



**UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE**  
**Facoltà di Medicina e Chirurgia**

**Corso di Laurea in:**

**EDUCAZIONE PROFESSIONALE**

Tesi di Laurea:

**La dipendenza patologica: gli interventi  
educativi-riabilitativi e la prevenzione della  
ricaduta**

Candidato:  
Lorenzo Pirani

Relatore:  
Prof.ssa Daniela Saltari

*Anno Accademico 2019-2020*

## INDICE

<b>Introduzione</b> .....	3
<b>Capitolo 1 La dipendenza patologica</b> .....	5
<b>1.1 Definizioni e tipologie</b> .....	5
<b>1.2 Evoluzione del concetto di dipendenza patologica</b> .....	8
<b>1.3 Aspetti psicologici legati all'attaccamento secondo John Bowlby, Patricia Crittenden e Bernardo Nardi</b> .....	14
<b>Capitolo 2 Tipologie di strutture e servizi</b> .....	24
<b>2.1 Il servizio pubblico per le dipendenze patologiche</b> .....	26
<b>2.2 Le comunità terapeutiche, il percorso terapeutico riabilitativo nella cooperativa Polo9</b> .....	28
<b>2.3 I processi riabilitativi nel settore dipendenze patologiche....</b>	33
<b>2.4 I livelli di intervento</b> .....	35
<b>2.5 L'educatore professionale nelle dipendenze patologiche</b> ....	37
<b>Capitolo 3 La prevenzione della ricaduta</b> .....	40
<b>3.1 I livelli di prevenzione</b> .....	40
<b>3.2 Lapse e Relapse</b> .....	42
<b>3.3 I fattori di rischio</b> .....	44
<b>3.4 Gli strumenti di prevenzione</b> .....	46

<b>Capitolo 4 L'esperienza di Tirocinio</b>	.....	49
<b>4.1 La comunità CND Fenile</b>	.....	49
<b>4.2 Metodologia e trattamento</b>	.....	51
<b>4.3 Il progetto "Rio e Archeo"</b>	.....	53
<b>Conclusioni</b>	.....	61
<b>Allegati</b>	.....	65
<b>Bibliografia</b>	.....	86
<b>Sitografia</b>	.....	88

## **Introduzione**

Frequentando il Corso di Laurea in Educazione professionale ho intrapreso un percorso di formazione che mi ha permesso di crescere e maturare dal punto di vista personale e professionale. Ho svolto il tirocinio del primo anno presso la Casa di cura Villa Silvia di Senigallia che opera nel settore delle dipendenze patologiche, settore verso il quale nutro dubbi e paure alimentate dagli stereotipi sulla figura del “tossicodipendente”. Le mie paure più grandi erano quelle di poter essere manipolato e di non saper gestire la relazione con le persone ricoverate con problematiche di dipendenza.

Durante il tirocinio in questo settore ho potuto fare esperienze che mi hanno aiutato ad andare oltre al pregiudizio e, grazie anche alla crescente consapevolezza in merito agli strumenti della metodologia dell’educazione professionale, ho iniziato a vedere il “tossicodipendente” come una persona che tenta di curare la propria sofferenza con la sostanza. Da qui nasce il mio interesse verso questo settore, come si inserisce la pratica educativa nel trattamento delle dipendenze patologiche? Come si struttura un percorso riabilitativo tale per cui la persona dipendente riesca a trovare in sé le risorse necessarie per affrontare la propria sofferenza?

Questa ricerca si pone l’obiettivo di analizzare la dipendenza patologica prendendo in considerazione le definizioni fornite da manuali diagnostici come ICF, ICD 10 e DSM V, le varie sostanze e le nuove dipendenze patologiche che negli ultimi anni rappresentano un fattore importante.

Si pone, in seguito, l’accento sull’importanza del trattamento riabilitativo nel settore delle dipendenze patologiche analizzando l’offerta dei servizi ed i trattamenti che vengono proposti a diversi livelli.

Il primo capitolo introduce l’argomento di questa trattazione fornendo in primo luogo una definizione della dipendenza patologica per poi andare ad analizzare le sue sfaccettature. Si andranno ad analizzare anche elementi propri dell’evoluzione del concetto della condizione dipendente stessa in una doppia chiave di lettura: storica (il cambiamento della concezione della dipendenza patologica attraverso gli anni) e personale (legata alla crescita della persona ed ai

suoi fenomeni di attaccamento)

Nel secondo capitolo si fornisce una descrizione delle strutture che si occupano di erogare servizi in materia di dipendenza patologica. Si andrà ad analizzare la loro organizzazione, le interazioni con il territorio e le metodologie operative.

Si analizzano inoltre le pratiche operative tipiche del settore delle dipendenze patologiche con un'attenzione particolare ai processi riabilitativi per poi soffermarsi sulla figura dell'educatore professionale che opera all'interno dell'ambito delle dipendenze patologiche.

Il terzo capitolo è dedicato alla ricaduta, variabile sempre presente all'interno del percorso riabilitativo, e si propone una riflessione su vari tipi di prevenzione.

Il quarto ed ultimo capitolo è dedicato alla mia esperienza di tirocinio in particolare quella del terzo anno presso la CND Fenile di Fano.

Nonostante il delicato periodo di emergenza sanitaria che stiamo attraversando e la conseguente sospensione delle attività teoriche e pratiche da parte dell'università, ho avuto comunque la possibilità di continuare a specializzarmi nel settore delle dipendenze patologiche grazie ad una continuità nell'esperienza pratica che ho potuto svolgere all'interno delle strutture della cooperativa Polo9.

# **1. La dipendenza patologica**

## **1.1 Definizioni e tipologie**

Definire la dipendenza patologica non sembra un compito semplice in quanto si tratta di un fenomeno relativamente complesso e non facilmente circoscrivibile.

Il Vocabolario “Treccani” dell'Istituto dell'Enciclopedia Italiana definisce la dipendenza come la “condizione di chi dipende da, di chi non può fare, fisicamente o psichicamente, a meno di” oppure “la condizione di incoercibile bisogno di un prodotto o di una sostanza, soprattutto farmaci, alcol, stupefacenti, a cui si sia assuefatto, e la cui astinenza può provocare in lui uno stato depressivo, di malessere e di angoscia e talora turbe fisiche più o meno violente, cioè nausea, dolori diffusi, contrazioni, ecc.”

Per dipendenza si intende una trasformazione del comportamento che da semplice abitudine si diventa una ricerca esasperata e patologica del piacere attraverso i mezzi o le sostanze o i comportamenti che sfociano nella condizione patologica.

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la dipendenza patologica come una “condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione. Questo stato può accompagnare o no una tolleranza. Lo stesso individuo può essere dipendente da più sostanze.” Mentre definisce la dipendenza da sostanze come “l'uso nocivo e dannoso di sostanze psicoattive, incluso l'alcol. La dipendenza è caratterizzata da un gruppo di fenomeni comportamentali, cognitivi e fisiologici che si sviluppano dopo l'uso ripetuto della sostanza e che generalmente consistono in un forte desiderio di assumerla, nella difficoltà del controllo del suo uso, nella persistenza nell'usarla malgrado le conseguenze dannose, nell'alta priorità data alla droga rispetto alle altre attività, nell'aumento della tolleranza e, a volte, nella crisi d'astinenza”.

Sebbene le dipendenze principali e maggiormente conosciute siano quelle inerenti alle sostanze, esiste un gruppo di dipendenze legate a oggetti o comportamenti presenti nella vita di tutti i giorni e che non riguardano le sostanze; sono il cibo, il sesso, Internet, la televisione, il gioco d'azzardo, lo shopping, etc... Queste, nel loro complesso, possono essere definite tossicomanie oggettuali.

Per ottenere una diagnosi medica, il soggetto deve possedere almeno tre dei criteri presenti nell'ICD-10 (Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati):

- Forte ed irrefrenabile desiderio di assumere sostanza;
- Difficoltà di controllo dell'assunzione (all'inizio, al termine, nella quantità...);
- Sintomi fisici di astinenza;
- Necessità di aumentare la quantità di sostanza per ottenere l'effetto desiderato;
- Progressivo abbandono di attività, divertimenti, impegni, ecc....;
- Uso continuo della sostanza, nonostante la consapevolezza dei danni prodotti.

Nel 2013, L'American Psychiatric Association (APA) ha pubblicato la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico de Disturbi Mentali (DMS). Il DSM si pone l'obiettivo di costruire con un'impostazione ateoretica descrittiva, una classificazione dei disturbi mentali più frequenti che permetta di trovare un orientamento diagnostico condivisibile fra gli operatori della salute. Ci sono stati alcuni cambiamenti rispetto alla precedente edizione del manuale, il DSM-IV-TR: nella nuova edizione sono state fuse le categorie di abuso e dipendenza da sostanze del vecchio DSM-IV-TR in un unico disturbo da uso di sostanze, misurato su un continuum da lieve a grave, i cui criteri per la diagnosi, quasi identici ai precedenti criteri, sono stati uniti in un unico elenco di undici sintomi:

- La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti;

- Manifestazione di craving;
- L'uso ricorrente della sostanza causa un fallimento dell'adempimento dei principali obblighi di ruolo lavorativi, scolastici o casalinghi;
- Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati dagli effetti della sostanza;
- Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;
- Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
- Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema, persistente o ricorrente, fisico o psicologico che è stato probabilmente causato dalla sostanza;
- Il soggetto può manifestare tolleranza;
- Il soggetto può manifestare astinenza.

Alla lista dei sintomi è stato aggiunto il craving (forte desiderio di utilizzare la droga), mentre è stato eliminato il criterio riguardante i problemi legali ricorrenti, a causa della difficile applicazione a livello internazionale. Nel complesso, è stata aumentata la soglia del numero di criteri da soddisfare per porre diagnosi di disturbo da uso di sostanze: mentre nella versione precedente era richiesto un solo sintomo per la diagnosi di abuso, nel DSM-V per un disturbo da uso di sostanze lieve è richiesta la presenza, per un periodo di 12 mesi, di almeno due sintomi. Per un disturbo da uso di sostanze moderato è richiesta la presenza di almeno 4 sintomi mentre per un disturbo grave sono necessari 6 o più sintomi.

