui sopra, utilizzare la comunità terapeutica come transito iniziale per permettere una condivisione del progetto educativo col ragazzo prima dell'ingresso in comunità

educativa.

**È prioritario rivedere le modalità di accoglienza, passaggio, supporto, integrazione e dimissione dalle comunità educative:**

- gruppo di valutazione integrato che segua il Progetto Educativo Individualizzato e dia continuità del percorso e armonia degli interventi sociali e sanitari;
- dal PEI al PIIC (progetto individuale integrato di cura, sollecitazione di Merlino)
- Possibilità di passaggio coordinato tra comunità di diverso tipo con un progetto chiaro in ingresso
- Possibilità di passaggio dalla Pronta Accoglienza per quelle situazioni che necessitano l'inserimento in comunità prima di una adeguata valutazione socio-sanitaria
- compartecipazione alla retta tra sociale e sanitario (sert compreso) coerentemente con la valutazione socio-sanitaria fatta
- serve un meccanismo che consenta di maturare e mantenere il rapporto fiduciario tra sociale e sanitario
- serve una chiara distinzione di ruoli tra comunità, sociale e sanitario.
- serve una modalità di lavoro che comprenda le famiglie di origine e affidatarie. Serve un sistema che gli permetta di reggere e potenziare le aree di risorsa.
- È necessario un pensiero che prepari, lungo tutto il percorso, " il verso dove" del ragazzo
  - la fase di dimissione è sempre difficile ma non può essere improvvisa e senza futuro (esco perché ho questi bisogni per andare ...)
- Quando si finisce un percorso deve essercene un altro preparato ad accogliere
  - Serve un lavoro sulla famiglia
  - Serve un lavoro sulla comunità strutturata per accogliere
  - serve un lavoro sul contesto
  - servono gruppi appartamento per periodi lunghi e pensato per questa tipologia

**Punti complicati e in sospeso:**

- Minori con problemi di dipendenza
  - È necessario separarli da adulti
  - i casi cronici non sono compatibili con le comunità educative. Forse non compatibili neanche con Comunità che accolgono ragazzi con disturbi prettamente psichiatrici.
  - C'è connessione tra l'utilizzo di sostanza e i disturbo psichiatrici. Questo crea maggiore difficoltà di valutazione
  - Tra i partecipanti al gruppo ci sono opinioni e pratiche molto differenti rispetto alla somministrazione di test tossicologici agli ospiti

- la "Casa del Giovane di Pavia" e "Il Ponte di Civitavecchia" sono le uniche esperienze che sappiamo accogliere minori con dipendenze ma non ne conosciamo la validità
- Minori con disturbi in fase acuta
  - La Comunità Terapeutica non è un reparto ospedaliero quindi non fa ricoveri
  - Serve quindi un reparto che rimane , dove c'è, l'anello più debole della catena. Per ragionare sui confini tra Comunità Terapeutica e Reparto è necessario un ragionamento congiunto
- MSNA
  - Serve un approccio antropologico alle difficoltà mentali. L'etnopsichiatria è però molto agli inizi ed è difficile avere riferimenti in tutti i territori
  - in mancanza ci si appoggia ai mediatori per interfacciarsi anche con la famiglia ma spesso si presentano ostacoli e blocchi per noi incomprensibili.
  - Una esperienza interessante sembra essere quella di "Terre Nuove" di Milano

#### **Spunti per il prossimo seminario:**

- Capire se le Comunità Miste possono essere considerate un "di cui" delle Comunità Educative
- Approfondire lo specifico dei ragazzi minorenni con problemi di dipendenze gravi / inabilitanti
- Approfondire l'interlocuzione con il Servizio Sanitario (ruoli e co-partecipazione alle rette)
- Definire storica questione della valutazione e del nucleo multidisciplinare
- Comunità Educativa e struttura contenitiva (spazi, finestre, posate, ...); sono compatibili?

#### **Spunti operativi:**

- cercare un linguaggio comune tra le diverse regioni per facilitare l'eventuale collaborazione e diminuire la confusione
- pensare a forme di integrazione interregionale (non è necessario che ogni regione apra una o più comunità terapeutiche)
- approfondire l'area di lavoro con ragazzi che hanno scompensi psicotici elaborando una sorta di pronto intervento specifico. (sollecitazione di Stefano Costa)