

**COMUNITA' SOCIO ASSISTENZIALE
PER IL RECUPERO DI TOSSICODIPENDENTI**

Cp 2003

SCHEDA DELLA RICERCA

NOME DEL COMPARTO	COMUNITA' SOCIOASSISTENZIALI PER IL RECUPERO TOSSICODIPENDENTI
CODICE ISTAT	
ZONA DI RILEVAZIONE	TORINO
ANNO DI RILEVAZIONE	2003
ENTE REALIZZATORE DELLA RICERCA	COOPFORM PIEMONTE ENTE BILATERALE DELLA COOPERAZIONE PIEMONTE c. Francia 9 – 10138 Torino
DIRETTORE DELLA RICERCA	GIUSEPPE BAFFERT
RICERCATORE	PAOLO COCITO <i>telefono cellulare</i> 3391292805 <i>e-mail</i> cocito51@libero.it

SINTESI DEL LAVORO DI RICERCA

Il lavoro di ricerca sul Comparto dei Presidi Socioassistenziali per il Recupero dei Tossicodipendenti è stato realizzato in una Comunità sita nel territorio del comune di Torino.

DATI E CARATTERISTICHE DEL LAVORO

Finalità della ricerca	<ul style="list-style-type: none"> - Analizzare condizioni di igiene e sicurezza dei lavoratori addetti nelle comunità - Identificare i pericoli e valutare i rischi - Rilevare le misure di prevenzione e protezione adottate - Evidenziare le proposte dei lavoratori per il miglioramento delle situazioni - Indicare le principali normative di legge di riferimento
Durata del lavoro preparatorio	1 mese
Durata del lavoro in comunità	1 mese
Modalità	<ul style="list-style-type: none"> - Incontri con i responsabili della Cooperativa per impostare il lavoro in comunità - Incontri con i responsabili della comunità per organizzare e programmare la ricerca nella loro realtà - Sopralluoghi in comunità - Riunione con lo staff della comunità per illustrare il lavoro di ricerca - Interviste ad alcuni dei lavoratori della comunità selezionati dopo la riunione con lo staff; registrazione audio di alcuni dei colloqui; registrazione autografa dei contenuti di tutte le interviste - Rilevazioni fotografiche - Esame di documentazione - Osservazioni ambientali - Elaborazione delle registrazioni audio e autografe dei colloqui e trascrizione con computer - Redazione dei report finali per la pubblicazione della ricerca
Strumenti usati	<ul style="list-style-type: none"> - Regitratore audio - Macchina fotografica
Principali difficoltà incontrate	<ul style="list-style-type: none"> - Problemi organizzativi - Pianificare e calendarizzare gli incontri con il personale - Assenze del personale e spostamento delle interviste - Emergenze impreviste in comunità e spostamento delle interviste - Non collaborazione di alcuni soggetti incontrati
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> - Fotografia della realtà socioassistenziale per il recupero dei tossicodipendenti - Descrizione dell'utente di questo tipo di realtà e dei vari tipi di droghe da loro usate - Identificazione dei profili professionali che operano nella comunità - Descrizione delle varie attività lavorative in una comunità - Identificazione dei pericoli e rischi per i lavoratori addetti nello svolgimento delle loro mansioni con individuazione del danno atteso - Individuazione del danno esterno

**COMUNITÀ SOCIO ASSISTENZIALE
PER IL RECUPERO DI TOSSICODIPENDENTI**

INDICE

1 - LA COMUNITA' TERAPEUTICA

- La comunità
- L'utente della comunità: il tossicodipendente
- Le droghe
- Modalità d'inserimento e permanenza in comunità
- Ordinamento della comunità

2 - I PROFILI PROFESSIONALI

- I principali profili professionali della comunità
- Il responsabile di struttura
- Il coordinatore terapeutico
- Il responsabile del settore medico legale
- L'educatore
- Formazione e informazione

3 - ATTIVITA' LAVORATIVE

- Flowchart delle attività lavorative in una comunità
- Il modello di recupero degli utenti
- Descrizione delle attività lavorative
- Le attività lavorative e le attrezzature, macchine e impianti
- Organizzazione

4 - PROBLEMI ORGANIZZATIVI

5 - FORMAZIONE INFORMAZIONE

6 - FATTORI DI RISCHIO

7 - I FATTORI DI RISCHIO PER PROFILO PROFESSIONALE

8 - LE ATTIVITÀ LAVORATIVE E I LORO FATTORI DI RISCHIO

9 - DANNO ESTERNO

10 - RIFERIMENTI LEGISLATIVI

1 - LA COMUNITA' TERAPEUTICA

1.1 – La Comunità

La Comunità Terapeutica è una istituzione psichiatrica alternativa al modello dell'ospedale psichiatrico tradizionale; di quest'ultimo la comunità rifiuta gli aspetti repressivi ed emarginatori e dà invece un grande risalto patogenetico ai rapporti interpersonali. Nella sua organizzazione vengono annullate le stratificazioni gerarchiche, regolamentazioni artificiose favorendo le relazioni interpersonali, le iniziative, il senso di responsabilità e la dignità del paziente.

Nelle Comunità sono ospitati utenti, tra i 18 e i 50 anni, tossicodipendenti di sesso maschile e femminile; le loro provenienze sono:

- i Sert
- le famiglie originarie
- il carcere.

Le Comunità possono essere “a retta”, convenzionate con i Sert delle Asl che pagano per ogni utente delle rette peraltro basse; le fonti di reddito dei Servizi sono un problema significativo per la gestione dei costi delle strutture. Talvolta possono esserci donazioni di privati che vengono utilizzate per la realizzazione di progetti.

Solitamente questi presidi socio assistenziali sono organizzati per settori-strutture c.s.:

AMMINISTRAZIONE

Direzione generale – Ufficio del Personale – Uffici di Contabilità

MEDICINA LEGALE

COORDINAMENTO TERAPEUTICO

IL “PRIMO CONTATTO”

dove avviene il primo contatto con l'utente

L'ACCOGLIENZA

che gestisce gli utenti nelle ore diurne in una permanenza temporanea non inquadrata in un percorso di recupero necessariamente completo

LA COMUNITA'

dove avviene l'attività diurna degli utenti che seguono l'intero percorso di recupero, in modo residenziale (le stanze degli utenti maschi e femmine sono situate in luoghi ben separati e distinti – in ambienti distinti possono esserci le stanze delle utenti madri con bambini)

LA STRUTTURA PER IL “REINSERIMENTO SOCIALE”

LA STRUTTURA DI SUPPORTO ALLE FAMIGLIE DEGLI UTENTI

1.2 – L'utente della comunità: il tossicodipendente

Nelle Comunità, il tossicodipendente viene definito come “**utente residente**” ovvero una persona con problematiche sociali e psicologiche che fa uso di sostanze stupefacenti e/o alcol o altre sostanze che creano dipendenza psico-fisica.

La tossicodipendenza è una condizione che si realizza con *un'irrefrenabile esigenza* di fare uso continuativo di sostanze psicotrope (droghe) per affrontare la vita, senza nessuna attenzione o riguardo per le conseguenze che ne derivano.

Contatti abituali e ripetuti nel tempo con le droghe danno origine a una dipendenza: tale condizione si attua con la combinazione di fattori di ordine psicologico, biologico e farmacologico. L'assuefazione alle sostanze è notevole per la morfina e l'eroina mentre sembra scarsa nell'abuso di marijuana, Lsd e anfetamine.

Il tossicodipendente è una persona che non sa relazionarsi con gli altri, che nella propria vita non ha saputo riconoscere o gestire i sentimenti; c'è stato un malfunzionamento nelle aree relative alle amicizie e/o ai sentimenti. Ha problematiche comportamentali, affettive, relazionali e psicologiche. E' una personalità sofferente, fragile, debole, "un bambino non cresciuto", irresponsabile, privo di stimoli che non sa chiedere aiuto, che non sa progettare e che a suo tempo non ha saputo fare delle scelte; ha difficoltà a gestire la sofferenza e non sa, talvolta, gestirsi il benessere.

Talvolta è un soggetto con "doppia diagnosi", portatore di patologie psichiatriche (anche psicosi).

Per un tossicodipendente il non usare la sostanza (alcol o droga) è una lotta continua, una conquista di ogni giorno della sua vita.

Vivendo in Comunità il tossicodipendente acquista benessere psicofisico e cambia anche nelle apparenze fisiche.

L'utente della Comunità viene seguito dallo psicologo di riferimento e, se malato di Epatite o Hiv, dall'infettivologo di un Centro specializzato per le Malattie Infettive e dal medico di base per tutte le altre necessità.

