

# PARTE II

**Le risposte del Sistema dei Servizi**



## 3. STRATEGIE E INTERVENTI DI PREVENZIONE

### 3.1 METODI E INTERVENTI DI PREVENZIONE<sup>1</sup>

Il concetto di prevenzione nato sul modello medico orientato al sintomo, che classifica gli interventi in prevenzione primaria, secondaria e terziaria, si è rivelato inadeguato per cogliere la complessità dei fenomeni sociali.

La prevenzione viene quindi distinta in: *universale, selettiva e indicata*. Nel primo caso gli interventi sono finalizzati all'intera popolazione, la *prevenzione selettiva* si rivolge a un individuo appartenente a un sottogruppo in cui il rischio di sviluppare un disturbo è significativamente più alto della media, sulla base di specifici fattori di rischio biologici o sociali; *infine interventi preventivi indicati* si applicano a persone che sono state identificate come portatrici di chiari segni e sintomi predittivi, tali da dover considerare alto il rischio per quanto riguarda lo sviluppo futuro di un disturbo.

Quest'ultima classificazione esclude la prevenzione terziaria confusa con l'intervento terapeutico e la distingue dalla promozione della salute.

Con il termine prevenzione si definiscono gli interventi che vengono messi in atto prima di disfunzioni conclamate, che analizzano l'eziologia multifattoriale degli eventi critici e che tendono a implementare le competenze psico-sociali degli adolescenti, al fine di contrastare eventuali complesse conseguenze.

In questa ottica Promeco ha elaborato interventi che, con il passare del tempo, si sono collocati prevalentemente tra i modelli di prevenzione selettiva ed indicata, dedicando molta attenzione alla lettura dei segnali "sentinella" nei contesti adolescenziali in particolare scuola e famiglia.

Va evidenziato che il rischio a cui si rivolge la prevenzione in adolescenza, assume delle caratteristiche specifiche e complesse, infatti i comportamenti a rischio sembrano essere una intrinseca caratteristica di questa fase evolutiva. Tali comportamenti "*border-line*" possono mettere a repentaglio in modo diretto o indiretto il benessere bio-psico-sociale del giovane e la sua salute immediata o futura.

In letteratura si distingue inoltre tra rischio internalizzato ed esternalizzato. Il primo termine si riferisce a espressioni di disagio riguardanti il vissuto individuale quali malessere, ansia o depressione, il secondo allude invece a condotte devianti.

Altri autori diversificano ulteriormente il rischio in comportamenti problematici, quali l'uso di droghe, comportamenti che genericamente compromettono la salute, come la dieta povera o lo scarso esercizio fisico, i problemi di salute mentale e infine prestazioni di ruolo inadeguate quali il fallimento e l'abbandono scolastico.

Spesso alcune di queste diverse forme di rischio si manifestano contemporaneamente andando a prefigurare una costellazione di comportamenti inopportuni che prefigurano veri e propri stili di vita<sup>2</sup>.

In riferimento a questo concetto, l'orientamento operativo di Promeco si è infatti indirizzato verso interventi che promuovano stili di vita sani e benessere psico-sociale, evidenziando che i concetti di salute e benessere in parte si sovrappongono.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute ha assunto un'accezione più ampia della sola assenza di malattia, incentrandosi sulla qualità della vita e sul benessere globale, bio-psico-sociale della persona. Benessere e salute si riferiscono a stati oggettivi, relativi ad esempio alla qualità dell'ambiente di vita e di lavoro, a stati soggettivi quali la percezione del proprio benessere, la soddisfazione personale e l'autostima e infine, alla dimensione intersoggettiva relativa alla relazione con gli altri e con il contesto sociale rispetto alla qualità dei legami interpersonali, al rapporto tra individuo e istituzioni e al senso di appartenenza alla comunità nella quale si vive.

La complementarità e circolarità tra prevenzione, agente sui fattori di rischio e promozione del benessere, operante sui fattori di protezione, si concretizza nella proattività della prevenzione, negli obiettivi di cambiamento che entrambe perseguono e nella forte interconnessione tra le due tipologie di fattori su cui intervengono.

1. I paragrafi 3.1 e 3.2 sono stati redatti da B. Rovigatti, L. Grotti, A. Urro, Promeco. PROMECO è un servizio pubblico fondato nel 1992 da una convenzione tra il Comune, l'Ausl, la Provincia e l'Ufficio Scolastico Provinciale di Ferrara e lavora in una logica di rete per supportare le scuole nella prevenzione del disagio giovanile, con particolare importanza all'uso di sostanze, al bullismo e alla relazione educativa.
2. G. Petrillo, D. Caso, Promuovere la salute nei contesti educativi, Comportamenti salutarì e benessere tra gli adolescenti, Franco Angeli, Milano, 2008.

## Quando intervenire

Ci sono periodi critici e sensibili in cui gli individui, dovendo affrontare compiti evolutivi, risultano più ricettivi a certi stimoli. È il caso dell'adolescenza, età di sperimentazione e individualizzazione. In questa particolare fase di sviluppo cominciano a consolidarsi quelle caratteristiche di personalità in grado di influenzare il manifestarsi di comportamenti relativi alla salute, quali valori, conoscenze, atteggiamenti e senso di autoefficacia, influenzabili da progetti educativi e formativi<sup>3</sup>.

L'adolescenza rappresenta l'età elettiva per la prevenzione data l'alta propensione ad assumere condotte a rischio per la salute. Alla base di tali comportamenti, vi sono spesso degli errori sistematici di valutazione e interpretazione della realtà. Gli adolescenti spesso legittimano i propri comportamenti a rischio sovrastimandone la diffusione tra i coetanei e apprezzandone i benefici immediati, mentre ne sottovalutano le conseguenze negative a livello fisico, psicologico e sociale. Interventi specifici dovrebbero svolgersi anche a questo livello cognitivo, correggendo tali distorsioni tramite ad esempio indicazioni precise circa le stime di diffusione del fenomeno o chiarendo le conseguenze negative immediate derivanti da condotte potenzialmente pericolose.

L'ultima ragione che vede negli adolescenti il target privilegiato per gli interventi preventivi e promozionali riprende da un lato la proattività e la responsabilizzazione cui tendono entrambi e dall'altro il rinnovato interesse per la fase adolescenziale. Quest'ultima non si prefigura più solo come età di turbamenti e tensioni, ma anche momento di forte responsabilizzazione che rende i giovani protagonisti del loro sviluppo positivo, capaci di realizzare i propri compiti evolutivi senza mettersi in pericolo e perseguendo il proprio benessere bio-psico-sociale<sup>4</sup>.

Essendo l'adolescenza una fase evolutiva piuttosto estesa, secondo le tradizionali definizioni va dai 12-13 anni fino ai 18 anni circa, alcuni autori hanno identificato anni specifici diversamente sensibili a interventi preventivi e promozionali.

Interventi di informazione e formazione centrati sui comportamenti a rischio attuati nella prima adolescenza, non solo non sono efficaci ma hanno talvolta effetti paradossali. Per esempio gli interventi di prevenzione del fumo di sigarette o del consumo di droghe messi in atto nella scuola primaria e centrati sulla trasmissione di informazione sulle conseguenze

dell'uso di tali sostanze, risulterebbero superficiali, perché tali condotte non sono ancora contemplate dai bambini della scuola primaria. Al tempo stesso, nei bambini più grandi, si potrebbe al contrario, sollecitare una pericolosa curiosità rispetto alle sensazioni prodotte dalle sostanze psicoattive.

Nella prima adolescenza sono auspicabili attività di prevenzione e promozione della salute non centrate in modo specifico e diretto sui comportamenti a rischio ma, volte a potenziare le abilità cognitive, sociali e comunicative dei bambini. Gli interventi universali e promozionali delle *life-skills* rivolti a rinforzare soprattutto i fattori contestuali e individuali, aiutano i bambini a sviluppare un buon adattamento psicosociale<sup>5</sup>.

Quando i progetti di prevenzione vengono focalizzati in modo specifico e diretto sui comportamenti a rischio, allora la collocazione temporale migliore sembra essere il periodo di esordio del comportamento o quello immediatamente precedente: attorno al biennio della scuola secondaria di secondo grado e al termine di quella di primo grado.

## Dove intervenire

I contesti educativi hanno un ruolo centrale nel processo di sviluppo degli adolescenti. Tra questi la scuola, insieme alla famiglia, svolgono un ruolo fondamentale per la buona riuscita di azioni di promozione e di educazione alla salute e al benessere dei giovani.

In particolare è nella comunità scolastica che gli interventi promozionali della salute ottengono risultati ottimali. Diversi sono i motivi che giustificano tali esiti: la scuola raccoglie un numero elevato di giovani e per un arco di tempo continuativo e prolungato, rende possibile il monitoraggio degli interventi a breve e a lungo termine, gode di credibilità da parte dei genitori e dalla comunità e mette a disposizione una serie di infrastrutture che rendono relativamente poco dispendiosi gli interventi.

A questi aspetti se ne aggiungono altri di natura affettiva, relazionale e cognitiva che rinforzano il ruolo educativo della scuola nella promozione del benessere e nella prevenzione del rischio nei giovani. L'esperienza scolastica, principalmente attraverso le attività curriculari, potenzia le capacità cognitive, personali e socio-relazionali legate proprio a tali attività.

Il ruolo educativo dell'insegnante va oltre la trasmissione di contenuti e di conoscenze per favorire l'at-

3. T. Begotti, G. Borca, E. Calandri, La prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza, in S. Bonino, E. Cattellino, La prevenzione in adolescenza, Erickson, Gardolo, Trento, 2008.
4. G. Borca, La prevenzione del rischio e la promozione del benessere in campo psicosociale, in S. Bonino, E. Cattellino, op. cit.; E. Rossi, Adolescenti, promozione e prevenzione. Un modello di analisi valutativa, Franco Angeli, Milano, 2006; M. Croce, La crisi del paradigma del disagio e le nuove sfide della prevenzione, in F. Cristini, L. Dallago, S. Facci, (a cura di), Atti del VI° Convegno Nazionale "La prevenzione nella scuola e nella comunità", Cleup, Padova, 2007.
5. E. Calandri, La prevenzione efficace in adolescenza: suggerimenti dalla letteratura scientifica, in S. Bonino, op. cit.

titudine generale della mente a porre e a risolvere problemi, a riflettere sulle situazioni e sui fenomeni, a selezionare criticamente e organizzare le informazioni. Non si tratta più di accumulare e registrare passivamente la conoscenza, ma di organizzarla e costruirla. Oltre a questo processo di apprendimento l'insegnante partecipa ai compiti evolutivi dei giovani stimolandone le capacità di riflettere su di sé, verbalizzare i propri problemi, instaurare relazioni sociali soddisfacenti, avere un'immagine positiva di sé e un buon livello di efficacia personale. L'insegnante, essendo una presenza costante, può contare sulla quotidianità, continuità e capillarità del suo intervento, per promuovere quelle abilità di vita che favoriscono il benessere dei giovani, proteggendoli dal rischio.

L'esperienza scolastica nella sua quotidianità, può avvalersi del gruppo classe: un altro sistema relazionale centrale per la diffusione di una cultura della salute tra i giovani. Questo micro-contesto facilita l'apprendimento "situato", strategia centrale per la promozione della salute nella scuola. Conoscenze e atteggiamenti legati alla salute si costruiscono infatti nel confronto e nella discussione con i coetanei.

La partecipazione permette di apprendere, di pensare in profondità e in maniera critica alle tematiche legate al benessere e l'apprendimento in questo contesto assume un carattere relazionale, che non si trasmette linearmente dall'esperto al discente.

Le teorie sulla prevenzione sottolineano come gli interventi di informazione o di sensibilizzazione, se da un lato rispondono alla necessità di rivolgersi a un ampio numero di ragazzi e sensibilizzarli rispetto a situazioni problematiche, dall'altro mostrano il limite di non incidere in maniera risolutiva sulle situazioni di prossimità al rischio o di consumo già iniziato.

In questa ottica Promeco, ha ridefinito i propri programmi di prevenzione con l'obiettivo di affrontare i comportamenti a rischio nella fascia di età in cui si manifestano (prevenzione indicata).

## 3.2 PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI: GLI INTERVENTI DI PROMECO

### Punto di Vista: l'operatore a scuola

*I consumi, le prevaricazioni, il disagio*

Raramente come in questi anni si è parlato tanto di adolescenti. Le notizie di cronaca così come le ricerche pongono all'attenzione fenomeni emergenti. Da

alcuni studi condotti nella nostra provincia possiamo individuare un diffuso malessere.

A 15 anni buona parte dei ragazzi ha un'esperienza diretta o molto vicina dell'uso di sostanze legali e illegali: il 48% ha fumato sigarette e il 25% lo fa abitualmente; il 60,6% ha bevuto superalcolici; il 32,8% si è ubriacato almeno una volta e il 10% lo fa una o più volte alla settimana; il 18,7% ha fumato cannabis, e in alcune scuole il dato raggiunge il 31,8%. La cocaina o l'ecstasy riguardano circa il 4% dei ragazzi, una percentuale già elevatissima per questo tipo di comportamento, ma sono molti di più coloro che raccontano una prossimità preoccupante con il consumo di cocaina di amici o coetanei nei luoghi del divertimento<sup>6</sup>.

Il fenomeno delle prepotenze che si ripetono nel tempo, sempre tra le stesse persone, dove chi subisce non è in grado di difendersi da solo, riguarda anche la città di Ferrara. Da indagini recenti risulta vittima di prevaricazioni ripetute il 22,2% dei ragazzi delle medie<sup>7</sup> e il 35,4% delle superiori<sup>8</sup>, con una particolare sofferenza per i ragazzi stranieri e per chi ha un rendimento scolastico molto alto o molto basso.

Tra i quattordici e i quindici anni un quarto delle ragazze e quasi il 17% dei ragazzi dichiarano di avere già avuto il primo rapporto sessuale. I maschi risultano essere quelli meno accorti rispetto all'utilizzo dei contraccettivi<sup>9</sup>.

Molti comportamenti a rischio derivano spesso da una non corretta o parziale informazione.

### L'operatore nella scuola

Promeco dal 2004 ha sperimentato l'inserimento di un operatore, psicologo scolastico, educatore, pedagogista, in alcune scuole secondarie di I° grado<sup>10</sup> o II° grado<sup>11</sup> con compiti di supporto agli insegnanti, alla direzione didattica e agli studenti.

Questo ha consentito di mettere a punto un modello di intervento che, al bisogno, può favorire il coinvolgimento della comunità scolastica intorno alla soluzione di problemi che si sono manifestati all'interno della scuola.

Il progetto ha permesso di coinvolgere tutte le componenti scolastiche (dirigente, docenti, collaboratori, studenti, famiglie) in azioni di prevenzione delle prepotenze, dei comportamenti aggressivi e dell'uso di sostanze, promuovendo la discussione sui fatti più o meno gravi accaduti e che hanno generato preoccupazione o necessità di interventi sanzionatori.

6. *Fifteen*, Quaderni di Promeco, ricerca sul consumo di sostanze legali e illegali tra i quindicenni ferraresi, anno 2006.

7. Da una ricerca su un campione di oltre 3.500 studenti delle medie inferiori di Ferrara e provincia, condotta da Promeco nel maggio 2007 e non ancora pubblicata.

8. *Il bullismo non è un gioco da ragazzi*, Quaderni di Promeco, ricerca sul bullismo nelle scuole medie superiori di Ferrara e provincia, anno 2005.

9. *Adolescenti e sessualità nella Provincia di Ferrara*, Osservatorio Adolescenti, Comune di Ferrara, anno 2007.

10. Istituto Comprensivo "C. Tura" di Barco e Pontelago-scuvo; Istituto Comprensivo "De Pisis-Bonati" nelle sue diverse sedi.

11. IPSIA "F.lli Taddia" di Cento, ITC "V. Monti" di Ferrara.

L'operatore è così un'antenna sensibile, una possibilità di consulenza, un catalizzatore di energie nella rilevazione e gestione di situazioni di disagio manifestate dal singolo o dal gruppo-classe. All'interno della scuola affianca i docenti nella conduzione di percorsi educativi nelle classi, interviene su situazioni specifiche di prepotenza tra compagni, offre consulenza individuale a insegnanti, studenti e genitori, fa da tramite nel rapporto con i servizi sul territorio quando riscontra la necessità di un invio per problemi specifici gravi o complessi, svolge attività di formazione e consulenza sulla relazione adulti-adolescenti o sulle dinamiche di gruppo.

Ragazzi e insegnanti sono stati coinvolti nella valutazione del progetto. I risultati raggiunti con la sperimentazione riconoscono la consulenza educativa come possibilità di confronto che potenzia la figura dell'insegnante senza svilarla e vi ricorrono di fronte alle difficoltà di relazione con i ragazzi, ricavandone un supporto utile a rileggere la situazione e a individuare strategie di intervento.

I percorsi educativi sulla costruzione del gruppo classe, condotti dall'operatore insieme agli insegnanti, vengono indicati come forma utile per prevenire i problemi relazionali successivi e come possibilità di riconoscere precocemente situazioni che necessitano di un'attenzione specifica.

I ragazzi hanno apprezzato sia gli interventi in classe, di prevenzione e contrasto alle prevaricazioni, di educazione affettiva e sessuale, sia i momenti di ascolto individuale.

La finalità delle azioni è stata quella di sostenere la funzione educativa della scuola come luogo di prevenzione e superamento delle problematiche adolescenziali, stimolandola al fine di rafforzare il tessuto di relazioni all'interno dell'istituto e con il territorio. Le scuole che desiderano attivare il progetto devono possedere alcuni requisiti che ne favoriscono la realizzazione: un gruppo di insegnanti di riferimento che si occupa dei temi educativi, con particolare attenzione alla prevenzione del disagio degli studenti e la disponibilità del dirigente scolastico a legittimare il progetto e a sostenerlo anche sotto il profilo organizzativo.

L'operatore a scuola è una presenza competente che può favorire l'evoluzione positiva dei momenti di crisi, rendendo la scuola capace di affrontare i conflitti e di rispondere alle richieste di attenzione che i giovani rivolgono agli adulti con comportamenti provocatori. Punto di vista appare, nella sua articolazione, un progetto che cerca di rispondere al bisogno di unitarietà che l'adolescente esprime.

### **Stasera Guido io Bob Intervento di prevenzione degli incidenti stradali legato all'uso di alcool**

L'obiettivo prioritario dell'intervento è la diffusione di comportamenti più responsabili tra giovani alla guida di auto e moto per ridurre gli incidenti stra-

dali causati dall'uso e dall'abuso di alcol e sostanze stupefacenti. Si tratta di un'attività di informazione sugli effetti dell'alcol in generale e relativamente alle conseguenze sull'attenzione necessaria per la guida e sulle normative che regolano il codice stradale. Oltre all'informazione si sviluppa un confronto sul vissuto degli studenti riguardo all'atteggiamento nel rapporto fra alcol guida e divertimento.

L'incontro della durata di due ore viene proposto alle classi quarte e quinte di tutti gli Istituti superiori della provincia di Ferrara.

La metodologia utilizzata è mirata a comprendere meglio come i giovani valutano il rischio in generale ed in particolare al rapporto tra alcol e guida e la percezione dello stesso riferito agli incidenti stradali.

Per la realizzazione del programma si è fatto ricorso a un modello di incontro e di ascolto partecipato in cui gli stessi ragazzi possono porre domande favorendo la comprensione dei fenomeni mettendo a confronto le opinioni emerse dal gruppo e discusse con il conduttore.

Il gruppo consente a ognuno di riconoscersi dialetticamente nelle differenze, ma anche di "dire senza dire" utilizzando, attraverso un processo di identificazione, il punto di vista e l'esperienza altrui.

In questo contesto di discussione in gruppo è stato possibile inserire informazioni corrette o integrare conoscenze parziali o sbagliate. Inoltre si discute anche delle strategie più utili ad abbassare il livello del rischio come attendere o fare un self-test prima di mettersi alla guida o individuare nel gruppo degli amici un guidatore di turno.

La metodologia più adatta a rispondere a queste esigenze è stata individuata nel focus group, una tecnica che si avvale delle dinamiche gruppali per approfondire tematiche specifiche.

Le aree di approfondimento individuate sono: il rischio-gruppo-divertimento, il rischio legato all'alcol e alla guida.

Un brainstorming iniziale che ha come parola stimolo "rischio" è utilizzato come "riscaldamento": permette di introdurre l'argomento e facilita l'entrare in sintonia con i conduttori che, essendo adulti ed estranei al gruppo, potrebbero in un primo momento suscitare diffidenza.

La tecnica del *brainstorming* facilita il coinvolgimento di più persone perché non necessita della costruzione di un pensiero articolato, ma la semplice elencazione di parole associate a quella data. In questo modo si ottiene materiale di diverso genere che è possibile analizzare e discutere nel proseguimento dell'incontro e che permette ai ragazzi di sperimentare le diverse sfaccettature dell'argomento avviando un primo spunto di riflessione sulle implicazioni meno razionali e più emotive connesse alla sfera del rischio.

#### *Rischio, gruppo e divertimento*

A partire da alcuni elementi emersi durante il *brain-*

*storming* gli operatori introducono il tema del rischio associato al gruppo e al divertimento. Queste aree tematiche sono state pensate per sollecitare i ragazzi a riflettere su quanto il tema del rischio sia connesso ad altri aspetti spesso molto meno connotati in senso negativo e tipicamente correlati alla sfera della socializzazione.

Lo sforzo che viene fatto è quello di calare concetti e significati, spesso molto “aleatori”, nella quotidianità: i ragazzi sono sollecitati a raccontare episodi concreti in cui si possano esplicitare i diversi aspetti degli argomenti discussi. Ancorare i ragionamenti a un livello di maggiore concretezza permette da un lato di evitare difese quali la razionalizzazione, dall'altro rende evidenti possibili contraddizioni esistenti tra il pensare, il pensare di fare e il fare veramente.

Infine ciò consente di ripensare, in un tempo e luogo diverso e più tipicamente consacrato alla razionalità quale la scuola, a situazioni che spesso sono più semplicemente vissute e quindi maggiormente connesse alla sfera dell'istintualità. Proprio questo passaggio dallo spazio tempo del divertimento allo spazio tempo della scuola, vorrebbe innescare il percorso inverso dallo spazio tempo scuola a quello del tempo libero, e avviare una ricaduta positiva nei comportamenti in esso agiti. Nelle riflessioni con il gruppo classe viene data forte rilevanza al gruppo come tutela per i membri che ne fanno parte affrontando il concetto di responsabilità, e attenzione della sicurezza e benessere dei suoi componenti.

### *Il rischio legato all'alcool e alla guida*

Il passaggio conclusivo rispetto al percorso è quello di innescare il confronto e creare connessioni tra quanto emerso nelle riflessioni precedenti sul concetto di rischio calandolo nello specifico del consumo o abuso di alcool alla guida.

Il conduttore dell'incontro, (un operatore esperto in conduzione di gruppi), facilita il manifestarsi di tutti i pareri e garantisce l'articolazione dei singoli contributi in un percorso condiviso.

Precede l'incontro la compilazione di un questionario che rileva dati sui comportamenti, informazioni acquisite nel tempo, opinioni su alcuni temi.

È un momento individuale che permette agli studenti di interrogarsi forse per la prima volta in maniera esplicita sul rischio e le sue diverse implicazioni.