Nel manuale sono stati inoltre aggiunti il disturbo da uso di tabacco ed i criteri per l'astinenza da cannabis e da caffeina. Infine, nella stessa categoria dei disturbi da uso di sostanze, compare per la prima volta, il disturbo da gioco d'azzardo (gambling), indicato come unica condizione di una nuova categoria di dipendenze comportamentali, classificato nelle precedenti edizioni del DSM, come disturbo del controllo degli impulsi. Questo cambiamento riflette la crescente e consistente evidenza che alcuni comportamenti, come il gambling, attivano il sistema di ricompensa del cervello, con effetti simili a quelli delle droghe e che i sintomi del disturbo da gioco d'azzardo assomigliano in una certa misura a quelli dei disturbi da uso di sostanze.

In sostanza, con il termine dipendenza si intende una condizione in cui l'organismo ha bisogno



di una determinata sostanza o l'attuazione di un determinato comportamento per funzionare e sviluppa una dipendenza fisica e psicologica da essa. Spesso il termine addiction è usato come sinonimo di dipendenza, tuttavia il termine addiction, denota la dipendenza che spinge l'individuo alla ricerca dell'oggetto di dipendenza, senza il quale la sua esistenza diventa priva di significato: è dunque un coinvolgimento crescente e persistente della persona al punto che l'oggetto di dipendenza pervade i suoi pensieri ed il suo comportamento (Del Miglio, Couyoumdjian, Patrizi, 2005).

Per dipendenza fisica si intende un vero e proprio bisogno fisico di assumere la sostanza o di adottare un determinato comportamento, in modo da consentire un normale funzionamento dell'organismo. Infatti, se questo bisogno non viene soddisfatto, il soggetto va incontro alla cosiddetta sindrome d'astinenza, caratterizzata da sintomi di malessere.

Per dipendenza psicologica si intende invece un incontenibile desiderio di provare nuovamente gli effetti ritenuti piacevoli della sostanza o del comportamento da cui si dipende.

## **1.2 Evoluzione del concetto di dipendenza patologica**

Nella storia, la dipendenza si intreccia con l'uomo fin dall'antichità. Le sostanze oppiacee erano utilizzate come anestetici da Sumeri, Babilonesi ed Egiziani. Nell'antica Grecia le droghe vengono considerate come "sostanze che agiscono, raffreddando, riscaldando, asciugando, umidificando contraendo e rilassando, o addormentando" e l'uso di alcolici come birra e vino è molto diffuso anche se si inizia ad abbinare il concetto di dipendenza al vino. Nell'epoca Romana la Lex Cornelia (legge romana presentata dal dittatore Lucio Cornelio Silla emanata nell'81 A.C.) dice che "droga è una parola indifferente, che comprende sia ciò che serve a uccidere sia ciò che serve a curare, e i filtri d'amore, ma questa legge condanna solo ciò che viene usato per uccidere qualcuno". Nel medioevo europeo l'uso delle sostanze psicoattive viene associato alla stregoneria mentre l'uso di alcolici è largamente accettato.

L'Islam non etichetta le sostanze né come sacre né come sacrileghe ma proibisce il consumo di alcolici prevedendo pene severe per le persone che ne fanno uso. Una teoria che ha preso piede

dal 1930 negli Stati Uniti sostiene che la parola “Assassino” derivi dal sostantivo arabo “Hashīshiyūnossia” cioè, coloro che sono dediti al consumo di hashish.

Tra ‘700 ed ‘800 si diffonde molto il Laudano (composto a base di alcool ed oppio) e miglioramenti nei procedimenti scientifici portano alla scoperta di numerosi principi attivi come la morfina, la diacetil morfina (eroina), l’acido acetil salicilico (aspirina). Nel 1859 viene isolato il principio attivo della cocaina (benzoilmetilecgonina) anche se le popolazioni sudamericane masticano le foglie della *Erythroxylum coca* fin dall’antichità.

Nel 1886 ad Atlanta in Georgia, viene brevettato un tonico pensato come rimedio per il mal di testa e la stanchezza. Questo tonico contiene foglie di coca e noci di cola.

Per molto tempo la dipendenza è stata interpretata dalla popolazione mediante un meccanismo cognitivo di semplificazione che si basa su precomprensioni comuni. Questo meccanismo di semplificazione è un processo che si attiva quando si sente il bisogno di esplorare e catalogare la realtà, in particolare quando ci si trova davanti qualcosa che non si conosce. Catalogare, dare un nome ad un determinato fenomeno, aiuta a stabilire il significato dello stesso e a ridurre l’ansia che genera l’ignoto. Si può ad esempio pensare che la dipendenza assomigli ad un vizio basandosi su una precomprensione moralistica: la persona con problemi di dipendenza in questo caso è vista come debole e viziata per cause naturali o perché ha ricevuto un’educazione “sbagliata”. Preferisce il piacere ed il disimpegno al sacrificio per raggiungere i propri obiettivi. In altri casi si associa la dipendenza ad altri problemi che, trascurati o negati, portano la persona al contatto con le sostanze. Si considera la droga come un modo per sfuggire dai propri problemi ed il “tossico” è considerato un debole relativo: ha dovuto affrontare traumi importanti o situazioni di vita particolarmente traumatiche ma non ha saputo reagire adeguatamente. La dipendenza in questo caso sembra essere una conseguenza del malessere correlato ad altri problemi.

Se si considera la dipendenza come una intossicazione allora la si concepirà come un meccanismo che agisce a livello biologico influenzando il funzionamento della persona. Il “tossico” sarà portato ad assumere un comportamento specifico finalizzato a continuare la ricerca e l’assunzione della sostanza.

Alcune di queste precomprensioni sono apparse anche in ambienti scientifici e professionali e

hanno portato a diversi approcci; se il tossicodipendente è visto come una persona con “debolezza morale” per cui è lecito intervenire per correggere la debolezza; se la dipendenza si spiega con svantaggi e sfortune che hanno sopraffatto il tossicodipendente, si cercherà di ridurre l’handicap che queste situazioni hanno provocato in modo tale da eliminare la “causa” del ricorso alle sostanze; se invece si considera la tossicodipendenza come una intossicazione, si opererà per interventi finalizzati a ripristinare la normalità biologica dell’organismo.

Con l’avvento degli Alcolisti Anonimi si comincia a parlare dell’alcolismo come una malattia e nascono, anche in Italia, alcune equipe per il trattamento delle persone con problemi di dipendenza patologica, ma l’argomento sarà trattato con maggiore precisione nel Capitolo 2.

L’evoluzione del concetto di dipendenza si può notare, ad esempio, prendendo in considerazione le varie edizioni del DSM.

Nel DSM-I si fa riferimento ad alcolismo e alla “drug addiction” come derivati di disturbi di personalità di fondo. Il DSM-II non vede una modifica di questa parte ma introduce alcune nuove categorie riconoscendo nell’alcolismo diversi tipi di eccesso classificandoli in base al numero degli episodi di intossicazione. Viene l’astinenza come incapacità di astenersi dal consumo di alcolici per un determinato periodo di tempo che va da 3 mesi per i casi più lievi a 24 ore per i casi più gravi. Il DSM-III si differenzia rispetto alle precedenti versioni in quanto si configura come un testo su base statistica, multiassiale e ateorico. Viene introdotto il “disturbo da uso di sostanze” e si specifica che può determinare comportamenti socialmente indesiderati, lo sviluppo di sintomi di astinenza per riduzione o cessazione dell’assunzione ed un impatto disfunzionale nelle attività quotidiane. Il disturbo da uso di sostanze viene suddiviso in:

- Disturbo per abuso di sostanze;
- Dipendenza da sostanze.

Vengono inoltre definiti i seguenti concetti:

- Tolleranza: necessità di incrementare il dosaggio al fine di ottenere l’effetto desiderato o di contrastare la sua diminuzione nell’uso prolungato;
- Astinenza: sindrome sostanza specifica, si manifesta dopo la cessazione o la riduzione della dose di assunzione abituale.

Vengono inoltre specificate cinque classi di sostanze: alcol, oppioidi, barbiturici, anfetamine e cannabis. La tossicodipendenza viene definita una patologia a carattere cronico recidivante ed i disturbi di personalità e dell'umore si riconoscono come fattori predisponenti.

Il DSM-IV propone una revisione, anche terminologica, del disturbo da uso di sostanze. Con il termine "sostanza" si fa riferimento a droghe, farmaci e tossine. Le sostanze d'abuso sono ora classificate in undici classi: alcol, anfetamine, caffeina, cannabis, cocaina, allucinogeni, inalanti, nicotina, oppioidi, PCP, sedativi, ipnotici e ansiolitici.

La dipendenza viene descritta come una modalità di autosomministrazione prodotta da tolleranza (ora desiderio, necessità nel DSM-II) e astinenza (ricorrere alla sostanza per evitare sintomi spiacevoli come effetti cognitivi, psicologici o fisici) o da un comportamento compulsivo consapevole del legame tra sostanza e sintomi provocati dalla stessa. Dipendenza e abuso di sostanze sono incluse nei disturbi da uso di sostanze, intossicazione e astinenza sono incluse nei disturbi indotti da sostanze. Si specificano anche i disturbi indotti da sostanze come ansia, demenza, disfunzioni sessuali, disturbi psicotici, dell'umore o del sonno.

La quinta edizione del DSM elimina la categoria di abuso e la parte legata ai problemi legali in seguito a comportamenti di consumo patologico. Si prende in considerazione l'apporto in questo campo delle neuroscienze, prova di un cambiamento importante rispetto le edizioni precedenti. Vengono introdotti concetti come il sistema di ricompensa e la sezione delle dipendenze comportamentali anche se, per insufficienza di prove scientifiche, la maggior parte delle dipendenze comportamentali (affettiva, da sesso, da shopping compulsivo, da lavoro, da esercizio fisico e da tecnologia) non vengono inserite. Il disturbo da gioco d'azzardo (gambling) viene classificato nelle nuove dipendenze ed è l'unica dipendenza comportamentale riconosciuta all'interno della categoria dei disturbi da uso di sostanze.