Il tossicodipendente viene classificato in tre grandi tipologie:

- l'eroinomane
la droga viene usata come sedativo, come calmante
- il cocainomane
la droga viene usata perché da forti emozioni e spinge all'azione, ha un effetto eccitante
- il consumatore di droghe leggere come marijuana o hashish
hanno un effetto o calmante o euforizzante, da alcuni vengono usate come antidepressivo

C'è anche chi definisce il tossicodipendente in comunità "paziente" sostenendo che questa è la definizione migliore perché l'abuso di sostanze stupefacenti è un atteggiamento patologico, ma generalmente si preferisce denominarlo "utente".

1.3 – Le droghe

Le sostanze più comunemente usate sono:

- i narcotici naturali (*oppio e suoi derivati, morfina, codeina*)
- i narcotici semisintetici (*eroina*)
- i narcotici sintetici (*metadone, meperidina, pentazocina*)
- gli psicostimolanti (*cocaina e anfetamine*)
- gli ipnotici, barbiturici e tranquillanti minori
- l'alcol
- gli allucinogeni (*Lsd, mescalina, i preparati della canapa indiana*)
- etere, benzina e trielina, (*hanno un effetto inebriante*)
- la marijuana

1.4 - Modalità d'inserimento e permanenza in comunità

Il tossicodipendente può essere inserito nella comunità attraverso due tipi di modalità:

- secondo il progetto di recupero psicofisico del presidio socio assistenziale
che prevede mediamente una permanenza da 1 a 3 anni
- in casi urgenti e particolari attraverso la Pronta Accoglienza (centro crisi)
il tossicodipendente arriva in particolari condizioni psicofisiche critiche e entra nella comunità per un periodo di 3-4 mesi soltanto per liberarsi dalla dipendenza fisica della sostanza stupefacente; la sua permanenza non è finalizzata a un progetto di Comunità a lungo termine (1-3- anni)

1.5 – Ordinamento della comunità

LE REGOLE

Le comunità per il recupero dei tossicodipendenti hanno delle regole fondamentali che gli utenti si impegnano, fin dall'inizio, a rispettare in modo rigoroso:

- no droga
- no alcol
- no violenza
- no sesso

Entrando nella comunità il tossicodipendente ha stipulato una specie di “contratto” (che è stato definito e socializzato nei colloqui preliminari) e se infrange le regole di riferimento rompe questo accordo e va incontro a delle sanzioni. E' fondamentale l'impegno ad “essere onesto” che l'utente si assume nei confronti della struttura che lo accoglie.

In alcune comunità vengono tolti agli utenti tutti gli oggetti di valore e l'orologio: questa regola è inserita nell'ambito del “discorso educativo” della struttura.

I CONTROLLI SISTEMATICI

Nelle comunità di recupero, gli operatori effettuano dei controlli nei confronti degli utenti inaspettati (senza una prevedibilità temporale):

- verifica e controllo degli ambienti in cui vivono gli utenti
- controllo delle urine “a vista”
- nel turno di notte l'operatore fa il giro dell'intera struttura ogni 30-60 minuti per accertarsi che tutto sia nella norma. E' in questo momento della giornata che potrebbero verificarsi rapporti sessuali tra utenti.

CONTROLLO DEGLI AMBIENTI

Gli operatori possono decidere, in modo improvviso, di entrare nelle stanze degli utenti per controllare che non vi siano sostanze stupefacenti o alcol: si passano al vaglio vestiario, oggetti, il contenuto dei mobili, il letto ecc. Solitamente l'operatore non è mai solo.

In questa operazione l'operatore di comunità dispone di DPI (guanti monouso) che deve usare per proteggersi dal rischio biologico; si tenga conto che quasi tutti gli utenti sono affetti da Epatite (B e C) e molti sono Hiv positivi.

CONTROLLO DELLE URINE “A VISTA”

Quando c'è il sospetto che l'utente abbia assunto di nascosto delle sostanze, l'operatore può decidere di effettuare immediatamente l'esame delle urine. L'interessato non può esimersi da questa verifica e si procede a questo tipo di test. Si controlla, “a vista” (osservazione diretta in tempo reale), che l'utente urini nel contenitore apposito; in passato ci sono stati numerosi tentativi di falsare o manomettere il campione d'urina allo scopo di non risultare positivo al controllo.

Questa situazione può creare disagio psicologico o stress all'operatore che sta svolgendo tale verifica.

La provetta delle urine viene poi inviata al Centro Malattie Infettive o a un laboratorio specializzato per essere esaminata.

LE SANZIONI (INTERVENTI)

Quando l'utente infrange le regole fondamentali della comunità si possono applicare degli interventi (sanzioni) tipo:

1. Il confronto

L'operatore richiede spiegazioni all'utente che è tenuto a rispondere mettendosi in piedi in atteggiamento non “offensivo” e di “rispetto”; il confronto termina con un impegno preciso preso da parte dell'inadempiente.

2. Richiamo

L'operatore richiama l'utente inadempiente con voce normale o in modo "urlato" ("*sgridata urlata*"). In questo intervento, si sottolinea in modo inequivocabile la mancanza e si richiede un impegno; l'utente deve solo ascoltare, non può parlare. È un intervento educativo, non punitivo (così è da considerarsi).

3. Punizione

Sono delle indicazioni precise a fronte di una indempienza piccola o marginale dell'utente: l'utente inadempiente viene obbligato a svolgere un compito particolareggiato (es. pulizie) legando a questa azione delle riflessioni.

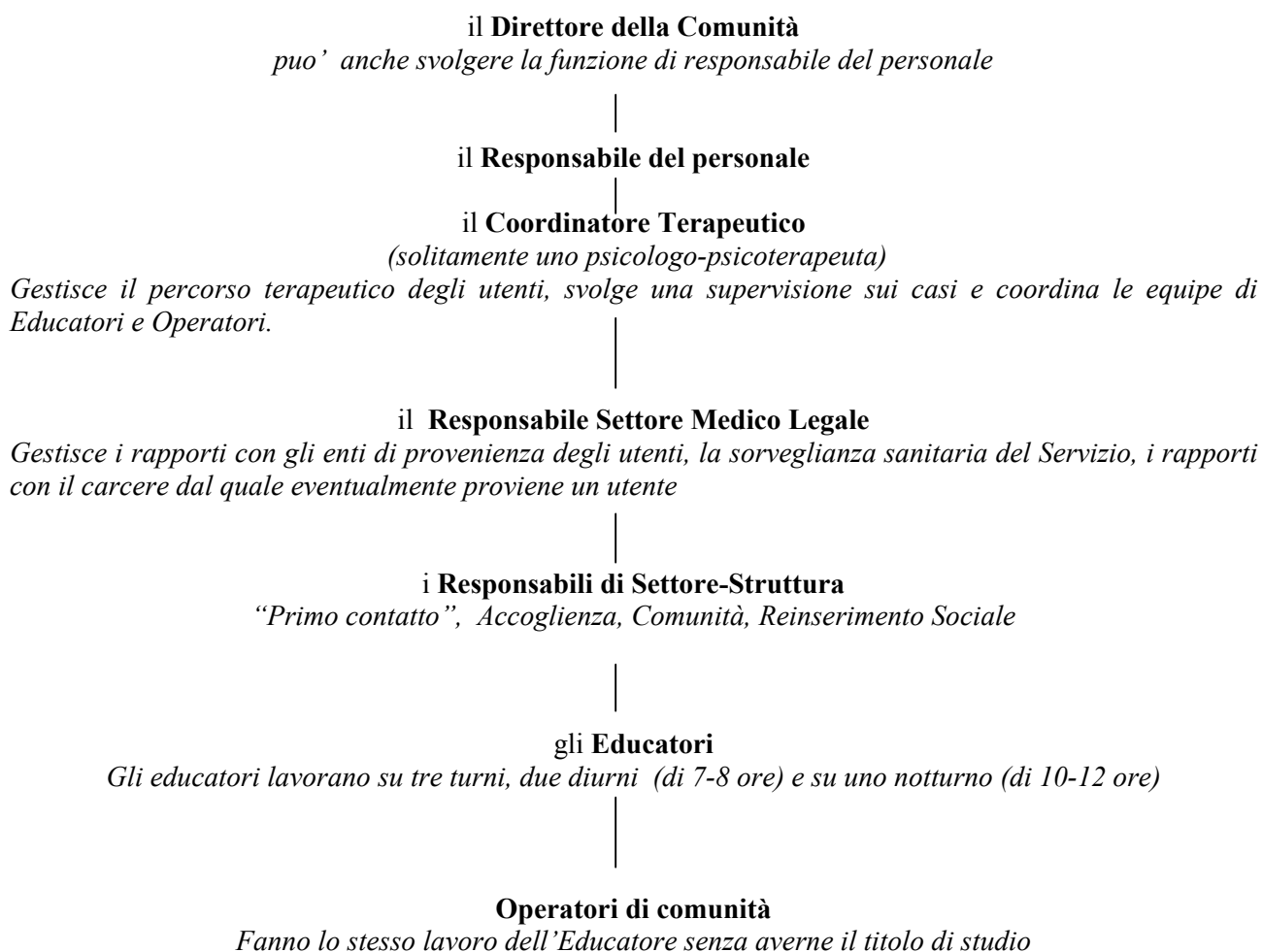
4. Allontanamento dalla Comunità

È un provvedimento molto grave con il quale l'utente inadempiente viene espulso dalla comunità in modo temporaneo o definitivo