A distanza di due mesi è prevista la somministrazione

del questionario ex post per la valutazione dell'intervento sia da un punto di vista di informazioni ricevute e consolidate sia di gradimento dell'intervento e infine di verifica sui comportamenti agiti in situazioni di rischio.

## **ZEROalcoolmeno16**

È un progetto mirato a rendere effettiva l'applicazione di una legge dello Stato (C.P. Art. 689) ovvero il divieto di somministrare alcolici ai minori di 16 anni. Il progetto affronta il fenomeno da vari punti di vista con l'obiettivo di incidere su un modello culturale che vede diffondersi l'uso dell'alcol come sostanza psicoattiva nei luoghi del divertimento, con una percezione generalmente marginale dei rischi connessi al consumo e all'abuso.

Elemento qualificante di “ZEROalcool meno16”, sono le sinergie realizzate sul territorio con le Forze dell'ordine, Polizia municipale, Azienda USL, Comune, Provincia e Associazioni di categoria. Le azioni previste sono rivolte ai gestori di locali, alle scuole, ai genitori e ai giovani, contattati nei luoghi di socializzazione più frequentati.

L'idea di fondo è che non si può agire una prevenzione efficace intervenendo separatamente su ogni componente del sistema, ma è necessario coinvolgere quanti sono direttamente o indirettamente interessati in una dimensione sistemica propria degli interventi di comunità.

Per questo motivo, in una dimensione strategica unitaria, ogni componente si è fatto carico di azioni specifiche complementari con quelle portate avanti dagli altri:

*Promeco*: oltre ai compiti di coordinamento, cura l'invio ai gestori del cartello e della vetrofania che richiamano il divieto di somministrare alcolici ai minori di sedici anni, gli interventi nelle scuole, la sensibilizzazione delle famiglie e la valutazione del progetto.

Gli *Operatori di strada* (SerT) sono incaricati degli interventi nei locali e nei luoghi del divertimento e della somministrazione delle interviste ai gestori dei locali frequentati dai minori.

Infine le *Forze dell'ordine* hanno un ruolo importante nel supporto ai gestori dei locali, informativo e di controllo sul rispetto della legge e dell'applicazione delle eventuali sanzioni.

### 3.3 PROFE? POSSO DIRE UNA COSA?

#### Succede che il SerT entra nelle aule del Centro di Formazione Professionale di Cesta<sup>12</sup>

Non è la prima volta che Scuola e SerT di Copparo collaborano per l'attuazione di interventi di informazione e prevenzione sulle droghe e le dipendenze, ma è una di quelle volte in cui un progetto, il "Progetto Supporter" ha funzionato rinunciando a modalità lineari e preordinate in favore di una strada meno diretta, ma che ha permesso un avvicinamento graduale e di "limitato impatto ambientale".

Una navigazione, usando una immagine marinara, condotta non come una navigazione a vista ma piuttosto come meticolosa regolazione delle vele per meglio sfruttare la spinta del vento.

Profe... Posso dire una cosa? È l'interlocuzione frequente con cui i ragazzi si introducono nel discorso per portare una loro esperienza, una considerazione, un sentito dire.

È una di quelle domande retoriche che servono per crearsi uno spazio in cui trovare una propria collocazione e decidere se aprire o chiudere il confronto.

Profe: a scuola ogni adulto in aula acquisisce questo titolo. Posso dire una cosa? E questa cosa può essere della più svariata natura:

La provocazione di quel ragazzino spavaldo che ti vuole far capire che loro, gli studenti, non sono mica tanto sprovveduti.

È l'aneddoto del famoso amico "quello che una volta...".

È il silenzio ostentato di quel ragazzo che non si è tolto neanche per un minuto berretto e giubbotto, testa sul banco assopito e che invece ti accorgi che non perde una sillaba della storia vera che stai raccontando.

È la domanda intelligente, imbarazzata, altre volte un po' fantasiosa che qualcuno riesce a fare sperando che nessuno rida.

È la battuta di spirito che però, come è proprio del pensiero divergente, introduce intuizioni, esprime emozioni, ridefinisce l'ovvio permettendo anche a contenuti indefinibili di emergere.

La scuola Centro di Formazione Professionale di Cesta è stata, e lo è sempre di più, un contesto complesso che accoglie ragazzi con esperienze irregolari: ripetute bocciature, cambi fallimentari di scuola, demotivazione allo studio, disciplina "discutibile", eccetera. Alle volte con situazioni famigliari critiche, per alcuni con disagi personali che si manifestano in comportamenti inadeguati, rischiosi o devianti.

Difficile pensare di proporsi a questi interlocutori con metodi educativi classici, quasi impossibile pensare di essere credibili astraendo dalla loro natura che è quella di essere adolescenti ma anche giovani con

### PROGETTO SUPPORTER

#### ANALISI DEI BISOGNI

Necessità di garantire modi e spazi di consulenza diversificati di tipo individuale e familiare per l'aggancio delle realtà "sommerse" dell'uso di sostanze.

Necessità di fornire supporto educativo per la salute alle fasce giovanili, specie adolescenti, in ambito scolastico, garantendo un raccordo intermedio a più Servizi, avente come area di intersezione la prevenzione delle condotte giovanili a rischio.

#### OBIETTIVI

Creare percorsi di accoglienza diretta e di informazione ai giovani e ai genitori afferenti alle istituzioni scolastiche del territorio di Copparo.

Creare opportunità di aggancio e consulenza presso il SerT, individuali e di piccolo gruppo, rivolti ai giovani e ai loro genitori con sensibilizzarli sul tema condotte a rischio e sulle loro conseguenze.

#### METODOLOGIA

##### *Strategie di counseling motivazionale breve*

È un metodo per aiutare le persone a prendere delle decisioni relative al cambiamento di comportamenti rilevanti per la salute. L'idea guida è quella di incoraggiare i soggetti interessati a esprimere liberamente le proprie percezioni sul problema e far maturare successivamente la consapevolezza dell'importanza del cambiamento.

##### *Didattica interattiva*

Tecniche centrate sulla dimensione relazionale esplorata nella concretezza dell'interazione con il gruppo dei coetanei e nel rapporto con gli adulti.

Esperienze attente oltre che agli aspetti cognitivi, alla dimensione simbolico-emotiva, legata all'immaginario e ai vissuti interiori.

Utilizzo di giochi, di esercitazioni individuali e di gruppo, uso di tecnologie semplici (Diapositive, Video, Registrazioni, Musica) per facilitare la comprensione di aspetti scientifici e legali, e integrare l'espressione di contenuti simbolici e metaforici.

12. Il testo è stato redatto da G. Tonioli, Educatore Professionale, SerT di Copparo

condizioni ambientali ed esperienze che li rendono a rischio più di altri coetanei.

Il metodo del colloquio motivazionale parte dal presupposto che la disponibilità a cambiare un determinato comportamento/condotta, non è immutabile nel tempo e non è un tratto di personalità, ma si modifica secondo fasi riconoscibili e modificabili nella loro evoluzione.

In tale modificazione gioca un ruolo determinante la relazione cliente-ambiente nel nostro caso studenti-scuola, ed è in questa che trova significato l'intervento di consulenza del Progetto Supporter.

Per usare la metafora di partenza il Colloquio Motivazionale è un approccio al cambiamento che aiuta a ghindare le vele in funzione delle condizioni di vento presente.

Utilizzando tale modello si potrebbe pensare a questi ragazzi come pazienti "non pronti" ad adottare uno stile di vita salutare, non consapevoli della propria condizione, oppure non preoccupati dei problemi derivanti da essa o, ancora, invischiati in un atteggiamento ambivalente che minimizza o razionalizza i problemi.

Ragazzi per i quali la "frattura interiore" è poco o per nulla presente e per i quali il senso di auto-efficacia

è sbilanciato su valori negativi o è ipervalutata.

In un progetto di educazione alla salute rivolto ai giovani, a maggior ragione se con valenze psico-educative, per promuovere il benessere come valore nella vita occorre conoscere e partire dal punto di vista dei ragazzi, dalle loro informazioni, dalle loro propensioni cioè dai loro bisogni.

Solo successivamente sarà possibile creare delle occasioni che permettano di essere disponibili a punti di vista "altri", di far nascere dubbi, interrogativi, stimoli nei confronti di alcuni stili comportamentali quali bere, fumare, atti di violenza, vandalismo e altro ancora.

Occorre scoprire le abilità dei ragazzi, i loro stili affinché possano acquisire un senso di fiducia e di autostima autentici, né troppo né troppo poco, indispensabile per la realizzazione di sé e di scelte soddisfacenti.

*"Profe, Posso dire una cosa?"*

*"Certo. Ti ascolto. Se mi fai capire che tipo sei sarà possibile dialogare, spiegarci e trovare una strada"*

### 3.4 PROMOZIONE DI STILI DI VITA LIBERI DAL FUMO<sup>13</sup>

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha indicato il fumo di tabacco e l'abuso di alcol come stili di vita condizionati da specifiche forme di dipendenza che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il tabacco come prima causa evitabile di malattia e morte nell'attuale società.

La diffusione dell'abitudine al fumo è tuttavia ancora molto alta tra i giovanissimi, tra le donne, specie tra quelle in età fertile e in gravidanza.

Per i servizi che si occupano di prevenzione e contrasto del fumo di tabacco il principale scoglio è lo stereotipo socio-culturale: fumare è ancora un comportamento che attiene a situazioni socialmente diffuse e accettate.

Lo studio PASSI 2007 (sistema di sorveglianza sanitaria) evidenzia in Emilia-Romagna una percentuale di fumatori pari al 31% della popolazione, per il 35% si tratta di maschi al di sotto dei 50 anni.

Nella provincia di Ferrara i fumatori sono il 22%, gli ex fumatori il 24% e i non fumatori il 54%. L'abitudine al fumo è più alta tra i maschi più giovani (33% nella classe di età 18-24 anni), con basso livello di istruzione e difficoltà economiche. Infine la provincia di Ferrara si distingue, nel panorama regionale, per l'alta quota di grandi fumatori (27%) che dichiarano di fumare oltre 20 sigarette al giorno<sup>14</sup>.

Per contrastare questo importante fattore di rischio per la salute i Servizi hanno attivato interventi in linea con le politiche indicate nella legge regionale del 2007<sup>15</sup> e nel Piano regionale di intervento per la lotta al tabagismo<sup>16</sup>. In particolare sul versante della prevenzione sul territorio della provincia di Ferrara sono state attivate azioni articolate in tre aree progettuali:

1. Prevenzione del tabagismo nelle giovani generazioni;
2. Assistenza e cura ai tabagisti;
3. Promozione di ambienti salubri, e luoghi di lavoro, ospedali e scuole liberi dal fumo.

#### Prevenzione del tabagismo nelle giovani generazioni

A partire dal 2004 Promeco ha consolidato il progetto "Smetto da grande" che si propone come obiettivo principale la prevenzione del consolidarsi dell'abitu-

dine al fumo nei giovani che hanno iniziato a fumare da poco. Si tratta di un intervento strutturato sul singolo e sulla sua personale esperienza che offre strumenti informativi, di analisi e confronto sui meccanismi che sottostanno l'utilizzo di sigarette e al consolidarsi della dipendenza.

Questa nuova modalità di intervento di prevenzione nei confronti di ragazzi già consumatori, nasce dalla necessità di affrontare due contraddizioni di fondo:

- la consuetudine a pensare la prevenzione del tabagismo come un processo che coinvolge ragazzi astinenti, nonostante sia evidente l'ampiezza del consumo di tabacco tra gli adolescenti a livello nazionale e locale;
- la scuola come luogo della prevenzione in cui il fumo non è ammesso ma, al tempo stesso, luogo dove spesso i ragazzi accendono le prime sigarette, e consolidano questa abitudine nel passaggio dalle medie inferiori alle superiori, per entrare in relazione con i compagni e sentirsi parte del gruppo.

Gli interventi si svolgono a scuola coinvolgendo, in gruppi o in singoli colloqui, gli studenti che volontariamente decidono di mettere in discussione il loro comportamento legato all'uso di sigarette. Durante gli incontri viene affrontata l'abitudine al fumo in maniera complessa, prendendo in considerazione gli aspetti biologici, psicologici e sociali.

Il progetto prevede in una prima fase la formazione dei rappresentanti delle classi, seguita da incontri con i giovani fumatori nel corso dei quali un operatore del Centro Antifumo fornisce informazioni sugli aspetti fumo-correlati. Viene offerta, a chi lo desidera, la possibilità di misurare, la quantità di monossido di carbonio nel sangue attraverso il carbossimetro.

Nel corso dell'intervento viene proposta la compilazione di due questionari "Perché fumo"<sup>17</sup> e "Motivazione al Cambiamento Tabacco-Mac-T"<sup>18</sup> e viene offerta la possibilità di un approfondimento specifico attraverso un colloquio individuale o in piccolo gruppo condotto con le tecniche dell'approccio motivazionale. Il risultato del punteggio assegnato alle risposte fornite ai questionari definisce il grado di dipendenza dalla sostanza e il grado di disponibilità al cambiamento e rende possibile indirizzare l'avvio dell'intervento verso il percorso più adeguato.

Agli studenti in una fase motivazionale avanzata viene lasciata la scelta di partecipare ad un percorso di gruppo (da 5 a 12 studenti), che prevede 5 incontri, della durata di 2 ore ciascuno, rivolto a coloro che richiedono un aiuto nella scelta di interrompere o

13. Il testo è stato redatto da: D. Beltrami, R. Marsili CAF Ferrara; U. Viviani CAF Copparo; R. Sivieri CAF Codigoro e Portomaggiore, C. Sorio Osservatorio Dipendenze Patologiche, B. Rovigatti Promeco

14. Azienda Usl di Ferrara, Piani per la Salute, Quaderni ferraresi sulla salute, L'abitudine al fumo: fatti e cifre, ottobre 2008.

15. LR n.17/2007 "Disposizioni in materia di prevenzione, cura e controllo del tabagismo".

16. DGR n.844/2008.

17. Test autosomministrato che restituisce un profilo descrittivo rispetto alla motivazione di fumare.

18. Tecnica del Colloquio Motivazionale che consente di individuare la fase di cambiamento in cui si colloca il fumatore.

modificare il proprio rapporto con il fumo. Gli incontri sono realizzati all'interno della scuola, durante le ore scolastiche.

L'intervento prevede una fase di valutazione degli obiettivi raggiunti dai giovani fumatori, con follow-up a due mesi dalla chiusura dell'intervento.

### Assistenza e Cura del tabagismo

Dal 2003 L'Azienda Usl di Ferrara ha portato a termine la copertura capillare della rete dei Centri Antifumo su tutto il territorio provinciale, con la presenza di cinque sedi operative gestite dai SerT, in grado di intervenire con azioni di prevenzione, cura e trattamento delle problematiche fumo correlate.

Il principale strumento di contrasto offerto dai Centri è *il Corso intensivo per smettere di fumare* ad approccio cognitivo-comportamentale, integrato con la terapia farmacologica sostitutiva nicotinic (TSN).

Il corso è articolato in 8-10 incontri, diretto a gruppi "aperti", coordinati da un conduttore (medico, psicologo, infermiere, educatore professionale, fisioterapista), e ha l'obiettivo di ridurre progressivamente, fino alla completa cessazione, il numero di sigarette fumate.

Il programma prevede varie fasi:

la valutazione della situazione del paziente e della sua motivazione a smettere; l'inserimento nel corso con l'avvio di una progressiva diminuzione dell'uso di tabacco; la sospensione del fumo per 24 ore, con lo scopo di rinforzare la scelta; il mantenimento dell'astensione, con l'individuazione per ogni persona dei comportamenti alternativi all'uso di tabacco e dei modi per prevenire le ricadute.

Dopo due settimane dalla fine del corso inizia il periodo di verifica, finalizzato al rinforzo periodico dell'astensione. Dal 2004 nelle verifiche si utilizza, come ulteriore riconferma, l'analisi del CO (monossido di carbonio) nell'aria espirata, che viene rilevata con l'ausilio del carbossimetro.

Ancora dal 2004, si è sviluppata l'esigenza di differenziare l'offerta inserendo il *percorso di disassuefazione individuale*, per raggiungere un target di utenza che non riesce a partecipare alle attività di gruppo.

Il percorso terapeutico riferito al trattamento individuale ha portato ad investire sul metodo del colloquio motivazionale per accrescere e rinforzare le fasi del cambiamento.

La scelta di proporre un trattamento individuale o di gruppo viene presa dopo una valutazione clinico-strumentale e motivazionale della situazione del paziente.

Molte persone presentano sintomi fumo-correlati soprattutto dell'apparato respiratorio, per cui l'attenzione viene indirizzata verso lo studio della funzionalità respiratoria prima e dopo il trattamento. La scelta di eventuali altri accertamenti (radiografia del torace, ECG, Doppler, ecc.) viene indirizzata dall'esame obiettivo.

*Le terapie farmacologiche*: il tabacco è considerato

una sostanza psicoattiva il cui uso può causare disturbi psicologici e comportamentali, in quanto crea dipendenza. È possibile pertanto, offrire una terapia farmacologica calibrata sulle caratteristiche individuali del paziente.

Studi scientifici controllati rilevano che i fumatori cercano di mantenere livelli costanti di nicotina nel cervello. La nicotina agisce come rinforzo positivo primario in quanto determina la liberazione di dopamina, un neurotrasmettitore che agisce sulla via centrale della gratificazione.

Smettere di fumare determina l'insorgenza di sintomi astinenziali (craving ovvero desiderio compulsivo di riprendere il consumo, insonnia, irritabilità, ansia, cefalea e difficoltà di concentrazione), per questo molte persone possono trovarsi in difficoltà. Le specialità medicinali per smettere di fumare comprendono i sostitutivi con nicotina (NRT), che sono i più utilizzati, altri farmaci antidepressivi, quali il bupropione e da ultimo un farmaco che agisce sui recettori della nicotina, vareniclina. È molto importante che, nonostante alcuni siano medicinali da automedicazione (detti OTC o prodotti da banco), e che possono anche essere acquistati liberamente in farmacia senza obbligo di ricetta, che siano utilizzati sempre previa valutazione medica.

Le linee guida prevedono l'utilizzo di farmaci in fumatori al di sopra delle 10 sigarette al giorno, contro il craving, con elevato indice di dipendenza (Test di Fagerström). Le controindicazioni vanno valutate per ogni persona dal medico del Centro Antifumo.

### Progetto "fumo e mamma"

Dal dicembre 2003 è iniziata una collaborazione tra i Centri Antifumo e il Servizio Salute Donna del Distretto Sud Est, per la realizzazione di un progetto integrato la cui finalità è quella di fornire informazioni sui danni che anche il fumo passivo, oltre a quello attivo, può creare sul nascituro.

Gli operatori dei Centri Antifumo partecipano ai Corsi di Accompagnamento alla nascita condotti dalle Ostetriche, durante la lezione in cui sono presenti i papà con l'obiettivo di sensibilizzare la coppia sui danni provocati dal tabagismo. In particolare su quali siano i rischi nel convivere con fumatori e nel frequentare ambienti particolarmente fumosi attivando così un percorso di prevenzione attraverso semplici suggerimenti su come tutelare la propria salute e quella del bambino che sta per nascere.

Le ostetriche hanno il compito di consegnare un breve questionario alle signore che poi viene elaborato dagli operatori del centro in maniera da avere una panoramica generale sulla conoscenza dei danni causati dal fumo, sull'eventuale uso di sigarette da parte dei famigliari, sulla convivenza con ex fumatori, con l'obiettivo di tarare l'intervento in base alla composizione del gruppo delle future mamme.

Dal 2003 al 30 Giugno 2009 sono stati raccolti ed elaborati 353 questionari che corrispondono ad al-

trettante signore incontrate nei corsi. Interessante è studiare il rapporto delle future mamme con il fumo: solo il 4% del campione è ancora una fumatrice e dichiara di non superare le dieci sigarette giornaliere, ma oltre il 50% dichiara di avere smesso di fumare nel momento in cui ha saputo di aspettare un figlio.

Le donne che ancora fumano, dichiarano di non avere smesso, perché non lo ritengono utile o indispensabile o semplicemente perché non sono in grado di farlo: questo fa pensare a come, nonostante le numerose campagne di informazione attuate negli ultimi anni, ci sia ancora una parte di popolazione scarsamente consapevole dei danni e rischi correlati al proprio comportamento.

All'incirca la metà del campione convive o ha comunque contatti giornalieri con fumatori, i quali nella gran parte dei casi non modifica in alcun modo le proprie abitudini: non diminuisce le sigarette, non va a fumare fuori casa, e continua a fumare in macchina o comunque in presenza della signora in attesa. Solo il 6% dei conviventi fumatori ha smesso di fumare alla notizia della gravidanza.

### **Progetto di integrazione tra Centro Antifumo di Codigoro e SPOD<sup>19</sup> sulla prevenzione del tabagismo**

Tra i professionisti che si occupano di tossicodipendenze e in particolar modo di tabagismo, appare sempre più evidente il progressivo aumento di pazienti che presentano una comorbidità tra problemi psichiatrici e consumo di tabacco, così come i clinici che si occupano strettamente di patologie psichiatriche, si trovano ad avere di fronte pazienti con uno stato di dipendenza da sostanze psicoattive tra cui non ultima il tabacco.

La diagnosi di comorbidità psichiatrica rappresenta oggi la nuova frontiera con la quale gli operatori del SerT, della psichiatria e della psicologia clinica devono confrontarsi. Diventa quindi molto importante offrire un'adeguata risposta a valenza preventiva e terapeutica che preveda l'impiego di strumenti diversificati e che coinvolga le diverse agenzie di cura. L'integrazione delle risorse oggi disponibili sul territorio in un'unica rete integrata di servizi appare la forma più efficace ed efficiente per fornire risposte adeguate.

A partire dal 2007 è iniziata una collaborazione strutturata tra il Centro Antifumo di Codigoro e il Servizio Psichiatrico dell'Ospedale del Delta, col fine di informare e sensibilizzare i pazienti ricoverati, sui problemi correlati all'uso di tabacco, e di facilitarne l'accesso al Centro Antifumo di riferimento qualora se ne ravvisasse la necessità.

Psicologa e Infermiera del Centro Antifumo si recano, all'interno del reparto psichiatrico per effettuare interventi di educazione sanitaria rivolti ai degenti. Gli incontri, della durata di quarantacinque minuti, si svolgono con cadenza quindicinale.

Durante l'attività di gruppo si forniscono informazioni precise sui significati della dipendenza da nicotina, cercando di sollecitare e facilitare il confronto sulle esperienze dei fumatori che partecipano all'incontro, soprattutto sulle difficoltà incontrate nei precedenti tentativi di smettere di fumare.

Dal 2007 sono stati realizzati 47 gruppi di educazione sanitaria, sono stati incontrati 388 pazienti ricoverati e sono stati distribuiti opuscoli informativi realizzati appositamente per il progetto.

### **3.5 PROGETTO DI PREVENZIONE DEL DOPING SPORTIVO<sup>20</sup>**

Il progetto di Prevenzione del Doping Sportivo realizzato dal servizio dipendenze patologiche di Cento del Distretto Ovest si basa sul concetto che lo sport, con il lavoro sull'individualità e sulla squadra, è una "scuola di vita" utile a tutti, in particolare ai giovani, per formare personalità, autostima e socialità.