Per molto tempo si è usato il termine tossicodipendenza, poi sostituito con "dipendenza patologica". Recentemente, nella letteratura internazionale, si è diffuso il termine "Addiction" e si riferisce al disturbo da uso di sostanze (DSM V). Addiction deriva dal termine giuridico latino "addicere" che si riferisce all'istituto romano di rendere schiavo un debitore insolvente nei confronti del creditore fino a quando non abbia

ripagato il proprio debito. In senso ampio si riferisce ad una schiavitù ed il suo utilizzo in ambito clinico indica il sommarsi di “dependence” (connotazione fisico patologica di tolleranza ed astinenza) e craving (fame ossessiva e non controllabile dell’oggetto).

Il tentativo di tradurre questo termine in italiano sembra un compito difficile in quanto la traduzione letterale potrebbe essere “addetto” o “dedito” facendo perdere la connotazione semantica di “schiavitù”. Nella traduzione italiana del DSM V i traduttori hanno deciso di lasciare il termine in inglese.

In italiano il termine maggiormente usato è “dipendenza” che però non rende a pieno il significato di “addiction”. Spesso si usa anche la denominazione tossico-dipendenza che però limita il campo semantico alle dipendenze da sostanze. Sembra essere maggiormente corretta la terminologia “dipendenza patologica”.

#### *Disturbo da uso di sostanze*

Il disturbo da uso di sostanze (DUS) tende a presentarsi sotto forma di poli-abuso, con dipendenza da molteplici sostanze o ad associarsi ad altre forme di dipendenza quali gioco d’azzardo o la dipendenza da cibo.

Una prospettiva adottata dai professionisti che operano all’interno dell’ambito delle dipendenze patologiche definisce la dipendenza da sostanze, in accordo con moderni studi neurobiologici, come un disturbo comportamentale appreso indotto dall’uso cronico di qualsiasi sostanza stupefacente, caratterizzato da alterazioni del sistema della gratificazione.

Il DUS si può considerare come la conseguenza di un uso problematico di una sostanza e può provocare disagio o una compromissione più o meno significativa. Le conseguenze possono essere di tipo mentale o fisico e si possono ripercuotere anche sul benessere di altre persone. La persona che soffre di DUS rischia anche di incorrere in problemi sociali o relazionali legati al consumo di sostanze come il mancato rispetto di impegni sociali (lavoro, scuola, famiglia) o conflitti personali.

#### *Dipendenze comportamentali*

Le dipendenze comportamentali, o dipendenze senza sostanza, sono caratterizzate da

comportamenti a carattere persistente e compulsivo che occupano in maniera totalizzante la vita delle persone e possono riferirsi a:

- Oggetti;
- Attività;
- Stili di vita;
- Gestione del tempo;
- Consumi;
- Difficoltà relazionali.

La dipendenza comportamentale è stata aggiunta nel 2013, con la quinta edizione del DSM, all'interno del gruppo delle diagnosi psichiatriche ufficiali con la denominazione "dipendenze patologiche comportamentali". Questa diagnosi condivide alcune caratteristiche con il Disturbo da uso di sostanze come ad esempio la capacità di modulare il tono dell'umore, i fenomeni di astinenza e tolleranza, la presenza di recidive e la difficoltà a sospendere il comportamento di abuso nonostante la compromissione del funzionamento individuale. Rappresentano una forma di dipendenza che comporta una compulsione ad impegnarsi in un comportamento premiante non connesso alla droga nonostante le conseguenze negative sul fisico, la mente, la vita sociale o il benessere economico personale.

Mark Griffit (2005) propone una serie di sei criteri per la definizione di una dipendenza comportamentale:

- *Preminenza.* il comportamento tende ad assumere la maggiore rilevanza nella vita della persona a discapito di altri pensieri, sentimenti e azioni;
- *Influenza.* Conseguenze emotive del comportamento di dipendenza;
- *Tolleranza.* Intensificarsi del comportamento per ridurre effetti di sufficiente intensità;
- *Sintomi di astinenza.* Stati d'animo o conseguenze fisiche spiacevoli;
- *Conflitto.* Conflitti interpersonali derivati dalla dipendenza instauratasi o incompatibilità con altri compiti o attività personali;
- *Recidiva.* Ricadute plurime nel disturbo dopo fasi di astinenza.

Gli stadi delle dipendenze comportamentali sono:

- *Stadio preparatorio.* Sviluppo di idee e atteggiamenti nei confronti dell'oggetto;

- *Stadio di iniziazione.* Incontro con l'oggetto;
- *Stadio iniziale.* Utilizzo dell'oggetto in maniera irregolare e non definizione di sé come consumatore (in questa fase è possibile cominciare a sviluppare una dipendenza psicologica verso particolari situazioni);
- *Stadio di mantenimento.* Utilizzo costante ed adozione per sé dell'immagine del consumatore regolare.

Le dipendenze comportamentali coinvolgono pulsioni "normali" (come sesso, cibo, amore, denaro) che divengono però patologiche nella misura in cui raggiungono un certo livello di eccesso e di pericolosità per la persona. Il carattere distintivo della dipendenza comportamentale resta sempre e comunque l'incapacità dell'individuo di mitigare il comportamento nonostante le conseguenze negative che osserva nel suo funzionamento quotidiano. I comportamenti e i processi legati alla dipendenza comportamentale sono volti a dare piacere, rappresentano spesso una via di uscita dalla sofferenza emotiva o fisica e sono caratterizzati dalla incapacità di controllare la messa in atto del comportamento e l'insorgere di conseguenze negative per la vita della persona.

### **1.3 Aspetti psicologici legati all'attaccamento secondo John Bowlby, Patricia Crittenden e Bernardo Nardi**

Il tema della dipendenza patologica può essere studiato prendendo in considerazione le relazioni di attaccamento e, in particolare, la diade genitore-bambino. Alcuni studi condotti nell'ambito dell'infant research (Sander, 1987; Weinberg, 1992; Stern, 1971, 1998; Beebe, Lachmann, 1992, 2002) focalizzano l'attenzione sull'autoregolazione e la regolazione reciproca degli stati fisiologici del sé nello sviluppo infantile. Il Sé è all'origine del sentimento per il quale l'individuo si sente un polo autonomo di percezione e iniziativa. La regolazione dei cicli alimentari, del ritmo sonno-veglia, delle emozioni e dell'autostima, sono processi che avvengono in contesti diadici o multi-personali. La capacità di autoregolazione interagisce per tutta la vita con la regolazione relazionale reciproca; la patologia si struttura in

quei contesti relazionali che inibiscono l'oscillazione dialettica tra la necessità di regolare sé stessi e quella di regolare la propria relazione con l'altro. La dipendenza patologica, da questo punto di vista, può essere pensata come una relazione in cui il soggetto dipendente è vincolato a una perenne regolazione sull'altro, poiché è incapace di regolare da solo gli stati del Sé, il che, naturalmente, implica che all'altro non è lasciata la possibilità di autoregolarsi senza doversi impegnare, a sua volta, nella relazione.

Di seguito alcune teorie sull'attaccamento.

#### *La teoria dell'attaccamento di John Bowlby*

L'attaccamento si basa su meccanismi cerebrali innati che spingono il bambino a cercare la vicinanza dei genitori e a stabilire una comunicazione con loro instaurando rapporti che influenzano lo sviluppo e l'organizzazione dei suoi processi motivazionali, emotivi e mnemonici. Dal punto di vista evolutivo, l'attaccamento aumenta le probabilità di sopravvivenza del bambino (Main, 1999; Simpson, Belsky, 2008) mentre a livello della mente le relazioni di attaccamento aiutano il suo cervello ancora immaturo a coordinare le sue attività sintonizzandosi sui processi mentali della figura di attaccamento. I genitori infatti possono aiutare i bambini a ridurre l'impatto di sensazioni spiacevoli come paura, ansia o tristezza fornendo loro un senso di sicurezza che contribuisce a calmarli quando sono turbati (Siegel, Hartzell, 2003). Esperienze ripetitive vengono "salvate" nella memoria implicita generando aspettative e quindi schemi o modelli mentali di attaccamento. Questo porta allo sviluppo di quello che Bowlby chiama "base sicura".

Le caratteristiche principali dell'attaccamento sono:

- Le prime relazioni di attaccamento si formano in genere entro il settimo mese di vita;
- Quasi tutti i bambini sviluppano processi di attaccamento;
- Relazioni di attaccamento si stabiliscono solo nei confronti di un numero limitato di persone;
- Gli attaccamenti selettivi derivano da interazioni sociali con le figure di attaccamento;
- Le relazioni con le figure di attaccamento hanno effetti specifici sull'organizzazione dei comportamenti e delle funzioni cerebrali del bambino.



Le relazioni di attaccamento svolgono un ruolo cruciale nell'aiutare il bambino ad organizzare le proprie esperienze e hanno effetto sulla maturazione delle strutture cerebrali che mediano processi come memoria, narrativa autobiografica, emozioni, rappresentazioni e stati della mente. In sostanza, le relazioni di attaccamento contribuiscono alla costruzione delle basi su cui poi si sviluppa la mente dell'individuo.

Affinché si instauri una relazione di questo tipo è necessaria la presenza di una comunicazione emotiva efficace all'interno della diade in modo tale che le due parti si sentano comprese a vicenda. È importante che il genitore si mostri sensibile nei confronti dei messaggi non verbali del bambino mentre per il bambino, la possibilità di connettersi, entrando in sintonia, con la mente del genitore è importante per la maturazione dei criteri naturali che mediano le sue capacità di autoregolazione, che potrà poi usare in futuro (Schoore, 2001).