2 – I PROFILI PROFESSIONALI

2.1 – I principali profili professionali della comunità

Di seguito elenchiamo i profili professionali standard, della una comunità terapeutica che abbiamo preso a campione, per linea gerarchica-funzionale (flow):



2.2 – Il responsabile di struttura

Seguendo il flow precedente, che illustrava i profili professionali standard all'interno di una comunità per il recupero di tossicodipendenti, consideriamo, in specifico, il profilo professionale del Responsabile del settore "Comunità", struttura centrale del Servizio.

Questo Direttore di struttura fa ed è:

- cura la gestione interna della Comunità,
- punto di riferimento di tutti gli utenti,
- gestisce l'equipe degli educatori e operatori dal punto di vista tecnico, gestionale, organizzativo (gestione operativa del personale)
- risponde al Coordinatore terapeutico e al Direttore generale di tutto ciò che succede nella Comunità

Questo Dirigente di struttura gestisce anche la Cassa Comune e la Cassa Denaro degli utenti.

Le caratteristiche di questo profilo professionale sono:

- competenze tecniche
- buona formazione
- predisposizione ai contatti umani
- capacità organizzative
- autorevolezza

in questo senso il ruolo aiuta perché innesca una deferenza automatica verso di esso

2.3 – Il coordinatore terapeutico

Il ruolo del Coordinatore Terapeutico consiste in:

- gestire il percorso terapeutico di recupero dei tossicodipendenti
- svolgere una supervisione e verifica dei casi
- coordinare le equipe di Educatori e Operatori delle varie strutture
- curare i rapporti tra Operatori e Direttore
- collaborare al lavoro della fase "Primi colloqui"
- fare i test agli utenti
- supervisione degli Operatori (come gestione del personale)

Alcuni dei test a cui sono sottoposti gli utenti possono essere:

- il "Z test"
dà indicazioni diagnostiche e individua eventuali patologie psichiatriche
- il test "Rorschach"
dà delle diagnosi
- "MMPI"
test di personalità
- "Schid"
determina una diagnosi che necessita di successive verifiche e conferme

Sono
test proiettivi

2.4 – Il responsabile del settore medico legale

E' una figura di livello direttivo che ha la responsabilità del settore Legale e di quello Sanitario; è stato coinvolto nella redazione della Valutazione dei Rischi (vedi D.Lgs. 626/94), nel prenderne visione e controfirmarla.

SETTORE LEGALE

E' il settore che riguarda gli utenti che provengono dal carcere. Il responsabile di questo servizio cura l'inserimento di detenuti tossicodipendenti nella comunità seguendo un percorso c.s.:

- inizia un rapporto di tipo epistolare tra il responsabile e il detenuto; quest'ultimo chiede di essere accolto nella struttura per avviare un percorso di recupero; nel proseguo dello scambio di lettere il responsabile inizia a conoscere la persona acquisendo un certo numero di informazioni
- prende contatto con l'avvocato del detenuto
- contatta il Sert
solitamente la Comunità accoglie persone tramite i Sert
- se il Sert dà l'autorizzazione all'inserimento si fanno tutte le pratiche necessarie per l'affidamento del detenuto alla comunità

SETTORE SANITARIO

E' il settore che riguarda la sorveglianza sanitaria degli utenti in comunità.

Le Comunità sono solitamente convenzionate con i Centri specializzati per le Malattie Infettive e un infettivologo viene periodicamente nella struttura a visitare gli utenti. Una o due volte la settimana è presente il Medico di base per soddisfare esigenze generiche e varie degli utenti.

All'ingresso in Comunità, tutti gli utenti vengono sottoposti a visita dermatologica e a esami del sangue per poter istruire una "cartella sanitaria individuale". Dopo questi primi controlli sono ben definiti tutti i rischi biologici che ogni utente rappresenta per il prossimo; egli verrà poi sottoposto, nel corso del tempo, a controlli sanitari periodici.

Gli utenti non portatori di malattie infettive vengono sottoposti alla vaccinazione contro l'Epatite B.

Gli utenti affetti da Epatite vengono curati per 6 mesi con una terapia a base di Interferone, somministrata con iniezioni sottocutanee; tale cura comporta molti effetti collaterali rilevanti quali depressione, mal di testa, febbre e spossatezza.

Il Responsabile del Settore Sanitario gestisce la cartella sanitaria degli utenti e provvede alla prenotazione (in collaborazione con gli operatori) di tutti gli accertamenti sanitari e diagnostici richiesti dagli specialisti (infettivologi ecc.) o dal medico di base.

2.5 – L'educatore

L'Educatore è colui che guida e accompagna il tossicodipendente nel percorso di recupero (modello genitoriale) realizzando il progetto individuale (controllato periodicamente dai Sert); tale modello è stato messo a punto dal responsabile dell'Accoglienza, da un Operatore e dal Coordinatore Terapeutico. Ogni Educatore è riferimento elettivo di alcuni utenti e lavora in "equipe" con i colleghi socializzando con loro tutti i problemi che incontra. E' una sorta di "compagno di viaggio" del tossicodipendente che viene accolto nella struttura in modo affettivo. L'Educatore segue l'utente nel suo cammino di recupero facendo anche una sorta di "assistenza psicologica".

I titoli di studio degli educatori delle comunità possono essere:

- laurea in Psicologia o Lettere, Scienze dell'Educazione o altra
- la Scuola di specializzazione per Educatori professionali di 3 anni
- senza titolo specifico (Operatore di comunità)
i "no professional"

Le caratteristiche-requisiti dell'Educatore sono:

- avere naturali capacità empatiche
- saper comprendere e sostenere l'altro
- avere attenzione costante per il prossimo
- sapere ascoltare
- onestà
- credere fermamente in ciò che si fa
- essere privo di pregiudizi
- avere una personalità equilibrata
- fare questo tipo di lavoro "per vocazione" (l'operare nel sociale) con due motivazioni di fondo: *1) il volersi mettere in gioco con gli altri ed essere utili a qualcuno aiutando le persone che soffrono*
- *2) fare questo lavoro come scelta di vita*
- avere il più possibile esperienza

Il ruolo dell'Educatore consiste in:

- aiutare gli utenti a mettere in luce potenzialità, a individuare e utilizzare risorse che gli permettano di evitare la droga e vivere una vita normale
questo lavoro è svolto con l'aiuto dello psicologo
- osservare gli utenti, come si comportano e come reagiscono a contesti previsti e definiti
- instaurare un rapporto di fiducia con gli utenti attraverso colloqui e vivendo con loro la quotidianità
- conoscere tutte le situazioni cliniche degli utenti

In sintesi indichiamo alcuni dei compiti operativi svolti dall'Educatore nel suo ruolo:

- rapporti e colloqui con gli utenti
- riunioni periodiche dell'equipe (dirigenti e operatori)
- lavori di gruppo con gli utenti
- compilazione delle cartelle terapeutiche
- acquisto dei farmaci
- verifica e controllo dell'armadietto dei medicinali
- verifica scheda aggiornamento farmaci (elenco delle ricette)
- controllo delle scadenze dei farmaci
- controllo mantenimento a scalare (autogestita) della "terapia metadonica"
- gestione della cassa (denaro utenti)
- gestione della quota mensile per l'acquisto di sigarette, biglietti d'autobus e spese varie per il week end degli utenti che possono uscire
- verifica quotidiana del funzionamento degli ambienti della casa (pulizia, ordine ecc.)
- organizzazione dei turni degli utenti nelle loro varie mansioni
- organizzazione delle uscite degli utenti
- tenere i rapporti con i Sert, Carceri, Ospedali, Enti locali e Servizi socio-assistenziali

E' opportuno indicare e sottolineare che il riscontro economico dell'Educatore non è adeguato.

Mediamente un Educatore "resiste" 2-3 anni nella stessa struttura e poi chiede di essere trasferito in altro settore o addirittura in un altro Servizio della Cooperativa di appartenenza.