Questo, in un quadro di consapevolezza e accettazione dei limiti, propri e di gruppo, grazie "all'educazione alla sconfitta", per citare Julio Velasco vincente allenatore mondiale di pallavolo, la sfida più difficile per ogni educatore.

Ma se manca questa educazione e lo sport viene "stravolto" da proposte sbagliate del mondo degli adulti, si rischia di creare un luogo di aggressività, di conflitti e rivalse, indebolendo gli strumenti giovanili d'approccio verso la vita e la realtà, perché, non solo non s'insegna a rielaborare le sconfitte subendole come umilianti fallimenti esistenziali, ma, per essere sempre "al top", si suggeriscono pericolosi stili di vita.

Il Servizio Dipendenze Patologiche (SerT) Distretto Ovest, ha avviato il progetto Prevenzione Doping Sportivo, finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, per contrastare il fenomeno dell'assunzione di sostanze dopanti nello sport, comportamento diffuso, in crescita e a rischio di dipendenza.

La prevenzione è il principale strumento per contrastare il rischio doping con appositi progetti e programmi d'intervento, grazie alla "rete" di istituzioni - AUSL, Comune, Scuola - e soggetti del mondo sportivo e privato sociale creata negli anni.

Gli interventi degli operatori del SerT puntano a "rieducare" giovani e genitori ad un corretto rapporto con lo sport, inteso come opportunità per misurarsi con i coetanei, con i propri limiti, risorse e potenzia-

19. Servizio Psichiatrico Ospedale Delta.

20. Il testo è stato redatto da P. Giacometti Responsabile SerT Cento, F. Bergami psicologa dello sport SerT di Cento

lità senza ricorrere a sostanze alteranti.

Le discipline sportive, infatti, sono un “contesto a rischio”, per la diffusione di stili di vita con discutibili riferimenti sociali e culturali; non solo luogo di buone pratiche di sviluppo psico-fisico, ma anche testimonianza di esasperata competizione per rilevanti interessi economici e mediatici.

La cronaca quotidiana ci presenta esempi di “fabbriche di fenomeni” frutto degli investimenti di spregiudicate società sportive che ricorrono a sostanze alteranti per aumentare le naturali capacità dei ragazzi.

Il rischio è quello di insinuare nei giovani l’idea di poter sempre sostenere competizioni estreme, generando “ansia da prestazione”, da affrontare con l’aiuto di sostanze vietate, sminuendo, così, progressivamente concetti di legalità e normalità delle attività, acuite da ruoli adulti e genitori che favoriscono stili di vita sportiva sbagliati riconoscendo, come personale soddisfazione, le performance - a qualsiasi costo - dei figli.

Far scoprire a giovani e praticanti la bellezza e sod-

disfazione di un gesto atletico naturale: è questa la difficile sfida che il servizio dipendenze patologiche del Distretto Ovest di Cento si appresta a giocare.

I destinatari sono:

- le Scuole medie ed elementari dei comuni di Bondeno, Poggio Renatico, S. Agostino, Casumaro, Mirabello, Vigarano, per un totale di 250 ragazzi suddivisi in 13 classi;
- gli Istituti Superiori ISIT Burgatti, IPSIA Taddia per un totale di 150 ragazzi suddivisi in 8 classi.

Per ogni classe sono previsti due incontri: nel primo viene somministrato un questionario sulle conoscenze delle sostanze dopanti, segue la proiezione di una panoramica sulle sostanze dopanti e infine l’inizio di un lavoro di gruppo in situazione di role-playing; nel secondo incontro viene completato il lavoro di gruppo e discusso il progetto.

Alla fine dell’intervento i ragazzi hanno prodotto manifesti inerenti il progetto, che sono stati votati dai compagni di scuola durante i “giochi della gioventù” di Cento.



## 4. IL GOVERNO CLINICO E LA CURA: SAPER FARE O SAPER ESSERE?

### 4.1 PREMESSA<sup>1</sup>

Le conoscenze tecnico-professionali negli ultimi venti anni sono invecchiate molto più rapidamente di noi, questo ha richiesto ai professionisti del SerT lo sviluppo di capacità e doti che afferiscono al “saper essere” oltre al “saper fare”.

Gli operatori hanno sviluppato una rete crescente di comunicazioni in cui loro stessi sono posizionati al crocevia di un grande numero di altre reti: specialisti, servizi, comunità, organizzazioni culturali, cittadini organizzati e volontari.

I SerT sono presenti su tutto il territorio nazionale dal 1990, da quel momento, hanno attivato “équipe multiprofessionali”, costruito soluzioni organizzative intorno alla centralità dei problemi del paziente, abbandonando le proposte a modello unico. A seguito di questa scelta sono stati attivati servizi innovativi come gli Operatori di Strada divenuti modelli di intervento per la prevenzione e la riduzione del danno.

L'intervento è coordinato in funzione della complementarietà tesa a rispondere alla complessità dell'approccio globale diretto alla persona: corpo, mente, famiglia e società con le sue leggi, senza mai rinunciare alla personalizzazione delle proposte terapeutiche.

È una strada irta di difficoltà in quanto costringe, nella costruzione di un progetto coerente, a mettere in discussione il valore assoluto delle proprie conoscenze e opinioni, invitando a considerare quanto non si conosce o le cose che non si sanno fare, come un limite da superare insieme.

È una nuova esperienza culturale: tutti siamo allievi in alcune circostanze e maestri in altre. Questo è l'impegno prioritario di tutti.

Sono le persone a garantire la realizzazione dei progetti, non certo le sigle; sono sempre solo le persone che devono trovare disponibilità, forza e convinzione per agire.

La droga, consumata e venduta da sempre come veicolo a stimolare sensazioni forti, fuori dall'ordinario e piacevoli, oggi, nelle sue varie forme è diffusa in modo trasversale grazie a prezzi resi più accessibili dall'aumento del numero dei paesi produttori e dall'adozione di regole di marketing industriale da parte della criminalità internazionale.

La somma di questi fenomeni ha creato le condizio-

ni per raggiungere fasce di consumatori sempre più ampie rispetto al passato.

La popolazione che usa sostanze non coincide con la popolazione che ha sviluppato un problema di salute a causa delle stesse. In ogni caso, sono due mondi che si incontrano: purtroppo l'aumento del numero dei consumatori è correlato all'aumento del numero degli utenti tossicodipendenti.

Direttamente collegato a questi fatti, il fenomeno non trascurabile del consumo di droga da parte di giovani e giovanissimi, vittime loro malgrado, delle leggi imposte dal mercato globale delle droghe, e sempre più protagonisti di un allarme sociale non solo frutto delle tecniche di comunicazione mediatica.

Prendendo atto di questa realtà il SerT pone sempre maggiore attenzione alla formazione e all'aggiornamento degli operatori.

Una conferma a questo indirizzo, viene dall'iniziativa del Convegno Nazionale promosso dal SerT, svoltosi a Ferrara nell'ottobre 2008 sul tema dei Neuroni Specchio<sup>2</sup>. Un esempio di contaminazione culturale, scambio e approfondimento, dedicati a una scoperta scientifica che inciderà sull'utilizzo delle relazioni umane e dell'empatia nell'applicazione di nuove tecniche psicologico-riabilitative.

Un'occasione per porre le basi di nuove collaborazioni tra scienza, arte, cultura.

### 4.2 IL GOVERNO CLINICO E LA CURA

#### La salute dei tossicodipendenti

La scelta terapeutica confortata dal dato scientifico e dalla medicina basata sulle evidenze, indicava il metadone come lo strumento terapeutico fondamentale nella cura della dipendenza da eroina.

Restituire dignità di farmaco, ad una sostanza stupefacente come il metadone, ha liberato anche il tossicomane dal giudizio morale prevalentemente dispregiativo, spostando l'attenzione sulla malattia che colpisce da una parte il cervello nella sua connotazione organica, e dall'altra nelle funzioni nobili: pensieri, sentimenti e comportamenti.

Il tossicodipendente ha molti bisogni e molti traguardi da raggiungere, sia sul piano del recupero della salute fisica, mentale e relazionale, sia sulla possibi-

1. Il testo è stato redatto da Luisa Garofani, Responsabile U.O. SerT Centro Nord

2. Atti del convegno “Neuroni Specchio: la relazione empatica tra Scienza, Filosofia, Arte e Cura”, 24 ott. 2008, Azienda UsI di Ferrara - SerT di Ferrara.

lità di un soddisfacente reinserimento sociale. L'utilizzo del metadone accompagna la vita del paziente, producendo un miglior adattamento alla realtà, ma nel lungo periodo, quella che si può definire una "buona" dipendenza, potrebbe scivolare verso una sorta di assopimento nelle possibilità di guarigione del paziente e di proposte di cura da parte del servizio.

Le risorse economiche limitate, pochi strumenti a disposizione, un mercato del lavoro decisamente in crisi, sono gli ingredienti che condizioneranno e limiteranno l'incisività dell'azione.

Per questo dobbiamo intensificare e sviluppare le reti di supporto; creando nuove opportunità sociali e personali. Ritrovare speranze abbandonate o rimaste sospese per tanto tempo, è un percorso realizzabile a patto che si superino resistenze, ambivalenze, ricadute nell'uso di sostanze: modalità tipiche della personalità del tossicomane.

Non abbiamo mai abbandonato la ricerca e la sperimentazione di strumenti tecnici e riabilitativi più efficaci: le tecniche motivazionali, l'approccio psicocorporeo, il coinvolgimento in iniziative culturali, la conoscenza dei mezzi di comunicazione, l'uso di internet a disposizione degli utenti per fare ricerche e sviluppare capacità comunicative, e non ultima la ricerca di vere opportunità di lavoro.

Oggi, come ieri, abbiamo bisogno delle energie di persone, professionisti di altri saperi impegnati in uno sforzo collettivo che è già attivo con il privato sociale accreditato delle Comunità Terapeutiche.

Nonostante il metadone abbia consentito ai nostri pazienti di ritrovare un'accettabile qualità della vita scongiurando anche il pericolo di morte per overdose, molto è ancora da fare per garantire un livello accettabile di salute.

Garantire controlli sanitari, almeno annuali, a tutti i tossicodipendenti in carico al servizio è il nostro obiettivo.

Possiamo attuarlo vincendo le resistenze dell'utenza più abituata a sopportare la malasorte che a contrastarla, valorizzando il concetto di salute come bene irrinunciabile.

Studiare e valutare gli effetti collaterali dei farmaci stupefacenti usati cronicamente, spesso in terapie combinate con psicofarmaci, è fondamentale per ottimizzare l'uso, ridurre i danni e trovare il miglior rapporto tra rischi e benefici.

Per raggiungere questi obiettivi abbiamo promosso due progetti; uno sul monitoraggio della salute e l'altro sulla valutazione delle terapie a lungo termine con metadone.

Attraverso l'attivazione di gruppi di auto-aiuto, focus group sulla percezione della salute e del benessere, con la valutazione degli eventi stressanti e degli effetti collaterali delle terapie farmacologiche, vogliamo applicare strumenti relazionali e percorsi di cura che rendano protagoniste le persone non più giovani ma ancora in grado di trovare un significato costruttivo alla loro vita.

## Progetto Nazionale Farmaci sostitutivi per la dipendenza da oppiacei

**OBIETTIVO:** Stimare il numero di pazienti in trattamento farmacologico sostitutivo per la dipendenza da oppiacei in età anziana o a rischio di cronicità e approfondire la conoscenza del bisogno di salute di questa tipologia di pazienti in carico ai SerT delle Aziende UU.SS.LL. della Regione.

**OBIETTIVI SPECIFICI:** Rilevare lo stato di salute in relazione alla durata del trattamento; Delineare lo stile di vita del target selezionato; Definire le priorità dei bisogni di salute; Delineare la rete di servizi interessata nella gestione di questi pazienti; Evidenziare i nodi critici e gli aspetti da consolidare.

### RISULTATI ATTESI:

Valutare lo **stato clinico dei pazienti** cronici in trattamento indagando le implicazioni cliniche della terapia sostitutiva a lungo termine e la percezione individuale dello stato di salute, monitorando gli esami ematochimici e lo stato di salute.

Evidenziare lo **stile di vita** del paziente in relazione al trattamento con metadone.

Individuare i **bisogni di salute**, le **priorità assistenziali** e i **percorsi assistenziali** appropriati.

Delineare le **interfacce** nella gestione dei bisogni di questo tipo di utenti.

## Progetto Regionale screening dello Stato di Salute

### OBIETTIVO GENERALE:

Facilitare l'attuazione e monitorare i percorsi di tutela della salute per gli utenti SerT.

### OBIETTIVI SPECIFICI:

- Definire le linee guida atte a promuovere le buone pratiche preventive e curative.
- Migliorare gli indici di morbi-mortalità delle donne utenti SerT con particolare attenzione alla tutela della donna in gravidanza e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.
- Sostenere la formazione continua degli operatori.
- Potenziare le attività di prevenzione e cura attraverso la sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale e loro coinvolgimento nell'attività informativa sulle infezioni da Hiv, l'Epatite B e C.
- Monitorare l'effettiva applicazione delle linee-guida nei SerT e negli Enti Ausiliari.

### METODOLOGIA:

- Costruire un percorso per lo screening per Hiv, Hbv, Hcv, Hav.
- Definire i profili di salute degli utenti in trattamento presso i SerT e le comunità terapeutiche.
- Sostenere la formazione specifica degli operatori in relazione all'attività di counseling da associare ai programmi di screening.

### DESTINATARI:

Operatori dei SerT e delle Comunità Terapeutiche.

## Progetto adolescenti

Gli adolescenti che hanno già avuto un contatto con le sostanze, saltuario o continuativo, si trovano in una specie di limbo; da una parte hanno perso l'innocenza e dall'altra sono attratti dal desiderio di acquisire un ruolo vissuto, connotato da sensazioni nuove ed esperienze emotive fino a quel momento sconosciute.

Persone giovani che sperimentano il salto verso le sostanze siano queste eccitanti, sedative o allucinogene, possono introiettare questa esperienza come parte della realtà: un salto pericoloso che può diventare destrutturate nel vissuto quotidiano.

L'intervento rivolto all'adolescente sperimentatore o consumatore di sostanze, si concretizza in un progetto che prevede la possibilità di dare una risposta all'ansia di novità, intrinseca nelle caratteristiche dell'età, rispettando contemporaneamente in modo adeguato il timore di non essere all'altezza dell'adulto e valorizzandone il desiderio di autonomia.

Questa molteplicità di emozioni e vissuti contraddittori, si complica ulteriormente in presenza dell'uso di droghe e del consumo smodato di alcol nel quotidiano.

Anche in ragione di questo, quando un adolescente si avvicina al servizio, il primo obiettivo da raggiungere è quello di liberarlo dal consumo delle sostanze.

Il lavoro dell'équipe è diretto a fronteggiare il problema con programmi farmacologici di breve durata, integrati con il lavoro psicologico, e la ricerca di percorsi personalizzati, dedicati all'accoglienza. L'intervento prevede il coinvolgimento delle famiglie e quando necessario la richiesta di consulenze di altri servizi specialistici (SMRIA, Spazio Giovani).

Contemporaneamente, sul territorio, i servizi sanitari che si occupano dei giovani da prospettive diverse (SerT, Spazio giovani, Servizi di prossimità), in collaborazione con l'istituzione Scuola, Area Giovani e Promeco, stanno realizzando un progetto finalizzato alla possibilità di rendere produttivo l'enorme potenziale creativo dei giovani indirizzandolo verso forme di autorealizzazione sganciata dalle sostanze.

Il progetto vede la collaborazione di adulti professionalizzati, per offrire una risposta non spontanea e di qualità profondamente educativa, credibile soprattutto agli occhi di chi sta abbandonando un vissuto che comprende l'uso di sostanze.

Operatori SerT, operatori di strada, educatori e psicologi, lavorano insieme su aspetti diversi per individuare le potenzialità dell'adolescente.

La presenza dell'educatore crea una relazione con l'adulto che può guidarli, in modo non competitivo, senza apparire inerte e vinto.

Questa figura deve essere in grado di offrire una presenza affidabile, con senso di responsabilità e disponibilità, capace di condividere la sua esperienza con i ragazzi inseriti nel progetto.

La metodologia utilizzata, trasferisce l'esperienza attraverso le attività corporee e creative perché quello

è il linguaggio e il mezzo di espressione dominante dell'adolescenza. In queste condizioni, il giovane si trova contemporaneamente in una dimensione di ricerca emozionale e di condivisione, guidato da una persona che non vieta l'emozione-esperienza, ma gli propone un'avventura più esaltante da raggiungere: trovare se stesso usando il proprio corpo come potenziale di crescita.

### Progetto Adolescenti

**TARGET:** Giovani adolescenti consumatori di sostanze.

**ÉQUIPE DI PROGETTO:** Psicologa Spazio Giovani, Educatore SerT, Operatore di strada.

**COLLABORATORI:** Promeco, Area Giovani.

**INVIANI:** Scuola, Servizi sociali, Servizi sanitari, Autorità giudiziaria.

**METODOLOGIA:** Attività psico-corporee, Laboratori creativi, Esperienze educative e sportive.

**SEDE:** Accoglienza: Spazio Giovani. Operativa: Area Giovani.

### Lo specifico femminile

Si fa un gran parlare intorno alle donne. Tra garanzie istituzionali e pari opportunità, il loro ruolo sembra riconosciuto; non si tratta solo di formalizzare uguaglianze, ma di entrare più profondamente in un altro modo di sentire. Nonostante le donne siano per le loro specificità di genere, meno vulnerabili all'uso di sostanze, il quadro clinico della tossicodipendenza si presenta spesso più grave.

I punti di forza della specificità femminile sono la capacità di accudimento, di cura, il coraggio di fronteggiare situazioni emotive complicate, la perseveranza, la forza di sopportare il dolore. Nello stato di tossicodipendenza possono trasformarsi, schiacciati dal peso innaturale delle sostanze in un atteggiamento di rassegnazione passiva e ostinata.

Le donne vanno incontro a malattie più frequenti soprattutto legate principalmente alla sfera sessuale e procreativa raggiungendo più rapidamente una generale decadenza della salute.

Per loro abbiamo costruito percorsi di accompagnamento ai controlli medici specifici perché le donne diventano impermeabili nell'assurda convinzione di dover sopportare o resistere, o crogiolandosi nell'idea che non esista vera disponibilità a comprendere le ulteriori difficoltà connesse alla maternità.

Ecco perché i servizi si devono mettere in condizione di cogliere questa specificità con delicatezza e attenzione, con la capacità di ascoltare. Spesso è necessario accompagnarle anche fisicamente nel percorso sanitario, per valutare al meglio lo stato di salute e

al contempo attivarsi per la protezione dalle malattie sessualmente trasmesse, gravidanze indesiderate, dallo sfruttamento e dalla violenza.

Molte donne con partner sieropositivi accettano il rischio di contrarre l'Hiv a causa di un'idea distorta dell'onnipotenza dell'amore che dovrebbe proteggerle; altre per condividere l'intimità con il loro partner tossicodipendente, provano la droga e si ritrovano a perdere due volte: l'integrità fisica e il rapporto amoroso.

Per questo l'organizzazione dei SerT, la rete dei servizi e delle associazioni di volontariato, devono impegnarsi ad implementare quello che già esiste e costruire percorsi di cura e recupero intorno alle necessità delle donne e al loro speciale modo di vivere la malattia e il disagio sociale e personale.

### **L'ingresso nel Dipartimento di Salute Mentale**

Può essere un'ulteriore opportunità di approfondimento clinico per affrontare la complessità di una diagnosi da comporre più che una semplice somma di due diagnosi.

Accanto alla necessità di porre in atto rimedi farmacologici occorre la consapevolezza di avere di fronte una persona già provata da questa combinazione: l'effetto delle droghe e il disturbo psichico, spesso indistinguibili nell'espressione dei sintomi.

La capacità di confronto e di strutturare protocolli d'intesa basati su esperienze e saperi diversi, deve offrire una maggiore ricchezza di percorsi terapeutici e riabilitativi per non abbandonare il paziente a se stesso.

I professionisti esperti tossicologi e gli psichiatri dovranno trovare un terreno di confronto tecnico scientifico e l'applicazione clinica nella ricerca integrata in campo farmacologico dove molto c'è ancora da imparare.

### **Servizi di Prossimità**

Il profondo cambiamento degli stili di consumo avvenuto negli ultimi anni ha richiesto ai Servizi la capacità di trasformare le modalità tradizionali di approccio soprattutto nei confronti di un mondo giovanile difficile da interpretare nella sua complessità. Diventa quindi fondamentale l'esistenza di un Servizio di prossimità, voluto e formalizzato dalla direttiva Regionale, con la funzione di contrasto al consumo di droga e riduzione del danno. L'attività si svolge nei luoghi di vita delle persone, ed è questo che la rende capace di intercettare richieste di aiuto o semplicemente di ascolto, di promuovere informazione sui temi della salute e capace di organizzare eventi di aggregazione e sensibilizzazione rivolti alla comunità.

Questa è la modalità più originale che il servizio sanitario ha di interpretare il compito della prevenzione, riduzione del danno, promozione culturale sulla salute dei cittadini.

La presenza nei contesti relazionali in cui, si vivono

esperienze, si sperimentano comportamenti trasgressivi e pericolosi per l'uso di sostanze stupefacenti o alcol, è importante per attivare scambi e relazioni utili all'elaborazione di queste esperienze con momenti di riflessione in grado di dare senso ai comportamenti che si mettono in atto.

Caratteristica fondamentale della prossimità è proprio la capacità di saper "essere vicini" alle persone con un atteggiamento mai giudicante, aperto al confronto e privo di qualsiasi forma o atteggiamento di stigma.

Esiste una fascia di consumatori, sperimentatori soprattutto giovani, che per scelta o per difficoltà non si rivolge ai servizi ma che necessita comunque di risposte e di accompagnamento nelle scelte della vita.

L'esperienza diretta di contatto quotidiano con le diverse realtà giovanili porta gli operatori a riflettere sulla necessità di approfondire particolari contenuti che in molti casi sembrano non trovare spazi o modi per poter essere espressi ed elaborati. Tematiche come l'utilizzo ricreativo delle sostanze, le possibili visioni di un futuro sempre più incerto e imprevedibile, la difficoltà di riconoscere e dare significato alle esperienze e ai sentimenti, segnano in modo indelebile i racconti di vita dei giovani.

I contesti di intervento del Servizio di prossimità sono quindi diversi e molteplici, caratterizzati dalla flessibilità di orari e destinatari. Si interviene negli spazi pubblici, (parchi, piazze) nella strada soprattutto dove è presente marginalità sociale, nei luoghi del divertimento, nelle scuole. Si passa da interventi strutturati a semplici relazioni mordi e fuggi, utilizzando strumenti diversificati per tipologia e significato. Carta e penna, parola e corpo, videocamera, ed etilometro hanno lo scopo di avvicinare i nuovi interlocutori con competenza, discrezione e senza atteggiamenti preconcepiuti.

La presenza di un servizio di prossimità può esprimere le sue potenzialità tanto più efficacemente quanto più si inserisce in una rete che comprende i servizi di cura ma anche le associazioni e tutte le energie vive e positive che il territorio può esprimere.

### *I progetti specifici sviluppati nel 2009*

#### **VIDEOBOX**

Produzione di un video della durata di 30 minuti nel quale i giovani del territorio esprimono liberamente considerazioni e i punti di vista su tematiche quali: droghe, sesso, relazioni interpersonali, rapporto genitori figli, divertimento e stili di vita.