L'idea fondamentale dello psicoanalista e psichiatra britannico Bowlby è che "il bambino interiorizza la relazione con il genitore, o con altre figure significative, in un modello operativo di attaccamento. Se a questo modello corrisponde un livello di sicurezza, il bambino sarà in grado di esplorare il mondo, di maturare e di separarsi dal genitore in maniera sana. Al contrario, se la relazione di attaccamento è insicura, il modello operativo interno che ne deriva non fornirà al bambino una base sicura e potrà avere effetti negativi sullo sviluppo dei suoi comportamenti". Un modello operativo interno (MOI) di attaccamento è una forma di schema o un modello mentale. La formazione di questi modelli mentali rappresenta un processo fondamentale attraverso il quale il cervello impara dal passato e plasma i comportamenti futuri.

Una volta appresi, i modelli operativi interni esercitano effetti diretti sui comportamenti, sulle modalità di comunicazione interpersonale, sulla regolazione delle emozioni, sulla memoria autobiografica e sulle strutture narrative.

Mary Ainsworth ha ideato uno strumento di indagine per analizzare e classificare i modelli operativi interni descritti da Bowlby: l'"Infant Strange Situation". Il principio era che in un bambino di un anno, la separazione dal genitore ed un successivo ritorno della figura di attaccamento in un ambiente sconosciuto avrebbe portato all'attivazione dei meccanismi di attaccamento consentendo la valutazione delle sue reazioni.

Dalle osservazioni derivanti dall'"Infant Strange Situation" si deducono i seguenti stili di

attaccamento:

- *Stile di attaccamento sicuro (B)*. Il bambino vede una base sicura nella figura di attaccamento ed esplora l'ambiente circostante serenamente. La figura di attaccamento è emotivamente disponibile, è in grado di recepire i messaggi del bambino e di rispondere adeguatamente. Il bambino si sente amabile, capace di sopportare distacchi prolungati dalla figura di attaccamento, non teme l'abbandono e nutre fiducia nelle proprie capacità ed in quelle degli altri;
- *Stile di attaccamento evitante (A)*. La figura di attaccamento non è emotivamente disponibile o non in grado di recepire i messaggi del figlio per cui non risponde in maniera adeguata o manifesta atteggiamenti di rifiuto nei confronti del bambino. Il bambino si convince che, in caso di richiesta di aiuto, non incontrerà la disponibilità della figura di attaccamento e potrà essere rifiutato. Si manifesta da parte del bambino, una disattivazione dei meccanismi di attaccamento che portano ad ignorare la figura di attaccamento e a non ricercare la sua vicinanza. Il bambino sente insicuro quando si tratta di esplorare l'ambiente, si sente non amato e tende ad evitare le relazioni per paura di essere rifiutato;
- *Stile di attaccamento ansioso ambivalente (C)*. il bambino non ha la certezza che la figura di attaccamento sia disponibile a rispondere ad una richiesta di aiuto. La figura di attaccamento è disponibile e recettiva in modo incostante ed incoerente. Il bambino mostra insicurezza nell'esplorazione dell'ambiente ed è convinto di non essere amabile. Data l'ambiguità della relazione di attaccamento, si assiste ad una sovra attivazione del sistema di attaccamento per cui i comportamenti di ricerca della prossimità continuano anche dopo il ricongiungimento con la figura di attaccamento;
- *Stile di attaccamento disorientato/disorganizzato (D)*. Integrato successivamente da parte di Main e Salomon in quanto durante le osservazioni della Strange Situation sono emersi comportamenti non riconducibili a nessuno dei tre stili precedenti. Il bambino appare disorientato/disorganizzato manifestando ansia, piangendo e attuando comportamenti stereotipati assumendo espressioni simili alla trance in risposta alla separazione dalla figura di attaccamento. Questi bambini possono muoversi verso la

figura di attaccamento con la testa girata verso un'altra direzione per non incrociarne lo sguardo. La figura di attaccamento stabilisce una forma di comunicazione disorientante o spaventante.

### *Il modello dinamico maturativo di Patricia Crittenden*

Patricia Crittenden è una psicologa e ricercatrice americana allieva di John Bowlby e di Mary Ainsworth che ha approfondito lo studio dell'attaccamento in varie parti del mondo, considerando differenti contesti etnici e socioculturali, in particolare le famiglie in condizioni di rischio psicosociale, come quelle al cui interno si verificano episodi di maltrattamento e di abuso oppure in cui sono presenti pazienti psichiatrici. Questo modello tiene conto del contributo delle neuroscienze e delle teorie evoluzionistiche e sistemiche. Le caratteristiche del modello dinamico maturativo sono:

- *Segue le prospettive evoluzionistiche.* I comportamenti umani sono interpretati in relazione all'adattamento all'ambiente e sono inseriti nel ciclo vitale dell'individuo e della sua famiglia. Uno stile di adattamento si sviluppa in specifiche condizioni relazionali e ambientali e rappresenta un tentativo di adattamento al contesto. Uno stile di adattamento va valutato all'interno del contesto in cui si sviluppa in relazione alla sua efficacia quando si tratta di proteggere il soggetto da un pericolo;
- *Proteggere dai pericoli e garantire la sicurezza.* Chi ha vissuto situazioni di pericolo può aver sviluppato una relazione di attaccamento infantile con figure di attaccamento che non erano in grado di fornire una base sicura che alimentasse fiducia e incoraggiasse l'esplorazione.
- *Valutazione con strumenti specifici.* La valutazione dell'attaccamento si basa su strumenti diversi in base alla fascia di età che si analizza. Si va oltre l'"Infant Strange Situation" e si usano anche il "Preschool Assessment of Attachment" (PAA), lo "School-age Assessment of Attachment" (SAA), la Transition to Adulthood Attachment Interview (TAAI) e la Adult Attachment Interview (AAI);
- *Nuovo sistema di classificazione dell'attaccamento.* Deriva dal modello sviluppato da Mary Ainsworth ma presenta diverse integrazioni. Vengono mantenute le

configurazioni di Ainsworth e Main, tranne quelle disorganizzate, ma si considera la possibilità che l'espressione del pattern di attaccamento sia alterata dalla presenza di modificatori (indici dello stato globale di adattamento della strategia di attaccamento al contesto attuale). Si considera inoltre la possibilità che gli stili di attaccamento possono evolvere in quanto, nel corso della vita, possono subire delle riorganizzazioni in funzione dello sviluppo in seguito ad eventi esistenziali importanti;

- *Differenziazione in base all'elaborazione delle informazioni.* Gli stili di attaccamento si differenziano in base alla capacità individuale di elaborare le informazioni cognitive (logiche e razionali, basate su rapporti causali) e le informazioni affettive (emozionali in base all'intensità della stimolazione). L'attaccamento evitante risulta maggiormente reattivo alle informazioni cognitive, quello ansioso/ambivalente è reattivo alle informazioni affettive mentre l'attaccamento sicuro integra i due tipi di informazioni.

#### *L'attaccamento nel modello post razionalista secondo Bernardo Nardi*

L'individuo è considerato plastico e predisposto al cambiamento e, grazie ad esperienze progressivamente vissute, matura la propria coscienza di sé a partire dallo sviluppo di una relazione di attaccamento. Il sistema dell'attaccamento risulta fondamentale per la sopravvivenza di un bambino e risponde agli stress. “esprime la competenza che un bambino ha, a partire dalle prime fasi della sua vita, di mantenere la prossimità e di ottenere l'accudimento di una figura genitoriale che fornisce cure e protezione (care-giver)”.

Il sistema dell'attaccamento consente di:

- Differenziare e organizzare un range di emozioni e sentimenti;
- Modulare l'intensità, la durata e la frequenza degli stati emotivi;
- Organizzare l'attività senso-percettiva e motoria mediante la risonanza e la partecipazione soggettiva nelle relazioni con altri individui;
- Orientare l'organizzazione del repertorio emozionale e cognitivo individuale.

L'attaccamento e lo stato mentale delle figure di attaccamento determinano il modo in cui un soggetto riconosce e si attribuisce l'esperienza e le emozioni ad essa collegate. Questo meccanismo contribuisce alla costruzione della sua identità.

Si riconosce l'importanza della base sicura che, al fine di sviluppare un buon attaccamento, si deve dimostrare "sensibile ai bisogni del bambino percependoli correttamente, sintonizzandosi affettivamente, riparando empaticamente le situazioni di rottura e fornendo risposte tempestive, coerenti, adeguate alle risorse e al bene del bambino".

Giuseppe Cesari (1990, 1995) afferma che la base sicura autorevole è come una "guida" che conosce l'individuo che accompagna pertanto lo mette al centro focalizzando l'attenzione su quelli che sono i suoi limiti e le sue capacità senza giudicare, rispettando i suoi tempi. Questa mi sembra una bella similitudine se si riferisce ad un care-giver ma credo si possa anche attribuire alla figura Dell'educatore professionale.

Questo modello si mostra in sintonia con il modello dinamico maturativo di Patricia Crittenden in quanto si afferma che l'attaccamento varia nel corso della vita esprimendosi in modi diversi in base alle esperienze vissute da una persona.