Sono principalmente 5 i fattori che spingono l'operatore al cambiamento:

- tutto è sempre uguale
- è difficile "dare significato" alla sofferenza e viverci a contatto quotidianamente
- problemi derivanti dall'organizzazione della comunità
- l'organico del servizio è insufficiente con competenze non adeguate
- la presenza di utenti non adatti a questo tipo di Comunità (es. persone "border line", con patologie psichiatriche)

E' possibile per un operatore accedere ai livelli superiori della gerarchia della comunità (fare "carriera") e per questo bisogna:

- avere delle doti organizzative, competenze ed esperienza
- avere il "senso di appartenenza"
credere nella Cooperativa di cui sei socio
- i responsabili devono essere "soci" della Cooperativa
- avere titolo di studio adeguato (diploma di Scuola Media superiore o Laurea)

In alcune comunità, vi sono operatori ex tossicodipendenti. La loro storia professionale non è legata a titoli di studio determinati ma a una competenza nata con esperienza "sul campo" (i "no professional" degli anni '80). Oggi precise esigenze del settore hanno imposto delle riconversioni professionali ben definite che hanno reso obbligatoria l'acquisizione di almeno il titolo della "Scuola di specializzazione per Educatori professionali" di tre anni.

Sempre piu' spesso, gli educatori hanno una laurea o un diploma di Scuola Media superiore.

Tra l'educatore (o operatore di comunità) ex tossicodipendente e quello senza trascorsi d'uso di sostanze spesso vi è poca sintonia o identità di vedute che possono essere molto diverse; tale situazione puo' creare incomprensioni o diverse modalità di applicazione dell'organizzazione del lavoro

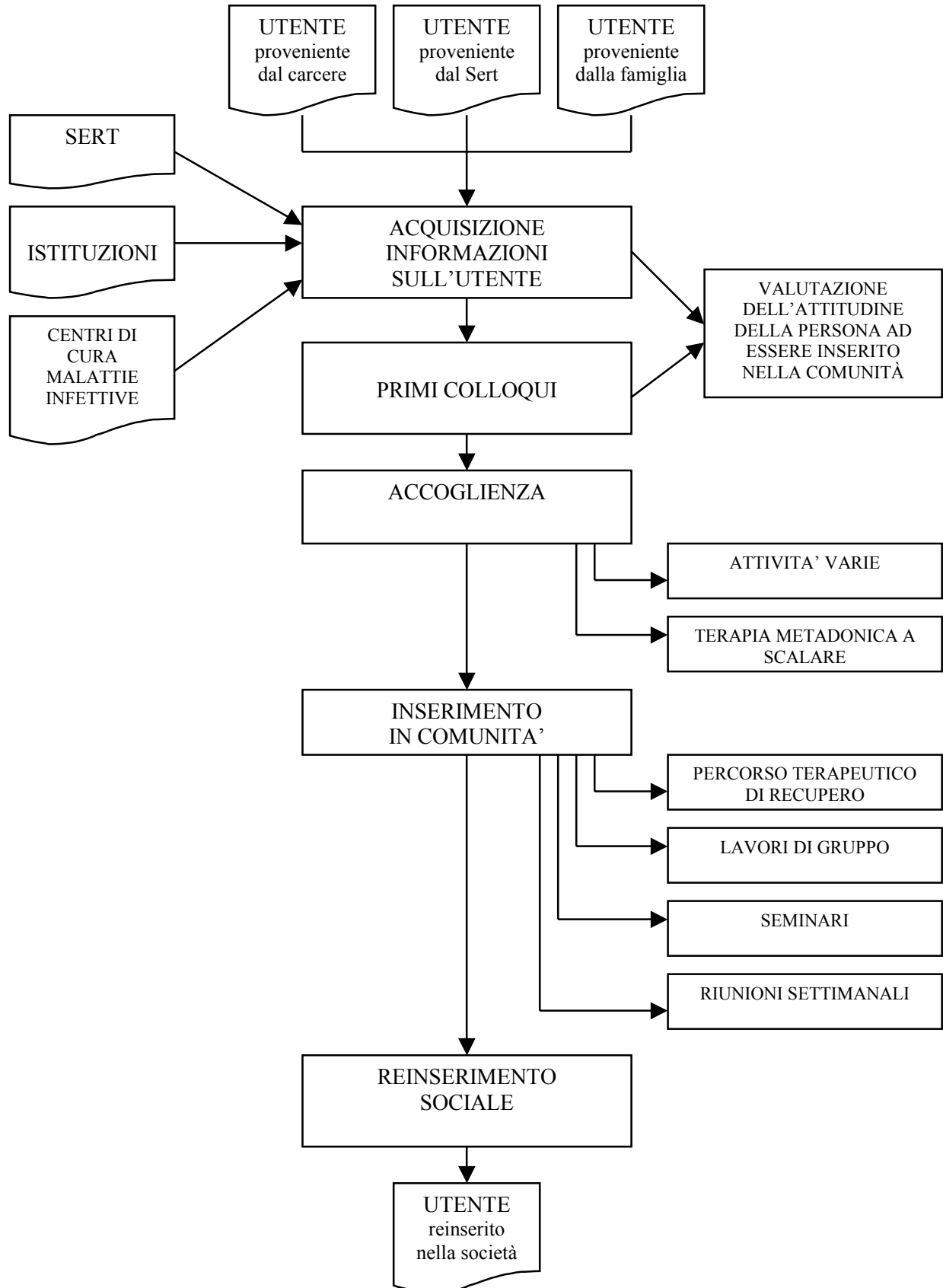
2.6 – Formazione e Informazione

Gli operatori della comunità, nei vari profili professionali, acquisiscono competenze e abilità c.s.:

- con "formazione sul posto" acquisita dallo svolgimento del lavoro
- attraverso seminari e momenti di aggiornamento formativo gestiti e indicati dalla cooperativa
- attraverso informazione da parte dei colleghi piu' anziani che trasmettono conoscenze e metodi di lavoro e approccio con l'utenza.

**3 - ATTIVITA' LAVORATIVE E ORGANIZZAZIONE
(DELLA COMUNITA' CAMPIONE PRESA IN ESAME)**

3.1 – Flowchart delle attività lavorative in una comunità



3.2 – Il modello di recupero degli utenti

Consideriamo ora il percorso di recupero di un tossicodipendente della comunità campione presa in esame che è basato sul modello “**Progetto Uomo**”: questo è un programma terapeutico originario degli U.S.A. dove veniva usato per i carcerati tossicodipendenti.

Questo progetto prevede per l’utente delle regole, un controllo continuo, e una elaborazione individuale per la ricostruzione di se stessi.

Questo modello terapeutico per il recupero di tossicodipendenti prevede:

- **Lavori di gruppo**
- **Seminari**
Sono settimanali e in essi si approfondiscono argomenti vari
- **Riunioni settimanali con gli utenti,**
Sono riunioni per gruppi di utenti “Lavoranti, “Responsabili” e “Capi settore” (i tre “gradi gerarchici” in cui sono suddivisi gli utenti).

I “Lavori di gruppo” sono di 3 tipi:

- **Verifica week-end**
Viene fatto settimanalmente, dura 1 ora e mezzo ed è per gruppi di 8-10 utenti
- **Statico**
Viene effettuato il settimanalmente per 3-4 mesi, dura 2 ore ed è composto per tutto il periodo dagli stessi utenti e dagli stessi Operatori. Si lavora sui vissuti personali (è fortemente emotivo); solitamente il gruppo è composto da 8 utenti dove solo uno lavora, racconta. E’ un momento di svolta importante dove emergono i problemi.
- **Dinamico**
Si svolge settimanalmente e ogni volta varia la composizione del gruppo. Si lavora sul “qui e ora”, sui fatti della settimana e su quanto è stato scritto dagli utenti sui “foglietti sentimenti”; si dovrebbero risolvere gli eventuali conflitti all’interno del gruppo. Partecipano a questo “Lavoro di gruppo” tutti gli utenti della Comunità.

3.3 – Descrizione delle attività lavorative

Esaminiamo ora in dettaglio le varie attività lavorative della comunità campione indicate nella precedente flowchart:

ACQUISIZIONE DI INFORMAZIONI

Il responsabile del settore “Primi colloqui”, il Coordinatore terapeutico, il responsabile del settore “Medico Legale” e operatori valutano l’attitudine della persona ad essere inserito nella comunità; questo avviene attraverso la raccolta delle informazioni che provengono dai Sert, dai centri di cura malattie infettive, da medici specialisti e dal Carcere (nel caso che il tossicodipendente sia detenuto).