#### **DRINK OR DRIVE**

Progetto in collaborazione con Ascom per una campagna di sensibilizzazione contro la guida in stato di ebbrezza che prevede la produzione di 10000 tovagliette ad uso alimentare distribuite in 21 locali di Ferrara (pizzerie, ristoranti, trattorie, winebar).

### **INTERVENTO NEI LUOGHI DEL DIVERTIMENTO**

Interventi mirati a fornire un'informazione corretta rispetto agli effetti indotti dall'uso/abuso di sostanze psicoattive con particolare riguardo all'alcol ed alle droghe sintetiche. Test alcolemico gratuito. Promozione del guidatore di turno (BOB). Distribuzione di materiale informativo, preservativi, etilometri.

### **CIAK IL CARNEVALE SI GIRA**

Intervento di prevenzione al carnevale di Cento con realizzazione di video-interviste sul tema del divertimento e del carnevale.

### **FORMAZIONE OPERATORI DI SICUREZZA LOCALI**

Corsi di formazione destinati al personale di sicurezza sui nuovi stili di consumo mirati ad aumentare le competenze in materia di droghe e alcol e a migliorare la qualità degli interventi nelle situazioni di rischio

Creazione di un modulo formativo basato su incontri della durata variabile tra le 2 e le 4 ore con l'utilizzo di proiezioni, filmati, musiche e simulate.

### **INTERVENTI EDUCATIVI ENAIP**

Strutturazione di un percorso di 4 incontri di informazione e scambio sull'uso e abuso di sostanze, sulla sessualità, sui comportamenti a rischio e bullismo. Produzione di giochi interattivi di gruppo e proiezione di audiovisivi. Focus group.

### **PRODUZIONE VIDEO**

Produzione di 2 video che raccolgono campagne video nazionali e internazionali sulle droghe e sull'alcol.

## **Carcere**

I tossicodipendenti detenuti in carcere a Ferrara sono 140, sul totale della popolazione carceraria di 520 detenuti.

Naturalmente sono numeri poco stabili ma certamente da correggere in eccesso più che in difetto.

Il SerT ha tra i suoi compiti quello di garantire la continuità della cura, di promuovere i percorsi ria-

bilitativi sia per gli utenti residenti a Ferrara sia per quelli provenienti da altre province

Esiste un'équipe multidisciplinare che svolge la sua attività direttamente in carcere, in accordo con i progetti di riabilitazione da sviluppare nel servizio territoriale.

L'équipe del Servizio prende in carico tutti i detenuti che si dichiarano tossico-alcol dipendenti all'ingresso in carcere, indipendentemente dalla certificazione; permettendo una valutazione e una corretta impostazione della cura.

Il SerT si occupa anche di offrire, attraverso il lavoro degli psicologi un servizio di accoglienza ai nuovi giunti, con particolare attenzione alle prime carcerazioni soprattutto per quanto riguarda la prevenzione del rischio suicidiario.

Con l'entrata in vigore del DPCM 1/4/2008, che definisce le modalità del passaggio delle competenze in materia di salute all'AUSL, viene garantito a tutti i detenuti il principio di equità di trattamento. Inoltre gli operatori sono impegnati nel favorire la fruizione da parte dei detenuti tossicodipendenti di misure alternative alla detenzione territoriali o residenziali, con la realizzazione di specifici piani di prevenzione sia della ricaduta che della recidiva penitenziaria, con percorsi di uscita dal carcere guidata, in accordo con i SerT territoriali.

## **Conclusioni**

Dopo aver descritto la specificità degli interventi e il loro potenziale di innovazione, vorrei ricordare che tutte le attività del SerT sono state processate nel sistema di qualità fin dal 2003; questo ha consentito la messa a punto di procedure di controllo, di verifica, di valutazione e di revisione di tutti i processi che riguardano gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione svolti in ogni ambito delle attività del servizio. L'accreditamento istituzionale del 2007 ha ulteriormente migliorato la qualità degli interventi, rendendo tutto il sistema conforme agli standard regionali richiesti, sottoponendolo ai criteri di verifica sia da parte degli utenti che delle istituzioni.

## 4.3 I PERCORSI DIFFERENZIATI DELL'ACCESSO<sup>3</sup>

### Il sistema di cura psicologica

L'offerta di cura psicologica afferma la centralità della persona e l'esigenza di porre attenzione all'insieme delle problematiche che sottendono la richiesta di presa in carico in un servizio per le dipendenze patologiche.

Sin dal primo contatto viene messo a disposizione della persona e dei suoi famigliari l'ascolto come lettura dei bisogni, ascolto teso a decodificare le richieste esplicitate in un'ottica di individuazione delle peculiarità e di valutazione delle potenzialità del soggetto.

La costruzione di una relazione empatica nella gestione dei colloqui, unitamente alle competenze di tipo diagnostico dello psicologo, permette di effettuare una valutazione complessiva delle risorse, delle criticità del soggetto, del suo contesto di appartenenza, al fine di concordare un progetto personalizzato orientato al cambiamento.

### Livelli di intervento

Il lavoro psicologico si inserisce in una cornice culturale che caratterizza l'operato di tutto il servizio e nasce dalla necessità di coniugare interventi diversificati ricomponendoli in un prodotto articolato ed armonico che si svolge a tre livelli:

1. integrazione intraSerT: l'attività clinica dello psicologo fa parte del sistema di cura multidisciplinare che prevede lo stretto coordinamento tra le professionalità della sede operativa;
2. integrazione nel Sistema dei Servizi (SerT e Comunità Terapeutiche): gli psicologi presenti nei diversi contesti di intervento si interfacciano tra loro con l'obiettivo di garantire al paziente e ai suoi famigliari la continuità terapeutica e ottimizzare le reciproche competenze tecniche;
3. integrazione nel sistema allargato dei Servizi Territoriali: lo psicologo ricerca, sviluppa e attiva nella rete territoriale la molteplicità delle risorse a favore del paziente come supporto al lavoro clinico in corso.

### La rete

L'attività psicologica, oltre all'attività clinica strettamente intesa, che si esplica prevalentemente dentro al SerT, si effettua in contesti esterni quali servizi di prossimità (scuole, unità di strada) spazio giovani, carcere, centri antifumo, centri alcolologici, punti di ascolto presso altri servizi.

Gli psicologi che operano nei SerT sono psicoterapeuti qualificati e formati in differenti approcci me-

Fig. 1 Processo di intervento dello psicologo

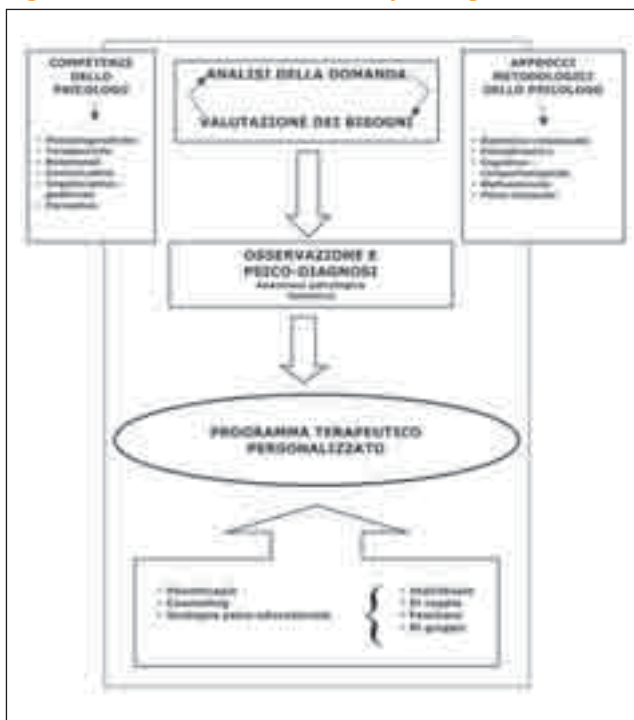


Fig. 2 Attività testistica

Attività testistica su soggetti con dipendenza da:	Alcol	Eroina e altre sostanze	Cocaina	Gap
<b>Test di personalità:</b>				
MMPI				
TCI				
<b>Test proiettivi:</b>				
RORSCHARCH				
<b>Scale:</b>				
CBA				
BDHI				
TAS 20				

todologici, pertanto può essere favorito l'invio del paziente o dei suoi famigliari ad altro collega per necessità specifiche di trattamento psicoterapico, superando la stretta logica distrettuale.

3. Il testo è stato redatto da R. Occhiali, R. Giovannini, G. Alberghina, B. Cocchi, C. Garuti, R. Sivieri, C. Veronesi, P. Giacometti, SerT Ausl di Ferrara

Fig. 3 Matrice della rete di competenze

	Alcol	Eroina e altre sostanze	Cocaina
<b>Counselling</b>			
Individuale			
Familiare			
Grupuale			
<b>Attività di sostegno individuale ad approccio:</b>			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			
<b>Attività di sostegno familiare ad approccio:</b>			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			
Sistemico			
<b>Attività di sostegno di gruppo ad approccio:</b>			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			
<b>Psicoterapia individuale ad approccio:</b>			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			
Sistemico			
<b>Psicoterapia familiare ad approccio:</b>			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			
Sistemico			
<b>Psicoterapia di gruppo ad approccio:</b>			
Cognitivo-comportamentale			
Dinamico			

	Gap	Tabacco
<b>Counselling</b>		
Individuale		
Familiare		
Grupuale		
<b>Attività di sostegno individuale ad approccio:</b>		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		
<b>Attività di sostegno familiare ad approccio:</b>		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		
Sistemico		
<b>Attività di sostegno di gruppo ad approccio:</b>		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		
<b>Psicoterapia individuale ad approccio:</b>		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		
Sistemico		
<b>Psicoterapia familiare ad approccio:</b>		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		
Sistemico		
<b>Psicoterapia di gruppo ad approccio:</b>		
Cognitivo-comportamentale		
Dinamico		

## 4.4 LA TERAPIA RIABILITATIVA SOCIALE<sup>4</sup>

L'assistente sociale e l'educatore sono le figure professionali, all'interno dei SerT, con le quali l'utente ha solitamente il primo approccio. Nel colloquio di accoglienza si raccolgono le prime fondamentali informazioni e si forniscono all'utente notizie sui servizi offerti e sulle procedure di accesso e di intervento del SerT.

La procedura in atto relativa all'accoglienza prevede che gli operatori, che hanno accolto la richiesta di aiuto, organizzino, mediante la programmazione dei colloqui successivi, l'iter di valutazione multidisciplinare.

Gli operatori interessati aggiungono alle specifiche formazioni di base le metodiche del colloquio motivazionale ormai condiviso come approccio prevalente nel sistema dei servizi del Programma Dipendenze Patologiche.

Le persone che accedono al servizio pubblico sono spesso riluttanti, quando vengono inviate da altri enti o soggetti (Prefettura, Organi Giudiziari, familiari, medici, ecc), o quantomeno ambivalenti rispetto al poter realizzare un cambiamento nei loro stili di vita.

L'obiettivo iniziale è quindi aumentare la motivazione intrinseca dell'utente, per far sì che l'adesione a un programma terapeutico-riabilitativo provenga dall'interno e non sia imposto solo dall'esterno.

Lo scopo è quello di aiutare gli utenti a costruire il coinvolgimento terapeutico necessario a raggiungere e mantenere nel tempo la decisione di modificare comportamenti in merito all'uso di sostanze d'abuso e a comportamenti disadattivi.

La comunicazione è improntata all'ascolto attivo e all'empatia, dirigendo tuttavia l'utente verso comportamenti non autolesivi, di presa di coscienza delle proprie problematiche e di valorizzazione delle proprie risorse.

"Come sostiene Kierkegaard, siamo fatti di potenzialità inespresse a cui è possibile dare esistenza: c'è qualcuno che ci interpella, che con la sua presenza, e nella libertà, ci accetta così come siamo con tutti i nostri limiti e, nonostante ciò, sceglie di scommettere su di noi, sulle nostre possibilità, su tutto quello che possiamo diventare"<sup>5</sup>.

La valutazione degli aspetti sociali ed educativi specifici si integra con la valutazione effettuata dagli altri operatori e permette di formulare progetti individualizzati. La valutazione sociale valorizza le risorse personali e della rete sociale dell'utente, ossia dell'insieme dei rapporti interpersonali che mantengono l'identità sociale e che possono costituire una

4. Il testo è stato redatto da L. Masi, M. Roncagli, S. Zanni, M. Faggioli, A. Dicara, M. Galletti, M.L. Bottoni, SerT Ausl di Ferrara  
5. L. Colaiani, Come le persone fronteggiano eventi inediti e inaspettati, in Animazione Sociale, n. 3/2004.

risorsa in termini di servizi, sostegno e supporto anche emotivo.

È specifico dell'Assistente Sociale e dell'Educatore professionale il lavoro sulla rete dei servizi del territorio; scopo di tale lavoro è quello di reperire le risorse disponibili ed aiutare l'utente ad usarle in modo appropriato.

L'Assistente Sociale e l'Educatore collaborano attivamente nella definizione dei programmi terapeutico-riabilitativi residenziali in Comunità, sia in fase di valutazione che di attivazione degli stessi.

Ruolo fondamentale degli operatori sociali è legato alla fase di reinserimento alla fine di tali programmi, in particolare attraverso lo strumento delle borse lavoro. Tali progetti sono personalizzati e orientati a un graduale e filtrato reinserimento nel mercato del lavoro.

In alcuni SerT territoriali le Assistenti Sociali si fanno carico di una pluralità di bisogni socio-assistenziali di alcuni pazienti con grave disagio sociale.

L'Assistente Sociale del SerT presso la Casa Circondariale di Ferrara, che fa parte di un'équipe multidisciplinare integrata, mantiene i rapporti con i SerT di residenza dei detenuti (anche Tossicodipendenti residenti fuori ambito provinciale), i legali, gli operatori del carcere, e con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE); effettua colloqui di valutazione e sostegno sociale finalizzati all'elaborazione di progetti terapeutico-riabilitativi in collaborazione con le altre figure professionali.

Compete all'Assistente Sociale e all'Educatore un importante ruolo all'interno dell'équipe nell'attivazione delle procedure per l'accesso al Servizio dell'utente sottoposto a misure di restrizione della libertà personale. L'Assistente Sociale in collaborazione con gli altri operatori di riferimento del caso, predispone attestazioni riguardanti il programma svolto presso il SerT, che l'utente utilizzerà a corredo dell'istanza di autorizzazione rivolta all'Autorità Giudiziaria competente. Gli ambiti di intervento dell'Assistente Sociale e dell'Educatore sono: il carcere e il territorio, le Prefetture, il Tribunale di Sorveglianza, l'UEPE, le Comunità Terapeutiche, le Scuole, l'Associazionismo, le Cooperative Sociali, i Centri di Formazione, gli altri servizi dell'Azienda Usl (in particolare l'area minori, la medicina legale, il Centro salute mentale e l'ufficio bilancio), i Comuni, l'Agenzia Servizi alla Persona, l'ACER, il Tribunale di Ferrara (Ufficio volontaria giurisdizione), i Centri per l'impiego.

### **I percorsi differenziati**

La crescente diffusione di uso di sostanze psicoattive tra i giovanissimi è una delle realtà con cui gli operatori dei SerT si sono confrontati.

È aumentato il numero di giovani (16/25 anni) segnalati dalla Prefettura ai sensi degli articoli 75 e 121 del D.P.R. 309/90.

Inoltre pervengono al SerT richieste da parte dei Servizi Sociali per i Minori di percorsi di valutazione per utenti minorenni affidati ai servizi minorili, con un progetto di messa alla prova.

Spesso l'operatore dell'accoglienza si trova di fronte a utenti che difficilmente riconoscono aspetti problematici nel loro rapporto con le sostanze psicoattive, in quanto vi è la tendenza tra i giovani a considerare normale l'uso di sostanze stupefacenti.

Per l'utenza giovane sono stati attivati percorsi differenziati garantendo l'accesso in giornate loro dedicate. Il SerT del Distretto Sud Est una volta alla settimana nella giornata del Mercoledì (dalle 8.00 alle 16.00), ha programmato specifiche attività di consulenza, valutazione e presa in carico per utenti nella fascia di età 16-25 anni.

Per quanto riguarda il Distretto Ovest l'educatrice del SerT convoca la fascia giovanile preferibilmente presso lo Spazio Giovani, servizio col quale è in atto una proficua collaborazione.

Particolare attenzione è stata posta all'accesso e ai primi colloqui rivolti a minorenni che vengono convocati assieme ai genitori o loro rappresentanti legali. L'intervento nei confronti dei minorenni spesso ha rilevanza educativa e preventiva già a partire dal primo colloquio.

Infatti accade che la segnalazione prefettizia spesso coincida con le prime esperienze di uso di sostanze e l'intero procedimento amministrativo nonché la segnalazione al SerT abbia già effetti dissuasivi.

In sede di primo colloquio si informa il giovane utente sul procedimento e sulla normativa; se minorenne al colloquio di accoglienza si richiede la presenza di almeno un genitore.

I colloqui successivi sono riservati al minore e hanno lo scopo di fargli acquisire una maggiore consapevolezza dei rischi legali, sociali e sanitari correlati all'uso o all'abuso di sostanze psicoattive.

Già nel secondo colloquio è prevista la presenza dello Psicologo di Spazio Giovani, durante il quale si propone un breve ciclo di colloqui di consulenza psicologica.

Tale percorso è disgiunto da quello che il minore effettua presso il SerT che sovrintende al percorso ai sensi dell'articolo 122 del D.P.R. 309/90.

Spazi di ascolto e di indirizzo vengono offerti anche ai familiari che esprimono il bisogno di ricevere informazioni sulla legislazione e sulle sostanze stupefacenti, di avere una consulenza rispetto al ruolo educativo e alle difficoltà di gestione delle delicate problematiche dell'adolescenza.

## INTERVENTI DIRETTI AGLI UTENTI IN REGIME CARCERARIO

**D**iscussione casi in équipe carcere, elaborazione progetti,  
**C**olloqui con pazienti tossico-alcolodipendenti detenuti per verifica delle risorse socio-familiari e della posizione giuridica al fine di poter fruire delle misure alternative alla detenzione,  
**G**estione rapporti con i SerT di residenza per i detenuti residenti fuori dalla provincia di Ferrara, gestione rapporti con Avvocati,  
**P**redisposizione dei programmi alternativi al carcere, contatti telefonici, relazioni e aggiornamenti periodici scritti;  
**T**ribunale di Sorveglianza, Carceri, Comunità;  
**C**olloqui di verifica dei programmi in regime di misura alternativa.

## ATTIVITÀ CORRELATE AD INTERVENTI SOCIO-RIABILITATIVI

**Attività di segretariato sociale:** casa, invalidità, formazione, lavoro, fruizione delle misure alternative, accompagnamento dell'utente in percorsi amministrativi inerenti la domanda di alloggio ERP, invalidità civile, assistenza domiciliare, pasti a domicilio, segnalazioni periodiche di situazioni di emergenza abitativa (predisposizione di relazioni, contatti col Servizio Sociale, Ufficio Abitazioni del Comune e Acer); segnalazione periodica di situazioni di indigenza per esoneri dal canone di affitto e dalle spese condominiali; riunioni mensili con l'ufficio disabili del Centro per l'Impiego per scambi d'informazioni ed eventuali segnalazioni e discussioni su casi.

**Colloqui di sostegno sociale:** colloqui motivazionali a sostegno del percorso terapeutico-riabilitativo; valutazione delle risorse e delle problematiche socio economiche; colloqui di preparazione e di verifica per i progetti di borse lavoro.

**Assistenza economica:** richieste mensili al Servizio Sociale, riscossione mensile contributi, registrazione, pagamenti utenze, monitoraggio budget di spesa, verifica periodica della cassa.

**Progetti borse lavoro:** reperimento risorse, incontri con aziende e cooperative, raccolta e compilazione documentazione, verifiche, gestione budget, raccolta mensile fogli di presenza, calcolo importi mensili delle borse lavoro, eventuale ritiro di borse lavoro quietanzate.

**Problematiche giuridiche:** gestione rapporti con istituzioni, U.E.P.E., avvocati in relazione agli utenti SerT.

**Programmi di inserimento in Comunità:** contatti con le strutture, relazioni per l'inserimento, verifiche periodiche, controllo e vidimazione fatture, monitoraggio spesa.

**Lavoro di rete:** contatti telefonici ed incontri con altre istituzioni, enti, volontariato, servizi coinvolti nei casi.

## 4.5 SOSTANZE D'ABUSO E LAVORO<sup>6</sup>

Gli effetti del consumo e/o abuso di sostanze psicoattive sulla sicurezza negli ambienti di lavoro, sulla qualità e i costi dell'attività lavorativa, sulla salute individuale e collettiva in termini di incidenti, infortuni e malattie professionali sono considerati rilevanti e negli ultimi anni risultano al centro dell'interesse e delle azioni delle diverse agenzie del mondo del lavoro e delle istituzioni preposte a garantire la sanità pubblica.

Il fine è quello di garantire la salute e sicurezza dei lavoratori e dei cittadini utenti che potrebbero essere esposti al rischio di incidenti gravi e mortali dovuti alla pericolosa condizione di alterazione psicofisica per assunzione di sostanze stupefacenti e/o alcool da parte degli stessi lavoratori.

La legge quadro 125/2001<sup>7</sup> in materia di alcool e problemi alcolcorrelati ha introdotto significative novità nel campo della sicurezza sul lavoro. In particolare l'art. 15 sancisce il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche nelle lavorazioni considerate a rischio<sup>8</sup>, introduce la possibilità di applicare l'art. 124 del TU DPR 309/90 per quei lavoratori affetti da patologie alcolcorrelate che intendano accedere ai programmi terapeutici di riabilitazione.

Le Regioni hanno da tempo avviato specifiche azioni per contrastare il fenomeno del consumo/abuso di alcool nei propri territori (Accordo Stato-Regioni del 29 marzo 2007 – PNAS), sottolineando altresì la validità dell'approccio di rete e la centralità del territorio come ambito in cui si manifestano le problematiche alcolcorrelate (Delibera Regionale del 6 Novembre 2006 n. 1533).

Su indicazione della Regione Emilia-Romagna è stato attivato presso l'Azienda USL di Ferrara un Progetto di prevenzione e fronteggiamento delle problematiche alcolcorrelate in aziende del settore pubblico e/o privato del territorio distrettuale Centro Nord, in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

Le stime sul fenomeno infortunistico (ILO, Organizzazione Internazionale del Lavoro) indicano che almeno il 10% degli infortuni sul lavoro riconoscono tra le possibili cause una assunzione "incongrua" di alcool (anche singolo e occasionale episodio di consumo erroneamente valutato come innocuo sulla propria performance).

Il binomio "consumo di bevande alcoliche e sicurezza nei luoghi di lavoro" è un tema di stretta attualità nella realtà produttiva ferrarese, caratterizzata da una significativa presenza di attività a rilevante rischio di

6. Il testo è stato redatto da E. Ferraris SerT Copparo, F. Catera SerT Sud Est

7. Legge 125/2001. "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati", GU 18 Aprile 2001, n. 90.

8. Atto all'Intesa Stato-Regioni del 16 Marzo 2006 in materia di "individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche", ai sensi dell'art. 15 L. 30.03.2001, n.125.

infortuni sul lavoro (comparto delle costruzioni, metalmeccanico, chimico e dei trasporti).