Viene proposta la seguente classificazione:

- *Attaccamento di tipo difeso ed evitante (pattern A)*. Privilegiano il canale cognitivo che usano per stabilire relazioni con le figure di attaccamento. Questi bambini, emotivamente freddi e distaccati, crescono e si responsabilizzano in fretta, sanno prendersi cura delle figure di attaccamento che non rispondono adeguatamente ai segnali emotivi. I bambini che sviluppano questo attaccamento possono essere:
  - o *Genitoriali*. Si sostituiscono al care-giver prendendosene cura;
  - o *Compiacenti*. Si comportano in modo da avvicinare il care-giver evitando i comportamenti che potrebbero allontanarlo;
  - o *Autosufficienti*. Imparano a fare conto su sé stessi;
- *Attaccamento di tipo reattivo, coercitivo o resistente (pattern C)*. Imparano che l'affettività si compone di elementi veloci (emozioni), lenti (sentimenti) e di fondo ed usano questi elementi per richiamare l'attenzione del care-giver. Utilizzano il canale emotivo per sintonizzarsi con il care-giver. I bambini che sviluppano questo attaccamento possono essere:
  - o *Capricciosi*. Protestano per ottenere qualcosa. Il care-giver non prende posizioni e risulta ansioso e preoccupato. Il bambino sa come "risparmiare le energie":

non protesta quando sa di non poter ottenere qualcosa;

- *Lamentosi*. Sperimentano che lamentarsi e protestare funziona;
  - *Indifesi*. Mostrandosi fragile sperimenta di poter aumentare le probabilità di ottenere qualcosa;
  - *Accattivanti*. Adulatori che sfruttano le fragilità del care-giver;
- *Attaccamento bilanciato e sicuro (pattern B)*. Armonizzano ed integrano gli aspetti emotivi e cognitivi. Si confrontano con i care-giver che appaiono equilibrati, empatici e sensibili. I bambini che sviluppano questo attaccamento possono essere bilanciati, sicuri o equilibrati;
  - *Attaccamento disorganizzato (pattern D)*. Risultano non in grado di organizzare relazioni funzionali, non riescono ad equilibrare gli aspetti emozionali e cognitivi. Il care-giver risulta preoccupato, spaventato e spaventante.

L'attaccamento è parte di un processo che influenza il modo che ha una persona di riferirsi le esperienze ed integrarle nel proprio senso di sé e che contribuisce alla formazione delle organizzazioni di personalità:

- *Organizzazioni di personalità a reciprocità fisica*. Le situazioni di stress da pericolo e solitudine attivano la ricerca della disponibilità di aiuto da parte del care-giver o della capacità di gestirsi in modo autonomo. Si costruisce una reciprocità basata su un registro fisico (vicinanza, lontananza, affidabilità, gestibilità).

Quando il bambino può accedere al care-giver ogni qual volta ne abbia bisogno si sviluppa una relazione di attaccamento “disponibile” (“on-line”). Le organizzazioni di personalità che gestiscono il pericolo individuando contesti e figure affidabili sono dette Controllanti.

Se invece il bambino può accedere al care-giver di tanto in tanto si sviluppa una relazione di attaccamento “poco disponibile” (“off-line”) caratterizzata dalla capacità di gestire situazioni di solitudine usando il distanziamento. Queste organizzazioni di personalità si definiscono Distaccate;

- *Organizzazioni di personalità a reciprocità semantica*. Quando una persona si trova davanti a situazioni di confronto con gli altri o quando si richiede il rispetto di regole e

criteri buoni e giusti, viene attivata la ricerca di approvazione del care-giver o vengono mobilitate risorse personali per svolgere il proprio dovere. La reciprocità si basa sul registro semantico (approvazione, disapprovazione, apprezzamento, critica). Il canale cognitivo viene usato per verificare il canale fisico e quello emozionale. “i segnali esterni sono utilizzati sul versante comportamentale per regolare le interazioni con l’ambiente, i rapporti affettivi e le relazioni sociali, rimodulando di conseguenza le attivazioni interne”.

Quando il bambino può accedere al care-giver ogni qual volta ne abbia bisogno si sviluppa una relazione di attaccamento “disponibile” (“on-line”) caratterizzata dalla capacità di gestire situazioni di giudizio esterno usando il consenso come vincolo o come risorsa. Queste organizzazioni di personalità si definiscono Contestualizzate.

Se invece il bambino può accedere al care-giver di tanto in tanto si sviluppa una relazione di attaccamento “poco disponibile” (“off-line”) caratterizzata dalla capacità di gestire situazioni in cui si sente di dover fare quello che è giusto fare usando le regole come vincolo o come risorsa. Queste organizzazioni di personalità si definiscono Normative.

Lo sviluppo di un legame di attaccamento sicuro è fondamentale per lo sviluppo delle capacità di autoregolazione e per la formazione del Sé. Al contrario, relazioni di attaccamento insicure possono portare la persona a ricercare un appoggio esterno, come se non potesse contare sul proprio Sé o sulla figura di attaccamento. Questo può portare all’instaurarsi di determinati modelli operativi interni che contribuiscono allo sviluppo di forme di dipendenza.

Durante l’esperienza di tirocinio ho avuto la possibilità di relazionarmi con persone che soffrono di problematiche legate alla dipendenza patologica e, nel contesto di una relazione educativa, ho potuto indagare i vissuti di queste persone relativi alle loro esperienze familiari. In generale ho riscontrato una tendenza ad instaurare un legame “positivo” con una sostanza o con un comportamento di dipendenza al quale la persona fa ricorso ogni qual volta si trova davanti a situazioni caratterizzate da emozioni intense. L’uso della sostanza o l’applicazione del comportamento di dipendenza sembra sostituire la figura di attaccamento che spesso risulta

assente o non in grado di fornire una risposta adeguata a queste situazioni. Lo sviluppo di modelli operativi interni che in qualche modo facilitano l'instaurarsi di una dipendenza patologica si verifica in quelle situazioni in cui la persona è costretta ad una "deviazione" nel suo cammino per la costruzione di una relazione soddisfacente di attaccamento e questo è evidente quando la sostanza diventa il referente dell'attaccamento.

All'interno del percorso riabilitativo, l'educatore professionale si inserisce in queste situazioni fornendo strumenti per creare contesti di apprendimento stimolando una rielaborazione di una determinata esperienza con l'obiettivo di focalizzare l'attenzione della persona verso il proprio Sé e non verso qualcosa che non fa parte della persona, verso qualcosa che si pone all'esterno.



## **2. Tipologie di strutture e servizi**

In Italia, negli anni '70, nascono alcune equipe per la cura di pazienti affetti da tossicodipendenza in risposta al notevole incremento dell'utilizzo di droghe di quel periodo, in particolare dell'eroina. Questo fenomeno ha determinato un aumento dei decessi per overdose, dei casi di malattie sessualmente trasmesse e di malattie infettive a trasmissione ematica con l'HIV.

Fino al 1975 era in vigore la legge 1041/54, di carattere repressivo, che equiparava il soggetto con dipendenza da sostanze al "folle" ponendo l'accento sulla pericolosità sociale. Si prevedeva l'obbligo di denuncia da parte del medico ed il ricovero presso una casa di cura o un ospedale psichiatrico.

Con la legge 685 del 1975 lo Stato italiano si è dotato di un sistema di cura per le dipendenze patologiche territoriale, capillare. Anche se il Sistema Sanitario Nazionale non era ancora quello che conosciamo oggi (legge 833/1978) viene specificato che dovevano essere i normali presidi che si occupavano di tutti i cittadini a farsi carico delle persone che fanno uso non terapeutico di sostanze psicotrope vietando il ricorso alle istituzioni manicomiali.

Questa norma ha un carattere decisamente meno repressivo e fa trasparire la volontà di comprendere il fenomeno nella sua complessità definendo la "tossicodipendenza" come una malattia sociale e il soggetto dipendente come una persona da curare. Viene introdotta la "non punibilità per uso personale" (detenzione di modica quantità). Chi accetta di curarsi può farlo mantenendo l'anonimato, chi non accetta viene segnalato al Pretore che può imporre il trattamento.

Vengono istituiti i Centri medici di assistenza sociale (CMAS) su base provinciale con le seguenti finalità:

- fornire l'ausilio specialistico occorrente ai luoghi di cura, ai centri ospedalieri e sanitari locali ed ai singoli medici.
- determinare le più idonee terapie di disintossicazione.
- attuare ogni opportuna iniziativa idonea al recupero sociale degli assistiti, interessando in

via prioritaria, quando è possibile, la famiglia.

Con il DPR 309/90 l'esperienza fatta con la legge 685/75 viene consolidata e si determina che "le competenze delle regioni e delle province autonome che disciplinano l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze assicurano indirizzi fondamentali che determinano come le attività di prevenzione e intervento contro l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope siano esercitate da servizi pubblici e strutture private accreditate".

Il comportamento di dipendenza viene stigmatizzato, il consumo personale è considerato illecito e va sanzionato. Viene introdotta la "dose media giornaliera". Se una persona assume o detiene una quantità di sostanza inferiore alla dose media si prevede una sanzione amministrativa. Si prevede una sanzione penale se la persona assume o detiene una quantità di sostanza superiore alla dose media giornaliera, se reitera comportamenti finalizzati all'uso personale o se interrompe il programma terapeutico.

Alle strutture del privato sociale vengono assegnati questi compiti:

- analizzare le condizioni cliniche, sociosanitarie e psicologiche del tossicodipendente anche nei rapporti con la famiglia e con l'effettuazione di controlli clinici e di laboratorio (presso laboratori autorizzati);
- individuare il programma farmacologico o delle terapie di disintossicazione e diagnosi delle patologie in atto, con particolare riguardo alla individuazione precoce di quelle correlate allo stato di tossicodipendenza;
- elaborare, attuare e verificare un programma terapeutico e socioriabilitativo, nel rispetto della libertà di scelta del luogo di trattamento di ogni singolo utente;
- progettare ed eseguire in forma diretta o indiretta interventi di informazione e prevenzione.

Nel 1990 viene emanata la legge 162 in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Nascono i Servizi per le tossicodipendenze o SERT al fine di fornire trattamenti multidisciplinari integrati e trattamenti farmacologici sostitutivi. Tra gli anni '90 e primi anni del 2000 vengono emanate misure di fondamentale importanza che portano ad una maggiore finalità riabilitativa depenalizzando l'uso personale, eliminando il concetto di "dose media giornaliera", le misure

di sicurezza e le sanzioni penali in seguito alla segnalazione del Prefetto. La legge 125/2001 affronta per la prima volta la dipendenza secondo orientamenti in linea con l'unione Europea e con l'OMS prendendo in considerazione aspetti sociosanitari come prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento. Si affrontano anche temi sociali e socioculturali legati all'alcol e alle sue conseguenze come sicurezza stradale, sicurezza sui luoghi di lavoro, vendita di alcolici e formazione di operatori sociosanitari.