PRIMI COLLOQUI

In questa fase avviene il primo contatto tra operatori della comunità e i tossicodipendenti inviati dai Sert, dal carcere o dalle famiglie stesse.. Questi incontri si articolano in 3 colloqui nell’arco di un massimo di 10 giorni: si cerca di capire bene le problematiche della persona sottoponendola anche ad accertamenti sanitari. Nella valutazione di idoneità alla comunità vengono escluse persone con:

- disturbi psichiatrici gravi
- disturbi di personalità gravi
- i paranoici

Vengono accettate anche persone con problemi patologici di tipo:

- epatiti B e C
- Hiv positivi

Non vengono accettati i malati di Aids in fase terminale.

PRIMA ACCOGLIENZA PER L'INSERIMENTO IN COMUNITA'

L'utente entra nella Comunità, fa una vita casalinga e svolge varie attività. In questa fase operano 3 operatori (Educatori), che lavorano su turni diurni e notturni, più il Responsabile di struttura. E' in questo momento che il tossicodipendente entra in terapia metadonica a scalare e quando l'ha terminata viene sottoposto ad un test psicodiagnostico (Z test).

Dopo avere fatto una precisa anamnesi dell'utente inizia il lavoro educativo di recupero:

- vengono date regole varie di vita quotidiana da rispettare; sono imposte ma devono essere elaborate dalla persona che deve farle proprie
- si fa emergere il problema della tossicodipendenza
- si lavora sulle motivazione per il cambiamento

INSERIMENTO IN COMUNITA'

Il passaggio dall' "Accoglienza" a questa fase avviene attraverso un'intervista dove si cerca di capire bene la sua motivazione a proseguire il cammino di recupero, la richiesta di aiuto da parte della persona.

Questa è la fase più lunga e dura 10-12 mesi. In questo periodo si realizza il percorso terapeutico di recupero del tossicodipendente secondo un progetto individuale. Gli utenti vengono seguiti dal responsabile di struttura e da più Educatori (operatori) e svolgono varie attività organizzate nel corso della giornata, rispettando precise regole (*v. regole della comunità*).

Gli utenti vengono definiti "gerarchicamente" c.s.:

- **Lavorante**
per la durata di 3 mesi
- **Responsabile**
per la durata di 3-4 mesi
hanno una responsabilità "tecnica" e "umana" nei confronti dei "Lavoranti" del proprio settore
- **Capo Settore**
per la durata di 3-4 mesi
hanno la supervisione del loro settore e sono il responsabile ultimo nei confronti dell'Operatore (Educatore)
- **Anziano di casa**
per la durata di 45 giorni e in questa veste ricevono un compenso di 25 euro settimanali
a turno svolgono il ruolo di "Coordinatore del giorno" facendo da filtro nei rapporti tra utenti e Operatori (Educatori)

I "Lavoranti", "Responsabili", "Capi Settore", vengono seguiti dagli Educatori che fanno a questo scopo specifiche riunioni settimanali; gli Anziani sono invece seguiti dai Direttori di Struttura.

Nell'ultimo periodo di questa fase gli utenti percepiscono una paga settimanale.

REINSERIMENTO SOCIALE

La fase del "reinserimento sociale" dura da 9 a 10 mesi ed è quella finale dell'intero percorso di recupero e vi operano 1 operatore più il responsabile di struttura.

E' suddivisa in 3 sottofasi:

- Sottofase A
dura 3 mesi; gli utenti danno un aiuto pratico e operativo nella "Prima Accoglienza", socializzano all'esterno avendo contatti e nell'ultimo mese cercano un lavoro
- Sottofase B
dura indicativamente 4 mesi; gli utenti hanno trovato un lavoro all'esterno e sono in Comunità solo per i pasti e per dormire
- Sottofase C
dura all'incirca 3 mesi; gli utenti hanno un lavoro stabile hanno trovato una casa dove abitare e vivono in modo autonomo; vengono in comunità solo per 1 colloquio settimanale

In questo periodo di tempo l'operatore accompagna l'utente nella sua acquisizione di graduale autonomia all'esterno della comunità.

Alla fine del programma, l'utente fa una "autovalutazione" e c'è una cerimonia di commiato.

3.4 – Le attività lavorative e le attrezzature, macchine e impianti

ATTIVITA' LAVORATIVA	ATTREZZATURE, MACCHINE E IMPIANTI
Acquisizione informazioni dell'utente	Telefono Computer Impianto elettrico
Primi colloqui	-
Prima accoglienza	Attrezzature ad alimentazione elettrica di uso domestico Attrezzature elettriche e a gas metano da cucina
Inserimento in comunità	Attrezzature ad alimentazione elettrica di uso domestico Attrezzature elettriche e a gas metano da cucina
Reinserimento sociale	Attrezzature ad alimentazione elettrica di uso domestico

3.5 – Organizzazione

La struttura "Comunità" è organizzata per settori la cui responsabilità è degli Operatori:

- Lavanderia
con capi settore, responsabili e lavoranti
- Pulizie e Cucina
con capi settore, responsabili e lavoranti
- Punto Amministrazione
con capi settore, responsabili e lavoranti
- Manutenzione
con capi settore, responsabili e lavoranti

In questa fase operano solo operatori diurni, in numero di 2-3 più la responsabile della struttura.

4 - PROBLEMI ORGANIZZATIVI

I maggiori problemi organizzativi riscontrati nella comunità sono:

- carenza di personale
- la copertura del servizio 24 ore su 24 con la programmazione dei turni
- la distribuzione delle ferie al personale
- concessione di permessi retribuiti
- assenteismo

5 - FORMAZIONE E INFORMAZIONE

5.1 – L'informazione

I responsabili della comunità e i colleghi più anziani trasmettono ai nuovi assunti conoscenze, metodi di lavoro e approccio con l'utenza. E' di fatto una informazione che mette in condizioni operative il lavoratore addetto.

5.2 – La formazione

Gli operatori della comunità acquisiscono competenze e abilità con una sorta di "formazione sul posto".

Nel campo della formazione abbiamo situazioni molto diverse da comunità a comunità. I casi possibili sono:

- corsi di formazioni gestiti e finanziati dalla comunità stessa all'interno o all'esterno della realtà lavorativa; questi percorsi formativi avvengono solitamente al di fuori dell'orario di lavoro
- corsi di formazione proposti al lavoratore dalla comunità che gli concede il permesso non retribuito; il costo è a carico dell'operatore
- seminari annuali o biennali di aggiornamento
- moduli formativi brevi di 8 ore tenuti da esperti del settore e medici specialisti

In generale, nelle comunità visitate, la formazione non è particolarmente tenuta in considerazione e in ogni caso non è una priorità come strumento di prevenzione per la sicurezza del lavoro. Nei colloqui tenuti con gli operatori, durante i sopralluoghi, è risultata chiara una notevole disinformazione su vari aspetti dell'igiene del lavoro; troppo spesso il lavoratore addetto si comporta e agisce solo secondo il suo "buon senso" soggettivo o la buona norma riconosciuta e corrente. C'è troppa approssimazione.

Quando viene fatta ha la precisa finalità di prevenzione e protezione del lavoratore nel contatto con l'utenza e laddove viene realizzata i risultati positivi in tal senso sono evidenti; si crea maggiore consapevolezza e una diversa percezione del pericolo potenziale.

6 – FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio della Comunità di Recupero per Tossicodipendenti campione che abbiamo preso in esame, sono:

6.1 – Aggressività

L'aggressività da parte degli utenti può essere di tipo:

- verbale
- fisica
- a sfondo sessuale
tendenzialmente verso le operatrici di sesso femminile

Per questo fattore di rischio i momenti più sensibili sono i turni relativi al week end (sabato e domenica di 12 ore) e la notte, quando l'operatore è da solo e deve gestire tutta la Comunità.

Vi possono essere casi di aggressività fisica tra utenti dove l'operatore deve intervenire per separare i contendenti rimanendo coinvolto nello scontro.

In ogni caso questo atteggiamento di aggressività si realizza nel rapporto 1 a 1, operatore-utente, oppure quando quest'ultimo non accetta l'intervento dell'Educatore. Sono situazioni che devono essere gestite secondo il personale buon senso, non ci sono protocolli di comportamento predefiniti e non sempre vengono fatti corsi di addestramento specifici.

Le risposte adottate dalla comunità a questo tipo di rischio sono:

- norme di comportamento: *non far capire cosa si prova o far trasparire le proprie emozioni, tenere il proprio ruolo e farlo pesare, mantenere sempre una distanza fisica con l'utente, affermare una posizione di autorevolezza con il dialogo e gli atteggiamenti*
- informazione sulle patologie e terapie degli utenti

6.2 – Biologico

L'agente biologico, che causa il relativo rischio, è qualsiasi microrganismo anche geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita che potrebbe provocare infezioni, allergie o intossicazioni.