Il progetto avviato a Ferrara, con attiva collaborazione tra Servizio per le Dipendenze Patologiche e il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL), ha confermato che il luogo di lavoro – dove i comportamenti individuali possono avere conseguenze sulla sicurezza e sulla salute propria e di altri - può costituire un setting particolarmente favorevole per progetti ed azioni di promozione della salute perché:

- esiste un rapporto diretto tra consumo di alcool/prestazioni psico-fisiche durante il lavoro (incidenti/infortuni, assenze per malattia, minori capacità lavorative, problemi personali e familiari, costi economici per l'azienda e per la comunità);
- gli interventi attuati si ripercuotono favorevolmente non solo nell'azienda ma anche nella vita familiare e sociale, moltiplicando i benefici delle azioni intraprese;
- la popolazione dei lavoratori rappresenta pienamente la popolazione dei consumatori di alcool.

Tra i dati di maggiore interesse della ricerca-intervento condotta negli ambienti di lavoro della AUSL di Ferrara è emerso che:

- a. il consumo di bevande alcoliche è ancora presente tra i lavoratori, verosimilmente nelle ore che precedono l'attività lavorativa;
- b. è necessario supportare quadri, RSU, RLS, RSPP e medico competente nella delicata fase di intervento su eventuali casi problematici;
- c. le azioni di prevenzione alcolologica non devono rimanere interventi episodici;
- d. per elevare l'efficacia degli interventi preventivi occorre il coinvolgimento dell'intero sistema dei servizi pubblici e privati e delle associazioni.

È in questa cornice di riferimento che i progetti già elaborati e quelli in fase di realizzazione, a supporto dell'applicazione della normativa vigente, mirano a creare nei lavoratori, nel mondo delle imprese, nei rappresentanti di categoria una maggiore percezione del rischio aggiuntivo che l'alcool rappresenta nella realtà lavorativa e, di conseguenza, ad adottare comportamenti corretti nell'interesse del singolo e dell'Azienda stessa.

Nell'ottica di prevenzione e riduzione degli infortuni in ambito lavorativo derivanti dall'assunzione di sostanze psicoattive, merita di essere ricordato il Provvedimento di Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome<sup>9</sup>, che disciplina la materia relativa all'accertamento preventivo-periodico di assenza di tossicodipendenza per i lavoratori che svolgono mansioni che comportano "particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi". Si tratta per lo più

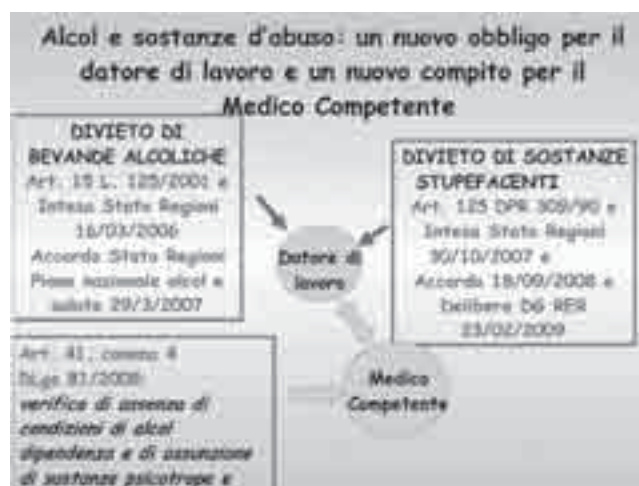
di lavoratori addetti alla conduzioni di veicoli stradali e di vari mezzi di trasporto aziendali (movimentazione terra e merci).

Il provvedimento si propone di:

- assicurare una efficace prevenzione degli infortuni e degli incidenti con la immediata sospensione temporanea dell'idoneità per tali delicate mansioni del lavoratore risultato positivo agli accertamenti tossicologici;
- favorire il recupero della tossicodipendenza del lavoratore, avviandolo verso idonei programmi di riabilitazione al termine dei quali sarà possibile la riammissione alle precedenti mansioni.

Tale accordo si rivela di estrema importanza pratica, in quanto consente sul piano operativo ai Medici Competenti delle Aziende di porre in essere l'attività di sorveglianza sanitaria specifica, sia preliminarmente all'assegnazione della mansione, sia periodicamente nel corso dello svolgimento del rapporto di lavoro, come previsto dall'art. 41, comma 4 del D.Lgs 81/2008 Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro: "Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite... sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcool dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti".

È auspicabile che tale sistematica azione di sorveglianza sanitaria, oltre ad essere un deterrente all'assunzione anche saltuaria di sostanze stupefacenti che possono compromettere l'idoneità psicofisica del soggetto, contribuisca, sotto il profilo della sicurezza del lavoro, a prevenire efficacemente il verificarsi di infortuni gravi e/o mortali durante lo svolgimento di attività ritenute particolarmente pericolose per l'incolumità del lavoratore stesso o di terzi.



La Regione Emilia-Romagna, con DGR 23/02/2009, ha recepito i dettami contenuti nell'Accordo Stato-Regioni, fornendo indicazioni alle Aziende sanitarie della Regione al fine di attivare le procedure diagno-

9. Provvedimento 30 ottobre 2007. Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano "Intesa ai sensi dell'art. 8 comma 6 della L. 5 Giugno 2003, n.131" (G.U. n. 266 del 15.11.2007 e successivo Accordo Stato-Regioni atti n.178 del 18/09/2008).

stico e medico-legali previste per la verifica di assenza di condizioni di assunzione di sostanze psicotrope (modalità di prelievo, conservazione e custodia dei campioni, tecniche analitiche), garantendo contestualmente condizioni di affidabilità dei controlli e tutela per i lavoratori.

L'Azienda USL di Ferrara (Protocollo n. 27001 del 25/03/2009) si è attivata per espletare gli adempimenti procedurali previsti dal DGR 170/2009, individuando i laboratori provinciali in possesso di autorizzazione all'esercizio come titolari per l'esecuzione

degli esami tossicologici di screening (metodiche immunochimiche) e di conferma (metodica cromatografica in fase gassosa e in fase liquida accoppiata a spettrometria di massa-GCMS o LC/MS) come richiesto nell'articolo 4.

Gli accertamenti clinici di 2° livello da parte dello Specialista SerT avranno effettiva operatività nel momento in cui l'Azienda USL di Ferrara fornirà precise indicazioni sui laboratori accreditati per l'esecuzione degli esami tossicologici di screening e di conferma: l'apertura dello Sportello Unico Provinciale (CUP).

#### **Bibliografia**

1. C. Annovi, R. Biolcati, R. Di Rico, Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro, Franco Angeli, 2006.
2. Indagine ISTAT 2007, L'uso e abuso di alcol in Italia.
3. Sistema di sorveglianza PASSI, Sintesi del rapporto nazionale 2007.
4. R. M. Pavarin, A. Mosti (a cura di), Alcol e alcolismo in Emilia-Romagna, Clueb, Bologna, 2009.



## 5. LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

### 5.1 PREMESSA<sup>1</sup>

Il problema della dipendenza presenta una complessità tale da richiedere una lettura comprensiva di diversi aspetti: *fisico*, per il quadro sintomatico e le patologie ad essa correlate, *comportamentale*, per la tendenza a un agito spesso irrazionale determinato dalla necessità di dare risposta immediata a bisogni ed emozioni, psicologico, per la perdita di contatto con sé e per la coesistenza di aspetti adattivi disfunzionali, *relazionale*, per la distorsione e la compromissione dei rapporti con gli altri infine sociale, per le problematiche legali, la perdita di competenze lavorative e per l'isolamento che lo stile di vita della persona, con problemi di dipendenza spesso presenta.

Questa la rappresentazione della tossicodipendenza come fenomeno complesso che emerge dalle interviste rivolte ai referenti delle sei Comunità Terapeutiche presenti nella Provincia di Ferrara. Tali strutture sono accreditate conformemente alle direttive della Legge Regionale n. 34/1998, che le distingue tra strutture residenziali a tipologia pedagogico-riabilitativa (Comunità Papa Giovanni XXIII); terapeutico-riabilitativa (Comunità "Il Timoniere", Saman "Le Muraglie" e "Il Ponte"); strutture residenziali specialistiche madre-bambino (Fondazione Exodus "La Casa di Carlotta") e strutture residenziali specialistiche di osservazione e diagnosi (Centro di Osservazione Diagnostica "L'Airone").

Ciascuna di queste realtà, pur partendo da differenti presupposti teorici e metodologici, rappresenta una risposta altrettanto puntuale al fenomeno delle dipendenze. Ogni Comunità si struttura come contesto di trattamento, finalizzato ad attivare e promuovere percorsi di allontanamento dalla sostanza e di cambiamento dello stile di vita ad essa collegate. La mission di queste Comunità è orientata a ripristinare l'equilibrio bio-psico-sociale dei pazienti, ricostruendo via via spazi progressivamente più ampi di autonomia e di responsabilizzazione. È la residenzialità a consentire la presa in carico globale della persona con problemi di dipendenza e a rappresentare il principale fattore di intervento. La vita comunitaria,

partendo da un recupero fisico, ricompono la dimensione spazio-temporale della quotidianità, preparando alla riacquisizione del proprio equilibrio interiore e alla definizione di un nuovo progetto di vita.

Le Comunità diventano così contesti protetti di sperimentazione e di messa in discussione di sé e delle proprie scelte, conservano una natura provvisoria rifiutando quelle caratteristiche totalizzanti di isolamento dei modelli residenziali tradizionali<sup>2</sup>, per inserirsi nel territorio, creando un rapporto dialettico con altri servizi e strutture e quindi preparare percorsi di inserimento nella società.

Ciascun programma terapeutico proposto, tenta di realizzare il cambiamento possibile della persona, non aspira a una rifondazione della sua identità attraverso l'adesione coercitiva a comportamenti e valori precisi, come nelle Comunità classiche<sup>3</sup>. Sono programmi terapeutici complessi, differenziati, personalizzati, una risposta al mutamento dei consumi, alla multi-problematicità della tossicodipendenza, alle caratteristiche individuali, alle problematiche relazionali che manifesta.

La Comunità si specializza nella combinazione di osservazioni diagnostiche, terapie psicologiche, farmacologiche, in associazione agli interventi relazionali ed educativi. Sono le équipes multidisciplinari, attraverso l'apporto sinergico di psicologi, educatori professionali e operatori sociali<sup>4</sup>, a formulare progetti residenziali e a condividerli con l'utente e i suoi famigliari.

Il percorso riabilitativo, indipendentemente dalla tipologia di Comunità come precedentemente definite, si snoda in tre fasi: l'accoglienza, la residenzialità e la fase di reinserimento. La prima coincide con la presa in carico dell'utente, la valutazione delle caratteristiche di personalità, la costruzione della motivazione al cambiamento, attraverso la presa di coscienza della problematicità della propria situazione.

Questa fase di ingresso ha una funzione di contenimento, è dedicata al recupero dell'equilibrio fisico, anche attraverso supporti farmacologici e alla regolamentazione di ritmi vita che creano le basi per intraprendere il progetto riabilitativo della seconda fase residenziale.

1. Il testo redatto da I. Vaccari, Centro Servizi per il Volontariato, riporta alcuni risultati emersi dall'analisi qualitativa delle interviste rivolte ai referenti delle Comunità Terapeutiche. Per la metodologia dello studio si rimanda al cap. 6.
2. E. Goffman, Stigma, L'identità negata, Laterza, Bari, 1970.
3. E. Martino, G. Magliaro, Le comunità terapeutiche e le strategie di intervento, in Salvini et al., Droghe. Tossicofilie e tossicodipendenze, Domeneghini, Padova, 2002.
4. Figura professionale specializzata nel lavoro delle dipendenze riqualificata da corsi regionali.

La strutturazione delle giornate è scandita da regole e orari precisi per i pasti, il lavoro e il tempo libero. La condivisione di spazi e di attività in comune, creano un immediato contesto sociale, attraverso cui la persona recupera la capacità pratica di rispondere alle esigenze vitali in una situazione di convivenza. Colloqui e gruppi educativi definiscono la dimensione relazionale in cui si elabora la quotidianità. La figura dell'educatore guida l'organizzazione della vita comunitaria e facilita i rapporti tra gli utenti oltre a favorire il confronto e la condivisione di esperienze comuni.

Percorsi più interiori di individuazione e integrazione della propria identità, procedono poi in parallelo. Il sostegno psicologico e colloqui di psicoterapia, favoriscono il recupero del contatto con se stessi, l'elaborazione dei propri problemi consolidando la motivazione al cambiamento.

Un cambiamento che si delinea anche nell'assunzione di responsabilità e nello sviluppo di competenze lavorative via via più complesse: dalla gestione della casa, cura degli spazi comuni e degli animali, manutenzione degli edifici, fino allo svolgimento di mansioni complesse che richiedono abilità specifiche, spendibili nel mondo del lavoro. Le attività di ergoterapia sono funzionali anche alla ricostruzione della propria identità sociale.

L'ultima fase post-residenziale conclude il percorso riabilitativo orientando l'utente verso altre strutture riabilitative o preparandone l'ingresso nella comunità, attraverso percorsi di orientamento lavorativo e formativo.

Le fasi generali di tale percorso residenziale, si declinano in maniera specifica, in ciascuna tipologia di Comunità, distinguendo *modelli di intervento* prevalenti dovuti a diverse combinazioni tra l'approccio educativo, psicologico e socio-sanitario.

La Comunità "Papa Giovanni XXIII", declina il proprio approccio pedagogico-riabilitativo in un *modello educativo* prevalente. La mission che informa questa struttura si ispira a una filosofia di vita in cui, il disagio, legato alla dipendenza, viene affrontato in ogni sua manifestazione sostenendo la persona nel percorso verso una condizione di reale autonomia. La dipendenza si trasforma in condizione di vita da ridefinire attraverso la relazione educativa che si definisce nel percorso terapeutico dell'utente. Nella fase residenziale la figura dell'educatore è guida e supporto nell'organizzazione della vita quotidiana e nella ridefinizione di un percorso di maturazione parallelamente sostenuto dal counseling psicologico.

Nella fase post-residenziale, al termine del trattamento, il ruolo dell'educatore acquisisce una funzione "genitoriale", dando continuità al percorso riabilitativo in altre strutture residenziali dell'Associazione.

Nelle Comunità Terapeutico-Riabilitative: "Il Timonie-

re", "Saman Le Muraglie", "Il Ponte", metodi educativi si affiancano e si integrano a un *modello psicologico* che pone al centro le caratteristiche di personalità e il sistema di relazioni familiari. Il counseling, la psicoterapia e i gruppi terapeutici sono finalizzati alla comprensione della funzione simbolica della sostanza, alla messa in discussione di pattern relazionali disfunzionali, alla destrutturazione delle difese, a elaborare la difficoltà di astensione, al riconoscimento degli stati anticipatori della ricaduta e al sostegno del percorso di recupero.

La presa in carico della famiglia si traduce in colloqui di sostegno in spazi dedicati all'elaborazione della problematica, alla valorizzazione delle risorse del sistema familiare e alla ridefinizione dei rapporti con l'utente.

Nella "Casa di Carlotta", specializzata nella presa in carico di madri e dei loro figli, la vita comunitaria, attraverso l'integrazione di strumenti educativi e psicologici, è incentrata non solo al superamento della condizione di dipendenza, ma al recupero della funzione genitoriale e alla promozione del benessere del bambino.

*Modelli psico-educativi* informano questa Comunità strutturando percorsi di recupero parallelamente finalizzati alla riabilitazione e alla ridefinizione della propria identità di genitore, in un percorso di crescita permanente di educazione al valore della vita e di emancipazione.

Il Centro di Osservazione Diagnostica (COD) "l'Airone" è una struttura residenziale specialistica finalizzata alla gestione delle crisi e alla rivalutazione diagnostica. Si distingue dalle altre strutture per una decisa caratterizzazione sanitaria sostenuta da interventi in campo educativo e psicologico. Diversamente dalle altre Comunità si avvale di un'équipe multidisciplinare con prevalenza di professionalità sanitarie.

Il COD accoglie, per periodi brevi, utenti che manifestano, in associazione al problema della dipendenza, altre psicopatologie, finalizzando il proprio intervento, alla valutazione diagnostica, alla disintossicazione, al recupero fisico e al monitoraggio della generale condizione sanitaria. Le attività quotidiane sono commisurate al forte stato di compromissione degli utenti e sono orientate a ristabilire un funzionamento di base per indirizzare successivamente i pazienti a programmi più articolati.

## 5.2 LE STRUTTURE PEDAGOGICO-RIABILITATIVE

### Comunità "Papa Giovanni XXIII"<sup>5</sup>

Per comprendere la realtà profonda della Comunità

5. Il testo è stato redatto da M. Alleati, Responsabile Comunità Papa Giovanni XXIII di Denore.

Papa Giovanni XXIII<sup>6</sup> bisogna necessariamente rifarsi all'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, che è un Ente Ecclesiastico di Diritto Pontificio, giuridicamente sorto nel diritto canonico e riconosciuto nel diritto civile italiano con Decreto del Presidente della Repubblica. L'Associazione è l'ente madre, da cui bisogna partire per capire la genesi e l'evoluzione di tutte le ragioni sociali che da essa sono promosse, sostenute e collegate. Tutte le ragioni sociali nate dall'Associazione, sono poi legate in un consorzio denominato Consorzio Condividere Papa Giovanni XXIII, proprio per sottolineare con forza la visione unitaria e il collegamento esistente tra tutte le ragioni sociali appartenenti al "Gruppo Papa Giovanni". Ogni ragione sociale è autonoma legalmente, fiscalmente e organizzativamente, ma tutte si ispirano e rispondono a un'unica visione d'insieme che ha la propria origine nell'Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII".

La visione dell'albero rende in una figura plastica l'organizzazione del gruppo: le radici sono il Vangelo e la Chiesa Cattolica, il tronco è l'Associazione, i rami sono le varie entità giuridiche da questa promosse nel corso degli anni per meglio rispondere ai bisogni delle persone. Per comprendere quindi il "ramo" "Comunità Papa Giovanni XXIII", bisogna partire dal "tronco" Associazione Papa Giovanni XXIII.

L'Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII" è un Ente Ecclesiastico di fede cattolica civilmente riconosciuto. Gli obiettivi che la Comunità e i suoi membri si prefiggono sono: l'accoglienza, l'assistenza, la cura, la tutela ed il reinserimento sociale, di persone in difficoltà ed emarginate, attraverso la pedagogia della condivisione diretta e quotidiana della vita. Questa modalità si è evoluta fino a dar vita, alla fine dell'anno 1989, a una specifica ragione sociale appositamente votata al recupero delle persone affette da dipendenza patologica: la Comunità Papa Giovanni XXIII Cooperativa Sociale<sup>7</sup>.

Si tratta di una comunità pedagogica a carattere sociale, il cui obiettivo principale è il contenimento di situazioni di crisi o di grave rischio. Nel periodo di permanenza degli utenti in struttura si attivano strategie per motivarli a intraprendere un percorso finalizzato all'interruzione dell'uso di sostanze stupefacenti. Per questo diventa anche spazio motivazionale, luogo in cui la persona può elaborare, non subendo la pressione di fattori stressanti esterni quali "la piazza" o amici inopportuni, una strategia per il proprio futuro.

Durante la permanenza, con gli operatori di riferimento si costruisce, nel rispetto dei tempi dell'utente, un percorso per migliorare la sua qualità di vita, la ricostruzione della propria dignità e per creare le

basi per un eventuale percorso di recupero.

La Comunità Papa Giovanni XXIII ha come finalità l'impegno di condividere la vita delle persone in situazione di disagio personale, per qualsivoglia causa, affiancandosi ad esse per sostenerle in un cammino di piena realizzazione e di sviluppo delle loro capacità individuali.

L'esperienza realizzata nel corso di questi 20 anni dimostra che la situazione socio-familiare di provenienza degli utenti dei nostri percorsi riabilitativi è estremamente diversificata: in alcuni casi è presente una realtà familiare adeguata, vitale, in altri se ne può notare la pressoché totale mancanza. Sempre più ampio è poi il range di oscillazione dell'età anagrafica nonché delle caratteristiche di personalità di quanti vengono accolti nelle diverse strutture terapeutiche.

Queste e altre considerazioni evidenziano la necessità di personalizzare e quindi differenziare in maniera rilevante i percorsi riabilitativi. In particolare al termine del programma, nella fase di reinserimento e ritorno alla vita sociale normale, emergono nuovi e pressanti bisogni ai quali va data una risposta adeguata. È la fase più delicata perché la persona deve ricominciare a muoversi in piena autonomia, a mettere in pratica i valori e a utilizzare gli strumenti forniti durante il percorso di recupero, senza che, il ruolo rassicurante dell'ambito terapeutico, lo sostenga direttamente. Diverse persone, in questa delicata fase, necessitano, pur avendo terminato con esito positivo il percorso riabilitativo, di ulteriori forme di sostegno, di accompagnamento e di affiancamento per raggiungere un grado adeguato di autonomia individuale. A volte, ciò è determinato da situazioni particolari di difficoltà personale oppure dalla carenza di risposte sociali o familiari provenienti dalla realtà d'origine. Diventa perciò necessario, anche per non vanificare tutto il lavoro svolto in precedenza, tenendo sempre conto delle differenti situazioni individuali, prevedere la possibilità di inserimento in strutture residenziali specifiche.

Tali strutture realizzano un mix di autogestione e di supervisione, di autodeterminazione dei protagonisti e di forte presenza di figure educative con ruoli di sostegno, richiamo, stimolo, indirizzo, di libera adesione e di accettazione incondizionata del progetto educativo predisposto e delle sue regole. Il programma educativo specifico per queste strutture è strettamente derivato dal progetto globale e dalla metodologia utilizzata dalla Comunità Papa Giovanni XXIII per il recupero delle persone dalle dipendenze patologiche. La sede operativa di Denore (FE) ha elaborato alcuni progetti di strutture satellite a supporto della comunità, in particolare per percorsi post-co-

6. Cooperativa sociale a r.l.

7. La sede operativa di Denore è situata nel comune di Ferrara - Località Denore, Via Massafiscaglia n° 434.

munità e in alcuni casi anche per utenti durante la fase finale del programma terapeutico.

*L'Appartamento "Casa della Vita"* è gestito dalla Comunità Papa Giovanni XXIII<sup>8</sup> di Rimini.

Si tratta di una struttura di tipo residenziale che offre la possibilità di inserimento a persone che hanno terminato il proprio percorso riabilitativo con esito positivo presso le strutture terapeutiche della Comunità Papa Giovanni XXIII, o in fase di reinserimento sociale. L'obiettivo della permanenza è di fornire ai singoli utenti un periodo di consolidamento delle abilità personali recuperate durante il percorso riabilitativo e di incrementare il livello di autonomia raggiunto. La permanenza ha come requisito fondamentale quello di realizzare un percorso di avviamento e formazione alle abilità, alle responsabilità, alla cultura del lavoro unito alla capacità di provvedere a se stessi in modo autonomo. Tale percorso deve essere proposto e concordato preliminarmente con gli operatori ed i responsabili della Comunità Papa Giovanni XXIII al momento dell'ammissione, nonché con gli operatori del Servizio inviante.