Gradualmente i servizi per le dipendenze evolvono in quanto si prende atto del fatto che non esiste una droga ma ne esistono diverse e ognuna ha un suo stile di consumo. Nascono SerD (servizi per le dipendenze) che rivolgono il proprio a diverse dipendenze patologiche, da sostanze e non.

Parallelamente alle strutture del servizio sanitario nazionale, operano nell'ambito delle dipendenze patologiche le strutture del privato sociale, come le comunità terapeutiche, in un contesto collaborativo allo scopo di offrire continuità terapeutica agli utenti. La comunità offre un trattamento comportamentale, un approccio bio psico sociale, che si pone come obiettivo la gestione degli atteggiamenti negativi riguardo l'uso di droga aiutando la persona a riconoscere e adottare uno stile di vita sano ritenuto più gratificante di uno stile di vita in cui è presente la droga o l'alcol (Meyers, 2011; Roozen et al., 2004). Diventa importante per i tossicodipendenti modificare l'ambiente in cui vivono ottenendo dei rinforzi positivi legati al loro comportamento sobrio proprio dalla loro comunità tra cui la famiglia, colleghi, amici (Smith et al., 2001)

## **2.1 Il servizio pubblico per le dipendenze patologiche**

I servizi ambulatoriali per le dipendenze patologiche sono organi territoriali del SSN, definiti SerD, o del Privato Sociale accreditato. Tali strutture si rivolgono al trattamento delle dipendenze patologiche relative a sostanze d'abuso sia legali (alcol, farmaci, tabacco) che illegali (eroina, cocaina, ecstasy, cannabinoidi, etc.) oltre che al trattamento delle dipendenze comportamentali.

Possono accedere a questi servizi tutti le persone portatrici di problematiche legate alla

dipendenza in modo libero, gratuito e senza prescrizione medica. Possono accedere ai servizi di queste strutture anche soggetti terzi come familiari, servizi o enti che necessitano indicazioni o consigli utili su problematiche legate alle dipendenze. Vengono erogati diversi servizi come accoglienza, presa in carico, trattamento, cura, riabilitazione e prevenzione primaria.

Nello specifico i servizi ambulatoriali offrono:

- Accertamento diagnostico e monitoraggio delle condizioni di dipendenza patologica;
- Interventi medici per il raggiungimento ed il mantenimento dell'astinenza da sostanze psicotrope con la somministrazione di terapie di disassuefazione, anti craving e avversivanti;
- Trattamento farmacologico per psicopatologie correlate, in caso di doppia diagnosi;
- Trattamenti psicoterapeutici personalizzati, individuali, familiari o di coppia;
- Gruppi terapeutici;
- Accompagnamento e inserimento all'interno di Comunità Terapeutiche;
- Supporto per programmi di reinserimento sociale e lavorativo;
- Ricovero ospedaliero o cura delle dipendenze con programmi alternativi alla detenzione;
- Visite e certificazioni per le commissioni patenti e accertamenti di pendenza per mansioni a rischio.

I SerD sono organizzati su base regionale tramite le ASL. Le figure professionali presenti sono in genere: medico, educatore professionale, infermiere, psicologo e assistente sociale. L'equipe multidisciplinare assolve a diversi compiti tra i quali:

- Collaborazione con gruppi Ama nel territorio;
- Collaborazione con altri servizi ASL e strutture territoriali;
- Interventi di formazione, orientamento, prevenzione e educazione sanitaria in tema di dipendenza rivolti agli utenti e ai loro familiari, alle istituzioni, ad altri enti ed alla popolazione in generale.

Il servizio sanitario offre anche servizi residenziali e semi-residenziali con Centri Diurni o

ricoveri ospedalieri per la disintossicazione. I ricoveri residenziali in questo contesto sono molto vari e si applicano a pazienti che quindi vivono temporaneamente in un luogo terapeutico. I ricoveri ospedalieri per la disintossicazione generalmente hanno una durata di pochi giorni e comprendo il trattamento per l'astinenza e per le patologie correlate alla dipendenza oltre che interventi motivazionali. I pazienti in questa fase possono essere inviati verso percorsi a medio o lungo termine;

I programmi ospedalieri riabilitativi, detti "28 giorni" o "rehab", offrono:

- Inquadramento diagnostico per aree (uso di sostanze, organica, psicologico/psichiatrica, sociale, familiare, motivazionale);
- Interventi di motivazione al cambiamento e prevenzione alla ricaduta individuali e di gruppo;
- Messa a punto di una terapia farmacologica efficace;
- Possibilità di entrare in contatto con gruppi AMA.

## **2.2 Le comunità terapeutiche, il percorso terapeutico riabilitativo nella cooperativa Polo9**

In ambito clinico il concetto di Comunità terapeutica si presenta per la prima volta nel 1946 (Main, 1992) come un concetto innovativo e rivoluzionario nei confronti della struttura ospedaliera classica quando lo psichiatra Tom Main fondò la comunità terapeutica democratica per disturbati. Nel 1945 lo psichiatra Maxwell Jones trasformò un ospedale psichiatrico in una comunità terapeutica dove praticava psicoterapia, individuale e di gruppo, eliminando il più possibile l'uso dei farmaci e coinvolgendo i pazienti in un clima terapeutico che tendeva alla loro reintegrazione sociale attraverso la riappropriazione delle abilità sociali. Nel 1958 Chuck Dederich insieme ad un gruppo di alcolisti fondò gli Alcolisti Anonimi e la Comunità Terapeutica "Fondazione Synanon" dove esplorarono un approccio che si concentrava sull'aiuto alla persona in difficoltà dato dai suoi pari. Le fondamenta della Comunità terapeutica sono la solidarietà, l'accoglienza e l'auto-aiuto.

L'obiettivo è di permettere l'apprendimento sociale, il cambiamento e la crescita della persona al di là del solo svincolamento dal sintomo. In questo senso acquisisce molta importanza la figura dell'Educatore Professionale come componente inalienabile della relazione educativa.

Per comunità terapeutica si intende un luogo di cura per pazienti con dipendenza patologica all'interno del quale ciò che accade nel quotidiano, dalle relazioni alle attività, viene misurato in funzione del mondo interno dell'individuo e le risorse (strutturali, tecniche, personali) vengono utilizzate come leve di trasformazione dei comportamenti sociali e additivi dell'utente. Le relazioni interpersonali vissute ed elaborate all'interno della struttura compongono il fulcro della dinamica trasformativa in quanto promuovono l'acquisizione della capacità di auto accettazione e comunicazione interiore come parte della realizzazione di sé e allargano le modalità del funzionamento anche nei contesti interpersonali all'esterno della Comunità Terapeutica.

Ci sono diversi tipi di trattamenti comunitari:

- Comunità terapeutica breve (1-4 mesi). Il focus è centrato su obiettivi personali e strumenti terapeutici. Rappresenta un elemento del percorso di cura in cui si apprendono strumenti da applicare nella vita "reale". C'è una particolare attenzione inoltre sul senso di appartenenza ad un gruppo e alla responsabilità personale;
- Comunità a medio-lungo termine. L'obiettivo è un cambiamento profondo da ottenere durante la permanenza in comunità interagendo con ambiente, equipe e gruppo di pari;

La Società Cooperativa Sociale Polo9 può vantare in questo campo una notevole esperienza in quanto gestisce diverse comunità terapeutiche che accolgono e trattano persone con problematiche legate alla dipendenza patologica.

#### *Comunità di Massignano*

Dal 1984 si caratterizza come servizio dedicato all'inserimento sociale e lavorativo nel territorio di Ancona. Gli obiettivi sono:

- Sviluppare maggiore autonomia della persona;
- Intraprendere positivamente un reinserimento socio lavorativo dell'utente;

- Favorire la promozione del benessere mentale.

È una comunità mista con 21 posti letto. Accoglie utenti maggiorenni tossicodipendenti, alcolodipendenti o poli assuntori. È organizzata per gestire inoltre dipendenze comportamentali, utenti con diagnosi psichiatrica o in trattamento farmacologico, utenti con diagnosi di malattie organiche o con obblighi di legge.

#### *CND Fenile*

Dal 2013 offre trattamento per cocainomani, alcolisti e utenti con dipendenze comportamentali ad alto funzionamento sociale. Gli obiettivi principali sono:

- Emancipazione dalla condizione di dipendenza;
- Recupero e miglioramento delle condizioni psicofisiche;
- Ottimizzazione delle capacità organizzative, relazionali e di gestione del tempo;
- Intraprendere positivamente un reinserimento socio lavorativo.

È una comunità mista che accoglie utenti maggiorenni, fino ad un massimo di 18, che può gestire anche diagnosi psichiatriche, utenti con diagnosi di malattie organiche, in trattamento farmacologico o con obblighi di legge.

#### *Comunità di Gradara*

Attiva dal 1982, dal 2001 offre trattamento per utenti alcolisti. Gli obiettivi principali sono:

- Emancipazione dall'uso di sostanze;
- Recupero, parziale o totale, dell'autonomia psicofisica e della capacità di integrazione sociale
- Prevenzione alla ricaduta

La struttura ha 20 posti, è mista ed organizzata per gestire anche diagnosi psichiatriche, utenti con diagnosi di malattie organiche, in trattamento farmacologico (compresi farmaci sostitutivi ed antagonisti) o con obblighi di legge.

#### *Comunità di San Cesareo*

Attiva dal 1990 con i seguenti obiettivi:

- Recupero o parziale recupero dell'autonomia psicofisica e delle capacità di integrazione sociale;
- Scalaggio, totale o parziale, dei farmaci sostitutivi;
- Approfondimento della storia personale e dei nodi problematici sottesi alla sintomatologia della dipendenza

Ha una capienza di 30 posti destinati ad una utenza maggiorenne e mista con problematiche di tossicodipendenza o alcol dipendenza. Gestisce percorsi specifici per lo scalaggio di farmaci sostitutivi o antagonisti ma è organizzata per ospitare anche utenti con diagnosi psichiatrica, in trattamento farmacologico, con diagnosi di malattie organiche o con obblighi di legge.