Nelle comunità di recupero per tossicodipendenti è senz'altro uno dei fattori di rischio più pesanti e significativi; mediamente, circa il 70% degli utenti sono affetti da forme di Epatiti attive (B e C) e alcuni anche Hiv positivi (il 10-20 % ca.); sono tutti sotto sorveglianza sanitaria, controllati all'ingresso e successivamente in modo periodico utilizzando specialisti e servizi dei Centri specializzati per le Malattie Infettive.

Tutti gli ospiti vengono controllati nella fase di Prima Accoglienza e dopo, quando entrano nella "Comunità", hanno una loro cartella sanitaria individuale con tutti i dati informativi necessari. Ogni 3 mesi vengono sottoposti a esami del sangue mirati.

Gli operatori vengono adeguatamente informati sulle patologie e sulle terapie che devono essere somministrate. Solitamente le terapie sono consegnate nell'ufficio del Responsabile Medico-Legale o in quello degli Operatori.

Solitamente il personale dispone di servizi sanitari riservati che spesso sono in numero insufficiente

Quando l'operatore fa la verifica delle stanze o il controllo delle urine degli utenti ha a disposizione dei Dispositivi di Protezione Individuale, (vedi capitolo "Controlli sistematici"); i D.P.I., (guanti in lattice monouso) non sono sempre usati dagli interessati.

Gli operatori non usano altri sistemi di protezione quali camici, occhiali o mascherine.

Operatori e utenti usano comunemente gli stessi servizi generali della struttura, ad esempio gli apparecchi telefonici.

I pasti possono essere cucinati all'interno da una propria cucina o arrivare dall'esterno attraverso un servizio "catering"; gli utenti provvedono poi a distribuirli nella sala mensa della Comunità.

Nel caso di ristorazione tipo "catering", nella cucina attrezzata avvengono solo il lavaggio delle stoviglie (generalmente con sterilizzatori) o il riscaldamento veloce di alimenti o bevande calde (es. caffè, tisane ecc.). La sala pranzo viene preparata e pulita dagli utenti ed è il luogo dove il personale della Comunità e i suoi ospiti consumano insieme i pasti; vengono usati piatti monouso di carta e meno frequentemente quelli in ceramica.

La pulizia di tutti gli ambienti della casa è solitamente svolta dagli utenti che usano prodotti di igiene industriale specifici (nei gabinetti sono disponibili bombolette spray disinfettanti di pronto uso).

Nella struttura di prima accoglienza è maggiore il rischio biologico, meno in quella della "Comunità" perché l'utente ha terminato la terapia metadonica a scalare ed è quindi più affidabile.

Alcuni operatori vorrebbero che venissero posti maggiori limiti agli utenti nel maneggiare il cibo dei pasti nella distribuzione.

E' da sottolineare il fatto che generalmente **il personale non è sottoposto a sorveglianza sanitaria** o a vaccinazioni (tipo anti Epatite B) obbligatorie. La maggioranza degli Educatori afferma di non avere mai incontrato il Medico competente (figura prevista dal D.Lgs 626/94) di riferimento.

Periodicamente, per il personale, vengono fatti seminari o momenti di aggiornamento formativo per istruire sul rischio biologico; sull'argomento intervengono anche specialisti Infettivologi.

E' stato ripetutamente e chiaramente osservato che **gli operatori convivono quotidianamente con il rischio biologico** con un atteggiamento caratterizzato da evidente **distacco e sottovalutazione** dello stesso e con una **percezione del pericolo troppo bassa**.

Le risposte adottate dalla comunità a questo tipo di rischio sono:

- informazione sulle patologie e terapie degli utenti
- dispositivi di protezione individuali: *guanti monouso*
- sterilizzatori per il lavaggio delle stoviglie
- uso di prodotti per l'igiene industriale nella pulizia degli ambienti
- uso di bombolette spray disinfettanti di pronto uso nei servizi igienici
- seminari e momenti di aggiornamento formativo sul rischio biologico

6.3 – Rischi domestici

In questa categoria di rischio possiamo segnalare le possibili cadute, traumi o scivolamenti del personale che si muove negli ambienti della comunità; alcune delle cause possono essere:

- scale a forte pendenza
- scale fisse o portatili
- uso di piattaforme, soppalchi attraverso sportelli
- pavimenti scivolosi, rotti, sconnessi o con altre anomalie strutturali
- i pavimenti bagnati quando vengono lavati
solitamente in quei momenti non ci dovrebbe essere circolazione di persone
- le porte a vetri
- uso di calzature non adatte alle superfici che si calpestano
- inciampi accidentali su oggetti

Il danno atteso

A fronte di questo rischio i danni attesi sono:

- traumi da caduta o scivolamento

6.4 – Rischi specifici della cucina

Nella cucina vengono cucinati alimenti o riscaldati quelli che arrivano eventualmente dall'esterno. I possibili pericoli e rischi collegati sono:

PERICOLO	OGGETTI 0 SITUAZIONI	RISCHI
ATTREZZATURE ELETTRICHE	<i>Forni elettrici, forni a microonde, frigoriferi e congelatori, lavastoviglie, piastre elettriche, frullatori, tostapane, spremi agrumi, affettatrici, tritacarne, macchina del caffè' ecc.</i>	Ustione per contatto o da vapore caldo, shock elettrico per contatto con parti in tensione o non correttamente isolate
ATTREZZATURE A GAS METANO	<i>Piani di cottura e forni, condotte e bombole di gas</i>	Intossicazione, ustione per contatto o da vapore caldo, incendio e esplosione
CONTATTO CON SUPERFICI PERICOLOSE	<i>Utensili con lama tagliente (coltelli, affettatrici), spiedini, ganci, punte metalliche, lattine di alluminio e vetri rotti</i>	Ferite da taglio
SOSTANZE CHIMICHE	<i>Detergenti e disinfettanti</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Intossicazione, - ustione chimica, - irritazione o lesioni alla cute alle vie respiratorie e agli occhi
IMMAGAZZINAMENTO PRODOTTI IN LUOGO NON ADATTO	<i>Prodotti chimici</i>	Intossicazione
MESCOLARE PRODOTTI CHIMICI IN MODO IMPROPRIO O DISORDINATO	<i>Prodotti chimici</i>	Intossicazione

MOVIMENTAZIONE DI PESI	<i>Contenitori, materie prime, casse di bottiglie, apertura porte con i piedi ecc.</i>	Disturbi o patologie all'apparato muscolo-scheletrico
MANEGGIARE CONTENITORI CON ALIMENTI O LIQUIDI CALDI	<i>Piatti, pentole ecc.</i>	Ustioni
CONTATTO CON ARREDI INSTABILI	<i>Cassetti che possono cadere, scaffalature pericolanti</i>	Traumi o fratture all'apparato muscolo-scheletrico
IMPIANTO ELETTRICO NON A NORMA	<i>Spine, interruttori e cavi non in buone condizioni</i>	Schock elettrico
SPANDIMENTI ACCIDENTALI DI LIQUIDI CHE POSSONO PENETRARE NELLE ATTREZZATURE IN TENSIONE	<i>Attrezzature in tensione</i>	Schock elettrico
UTILIZZO DI GRASSI E PROTEINE ALIMENTARI	<i>Carni, insaccati, latticini, burro, olio, ecc.</i>	Possibile intossicazione per deterioramento (decomposizione) dei prodotti
MACCHINE CON ORGANI IN MOVIMENTO SENZA PROTEZIONI	<i>Tritacarne, affettatrici ecc.</i>	Traumi o ferite da taglio agli arti
INCENDIO PER SIGARETTE ACCESE, ACCENSIONE GRASSI E OLI SURRISCALDATI, SCHIZZI	<i>Grassi, oli, acqua, particelle grasse nei condotti aspiranti</i>	Ustioni
INFEZIONI DA MICRORGANISMI (virus, batteri, parassiti ecc.)	<i>Sgocciolamento di acqua da pollame in scongelamento, sangue da animali macellati</i>	Infezioni (rischio biologico)
MUFFA E INFESTAZIONI DI INSETTI	<i>Muffe sui rifiuti alimentari o su alimenti scaduti nelle zone di lavoro o nei magazzini adiacenti la cucina, insetti (blatte e topi)</i>	Infezioni (rischio biologico)
CONTAMINAZIONE DA ARIA CONDIZIONATA	<i>Virus, batteri e spore di funghi</i>	Infezioni (rischio biologico)
MICROCLIMA	<i>Correnti d'aria, sbalzi di temperatura e aerazione inadeguata</i>	Disturbi e patologie all'apparato respiratorio e reumatismi

Le risposte adottate dalla comunità a questo tipo di rischio sono:

- dispositivi di protezione individuali: *guanti monouso*
- sterilizzatori per il lavaggio delle stoviglie
- uso di prodotti per l'igiene industriale nella pulizia degli ambienti
- norme di comportamento

6.5 – Movimentazione manuale di carichi

Di solito gli operatori non spostano, sollevano o spingono carichi significativi e in modo continuativo perché non svolgono mansioni che richiedono una forza manuale condizionante.