*La Casa Famiglia "Casa di Nazaret"*<sup>9</sup> è una delle realtà più originali nate dall'esperienza dell'Associazione, una vera famiglia allargata, che si distingue dalle normali strutture residenziali (istituti, case di riposo, gruppi-appartamento) per la presenza di membri dell'Associazione che scelgono di diventare stabilmente, 24 ore su 24, padre e madre, fratello e sorella di persone temporaneamente o definitivamente prive di un ambiente familiare idoneo: portatori di handicap, bambini e adolescenti in difficoltà, ragazze madri con i loro bambini, ex detenuti, persone con problemi psichici, etilisti, ex prostitute, barboni, ex tossicodipendenti.

Le figure di riferimento gestionale diventano così figure genitoriali e svolgono la funzione paterno/materna. Esse possono essere coadiuvate anche da volontari a tempo pieno o da persone in Servizio Civile Volontario. Nella casa famiglia si supera il rapporto operatore/utente, in quanto tra chi accoglie e chi viene accolto si creano rapporti di tipo parentale basati non sul legame biologico, ma su una scelta di amore libera e consapevole costantemente alimentata dalla vita di fede e di preghiera.

La Casa Famiglia "Casa di Nazaret" è gestita dall'Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII di Rimini"<sup>10</sup>, che svolge il ruolo di controllo e sostegno, unico riferimento giuridico e direzionale dell'attività svolta. L'intensa collaborazione fra l'Associazione e la Cooperativa con la Casa Famiglia della Comunità Tera-

peutica di Denore offre la possibilità di inserimento per persone che hanno terminato il proprio percorso riabilitativo con esito positivo o in fase di reinserimento sociale. Per questi soggetti viene valutata la possibilità di sperimentare un ambiente a carattere familiare, che permette rapporti umani più stretti, ma più liberi, di quelli possibili nel contesto della comunità terapeutica. La famiglia è composta da 2 coniugi che già collaborano nel settore della tossicodipendenza presso la sede di Denore e per questo possono dare continuità al programma terapeutico svolto in comunità nel senso di consentire la stabilizzazione dei risultati ottenuti.

### 5.3 LE STRUTTURE TERAPEUTICO-RIABILITATIVE

#### Comunità "Il Timoniere"<sup>11</sup>

La Comunità Terapeutica "Il Timoniere" si trova a S. Giustina, una piccola frazione del comune di Mesola. È nata nei primi anni '90, in risposta alle problematiche tossicomane emerse nel territorio, come centro di accoglienza del Ce.I.S. di Ravenna, abbracciando fin da allora la filosofia del Progetto Uomo. Questo progetto prevedeva un programma terapeutico che sviluppasse una crescita cosciente della persona mediante una condivisione delle problematiche e una reciproca solidarietà nella responsabilità delle scelte individuali.

Dal 29 novembre 1999 la Comunità è diventata una realtà territoriale autonoma conseguendo l'accreditamento istituzionale il 28 novembre 2007.

Dopo alcuni anni di lavoro terapeutico con i tossicodipendenti, si è manifestata la preoccupante emergenza di un altro problema di proporzioni rilevanti: l'alcol, non solo come sostanza sostitutiva all'uso degli oppiacei, ma anche come elemento d'uso primario con un progressivo e crescente numero di invii e di richieste da parte dei SerT territoriali. Ciò ha spinto gli operatori a svolgere un'approfondita analisi della problematica e a iniziare uno specifico percorso di formazione del personale che, in collaborazione con gli operatori del SerT, ha portato nel 2007 all'apertura sul territorio, di un punto d'incontro ACAT<sup>12</sup>, a Mesola.

La struttura offre la possibilità, di svolgere un programma terapeutico finalizzato alla revisione delle condotte disfunzionali conseguenti all'assunzione di alcol e un approfondimento dei fattori di personalità ad esso connessi. Gli inserimenti avvengono su invio del SerT di riferimento anche in regime di arresti domiciliari.

8. Coop. Sociale a r.l. con sede legale a Rimini in Valverde n. 10/b.

9. Con sede a Copparo (FE) in via Gran Linea n. 35.

10. Con sede legale a Rimini in Via Mameli n.1.

11. Il testo è stato redatto da V. Pastorello e M. Orioli, Psicoterapeuti della Comunità Il Timoniere.

12. Associazione Club Alcolisti in Trattamento.

L'esperienza di anni di lavoro ha permesso di riconoscere, quale momento educativo e riabilitativo fondamentale, a fianco delle attività psico-educative, anche l'attività lavorativa come elemento fondamentale per riacquistare fiducia nelle proprie capacità, per rivalorizzazione l'identità personale e acquisire capacità di collaborazione con gli altri ospiti della comunità. Ogni persona può sperimentarsi in attività sempre diverse e in sintonia con i propri limiti, fisici e/o psichici, nel contesto della fattoria didattica. Qui sono presenti serre per la coltivazione di ortaggi, fiori, orti e campi all'aperto per coltivazioni estensive. Esiste inoltre la possibilità di accudire animali da cortile e di lavorare nelle stalle con suini, asini, capre, pecore e conigli. La Comunità ha avviato da anni una macelleria, gestita da utenti in fase di reinserimento e da un operatore esterno, dove è possibile acquistare carni e insaccati di produzione e lavorazione propria.

Anche i pasti della giornata vengono preparati da ospiti della struttura nell'ottica di una corresponsabilità nella conduzione delle singole attività giornaliere.

Accanto all'attività lavorativa risultano fondamentali, per lo svolgimento del programma, la partecipazione attiva e costante ai gruppi terapeutici e ai colloqui individuali con gli operatori. Un ruolo importante rivestono anche le uscite per attività esterne.

*Il Progetto Terapeutico Riabilitativo per la Dipendenza da Alcol.* Dall'osservazione clinica quotidiana e dal raffronto con quanto presente in letteratura, è emersa l'esigenza di affrontare la problematica dell'alcolismo secondo *patterns* specifici d'intervento che risultino più brevi come durata rispetto ai normali programmi terapeutici per tossicodipendenti e in forte collegamento, a partire già dalla fase residenziale, con strutture territoriali professionali e non professionali.

Il progetto si struttura sulle più recenti conoscenze e modalità d'intervento nelle problematiche di dipendenza da sostanze in linea con il modello della prevenzione della ricaduta, emerso dai lavori di Gordon Marlatt<sup>13</sup>. Visto che solo una parte dei pazienti, dal 20 al 50 per cento riesce a modificare in modo radicale il proprio comportamento, l'episodio della ricaduta rappresenta la regola piuttosto che l'eccezione. Si evince quindi l'importanza di inquadrare la medesima all'interno di un normale processo caratterizzante la ciclicità del problema della dipendenza e non come un evento isolato.

Gorski, Kelley e Havens<sup>14</sup> infatti, sostengono che la ricaduta è "quel processo del divenire incapace di

fronteggiare il quotidiano senza l'uso delle sostanze", il suo ciclo inizia molto prima che la persona faccia uso della sostanza ed è spesso identificata da segnali quali modificazioni nel comportamento, nei pensieri e nelle emozioni. È quindi importante per le persone imparare a riconoscere i propri segnali ed essere capaci di implementare velocemente delle strategie efficaci<sup>15</sup>.

La ricaduta può essere concepita come momento di accrescimento delle risorse personali e consapevolezza delle difficoltà da affrontare. È necessario che tale "caduta" sia estremamente limitata e vi sia nel più breve tempo possibile una interruzione dell'uso di sostanze per evitare la completa perdita del controllo e la comparsa dei sintomi dell'assuefazione e al peggioramento del quadro clinico.

Difficilmente tali episodi di ricaduta vengono attribuiti dal soggetto a specifici schemi cognitivi disfunzionali o a carenze nelle capacità di fronteggiare situazioni critiche, ma al contrario si ha la tendenza ad attribuire tali episodi a situazioni circoscritte, a eventi potenzialmente controllabili e, nella maggior parte dei casi, a episodi di circostanza. All'interno di tale approccio, assieme al paziente, si prevede una valutazione delle difficoltà intercorse che non hanno permesso la messa in atto di comportamenti alternativi, fra i quali anche la richiesta d'aiuto e la pianificazione concordata delle strategie da utilizzare per impedire la ripresa dell'uso di droghe.

Il programma d'intervento è stato pensato per persone che mostrano difficoltà ad essere "trattate" sul territorio e con scarsa motivazione al cambiamento. Spesso gli utenti che si rivolgono ai Servizi per un inserimento in Comunità, hanno accanto famiglie assenti o poco collaborative, ripetuti tentativi di astensione dall'alcol e numerose ricadute alle spalle. Con una certa frequenza si presentano persone con disturbi mentali e turbe del comportamento o persone con situazioni di grave disagio sociale.

In seguito a un colloquio conoscitivo e dopo aver concordato l'ingresso con il servizio competente, la persona viene inserita in una fase di accoglienza della durata variabile di 1 o 2 mesi, da definire in base alle condizioni fisiche e psicologiche. È fondamentale che durante questo periodo l'ospite rispetti e assuma con regolarità l'eventuale terapia farmacologica e che riprenda buone abitudini alimentari. In questa prima fase si sviluppa un percorso di osservazione e diagnosi al fine di proporre uno specifico progetto terapeutico personalizzato.

Successivamente si lavora con l'utente affinché prenda coscienza della difficoltà del rimanere sobrio

13. G.A. Marlatt, J.R. Gordon, *Relapse Prevention*, Guilford Press, New York, 1985.

14. T. T. Gorski, J. M. Kelley, L. Havens, *An overview of addiction, relapse, and relapse prevention*, in *Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender*, Technical Assistance Publication, Series 8, Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1993.

15. R. M. Kadden, *Cognitive-behavior therapy for substance dependence: Coping skills training*, Retrieved June 28, 2002.

e come la ricaduta non debba essere intesa come un evento eccezionale, ma come una parte del percorso di astensione dall'alcol.

Questo non significa creare le occasioni per poter ricadere, ma essere consapevoli che l'alcol è difficile da combattere e che è molto più utile conoscere i propri limiti e le situazioni o gli stati d'animo favorevoli alla ricaduta.

Questo stato della dipendenza e i modi in cui affrontarla, sono argomento degli incontri di gruppo che hanno l'obiettivo di rendere patrimonio comune le esperienze di ognuno dei partecipanti.

Nei primi incontri di gruppo si descrive il percorso che porta a ricadere; si analizzano le situazioni critiche, si elencano le risposte usate dagli utenti per fronteggiare le crisi e si comincia a ipotizzare risposte alternative alle varie situazioni. Una delle fasi fondamentali di questo percorso è lavorare sul desiderio, come nasce, come aumenta, come decresce e come fronteggiarlo. La caratteristica di questo gruppo è quella di essere estremamente pratico e di utilizzare le esperienze di vita personali per poter creare modalità adeguate per affrontare il rischio di ricaduta e, nel caso accada, contenerlo o almeno gestirlo.

Nell'ultima fase del programma, il "reinserimento", si cerca di far accrescere nelle persone la capacità di essere autonomi e di riacquisire o riscoprire l'importanza del "prendersi cura di sé".

In questi mesi si lavora in collaborazione con il Servizio inviante, con il Centro per l'Impiego e con le Associazioni di volontariato, per poter costruire una valida alternativa alla comunità nel reinserimento nella società. Rimane fondamentale la partecipazione ai colloqui individuali e alla vita di gruppo.

La Comunità "Il Timoniere" da sempre collabora con le Associazioni di Volontariato della zona. Ha sviluppato un rapporto di fiducia con il gruppo Alcolisti Anonimi di Torbiera di Codigoro e nel 2006 ha avviato alcuni operatori alla formazione per diventare Servitore Insegnante di Club ACAT (Associazione Club Alcolisti in Trattamento).

A febbraio 2007 un operatore della struttura ha iniziato a condurre un Club presso un locale della parrocchia di Mesola per poter accogliere le famiglie che si trovano a vivere problematiche legate all'uso di alcol e non solo. Alcuni utenti della struttura vengono incoraggiati a partecipare a questo gruppo per potersi aprire al sociale, pur restando in un ambiente protetto e necessario al cambiamento di stile di vita.

La possibilità di poter uscire e di affrontare il mondo esterno viene concepito come momento di verifica di tenuta delle risorse personali e come presa di coscienza delle difficoltà da affrontare.

## Comunità Saman "Le Muraglie"<sup>16</sup>

*Il progetto di presa in carico dell'utente cocainomane* parte da una riflessione della direzione scientifica gestita dal professor Luigi Cancrini all'interno dell'Associazione Saman, sulle differenze tra due figure tipiche di tossicodipendenti: quella dell'eroinomane più tradizionale e quella del consumatore problematico di cocaina.

Il programma si rivolge specificamente ad utenti che presentano una situazione d'abuso di cocaina: uomini e donne di età variabile. La comunità accoglie utenti disintossicati o che assumono terapia psicofarmacologica concordata con il SerT inviante.

La modalità di accesso avviene tramite la segnalazione da parte del SerT che presenta la richiesta di ingresso e dopo un colloquio (telefonico o personale) tra operatore del SerT e psicologa che cura la fase di Accoglienza.

Vengono accolti in comunità anche utenti con terapia farmacologica, impostata e monitorata dal medico del SerT inviante.

Le rette sono a carico del SerT. È inoltre prevista la possibilità di prestazioni a pagamento, sempre a carico del SerT, successive alla fase residenziale quali ad esempio sedute di terapia familiare.

La dipendenza, per questo tipo di utenti, spesso riguarda solo un settore della vita della persona.

Il consumatore di cocaina pare avere un'identità scissa e l'intervento dovrebbe porsi l'obiettivo, non tanto di mettere in crisi la persona e il suo sistema di vita ma la sua identità a rischio (riti, tempi, motivazioni del consumo). Al contempo vanno rispettati e valorizzati gli aspetti funzionali della sua socialità, lavorando per modificare l'identità sociale e normativa della persona (identità di lavoratore, di padre o madre di famiglia, di fratello o sorella), in riferimento al consumo problematico delle sostanze.

Il programma per cocainomani si inserisce all'interno di un approccio multimodale che integra vari ambiti: psicoterapia, ergoterapia, psicopedagogia, attività psicocorporee.

L'approccio psicoterapeutico include e presuppone l'orientamento di tipo sistemico-relazionale.

L'intervento proposto è strutturato in tre fasi:

- 1) *La fase di Accoglienza*, o di valutazione prevede 3-4 incontri con l'utente, la coppia o altri esponenti significativi del suo sistema di relazioni e ha diversi obiettivi: l'aggancio e la strutturazione di una relazione terapeutica, basata sul riconoscimento da parte dell'utente del suo bisogno d'aiuto; la definizione di una diagnosi personale e di sistema; l'approfondimento anamnestico con particolare attenzione alla comprensione della funzione della sostanza nei diversi ambiti; l'ela-

16. Il testo è stato redatto da D. Martinoli, Responsabile della Comunità Saman Le Muraglie e F. Giovannini psicologa

borazione di un piano terapeutico condiviso con l'utente, la famiglia e con il SerT.

Laddove è possibile, si ritiene importante che il contratto preveda la presa in carico della famiglia da parte dello psicologo che ha curato l'Accoglienza; al termine del percorso comunitario, sarà auspicabile e doveroso proseguire la presa in carico dell'utente e della famiglia in Accoglienza.

Tale fase si conclude con la definizione comune del progetto.

- 2) *La fase residenziale prevede* , orientativamente, un periodo di 3-6 mesi. Gli obiettivi sono: prioritariamente il recupero fisico, attraverso la presa di distanza dalla sostanza; in un secondo momento sono previste visite dei parenti mensili in comunità al fine di riacciare le relazioni significative, in un terzo momento si mira ad avviare il riavvicinamento dell'utente al proprio contesto di vita.

La presa in carico dell'utente di svolge su tre piani:

- a) l'intervento psicoterapeutico con colloqui psicologici individuali e sedute di terapia familiare. Il lavoro è inizialmente incentrato sulla situazione di "crisi", cercando di mettere a nudo l'ingenuità e l'inconsistenza delle difese costruite attorno al sé grandioso dell'utente, evidenziando la forza e la pericolosità delle collusioni familiari. Parallelamente al lavoro individuale effettuato dall'utente in comunità, è prevista la presa in carico della famiglia da parte dell'Accoglienza, che a partire dal secondo mese di residenza dell'utente in comunità, effettuerà sedute di terapia familiare a cadenza mensile;
- b) l'intervento educativo basato su colloqui e gruppi educativi: tiene conto delle caratteristiche specifiche dell'utente e del coinvolgimento della famiglia nel percorso di riabilitazione. Prevede colloqui periodici con l'utente e il mantenimento di contatti con la famiglia;
- c) le attività psico-corporee sono strutturate in due sessioni giornaliere ed eventuali sessioni aggiuntive. Lo scopo di tali attività è di rafforzare la capacità di prendersi cura del sé corporeo, attivando un percorso di riconoscimento e di integrazione tra le percezioni relative al proprio corpo, come la fatica e alcuni stati emotivi sottesi (il senso di vuoto o di impotenza).

Gli utenti sono inseriti in attività ergoterapiche: la pulizia della casa, la manutenzione e la gestione degli spazi esterni (giardini, viali, ecc.), la cura della stalla e degli animali, la coltivazione dell'orto, le attività di recupero all'esterno della comunità.

Il programma attuato in comunità dovrebbe motivare l'utente, ed eventualmente la coppia o la famiglia, ad intraprendere un percorso psicoterapeutico

individuale e/o familiare, una volta conclusa la fase residenziale.

- 3) *La fase post-residenziale* . Questa proposta di intervento prevede la prosecuzione del percorso psicoterapeutico, laddove è necessario e si sia raggiunta una buona motivazione. È inoltre importante il rapporto instaurato con lo psicologo che ha condotto la terapia familiare nel corso del programma comunitario.

In tale fase il coinvolgimento del SerT è fondamentale per garantire da un lato periodici controlli delle urine che attestino l'astinenza dall'uso di sostanze dell'utente, condizione necessaria alla prosecuzione di tale fase del programma, dall'altro per effettuare momenti di verifica e incontri periodici finalizzati alla valutazione del percorso dell'utente.

In caso di ricaduta, il programma prevede un possibile rientro in comunità concordato con il SerT e la ripresa di una fase residenziale finalizzata all'elaborazione della ricaduta, la cui durata viene definita in sede di Accoglienza insieme agli operatori del SerT e all'utente.

Fino a oggi non sono stati ancora avviati con i SerT della provincia di Ferrara programmi con utenti cocainomani. Tuttavia la comunità ha acquisito un'esperienza significativa in questo ambito specifico, collaborando attivamente con SerT, di altre città e regioni che hanno inviato numerosi utenti.

### Comunità "Il Ponte"<sup>17</sup>

È nostra opinione che il fenomeno droga non sia la causa iniziale di un "disagio" rispetto al comune vivere sociale, ma "l'esperienza transitoria" di uno stato di profondo malessere esistenziale.

L'esperienza droga attecchisce il più delle volte in situazioni prive di un solido retroterra educativo e a maggior ragione in situazioni di affettività carente o distorta.

La persona, trova nella tossicodipendenza un'apparente risposta al proprio malessere, un modo per prendere distanza da sé; il fenomeno droga trova nel disagio di queste persone il terreno adatto per attecchire.

Questo porta a un'alterazione di tutte le soglie di attivazione delle difese dell'individuo. Nel mondo della tossicodipendenza la difficoltà, la fatica, l'impegno e il sacrificio non sono riconosciuti come elementi di costruzione della persona o parte integranti della realtà umana, ma vengono nel complesso sfuggiti. Si ha di conseguenza, uno scarso senso della realtà e l'incapacità ad assumere delle responsabilità e ciò trova sfogo in una concezione della vita impostata sulla convinzione del "tutto subito e senza fatica".

17. Il testo è stato redatto da L. Scarpa, psicologo della Comunità Il Ponte

La personalità che ne emerge è quindi carente di capacità di controllo e di scelta e si presenta squilibrata fra un'individualità spesso dotata di grandi potenzialità e una situazione esistenziale deformata che porta al fallimento e all'autodistruzione.

*L'associazione di volontariato Il Ponte*<sup>18</sup>

Il 1° aprile 1994 è stata costituita l'Associazione Il Ponte con l'intento di garantire interventi di prima accoglienza e di orientamento, nel settore delle tossicodipendenze attraverso una struttura "a bassa soglia", capace di rispondere ai bisogni immediati, assicurando prestazioni pluridimensionali anche attraverso una stretta collaborazione con i SerT di competenza.

L'Associazione dispone di due strutture:

- 1) *La sede principale*, dove vengono svolte le fasi di accoglienza, il percorso terapeutico riabilitativo, le verifiche del programma e le modalità di dimissione, reinserimento e svincolo.
- 2) *La "Casa di Massa Fiscaglia"*, esclusivamente predisposta per la fase di reinserimento, per le persone che ne fanno richiesta e per le quali se ne valuta la necessità in accordo con gli enti inviati.

Nei vari anni di esperienza e di collaborazione all'interno del Programma delle dipendenze patologiche della provincia di Ferrara si è condiviso, insieme ai responsabili dei SerT, l'esperienza della certificazione di qualità<sup>19</sup> e successivamente il percorso di accreditamento regionale.

Tra gli obiettivi fissati per l'anno 2007 vi era anche la costituzione di una cooperativa sociale per favorire l'offerta di un servizio sempre più completo agli utenti della struttura.

Dall'ottobre 2007 la gestione dell'attività terapeutica è stata trasferita alla Cooperativa "Il Ponte Servizi". La cooperativa gestisce attualmente il centro di accoglienza<sup>20</sup>, la comunità terapeutica di proprietà di Don Paolo Cavallari, presidente dell'Associazione di Volontariato. Inizialmente l'intento era di garantire interventi di prima accoglienza e di orientamento alle persone tossicodipendenti in difficoltà. Successivamente i programmi sono diventati più articolati e complessi e attraverso la collaborazione dei SerT sono stati attivati programmi di disintossicazione riguardanti pazienti con patologie complesse.

Negli ultimi anni, in questa sede, è stato dato spazio anche alla strutturazione di programmi terapeutici personalizzati brevi o di media durata, da comple-

tarsi nella fase di reinserimento. Si è inoltre deciso di affrontare il problema delle persone con diverse esperienze fallimentari in comunità e anche i casi di quanti hanno un rapporto sporadico con le sostanze unito a uno scarso degrado personale.

Il target degli utenti è costituito da tossicodipendenti maschi che presentano la necessità di un contenimento differenziato, in relazione alle proprie esigenze specifiche e alla possibilità di attivarsi a vari livelli, compatibilmente con l'adesione alle regole della struttura. In accordo con il SerT è possibile continuare il trattamento farmacologico, modificarlo, ridurlo o terminarlo.

La scelta di intraprendere un percorso terapeutico al "Ponte" può essere determinata anche dalla presenza, nel paziente, di disturbi di personalità anche gravi che non necessitano di strutture psichiatriche e che sono compensati da una terapia farmacologica. Nell'ultima fase del programma si attivano percorsi terapeutici e socio-riabilitativi che prevedono l'opportunità di un inserimento lavorativo guidato all'interno di una struttura specifica. Questo percorso di reinserimento fa parte dei progetti speciali definiti all'interno del Programma delle dipendenze patologiche ed è descritto nell'Accordo di Programma annuale.

*La sede operativa principale* è una struttura indicata soprattutto per persone che manifestano una scarsa propensione al rispetto verso un'organizzazione della vita comunitaria rigida e strutturata, ma che si caratterizzano per una buona adesione al lavoro terapeutico.