La metodologia con cui si opera, integra diversi approcci psicoterapici e differenti modelli di intervento quali: l'orientamento sistemico-relazionale, cognitivo-comportamentale, gestaltico. Il programma di comunità prevede trattamenti modulari di durata variabile con obiettivi specifici come favorire nuove autonomie, assunzione di senso di responsabilità, maggiore conoscenza delle proprie capacità e aumento dell'autostima. Questi obiettivi si arricchiscono e si integrano con quelli del progetto terapeutico individualizzato definiti in base alla persona nello specifico.

Il progetto terapeutico individualizzato si compone di diversi moduli operativi:

- *Consapevolezza della problematica e motivazione al cambiamento.* Favorire nuove autonomie, assunzione di senso di responsabilità, maggiore conoscenza delle proprie capacità e aumento dell'autostima;
- *Cura di sé.* Assunzione di responsabilità e aumento di consapevolezza rispetto alla cura della propria persona: qualità dell'alimentazione, educazione alla salute, attività fisica e sportiva, educazione alla sessualità;
- *Accoglienza ed ambientamento.* Raggiungimento di una buona compliance al trattamento, comprensione e adattamento allo stile di vita della struttura, facilitazione dell'inserimento nel gruppo dei pari;
- *Scalaggio e gestione delle terapie farmacologiche.* Completa dismissione o stabilizzazione del farmaco sostitutivo ad un determinato dosaggio, ripristino di un



- equilibrio psico-fisico, incremento della compliance al trattamento psicofarmacologico;
- *Approfondimento diagnostico.* Comprensione del funzionamento psicologico e relazionale dell'utente che consenta di individuare la strategia terapeutica più utile e le modalità maggiormente percorribili per l'utente;
  - *Comunicazione efficace, regolazione affettiva e assertività.* Riconoscimento del proprio stile comunicativo, acquisizione di abilità assertive, rilettura dei conflitti esperiti, aumento degli aspetti empatici e delle possibilità di mentalizzazione, riconoscimento dei propri stati emotivi e acquisizione di strumenti per la gestione degli stessi;
  - *Relazioni sociali e familiari.* Incremento delle competenze sociali, partecipazione alla vita sociale, civile e di comunità. Rilettura della propria storia, delle dinamiche familiari e dei vissuti ad essi connessi, evoluzione delle modalità di relazione con le persone significative e ridefinizione dei ruoli intra-familiari;
  - *Prevenzione alla ricaduta.* Analisi della funzionalità del sintomo e rilettura della storia di dipendenza, con attenzione specifica sugli episodi di ricaduta, affinamento della capacità di individuare e cogliere segnali di rischio, elaborazione di strategie individuali di prevenzione, di gestione delle situazioni critiche e di eventuali ricadute;
  - *Recupero capacità organizzative e lavorative;*
  - *Educazione economica;*
  - *Tutoraggio per conseguimento o recupero titoli o percorsi di invalidità.* Recupero scolarità dell'obbligo, conseguimento di attestati o conseguimento/recupero di documenti quali patente o invalidità;
  - *Reinserimento.* Sperimentazione della propria autonomia tramite la partecipazione ad attività di volontariato, borsa lavoro, ricerca lavoro ecc. all'interno di un processo complessivo di recupero e sviluppo delle responsabilità personali nella gestione di questioni lavorative, burocratiche, sanitarie ecc;

La comunità offre una residenza che costituisce per un certo periodo uno spazio fisico ed emotivo, condiviso con altri utenti e con gli operatori, dove si utilizzano i vari momenti della vita quotidiana in una costante mediazione fra mondo interno degli utenti e mondo esterno, costituendo di fatto un setting terapeutico "ampio", l'approccio integrato alla complessità

dell'utente si declina in un intervento terapeutico che, nella presa in carico e nel trattamento di ogni singolo paziente, spazia da un livello sanitario ad uno sociale, ad uno psicologico, integrando questi diversi livelli e cercando un equilibrio tra essi.

### **2.3 I processi riabilitativi nel settore dipendenze patologiche**

Le persone che fanno uso di sostanze presentano spesso deficit nelle abilità e nelle risorse personali rispetto ai quali gli interventi riabilitativi si pongono in posizione di contrasto o di riduzione del danno con l'obiettivo di renderli il meno ostacolanti possibile rispetto al funzionamento quotidiano. Raggiungere e mantenere l'astinenza a volte è reso più difficile da altri fattori come deficit della motivazione, della partecipazione attiva, dell'attenzione sostenuta, dell'apprendimento, della memoria e delle capacità decisionali e di problem solving, in generale delle abilità sociali.

Cito alcuni riferimenti teorici a cui si può ispirare il processo riabilitativo delle dipendenze patologiche.

#### *Il Social Skill Training (SST)*

È un approccio didattico che si focalizza su precise abilità da allenare in modo che i risultati siano misurabili. Si effettua una valutazione iniziale della abilità in modo da intervenire solo in quelle carenti. Il focus del metodo è sulla competenza interpersonale (percezione emotiva e sociale, consapevolezza delle norme sociali, capacità di rispondere in modo flessibile in base alla situazione, comprendere le differenze tra assertività, passività e aggressività) (Lieberman, DeRisi e Meuser, 1989)

Nel modulo "gestione dell'abuso di sostanze" si prendono in considerazione alcune abilità come ad esempio:

- "fare un'inversione di marcia". Allontanarsi da situazioni o fattori stressanti che provochi la comparsa di segni premonitori di ricaduta o di craving;
- Mantenere il controllo su sé stessi fuggendo da situazione ad alto rischio.

In un percorso all'interno dell'ambito dipendenze patologiche, la ricaduta rappresenta un rischio concreto ma che in qualche modo fa parte del percorso stesso. Possono verificarsi delle ricadute ma se si fa subito riferimento a persone di supporto è possibile tornare ad una condizione di astinenza.

### *Illness management and recovery (IMR) o Gestione della malattia*

L'obiettivo è quello di fornire agli utenti strategie per tenere sotto controllo la malattia e per tendere ad un miglioramento della qualità della vita. L' IMR è composta da dieci argomenti ognuno dei quali ha supporti fisici come guide e dispense che contengono informazioni e suggerimenti sul tipo di competenze pratiche che l'utente può usare all'interno del proprio percorso riabilitativo. Gli obiettivi principali di questa strategia sono:

- Ridurre sintomi e ricadute attraverso trattamenti farmacologici e psicologici;
- Superare la demoralizzazione, la passività e lo stigma guadagnando un senso di autoefficacia nella misura in cui si affronta la malattia con successo;
- Apprendere abilità per autogestire la propria malattia, aumentare il proprio senso di empowerment per il raggiungimento di obiettivi personali;
- Acquisire informazioni su deficit cognitivi, sui segni e sui sintomi della propria patologia oltre che sui vari trattamenti;
- Coinvolgimento dell'utente riguardo la terapia farmacologica considerandolo un soggetto attivo ed informato;
- Partecipazione attiva dell'utente nel processo di sviluppo e raggiungimento degli obiettivi;
- Acquisizione di speranza ed ottimismo realistico di tornare a svolgere valide attività.

### *La riabilitazione cognitivo-comportamentale*

Secondo questo modello gli utenti che fanno uso di sostanze mantengono una serie di credenze positive sull'impatto del consumo sulla propria mente, non accedono alla consapevolezza di avere un problema e hanno bassa o nulla motivazione al cambiamento (Miller e Rollnick, 2014). Durante la loro vita hanno fatto esperienze che li hanno portati a sviluppare un forse senso di

inadeguatezza che hanno affrontato facendo uso di sostanze. A questo punto è come se si instaurasse un circolo vizioso all'interno del quale, davanti a situazioni stressanti, si assume la sostanza per alleviare quello stress, ma il comportamento di consumo coadiuva il consolidarsi di credenze che a loro volta incrementano il craving e forniscono all'utente il "permesso" di assumere e a minimizzare le conseguenze negative di tali comportamenti. Il rischio in queste situazioni è che il consumo di sostanze diventi una strategia di coping, l'utente reagisce ad una situazione stressante assumendo la sostanza.

Il trattamento cognitivo-comportamentale si articola in:

- Ingaggio e motivazione al cambiamento;
- Psicoeducazione sulle sostanze;
- Contrattazione del cambiamento;
- Prevenzione precoce delle ricadute;
- Prevenzione/gestione delle ricadute.

È importante riflettere sui vantaggi che un cambiamento potrebbe comportare a lungo termine, si prendono in considerazione i pro e i contro. Non si assumono posizioni rigide per far emergere l'utente e le sue convinzioni ma si possono elencare gli svantaggi di determinate scelte legate al consumo di sostanze. In questa fase è anche fondamentale aiutare l'utente a trovare fonti di relazioni sociali alternative a quelle che aveva in passato in quanto possono essere legate a comportamenti di consumo.

Nella fase di psicoeducazione si forniscono all'utente informazioni sui meccanismi di azione delle sostanze a livello del SNC a breve e lungo termine, sulla relazione tra sostanze e sintomi psicotici e sull'interferenza con i trattamenti farmacologici.

## **2.4 I livelli di intervento**

Ad oggi il sistema che si prende cura delle persone con problemi di dipendenza patologica sembra essere strutturato come un continuum tra le strutture del settore pubblico e quelle del settore privato. Servizio pubblico e privato si integrano all'interno dei Dipartimenti per le

Dipendenze Patologiche (DDP) e si connettono nell'Azienda Sanitaria Unica Regionale.