Gli utenti sono generalmente autonomi salvo che in casi di crisi epilettica o altre condizioni sanitarie di emergenza. In queste situazioni eccezionali l'operatore deve spostare l'utente in crisi operando sempre con l'aiuto di altri utenti.

6.6 – Rischio elettrico

L'impianto elettrico è realizzato sotto intonaco con tubazioni flessibili e comprende la dotazione di punti luce a soffitto ed a parete per tutti i locali. L'impianto risulta in conformità e rispondenza alla normativa vigente con relativa messa a terra, dotato di interruttori magnetotermici differenziali con dispositivi salvavita disposti per piano o per area. Tutte le parti attive con conduttori elettrici sotto traccia sono isolate entro canalette o in tubi esterni non in metallo. La manutenzione viene fatta da personale esterno autorizzato. L'impianto di messa a terra è installato e verificato da personale qualificato e regolarmente denunciato. Alcuni degli operatori usano videoterminali.

6.7 - Microclima

L'impianto di riscaldamento è di tipo centralizzato e comprendente una caldaia alimentata a gas metano sita nel locale cantina e di radiatori in ghisa di tipo piastra posti in ogni ambiente. Questo impianto produce anche acqua calda sanitaria.

La caldaia viene verificata periodicamente da un tecnico autorizzato.

Quando le stanze sono molto fredde d'inverno è dovuto a una particolare esposizione all'irradiazione solare, all'ampiezza e al tipo di finestre (ad es. portefinestre) o senza il doppio vetro

6.8 – Rischio incendio

Nella Comunità questo fattore di rischio non è rilevante, non esistono particolari potenziali cause:

- non vengono usati materiali combustibili e infiammabili in quantità significativa
- non vengono svolte lavorazioni pericolose
- non esistono significative carenze costruttive-impianistiche o organizzativo-gestionali

I fattori che presentano il potenziale rischio di causare un incendio o un danno in caso di incendio sono:

- le sorgenti di ignizione da gas metano
- il fumo di sigaretta degli utenti

Il sistema di protezione antincendio deciso dalla comunità è composto da:

- estintori (verificati periodicamente)
- lance antincendio (idranti)
- porte frangifiamma
- scale antincendio esterne
- uscite di emergenza
regolarmente indicate da apposita segnaletica
- piano di evacuazione di emergenza

ad ogni piano ci sono piantine dell'area con indicate le vie di fuga rispetto alla posizione

6.9 – Fumo di sigaretta

L'utente di questo tipo di Comunità fuma moltissimo e questo suo atteggiamento configura un significativo rischio da "fumo passivo" e un potenziale fattore di rischio incendio. L'effetto psicofarmacologico del fumo è per gli ospiti della comunità un elemento non eliminabile se non a prezzo di notevoli disagi e anche forte ansia.

Nei locali comuni e nelle stanze è vietato fumare; gli ospiti dispongono di apposite "stanze fumo". Queste misure sono mirate a tutelare la salute dei lavoratori.

Le sigarette sono tenute e distribuite dagli operatori della comunità e per l'utente ci sono regole precise:

- possono fumare solo un certo numero sigarette al giorno, di solito 10-15
- non possono scambiarsi le sigarette
- non possono riaccendere i mozziconi

Se vengono infrante queste regole scattano delle sanzioni (v. capitolo "Sanzioni")

6.10 – Rischio sostanze chimiche

Nello svolgimento della sua mansione le figure professionali di questo tipo di Comunità non vengono a contatto con sostanze chimiche pericolose in modo continuativo. Il settore lavanderia, e quindi l'uso di detersivi, e la pulizia della casa sono generalmente gestiti dagli stessi utenti.

6.11 – Trasporto utenti

Gli Educatori e gli Operatori accompagnano all'esterno gli utenti per vari motivi (accertamenti sanitari, colloqui con organismi di vigilanza o istituzioni ecc.) usando i mezzi pubblici o a piedi, talvolta usando le proprie vetture. Esiste un fattore di rischio collegato ed è quello potenziale di incidente.

L'accompagnamento solitamente è fatto da 1 o 2 operatori.

6.12 - Infortuni

Non vengono segnalati infortuni negli ultimi 3 anni. Gli operatori svolgono spesso attività sportive con gli assistiti ed è successo che si siano fatti male in questa circostanza.

6.13 – Stress

E' uno dei fattori di rischio piu' rilevanti del lavoro degli operatori di una comunità ed è caratterizzato da diversi fattori quali:

- numerosi e complessi problemi da affrontare che non si riesce a risolvere tutti contemporaneamente in modo efficace
- molto impegno mentale
- mancanza di tempo
- responsabilità
- non riuscire ad effettuare un intervento nei confronti dell'utente in modo efficace e tempestivo
- non riuscire a lavorare bene e in modo organizzato per molte ore
- non riuscire a concludere bene e in modo compiuto un lavoro nell'arco della giornata
- i dirigenti della comunità hanno uno stress specifico che è legato alle situazioni proprie e al ruolo gerarchico che devono sempre esercitare in modo netto e definito
gestire il personale, organizzare i turni, ascoltare le problematiche varie degli operatori, rapporti con i servizi esterni ecc.
- il timore di sbagliare a somministrare i farmaci
- il dover vivere il cosiddetto "rischio legale": si ha a che fare con persone provenienti da strutture carcerarie che devono stare in comunità senza poter uscire dalla stessa (per disposizione del tribunale)
- il non riconoscimento professionale, ci sono riscontri sul merito non sufficienti; la Comunità chiede molto ma concede poco; i riscontri all'impegno personale sono spesso verbali e non si concretizzano con fatti (aumenti retributivi, possibilità di carriera ...)
- non ci sono criteri di valutazione del personale trasparenti e realistici
- per fare carriera è condizionante il titolo di studio
- carenze di formazione
- il rapporto e la conflittualità con gli utenti
sono soggetti molto problematici e resistenti
- avere a che fare con utenti affetti da patologie psichiatriche: disturbi antisociali di personalità, border line di personalità (psicotici), depressione
- il rapporto con i colleghi
- rivalità tra colleghi sulle capacità individuali
in particolare sono spesso difficili i rapporti tra Educatori ed Operatori ex tossicodipendenti, c'è rivalità, "l'ex" rivendica una migliore competenza ed esperienza e vive la sua condizione attuale con un senso di rivalsa
- non è possibile fare periodi di ferie superiori alle 3 settimane
- a livello emotivo quando si sta per attuare una sanzione contro gli utenti (*in particolare il richiamo o la "sgridata urlata" - v. capitolo "Sanzioni"*), fare le verifiche personali (*v. capitolo "Controlli sistematici"*), partecipare a lavori di gruppo dove si urla molto.
- quando si esegue la "verifica urine a vista", è mortificante per l'utente e imbarazzante per l'operatore
- l'O.d.L.
 - *i turni del week end di 12 ore sono particolarmente pesanti*
 - *mancanza di stabilità e di prevedibilità del proprio ruolo e di cosa si farà nel futuro*
 - *non c'è sicurezza della propria posizione, si può essere trasferito di settore o dal ruolo da un momento all'altro senza preavviso*
 - *non c'è la pausa pranzo, i pasti devono essere consumati con gli utenti in un contesto di lavoro*
 - *i ruoli sono confusi, non bene determinati*
 - *i parametri dei percorsi di carriera non sono definiti e condivisi nell'organico*

Lo stress si manifesta con i seguenti sintomi:

- stanchezza
- insonnia
- depressione
- irritabilità
- disturbi psicosomatici (gastrointestinali, dermatologici, della sfera sessuale ecc.)
- assenteismo significativo

6.14 – Burn out

Anche questo è uno dei più significativi fattori di rischio della Comunità di recupero tossicodipendenti. I lavoratori addetti lo definiscono e ne parlano come:

- una situazione limite
- l'essere "risucchiato" dall'utente
- la perdita del controllo della propria emotività a causa del sovraccarico psicologico

Alcuni segnali di questa condizione di sofferenza sono:

- rifiuto del lavoro
- rifiuto del prendere iniziative
- difficoltà nei rapporti con i colleghi
- introversione
- stanchezza fisica e mentale
- irritabilità e insofferenza generalizzate, nervosismo, depressione, umore instabile
- aggressività verbale verso gli utenti
- isolamento rispetto all'equipe e mancata richiesta d'aiuto
- disturbi d'origine psicosomatica
cefalee, tic, gastriti, disturbi digestivi, coliti, dermatiti, insonnia, disturbi della sfera sessuale
- perdita di concentrazione
- assenteismo
-

I responsabili dei servizi tengono sotto controllo il personale da questo punto di vista e in caso di segnali di sofferenza coinvolgono la Coordinatrice Terapeutica.