La struttura è rivolta a:

- persone che richiedono un intervento terapeutico motivazionale sulla tendenza alla trasgressione;
- persone agli arresti domiciliari o con limitazioni giudiziarie in carico al SerT;
- soggetti che hanno effettuato altre esperienze comunitarie e necessitano di programmi medio-brevi individualizzati;
- persone che richiedono programmi brevi di recupero e di proseguimento per il reinserimento sociale e lavorativo;
- persone che devono disintossicarsi;
- persone bisognose di reinserimento sociale e lavorativo provenienti da altre strutture.

La tipologia dei programmi prevista è la seguente:

*Programmi di disintossicazione* anche con terapia a scalare della durata di 3/6 mesi. Durante tale periodo viene effettuata una valutazione diagnostica e

18. L'associazione ha sede legale in via Zappelli, 3, località Borgo Cascina di Migliaro (FE), presso la struttura riconosciuta come ente ausiliario. Costituita con scrittura privata registrata, è iscritta nel registro regionale delle associazioni di volontariato di cui alla L.R. 31 maggio 1993, n° 26, con decreto del presidente della Giunta della Regione Emilia-Romagna n° 783 del 30 agosto 1994; è inoltre stata iscritta presso l'albo degli Enti Ausiliari dal 10 ottobre 1997, al n° 8859 e convenzionata con l'ASL di Ferrara dal 16 aprile 1998 al n° 648.

19. La struttura è Certificata UNI EN ISO 9001:2000 N° 538 del 24.09.2004 e accreditata dalla Regione Emilia-Romagna con certificato del 03/04 aprile 2007.

20. Sito in via Zappelli, 3 Migliaro c/o la sede legale.

delle problematiche soggettive. L'intervento terapeutico prevede l'utilizzo di tecniche motivazionali per favorire la scelta del cambiamento.

È previsto anche l'accompagnamento all'inserimento in altre strutture del territorio.

*Programmi brevi* che variano da 6 a 8 mesi, distinti a seconda della tipologia del caso in:

- programma di recupero, diretto a soggetti che sono ricaduti nell'uso di sostanze e/o hanno una lunga esperienza comunitaria. È volto a sostenere le capacità della persona a riprendere o riformulare il processo di autonomia;
- programma di reinserimento, finalizzato ad accrescere le capacità di gestione della propria indipendenza da attuare in una sede specifica anche attraverso l'inserimento lavorativo presso aziende del territorio;
- programmi a breve termine, finalizzati alla riduzione, stabilizzazione o cessazione di terapie con farmaci sostitutivi, per favorire l'ingresso dei pazienti presso altre strutture.

*Programmi di media durata* (8-12 mesi circa) volti a superare comportamenti autodistruttivi e alla realizzazione di un percorso di vita autonomo.

*Programmi di comunità* della durata di circa 18 mesi che prevedono:

- accompagnamento nella disintossicazione, osservazione delle modalità relazionali del soggetto, elaborazione di una diagnosi indirizzata alla formulazione di un programma terapeutico individuale;
- verifiche con équipe congiunte (CT, SerT, familiari);
- reinserimento nell'ambito familiare, sociale.

*Programmi in misura alternativa al carcere* secondo le indicazioni dei referenti dei SerT, seguendo le medesime opportunità per programmi brevi o di media durata con la possibilità di portare a termine il percorso con il reinserimento lavorativo.

## 5.4 LE STRUTTURE SPECIALISTICHE <sup>21</sup>

### STRUTTURA MADRE-BAMBINO Fondazione Exodus Onlus "La casa di Carlotta"

La Comunità Terapeutica<sup>22</sup> "La Casa di Carlotta" nasce nel marzo 1993 a San Biagio di Bondeno. Dal 2000 adotta un programma specifico per affrontare le problematiche legate alla genitorialità.

La Casa di Carlotta nasce nel territorio ferrarese per

il legame storico tra la Fondazione Exodus e la Congregazione Opera Don Calabria; usufruisce della Canonica della Chiesa di S. Biagio<sup>23</sup>.

Sorta come centro di ascolto si è poi evoluta in comunità residenziale mista con un programma specifico rivolto a utenti che volessero concludere un percorso di studi e alle famiglie con problematiche di tossicodipendenza.

Exodus opera da vent'anni in risposta alle devianze, in alternativa ai programmi riabilitativi già esistenti. Don Antonio Mazzi, fondatore di Exodus, propone un progetto basato su tre linee guida:

- *Itineranza*, quindi il viaggio come scoperta di se stessi;
- il principio di *auto-educazione*, come forma di crescita individuale in cui ogni persona si sente appartenente a un gruppo;
- *le quattro ruote come strumenti educativi* (lo sport, la musica, il teatro, la formazione professionale e il lavoro).

Sono obiettivi principali l'orientamento alla cura e al superamento della condizione di tossicodipendenza, il miglioramento delle condizioni di salute e lo sviluppo di percorsi terapeutici individuali che si snodano nel progetto educativo. Tali obiettivi vengono sempre condivisi con l'utente e si sviluppano in fasi successive suddivise in: Accoglienza, Valutazione, Formulazione del progetto, Trattamento, Realizzazione del programma e sua valutazione.

Si tratta di un percorso che si sviluppa in 4 fasi differenziate ma integrate tra loro: Accoglienza, Cammino, Rimotivazione e Reinserimento.

La specificità del Progetto della "Casa di Carlotta" è di accogliere gli ospiti con i figli, per consentire ai genitori in difficoltà di affrontare in modo maturo i problemi legati alla genitorialità e di migliorare il proprio rapporto umano e affettivo con i figli.

Gli obiettivi generali del programma sono:

- preservare la salute psicofisica dei minori, promuovendo il loro diritto all'infanzia e per quanto possibile quello incontestabile di un futuro sociale e affettivo sicuro;
- ottenere cambiamenti comportamentali durante le fasi di intervento sugli adulti;
- proporre ai genitori tossicodipendenti o "inadeguati" un'ottica di intervento intesa a favorire un positivo processo di "attaccamento" al figlio;
- favorire la capacità di apprendimento, relazione e socializzazione.

Avendo constatato come la tossicodipendenza comprometta seriamente le capacità genitoriali, si ritiene

21. Il testo è stato redatto da S. Mori, Responsabile Comunità Exodus "La casa di Carlotta", L. Cavallini, COD "L'Airone"

22. La Comunità è iscritta con Decreto n° 393 del 25 gennaio 2000 all'albo degli Enti Ausiliari predisposto dalla Regione Emilia-Romagna, ai sensi dell'art. 116 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n° 309.

23. Sita in Via Provinciale, n. 98, Bondeno.

che il processo di “riacquisizione” dei compiti parentali non possa essere disgiunto dal percorso riabilitativo per le seguenti ragioni:

- per prendere coscienza degli impegni e delle gioie derivanti dall’assunzione del ruolo genitoriale;
- per l’importanza dello stile di relazione che dovrebbe essere sempre quello collaborativo;
- per acquisire la capacità di sapersi adeguare dinamicamente ai cambiamenti delle fasi evolutive del figlio.

La struttura propone ai genitori tossicodipendenti un’ottica di intervento intesa a favorire lo sviluppo di un positivo processo di attaccamento al figlio.

La specificità del progetto è quella di tentare il ricongiungimento del genitore in difficoltà per problemi di tossicodipendenza o di disagio sociale con i figli e, quando vi siano i presupposti, con il coniuge: il fulcro della comunità è il lavoro sulla genitorialità.

Il progetto educativo si occupa delle madri e dei padri perché sperimentino quanto il ruolo di “genitore” abbia un valore insopprimibile. Cerchiamo di coinvolgere i genitori affinché sperimentino il rapporto con i propri figli con assunzione di responsabilità, apprezzandone gli aspetti di gioco e di festa. Salvaguardare il rapporto genitore–bambino e fare in modo che esso si sviluppi adeguatamente, in modo armonioso ed evitando rotture sono le linee portanti del lavoro degli operatori di “Casa di Carlotta”.

Il processo di acquisizione di un consapevole e maturo ruolo genitoriale è irto di difficoltà, ma proprio per questo richiede interventi di aiuto pluri-specialistico ed omogeneo nei suoi fini e necessita di interventi integrati di professionalità diverse.

Gli strumenti e le risorse utilizzati sono: colloqui educativi e di sostegno psicologico, psicoterapia individuale, colloqui di coppia, gruppi verbali, di genitorialità e di dinamica

Gli impegni che la Comunità ha assunto sono indirizzati a:

- operare una presa in carico globale delle persone e offrire percorsi individualizzati e dinamici;
- motivare le famiglie a un sostegno partecipato nei confronti dei loro congiunti;
- rilevare attraverso un monitoraggio continuo la relazione fra utente, operatore e famiglie nel rispetto delle necessità espresse da ognuno;
- sviluppare attività di raccordo con altri enti;
- promuovere momenti di informazione e di sensibilizzazione circa le problematiche delle persone svantaggiate;
- favorire la creazione di un sistema integrato con l’Azienda USL e in particolar modo con il SerT e i Servizi per i Minorenni;
- formare l’educatore Exodus affinché sia prima di tutto educatore di se stesso e che viva tutto ciò che riesce a trasmettere. Si tratta di un operatore che è in grado di lasciarsi educare dalle situazioni che incontra ed è in continua ricerca e autoformazione, è attento ai mutamenti sociali e ai fenomeni che

provocano violenza, ingiustizia, disagio o emarginazione;

- svolgere attività volte alla prevenzione coinvolgendo primariamente la scuola, la famiglia, le associazioni sportive, le realtà musicali e ricreative;
- coinvolgere tutto il personale nei percorsi per l’accreditamento.

La Casa di Carlotta propone un programma terapeutico in cui vengono definiti chiaramente gli obiettivi di cambiamento, le modalità di trattamento, gli strumenti psico-educativi utilizzati e la durata. Per ogni programma proposto gli obiettivi vengono condivisi con i Servizi invianti e con l’utente.

Tra i prodotti offerti il progetto prevede la Fase del Reinserimento in cui l’utente ha la possibilità di mantenere un contatto continuo con la comunità al fine di “diluire” il momento dello svincolo.

Attraverso questi contatti prolungati che coinvolgono anche la famiglia, la rete dei servizi e gli strumenti di misurazione e monitoraggio, si vuole garantire la verifica dell’appropriatezza del trattamento.

L’équipe educativa della Casa di Carlotta è costituita da una responsabile psicologa, quattro educatori, una psicoterapeuta e alcuni volontari.

Tutte le figure professionali vengono coinvolte nella costruzione dei propri percorsi formativi e nella rappresentazione delle necessità evolutive della struttura di appartenenza.

### **Centro osservazione e diagnosi “L’Airone” di Argenta**

Il Centro Osservazione e Diagnosi (COD) “L’Airone” è stato aperto nel novembre 2000, ha sede in via Crocetta n°18 ad Argenta ed è un servizio della cooperativa sociale C.I.D.A.S.

Il Centro che ha l’autorizzazione al funzionamento per 15 utenti, è certificato UNI EN ISO 9001/2000 n° 405 e UNI 11031 specifica per centri residenziali per persone dipendenti da sostanze d’abuso.

È una struttura residenziale di tipo sanitario, che accoglie tossicodipendenti e alcolisti, anche con problematiche di doppia diagnosi non in fase di scompenso, al fine di effettuare disintossicazioni in ambiente protetto e stabilizzare i pazienti per una migliore e adeguata gestione del programma successivo.

Ogni progetto è individualizzato e concordato con il SerT inviante.

L’équipe della struttura è multiprofessionale: un medico che presta servizio almeno tre volte alla settimana, educatori professionali presenti per 24 ore al giorno per tutto l’anno, uno psicologo in servizio alcuni giorni della settimana, un infermiere professionale presente per alcune ore tutti i giorni.

Negli anni il C.O.D. ha modificato la sua organizzazione in seguito alle variazioni dei problemi inerenti la tossicodipendenza, tanto da accogliere pazienti sempre più gravi e con problematiche multiple e complesse, tali da richiedere interventi orientati su

più versanti, sia di tipo sanitario, sia psichiatrico e sociale.

Le disintossicazioni vengono effettuate attraverso il monitoraggio costante delle condizioni dei pazienti e degli effetti delle terapie somministrate, valutando attentamente possibili interazioni farmacologiche in base allo stato clinico, anche con accertamenti specifici effettuati nelle strutture specialistiche (malattie infettive, cardiologia, psichiatria, ecc.).

Oltre alla disintossicazione da oppiacei, infatti, si sono nel tempo predisposti programmi per il trattamento della dipendenza da cocaina. Attraverso accurate valutazioni dello stato clinico e del profilo di personalità dei cocainomani, si predispongono i trattamenti farmacologici più adeguati per una migliore gestione della tipologia di craving manifestata, con prescrizioni e indicazioni terapeutiche da proseguire alla dimissione.

Sono stati predisposti anche programmi specifici per alcoldipendenti, con la finalità di gestire le problematiche alcolcorrelate, mediante la disintossicazione effettuata in fase acuta.

Gli obiettivi sono di stabilizzare e mantenere l'astinenza dall'alcol, utilizzando la terapia adeguata che tenga in considerazione le patologie alcolcorrelate e il loro trattamento, suggerendo infine le indicazioni per aiutare nel migliore dei modi il paziente anche dopo la dimissione.

Possono entrare al C.O.D. pazienti maggiorenni di entrambi i sessi.

La durata media dei programmi è di tre mesi, ma su precisi accordi con i SerT invianti sono possibili tempi differenziati per difetto o per eccesso, purché gli obiettivi siano esplicitati e condivisi.

Data la tipologia di pazienti accolti nella struttura e poiché ogni programma è commisurato alla situazione clinica di ognuno di essi, le attività comuni svolte dai pazienti all'interno del C.O.D. riguardano:

- il riordino e le pulizie;
- le attività sportive in palestra e in piscina finalizzate ad allentare le tensioni, a riappropriarsi delle sensazioni corporee e a migliorare la coordinazione;
- l'accompagnamento a passeggio dei cani del locale canile municipale, al fine di agevolare il contatto con l'esterno in una condizione protetta, occupandosi di animali domestici in condizioni di abbandono, per migliorare le capacità di accudimento residue;
- eventuali gite o uscite brevi, finalizzate alla condivisione in gruppo di momenti di svago al fine di attivare o riattivare la capacità di sviluppare percezioni ed emozioni attraverso esperienze semplici, ma significative.

All'interno della struttura vengono inoltre svolti rego-

lamente gruppi di educazione sanitaria, gruppi organizzativi sulle attività quotidiane, in cui sono messe a confronto le diverse esperienze. Al tempo stesso si gestiscono le dinamiche legate alle relazioni che si sono instaurate tra gli ospiti, al fine di dare significato ai vissuti e limitare al massimo gli agiti impulsivi che molti non sanno assolutamente gestire.

Ogni paziente che entra al C.O.D. è presentato all'équipe che decide a quale educatore di riferimento assegnarlo.

L'educatore di riferimento ha il compito di raccogliere informazioni e accogliere i vissuti e insieme all'équipe e agli operatori del SerT inviante, si occupa di predisporre il progetto educativo individualizzato maggiormente adeguato per le risorse del paziente che lo deve accettare e condividere.

A tal fine, ogni valutazione psicologica, per la quale vengono utilizzati anche strumenti di indagine psicodiagnostica ed educativa, viene correlata agli aspetti sanitari che hanno determinato in modo preponderante sugli altri la necessità dell'inserimento al C.O.D., al fine di ottimizzare le risorse ed elaborare pertanto progetti terapeutici realistici ed efficaci.

## 5.5 LE CARATTERISTICHE DEGLI ENTI E IL PROFILO DELL'UTENZA<sup>24</sup>

La maggior parte degli Enti presenti sul territorio della provincia di Ferrara adotta una forma giuridica che può essere compresa nella categoria di organizzazioni no profit, ossia di organizzazioni che svolgono attività in ambito sanitario e socio-assistenziale, senza fini di lucro.

La forma prevalente è quella della "cooperativa sociale", seguita dall'"associazione" e dalla "fondazione".

Seguendo la classificazione prevista dall'Accreditamento istituzionale, sul territorio provinciale, sono operative tre Strutture residenziali a tipologia terapeutico-riabilitativa, dislocate a Migliaro, Mesola e Bondeno, una Struttura residenziale a tipologia pedagogico-riabilitativa a Denore, una struttura residenziale per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica (Cod di Argenta), e una struttura specialistica madre-bambino a Bondeno.

Questa articolazione consente di rispondere in modo adeguato a un'ampia gamma di bisogni, espressi dalla popolazione tossicodipendente, coerente con le indicazioni regionali e con la programmazione territoriale, volta a garantire una pluralità di risposte adeguate ai bisogni del territorio di riferimento.

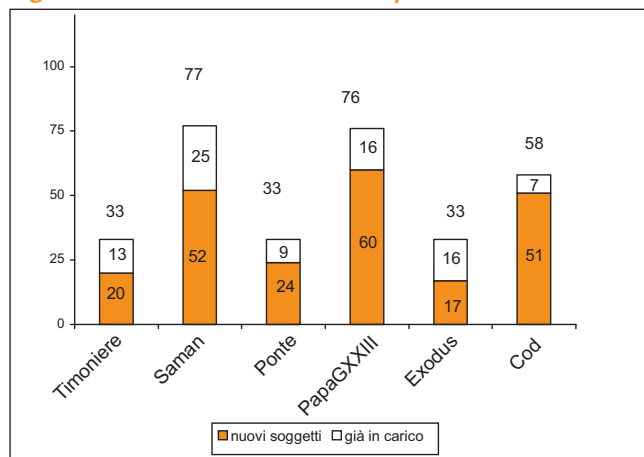
Nella provincia di Ferrara, gli operatori che lavorano nelle strutture accreditate del privato sociale nel set-

24. I paragrafi 5.5 e 5.6 sono stati redatti da C. Sorio e G. Antolini, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, Ausl di Ferrara. I dati presentati si riferiscono alle rilevazioni statistiche ufficiali della regione Emilia-Romagna e sono riferiti all'anno 2007.

tore dipendenze patologiche sono 61, con una media di circa 10 operatori per Ente.

Gli Educatori professionali rappresentano il 34,4%, gli psichiatri e gli psicologi il 19,7%, i medici il 3,3%. A testimonianza dell'attenzione, sempre crescente da parte delle Comunità, al tema della formazione lavorativa il personale tecnico rappresenta il 14,7% del totale.

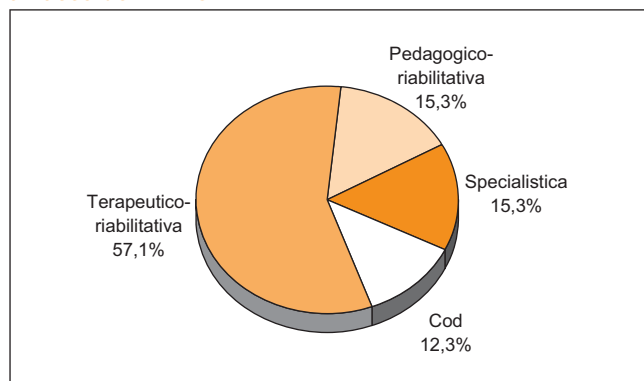
**Fig. 1 Utenti totali e nuovi distinti per struttura**



Nel 2007 gli Enti hanno offerto 120 posti ospite, 62 posti di tipo terapeutico-riabilitativo (51,7%), 25 pedagogico-riabilitativi (20,8%) e 33 specialistici (27,5%).

Tale dato, va letto in relazione ai progetti speciali individuati per specifici bisogni emergenti, già declinati nei paragrafi precedenti, che si sono sviluppati nei diversi ambiti territoriali rispecchiando una forte necessità di differenziazione nella struttura dell'offerta compatibile con i nuovi bisogni espressi dagli utenti.

**Fig. 2 Percentuale di giornate offerte dagli enti aderenti all'accordo RER-CEA**



Le giornate di assistenza fornite complessivamente ai 311 pazienti inseriti nelle strutture residenziali sono state 31.965, di cui il 51,7% (18.259) in strutture terapeutico riabilitative residenziali, il 15,3% (4.887) nella comunità specialistica madre-bambino Exodus "La Casa di Carlotta", il 15,3% (4.881) nella struttura pedagogico riabilitativa Papa Giovanni XXIII. Presso il centro di osservazione e diagnosi i 58

pazienti hanno usufruito di 3.938 giornate pari al 12,3% del totale (Fig. 2).

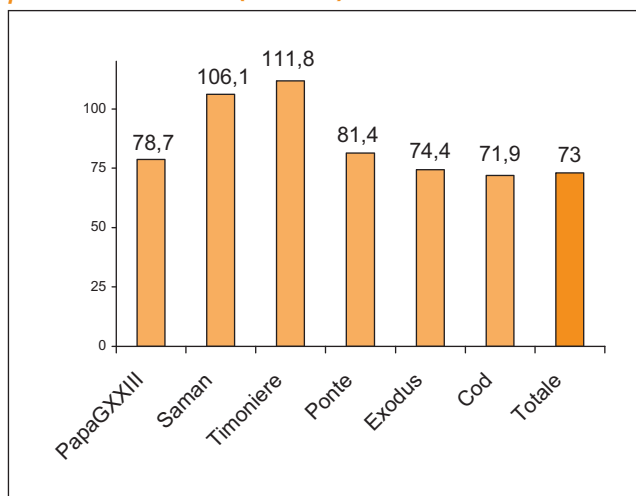
Rapportandole al numero complessivo di posti ospite offerti (120), emerge una proporzione pari al 73% di utilizzo medio nell'anno.

Le comunità che si allineano al dato complessivo sono Exodus "La Casa di Carlotta", il Cod "L'Airone" e Papa Giovanni XXIII. Il Ponte presenta un tasso di occupazione posti letto dell'81,4% al di sopra della media provinciale. Una situazione di massima occupazione si ritrova nelle strutture terapeutiche di Saman e Il Timoniere (Fig. 3).

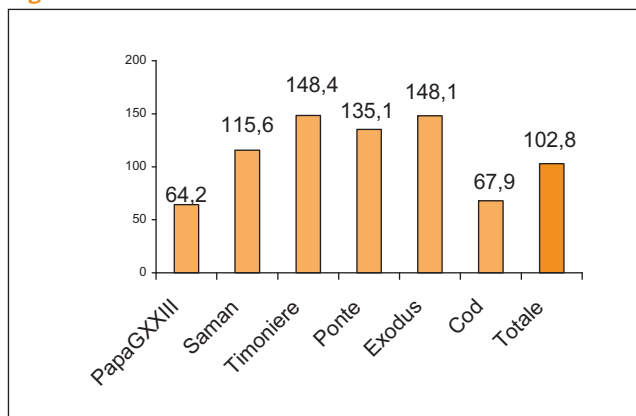
Il numero di utenti mediamente presenti in ciascun giorno dell'anno (presenza media giornaliera) è allineato al numero di posti letto offerti nella struttura di Saman "Le Muraglie" (con 24,4 soggetti giornalmente presenti), mentre per le altre realtà si attesta su valori leggermente inferiori all'offerta totale di posti. Complessivamente circa 3 utenti ruotano su ciascun posto ospite. Valori superiori all'indice di rotazione provinciale si ritrovano al Cod (3,9), Saman (3,3) e Papa Giovanni XXIII (3,0).

Al Timoniere e a Exodus si registrano in corrispondenza di ogni posto letto indici di rotazione tra i più bassi a livello provinciale; questo può essere spiegato dal lungo periodo di permanenza in struttura

**Fig. 3 Tasso di utilizzo medio per Ente accreditato della provincia di Ferrara. (Valori %)**



**Fig. 4 Durata media dei trattamenti**

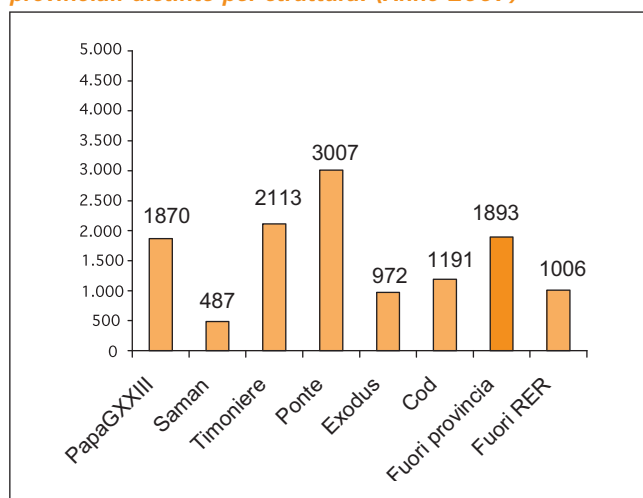


che è di circa 5 mesi rispetto alla media provinciale che è di poco superiore a 3 (103 giorni). I percorsi più brevi (circa 2 mesi) si ritrovano al Cod e a Papa Giovanni XXIII.

Nell'analisi di questo dato occorre considerare che sia la struttura specialistica di orientamento e diagnosi che la pedagogico-riabilitativa sono strutturate per programmi brevi.

Nell'analisi occorre considerare la provenienza dei soggetti inseriti, dal momento che gli Enti aderenti all'Accordo offrono prestazioni nell'ambito dell'intero servizio sanitario nazionale e, pertanto, possono

**Fig. 5 Giornate di assistenza degli utenti inviati dai SerT provinciali distinte per struttura. (Anno 2007)**



erogare trattamenti anche per soggetti inviati da altri servizi territoriali o da Aziende extra-regione.

Rapportando il numero delle giornate realizzate alla variabile della provenienza degli invii, si evidenzia che la quota di giornate realizzate nella provincia di Ferrara copre oltre la metà del totale (71,6%); la restante quota di giornate si realizza nella quasi totalità dei casi per soggetti extra-provincia (28,4%).

Per comprendere meglio il dato, è importante collocarlo all'interno del quadro complessivo dell'impatto dell'Accordo regionale RER-CEA<sup>25</sup> e dei relativi Accordi locali. Già nella valutazione dei primi anni di applicazione dell'Accordo i dati del Sistema provinciale dei Servizi pubblico-privato per le dipendenze danno conto del miglioramento dei meccanismi di regolazione della spesa e degli invii, con il rispetto della spesa programmata per i trattamenti in residenzialità e la riduzione di inserimenti fuori provincia e fuori Regione. Infatti il budget speso per inserimenti in strutture fuori provincia (ma in Regione) passa dal 48,5% al 14,3% nel 2007; per gli inserimenti fuori Regione passa dal 17,1% del 2004 al 6,2% del 2007. Si conferma l'utilizzo delle strutture provin-

ciali per una parte cospicua di soggetti provenienti dai SerT della provincia di Ferrara: infatti la quota di budget speso nelle strutture della provincia di Ferrara passa dal 33,1% del 2004 al 78,9% del 2007, quale indicatore del grado di auto-promozione del sistema di offerta locale.

### Il profilo dei soggetti inseriti

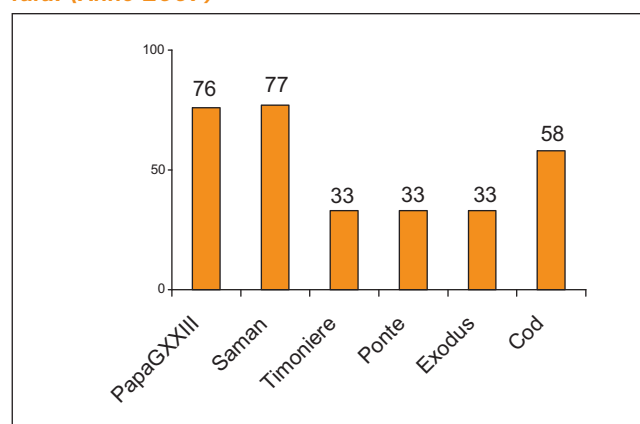
Il profilo dei pazienti inseriti nelle strutture residenziali e semiresidenziali costituisce una fonte informativa importante per delineare i bisogni di salute che compongono il quadro della domanda di trattamento degli stati di dipendenza.

Infatti la programmazione congiunta pubblico-privato dell'offerta dei trattamenti si sviluppa dalla lettura dei bisogni compositi emergenti dal territorio. Solo attraverso il monitoraggio costante delle caratteristiche degli utenti e dei fenomeni di consumo e abuso di sostanze nella popolazione si costruisce la capacità della rete dei Servizi di pianificare un'offerta rispondente ai bisogni.

I dati raccolti dagli Enti accreditati contribuiscono a comporre il quadro della domanda già monitorato dall'Osservatorio provinciale dipendenze, attraverso i flussi informativi provenienti dai SerT e dalle stime di consumo nella popolazione studentesca. Le rielaborazioni messe a disposizione dall'Osservatorio facilitano processi di autoriflessione del sistema e degli attori che lo compongono, in funzione di una programmazione congiunta e condivisa.

Nell'anno 2007 sono stati 311 i soggetti che hanno ricevuto un trattamento di cura presso le strutture re-

**Fig. 6 Utenti seguiti dalle strutture della provincia di Ferrara. (Anno 2007)**

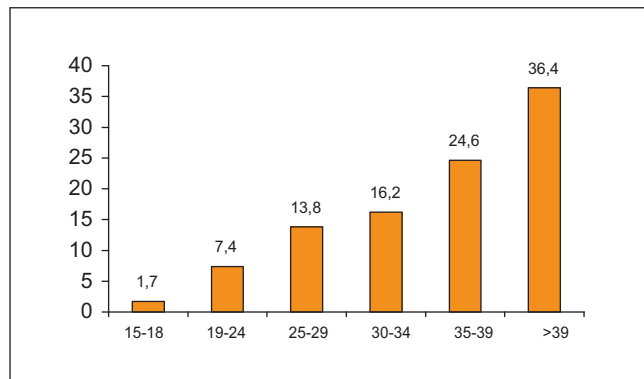


sidenziali e semiresidenziali accreditate sul territorio provinciale. Tredici sono i bambini dai 0 ai 13 anni che hanno seguito i genitori nella comunità Exodus "La casa di Carlotta" (Fig. 6). I nuovi soggetti inseriti nell'anno sono stati 224 pari al 72% degli utenti complessivamente presenti.

25. Valutazione dell'Accordo RER-CEA per il sistema dei Servizi per le dipendenze 2007, Regione Emilia-Romagna, Osservatorio regionale sulle dipendenze, 2007.

Per quanto concerne il profilo socio-anagrafico: l'82,8% (246 soggetti) sono maschi; la classe di età più rappresentata è quella oltre i 39 anni con il 36,4%, segue la classe da 35 a 39 anni con il 24,6%. I minori (15-18) sono 5 pari all'1,7% e sono tutti dipendenti da eroina. Si consolida, in partico-

**Fig. 7 Età dei soggetti presenti nelle strutture. (%)**

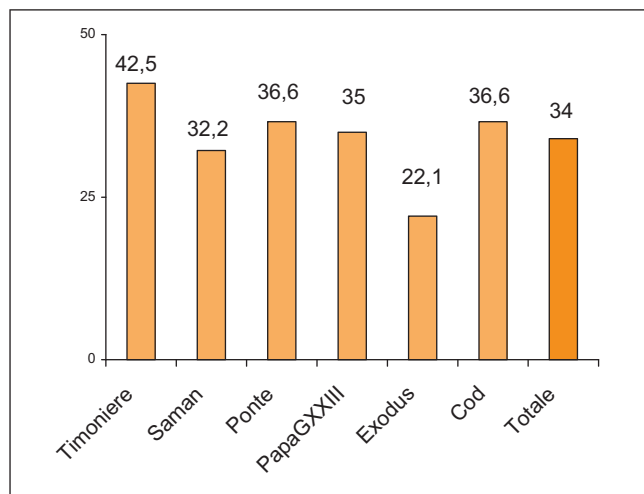


lare nelle strutture residenziali in modo ancora più netto rispetto ai pazienti dei servizi ambulatoriali, la presenza consistente di una fascia di soggetti adulti in trattamento per le dipendenze (Fig. 7).

L'età media complessiva è di 34 anni, anche se va sottolineato che le strutture con l'utenza più anziana sono Il Timoniere (42,5), Il Ponte e il Cod (36,6). specularmente la comunità più giovane è Exodus "La casa di Carlotta", con un'età media dei soggetti in struttura, esclusi i figli minori residenti, di 22 anni (Fig. 8).

Gli utenti più anziani sono alcolisti con un'età media di 36 anni, (il 56,8% supera i 39 anni di età),

**Fig. 8 Età media dei soggetti in struttura**



seguono gli eroinomani e i cocainomani con 33 anni di media.

A fronte dei cambiamenti avvenuti in questi anni nella struttura della popolazione tossicodipendente, le comunità che fanno parte del sistema dei servizi di Ferrara hanno avviato processi di progressivo adattamento che stanno ridisegnando il profilo tradizionale degli utenti inseriti in centri residenziali.

A partire dalla fine degli anni '90 molte strutture hanno iniziato ad accogliere pazienti in trattamento sostitutivo, un approccio di avvicinamento al farmaco che ha comportato importanti processi di cambiamento organizzativo, sia sul piano culturale, sia su quello pratico-clinico e procedurale. Negli ultimi anni si stanno consolidando le sperimentazioni di trattamenti residenziali per alcolisti cronici orientati a fornire un supporto integrato a forte rilevanza sociale.

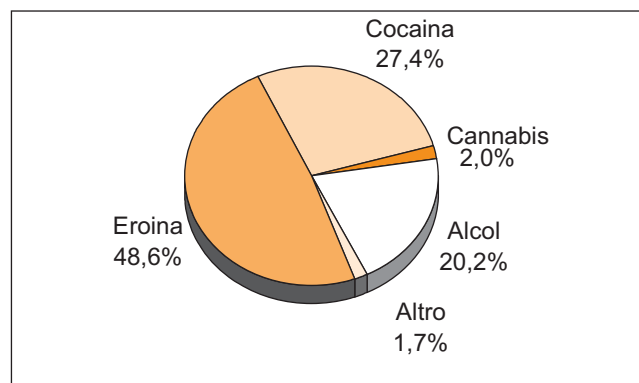
Infine va messo in rilievo la sperimentazione del modulo per il trattamento dei soggetti cocainomani avviato dalla struttura Saman.

La distribuzione dei soggetti sulla base della sostanza primaria di assunzione delinea come la popolazione target che usufruisce delle strutture terapeutiche sia piuttosto variegata. Infatti le tipologie di pazienti in carico sono così distribuite: 48,3% eroina, 27,2% cocaina, 20,1% alcol, 2% cannabis, 1% ecstasy, 0,7% benzodiazepine.

Disaggregando i dati per Struttura si osserva che la percentuale più elevata di inserimenti di soggetti tossicodipendenti interessa la struttura terapeutica di Saman con il 92,2% di cui il 37,7% con dipendenza dalla cocaina come sostanza primaria. Il Timoniere ha la proporzione più alta di utenza alcolista: 57,6% contro il 39,4% di eroinomani. Il Ponte segue in prevalenza utenti dipendenti da eroina (60,6%), anche se ha una quota rilevante di cocainomani (15,2%) e alcolisti (15,2%).

Il Cod è la struttura che percentualmente segue il maggior numero di cocainomani (60,3% rispetto al totale dell'utenza in carico); gli eroinomani rappresentano il 20,7% e gli alcolisti il 19% (Fig. 9).

**Fig. 9 Soggetti in trattamento distinti per sostanza primaria d'abuso**



## 5.6 LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEI TRATTAMENTI

Le comunità terapeutiche accreditate presenti sul territorio della provincia di Ferrara sono oramai strutturalmente all'interno del Sistema dei servizi per le tossicodipendenze.

Lo sviluppo di un confronto basato sulla valutazione degli esiti dei trattamenti è sicuramente uno degli aspetti caratterizzanti il processo di miglioramento che le strutture e i SerT hanno fatto in questi ultimi anni. L'obiettivo è di individuare gli aspetti di possibile sviluppo su cui puntare, al fine di individuare efficaci modalità di collaborazione fra SerT e strutture private, individuando programmi basati su specifici obiettivi ritenuti realizzabili e verificabili.

La valutazione costituisce uno strumento cardine della programmazione, in quanto consente di individuare i fattori che incidono sulla determinazione dei tassi di abbandono e dei tassi di ritenzione in trattamento e, di conseguenza, permette di intervenire sui punti ritenuti suscettibili di miglioramento.

Come evidenziato nella descrizione delle caratteristiche delle persone in trattamento che hanno affrontato un programma residenziale, nella maggior parte dei casi si tratta di persone con problematiche relative alla dipendenza da droghe e alcol. Solo l'1% del totale la casistica è riferibile ad altre tipologie di problemi, quali il gioco d'azzardo, o altre forme di dipendenza non connesse all'assunzione di sostanze.

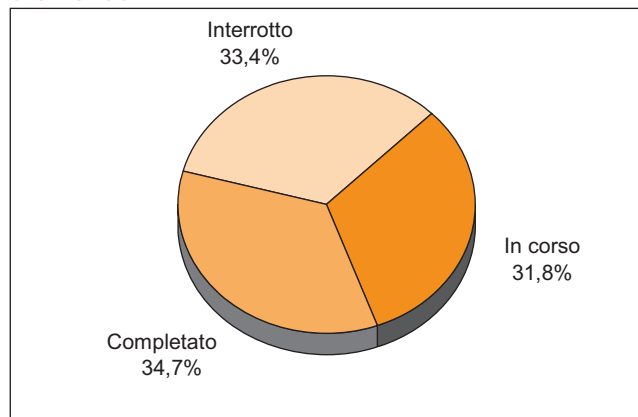
Nell'analisi dei dati che provengono dal "Sistema informativo comunità terapeutiche" della Regione Emilia-Romagna, sono stati considerati i programmi terapeutici di tutti i soggetti in carico alle strutture nel corso del 2007, contando anche coloro che nel corso dell'anno hanno proseguito un trattamento iniziato durante l'anno precedente. Tutti i programmi sono stati esaminati sino al 31 dicembre del 2007. Per ogni programma è stata considerata la data di inizio, la data di fine e l'esito del processo terapeutico. Per i soggetti che proseguono dei programmi iniziati precedentemente al periodo di osservazione, è stata esaminata la data di ingresso in struttura anche se antecedente al 2007.

Il concetto di esito in questo caso è stato limitato al processo terapeutico e non ai risultati raggiunti. Ogni esito è stato classificato come segue:

- *Ancora in corso* che riguarda quanti sono ancora in carico alle strutture alla data del 31/12,
- *Concluso*, che comprende il percorso completato e terminato con dimissione concordata,
- *Interrotto*, che somma l'abbandono del programma da parte dell'utente e l'espulsione dalla comunità.

Sono stati esaminati 311 differenti percorsi terapeutici intrapresi dai soggetti in struttura nel corso dell'anno. La maggior parte dei soggetti ha seguito un solo percorso terapeutico nel corso dell'anno (92,7%), il restante 7,3% ha effettuato due o più

Fig. 10 Soggetti distinti per esito del trattamento al 31/12/2007



percorsi sempre all'interno dello stesso Ente. Al 31 dicembre 2007, 99 soggetti, pari al 31,8% del totale, stavano proseguendo il trattamento; 104 utenti (pari al 33,4%) lo avevano interrotto; per 108 soggetti (34,7%) il programma è risultato concluso, cioè portato a termine secondo quanto stabilito inizialmente nel contratto terapeutico concordato (Fig. 10).

La ritenzione in trattamento, ossia la capacità di una struttura di evitare gli abbandoni dei programmi terapeutici è uno degli indicatori maggiormente consolidati nell'ambito degli studi sulle dipendenze, poiché proseguire il trattamento consente di ottenere dei miglioramenti sia nel rapporto con le sostanze,

Fig. 11 Percentuale di soggetti con esito completato per struttura terapeutica

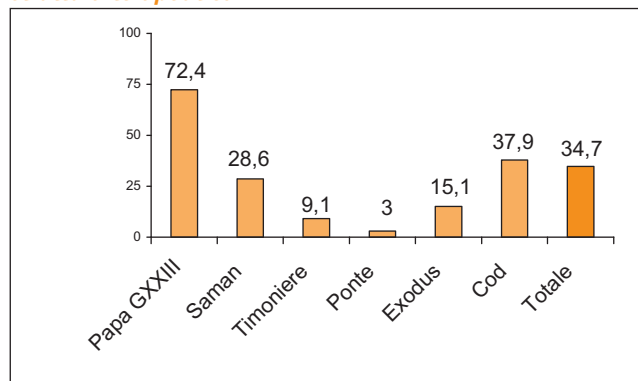
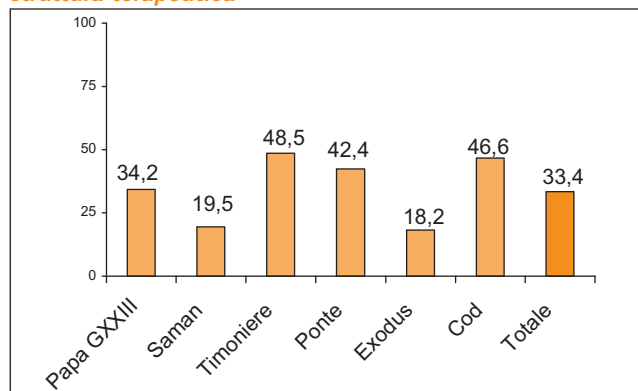


Fig. 12 Percentuale di soggetti con esito interrotto per struttura terapeutica



sia in termini di qualità della vita e inoltre consente di rimanere al di fuori di ambienti e relazioni potenzialmente pericolosi.

I programmi completati nell'anno mediamente sono giunti a conclusione dopo 175 giorni di comunità, con un minimo di 85 al Centro Osservazione e Diagnosi e un massimo di 560 giorni alla Casa di Carlotta (Figg. 11-12).

I trattamenti interrotti durano mediamente 82,5 giorni, con un minimo del Cod di 56 e un massimo di 163,6 presso "Il Ponte" (Fig. 13-14).

Le motivazioni che portano al termine anticipato di un programma terapeutico (33,4%, pari a 104 casi) sono molto varie.

Per individuare il periodo più a rischio di interruzione è stato costruito un grafico che rappresenta gli esiti nei primi 90 giorni. Dalla figura 15 emerge un rilevante numero di interruzioni tra il primo mese e il

hanno l'obiettivo di inserire la persona in un nuovo contesto che nella maggior parte dei casi segna una rottura rispetto alle abitudini di vita condotte sino a quel momento. È una fase che le comunità terapeutiche definiscono di accoglienza, proprio a significare che l'obiettivo che ci si pone è in primo luogo di accogliere la persona con i propri bisogni e le proprie caratteristiche.

Questa è la fase in cui si verificano la maggior parte delle interruzioni dei programmi; per questo è essenziale esaminare quali siano gli elementi che facilitano le interruzioni.

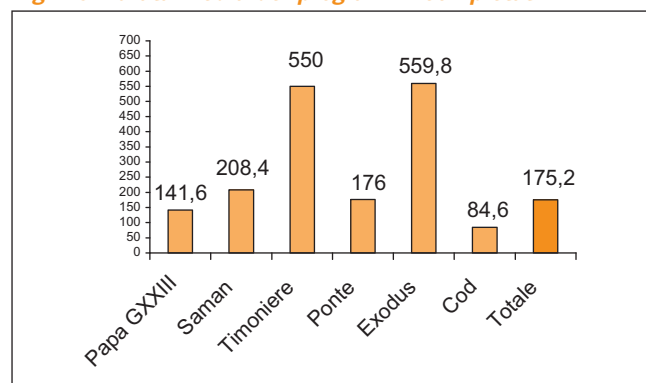
Seguendo le indicazioni delineate nello studio regionale, è stato analizzato l'esito di tutti i soggetti in struttura nei primi 90 giorni.

Il grafico evidenzia come nei 90 giorni considerati, il tasso di abbandono del programma sia di gran lunga la curva maggiormente rappresentata rispetto agli altri esiti. È una tendenza progressiva che parte dal primo giorno sino all'ultimo senza soluzione di continuità. I primi periodi sono i più delicati per la determinazione di una interruzione, infatti nei primi 90 giorni si verifica la quasi totalità delle chiusure anticipate dei programmi (26,4 nei primi 90 giorni contro il 33,4 totale).

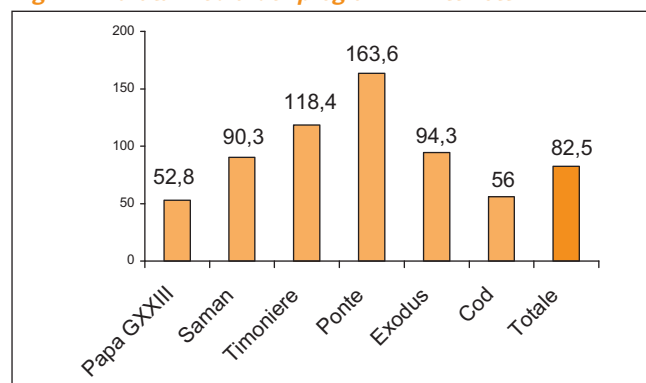
Il 14% (36) dei soggetti inseriti interrompe il programma in comunità entro i primi 30 giorni e nei soli primi 15 giorni il tasso di abbandono è circa del 9%. In questo caso le motivazioni dell'abbandono possono essere sicuramente attribuite alle difficoltà di adattamento a un contesto di vita in comune molto strutturato e normativo.

La tendenza si riflette anche nei mesi successivi, anche se con incrementi percentuali meno rilevanti rispetto al primissimo periodo. Al sessantesimo giorno, il tasso di abbandono risultava del 22,4%. In tre mesi il 26,4% dell'utenza inserita ha interrotto il programma terapeutico.

**Fig. 13 Durata media dei programmi completati**



**Fig. 14 Durata media dei programmi interrotti**



secondo. Dal terzo mese si assiste ad una stabilizzazione degli abbandoni con programmi maggiormente consolidati e meno suscettibili di interruzioni.

I diversi percorsi terapeutici finiscono per lo più oltre i 30 giorni, ma è interessante notare come nel primo mese vi sono delle conclusioni che possono essere attribuite a programmi terapeutici brevi come quelli effettuati presso i centri di osservazione e diagnosi. Studi internazionali e nazionali sugli esiti nelle comunità terapeutiche mostrano come le prime fasi di trattamento siano le più suscettibili di abbandoni da parte dei pazienti. L'accoglienza e i primi trattamenti

**Fig. 15 Percentuale cumulata per esito dei programmi nei primi 90 giorni**