I casi di burn out sono abbastanza frequenti e solitamente chi ne è vittima viene allontanato e non ricollocato in altro servizio all'interno della Cooperativa di appartenenza.

6.15 – Lavoro notturno

Nelle comunità per il recupero di tossicodipendenti, di notte, operano due Educatori più un altro operatore reperibile: operano facendo la notte "attiva" (svegli), in alternanza uno dei due fa quella passiva.

Durante il turno l'operatore che esegue la "notte attiva":

- gestisce le eventuali emergenze di tipo medico o psichiatrico
- somministra farmaci al bisogno e quelli di terapie continuative prestabilite
- sorveglia che nella casa tutto funzioni bene e che non ci siano problemi
- annota ogni ora sul "Quaderno di Comunicazione" tutto ciò che succede
- è da solo ma in caso di necessità può contare sul collega nel fabbricato vicino
- per gestire questo periodo della giornata è necessario usare molto "buon senso"

Il turno di notte comporta il rischio del "lavorare da soli". Questa è una condizione che genera, in molti operatori, la "paura di essere aggrediti"; in certi periodi e a fronte di particolari situazioni all'interno della comunità questo timore può anche essere molto forte.

7 - I FATTORI DI RISCHIO PER PROFILO PROFESSIONALE

In questa tabella abbiamo sintetizzato i fattori di rischio rilevati nel lavoro, per profilo professionale, nella Comunità campione che abbiamo esaminato. Abbiamo tenuto conto delle risposte affermative dei 15 lavoratori intervistati.

PROFILO PROFESSIONALE	CONTATTO CON GLI UTENTI (TOSSICODIPENDENTI) (1)	FATTORI DI RISCHIO	ENTITA' DEL FATTORE DI RISCHIO (2)
Direttore della comunità <i>(e Responsabile del Personale)</i>	saltuario	“sindrome Burn-out” biologico aggressività degli utenti stress rischio domestico rischio elettrico incendio fumo di sigaretta	
Coordinatore Terapeutico	frequente	“sindrome Burn-out” biologico aggressività degli utenti stress rischio domestico rischio elettrico incendio fumo di sigaretta trasporto esterno utenti	
Responsabile di struttura (o settore)	frequente	“sindrome Burn-out” biologico aggressività degli utenti stress rischio domestico movimentazione manuale pesi rischio elettrico incendio fumo di sigaretta sostanze chimiche trasporto esterno utenti	b b c d c a b a c a a
Educatore	continuo	“sindrome Burn-out” biologico aggressività degli utenti stress rischio domestico movimentazione manuale pesi rischio elettrico incendio fumo di sigaretta sostanze chimiche trasporto esterno utenti	d d d d b a a a d a a
Operatore di Comunità	continuo	<i>come l'Educatore</i>	<i>come l'Educatore</i>

(1)

Questo indicatore vuole distinguere e chiarire quale tipo di contatto il profilo professionale interessato ha con l'utenza c.s.:

- saltuario
- frequente
- continuo

(2)

Questo indicatore vuole spiegare, in linea di massima, l'entità del fattore di rischio considerato c.s. dando degli indici quantitativi su un totale di 15 intervistati

- a < 5
- b 5-10
- c 10-13
- d > 13

8 – LE ATTIVITÀ LAVORATIVE E I LORO FATTORI DI RISCHIO

Andiamo ora ad analizzare quali sono i fattori di rischio legati ai profili professionali e in riferimento alle attività lavorative

8.1 - Le attività lavorative della comunità e i profili professionali addetti

Nella tabella seguente definiamo bene quali sono i profili professionali che operano nella comunità campione presa in esame:

ATTIVITA' LAVORATIVA	PROFILO PROFESSIONALE
Acquisizione informazioni dell'utente	Coordinatore terapeutico Responsabile del settore medico legale Educatore Operatore di comunità
Primi colloqui	Coordinatore terapeutico Educatore
Prima accoglienza	Responsabile di struttura Educatore Operatore di comunità
Inserimento in comunità	Responsabile di struttura Educatore Operatore di comunità
Reinserimento sociale	Responsabile di struttura Educatore Operatore di comunità

8.2 - Le attività lavorative della comunità, i fattori di rischio e il danno atteso

In questa scheda consideriamo per ogni attività lavorativa quali sono i fattori di rischio, i danni attesi e gli interventi realizzati per gestire la situazione.

L'indice del danno atteso (Indice d.a.) è calcolato sulle risposte affermative date da 15 lavoratori intervistati c.s. ed è riferito al fattore di rischio:

- scarso (a) < 5
- significativo (b) da 6 a 10
- alto (c) da 11 a 15

ATTIVITA' LAVORATIVE	FATTORE DI RISCHIO	DANNO ATTESO	INDICE D.A.	INTERVENTI
Acquisizione informazioni dell'utente	- rischio elettrico - biologico (1)	- folgorazione - malattie infettive (<i>epatiti</i>)	a b	- messa a norma dell'impianto elettrico secondo la normativa vigente
Primi colloqui	- biologico - aggressività degli utenti - stress - rischio elettrico	- malattie infettive (<i>epatiti</i>) - lesioni e ansia - astenia, insonnia, depressione, irritabilità, stanchezza, insonnia, disturbi psicosomatici (<i>gastrointestinali, dermatologici e della sfera sessuale</i>), assenteismo - folgorazione	a c b a	- informazione e formazione - messa a norma dell'impianto elettrico secondo la normativa vigente
Prima accoglienza	- "sindrome Burn-out" - biologico - aggressività degli utenti - stress - rischio domestico - rischio elettrico - incendio - fumo di sigaretta - sostanze chimiche	- malattie infettive (<i>epatiti</i>) - lesioni e ansia - astenia, insonnia, nevrosi, depressione, alterazioni dell'umore, stanchezza, insonnia, disturbi psicosomatici (<i>gastrointestinali, dermatologici e della sfera sessuale</i>), assenteismo	b b c b b b c a	- informazione e formazione - messa a norma dell'impianto elettrico secondo la normativa vigente
Inserimento in comunità	- "sindrome Burn-out" - biologico - aggressività degli utenti - stress - rischio domestico - movimentazione manuale pesi - rischio elettrico - incendio - fumo di sigaretta - sostanze chimiche - trasporto esterno utenti	- malattie infettive (<i>epatiti</i>) - lesioni e ansia - astenia, insonnia, nevrosi, depressione, alterazioni dell'umore, stanchezza, insonnia, disturbi psicosomatici (<i>gastrointestinali, dermatologici e della sfera sessuale</i>), assenteismo	c c c b a b a c a a	- informazione e formazione - messa a norma dell'impianto elettrico secondo la normativa vigente
Reinserimento sociale	- biologico - rischio domestico - rischio elettrico - incendio - fumo di sigaretta - sostanze chimiche		b a a a c a	- informazione e formazione - messa a norma dell'impianto elettrico secondo la normativa vigente

(1) - I telefoni usati dal personale vengono utilizzati anche dagli utenti

9 – DANNO ESTERNO

Non esistono elementi di valutazione per indicare rischi esterni alla comunità riferiti alle attività in essa svolte.

10 – RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- D.Lgs 626 del 19-9-94
Igiene e sicurezza del lavoro
- D.Lgs 242 del 19-3-96
Igiene e sicurezza del lavoro
- D.Lgs 493 del 14-8-96
Segnaletica di sicurezza
- D.Lgs 10 del 2-1-97
D.p.i.
- D.M.L. del 16-1-97
Contenuti minimi della formazione dei lavoratori
- D.M. del 10-3-98
Sicurezza antincendio
- D.Lgs 532 del 26-11-99
Lavoro notturno
- D.M. del 2-5-01
D.p.i.
- Decreto del 7-9-02 (recepimento della Direttiva 2001/58/CE)
Informazione su sostanze e preparati pericolosi immessi in commercio
- D.Lgs 66 del 9-4-03
Organizzazione dell'orario di lavoro
- Direttiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4-11-03
Organizzazione dell'orario di lavoro