Le strutture di questa filiera erogano servizi a vari livelli:

- Prevenzione con azioni come:
  - Promozione della salute;
  - Riduzione della domanda;
  - Contatto precoce;
  - Intercettazione del disagio e primi interventi;
  - Riduzione del danno;
- Cura:
  - Accoglienza e analisi della domanda;
  - Diagnosi e progetto terapeutico;
  - Sostegno ambulatoriale, diurno o residenziale;
  - Detossificazione in regime ospedaliero;
- Inclusione sociale:
  - Inclusione sociale e lavorativa;
  - Prevenzione alla ricaduta.

I trattamenti proposti possono essere:

- Farmacologici; metadone a mantenimento o a scalare, alcover, antabuse, ecc.
- Residenziali o semiresidenziali;
- Psico sociali; sostegno, psicoterapia, consulenza, orientamento per inserimento sociale e lavorativo.

È di fondamentale importanza che il paziente si riconosca come tale e che acquisisca un ruolo attivo all'interno del suo percorso riabilitativo personalizzato. Gli operatori dell'equipe devono incentivare una assunzione di responsabilità anche in questo senso e facilitare la partecipazione dell'utente definendo insieme a lui obiettivi realistici in modo condiviso e condividendo la valutazione dei risultati ottenuti. Il percorso comunque rimane flessibile ed in base alle valutazioni è possibile riformulare il progetto terapeutico.

## **2.5 L'educatore professionale nelle dipendenze patologiche**

La figura dell'educatore professionale riceve riconoscimento giuridico negli anni '90 grazie al D.M del ministero della sanità 520/1998. Viene quindi identificato il profilo dell'educatore professionale come “l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà”.

L'educatore professionale inoltre:

- programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;
- contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato;
- programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari e strutture sociosanitarie-riabilitative e socioeducative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;
- opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;
- partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati.

L'educatore professionale fonda le proprie competenze sulla metodologia dell'educazione professionale, disciplina che deriva dalla pedagogia, in particolare dalla pedagogia speciale. Ne deriva un approccio metodologico applicabile nei processi formativi in situazioni di bisogni speciali, integrato con altre discipline come ad esempio la psicologia. L'educatore si fa carico

della persona nella sua globalità e attraverso gli strumenti professionali, mira a pianificare un percorso finalizzato ad una ricostruzione di un orizzonte di senso che la patologia può fare perdere di vista. In particolare, l'agire educativo dell'educatore professionale entra nella pedagogia speciale quando produce interventi mirati e misurati sulla persona in stato di necessità, anche in ambienti sanitari. È fondamentale accogliere l'altro sospendendo il giudizio e accettando la sua unicità ed irripetibilità. Lo strumento principe a disposizione dell'educatore professionale è la relazione educativa, intenzionale e finalizzata a stimolare nella persona un processo di cambiamento tale da permetterle di migliorare la sua qualità di vita, di reintegrarsi nel tessuto sociale, mantenere e sviluppare il livello delle abilità residue e, quando possibile, promuovere l'acquisizione di nuove abilità. La relazione si svolge all'interno di un setting educativo che deve essere gestito con responsabilità e consapevolezza. Il setting educativo è un "luogo" dove regole, spazi e tempi sono ben definiti, può anche essere informale ed è importante per creare un clima di fiducia con l'utente tramite le varie competenze educative (la gestione del processo empatico, la gestione del contro transfert, l'osservazione, l'ascolto attivo, il contenimento e il *mirroring*). Creare *setting* è una capacità educativa in divenire che, congiuntamente alla capacità di pianificare e progettare gli interventi, coadiuva un recupero della consapevolezza della persona promuovendo la partecipazione attiva della stessa all'interno del suo percorso riabilitativo.

L'intervento educativo può essere individuale o di gruppo, può coinvolgere la famiglia o la rete sociale della persona e variare in base al contesto all'interno del quale lo si esercita. Un fattore che si può in qualche modo considerare comune alle varie tipologie di intervento educativo è la produzione di un cambiamento profondo, una ricostruzione identitaria basata su un processo di co-evoluzione e di co-educazione profonda.

L'educatore professionale è un professionista che ha acquisito competenze per il lavoro all'interno di una equipe multidisciplinare per cui si trova a collaborare in un contesto sinergico con le altre figure professionali presenti nei servizi.

All'interno dell'ambito delle dipendenze patologiche l'educatore professionale trova impiego in diversi settori, dai SerD alle comunità del privato sociale dove applica la metodologia dell'educazione professionale con l'ulteriore obiettivo di incrementare il periodo di astinenza

dell'utente. In questo senso l'educatore professionale può fare ricorso a:

- Tecniche motivazionali (colloquio motivazionale) allo scopo di incentivare la consapevolezza dell'utente riguardo la propria condizione e la sua motivazione al cambiamento;
- Interventi per il sostegno e per rafforzare la fiducia in sé stessi;
- Confronto o esame di realtà riguardo le aspettative dell'utente, i suoi momenti di successo o insuccesso, le sue idee o convinzioni.

Durante il tirocinio ho potuto osservare alcune caratteristiche degli utenti in questo ambito. Il rischio di farsi influenzare dagli stereotipi esiste ma l'educatore professionale è un professionista che si fa carico della persona in maniera globale andando oltre i preconcetti. Si pone in relazione con persone che spesso risultano frammentate e manifestano una grande sofferenza interna con comportamenti aggressivi o di sfida. A volte dinamiche comportamentali di questo tipo vengono accompagnate da atteggiamenti manipolatori. L'intento dell'educatore è creare un *setting* educativo all'interno del quale ci sia fiducia nelle capacità dell'utente che acquisisce un ruolo attivo nei confronti del proprio percorso terapeutico. Così facendo si fornisce all'utente un contesto dove si può mettere alla prova in situazioni nuove o anche in quelle stesse situazioni che hanno portato alla dipendenza. Si operano interventi che incentivano una nuova assunzione di responsabilità da parte degli utenti nei confronti delle proprie azioni creando un ambiente, un *setting* appunto, organizzato dove vengono decise e condivise delle regole e dove tempi e spazi sono precisi e servono a fornire un contenitore riconoscibile. Alla formazione di un *setting* si affianca la formazione di una relazione educativa con l'utente all'interno della quale si possa sentire accolto ed ascoltato. Nella relazione si offre uno spazio alternativo dove l'educatore si fa carico dell'utente e assume il compito di accompagnarlo durante il percorso educativo-riabilitativo.

“Il compito riabilitativo consiste pertanto nell'affiancare all'Io fragile e debole del tossicodipendente un Io ausiliario che svolga un ruolo terapeutico, rassicurante” (Pinkus, 1999).



### **3. La prevenzione della ricaduta**

#### **3.1 I livelli di prevenzione**

La prevenzione è l'azione tecnico-professionale o l'attività che mira a ridurre la mortalità, la morbilità o gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio o ad una certa patologia promuovendo la salute e il benessere individuale e collettivo.

Le attività di prevenzione, essendo parte della più ampia attività di "tutela della salute", sono parte delle competenze professionali tipiche delle professioni sanitarie, nei loro diversi ambiti applicativi. I livelli della prevenzione sono:

- **Prevenzione Primaria:** comprende tutti gli interventi destinati ad ostacolare l'insorgenza delle malattie nella popolazione combattendo le cause e i fattori predisponenti. Il target della prevenzione primaria è la popolazione sana. Gli interventi sono:
  - Promozione della salute;
  - Educazione sanitaria;
  - Educazione sessuale;
  - Profilassi attiva (vaccinazioni) o passiva (Immunoglobuline umane);
  - Chemio profilassi;
  - Profilassi diretta.
- **Prevenzione Secondaria:** l'obiettivo è quello di individuare precocemente soggetti ammalati o ad alto rischio per limitare il danno della patologia, già insorta ma non clinicamente manifesta. Il target quindi è la popolazione a rischio e lo strumento cardine è lo Screening che permette precocità di intervento e aumenta le opportunità terapeutiche migliorandone la progressione e riducendo gli effetti negativi. Gli screening sono rivolti a grandi gruppi di popolazione ma si possono anche svolgere indagini epidemiologiche su piccoli gruppi di persone in seguito di un caso di malattia infettiva;
- **Prevenzione Terziaria:** rivolta alla riduzione del danno in soggetti con una patologia

conclamata, comprende anche l'insieme degli interventi per la gestione di deficit e disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale. È strettamente connessa con la cura. Alcuni interventi sono:

- Riabilitazione
  - Recupero funzionale parziale
  - Prevenzione delle complicanze della malattia.
- Prevenzione Quaternaria: ormai accettata dai Medici di medicina generale, indica la prevenzione di forme di iper-medicalizzazione.

Applicare questo schema nell'ambito delle dipendenze patologiche non è sempre facile a causa della disomogeneità del fenomeno e delle patologie correlate all'uso di sostanze come infezioni o tumori.

La prevenzione primaria nelle dipendenze ha l'obiettivo di disincentivare il primo contatto con la sostanza e prevenire l'iniziazione all'uso. È altrettanto importante che questi interventi siano concentrati intorno all'età dell'iniziazione che corrisponde ai primi anni dell'adolescenza (soggetti più vulnerabili e più esposti ai fattori di rischio). Nello studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), l'età media dell'inizio dell'uso di tabacco e alcol era tra i 12 e i 13 anni sia per i ragazzi che per le ragazze nei paesi europei (Currie et al., 2004). Gli strumenti della prevenzione primaria sembrano essere interventi di informazione ed educazione sanitaria

La prevenzione primaria viene suddivisa in proattiva e reattiva. La prima cerca di individuare ed eliminare i possibili fattori di stress o di rischio, i quali potrebbero portare al comportamento deviante; la seconda, invece, cerca di incrementare le strategie di "coping" delle persone, facendo leva sui fattori di protezione, in modo da potenziare le strategie educative e formative, per far fronte alle sfide quotidiane.

La prevenzione secondaria serve ad evitare che le persone entrate in contatto con le sostanze diventino dei consumatori abituali. Infatti, tali attività si rivolgono a coloro i quali hanno già assunto un comportamento a rischio e tentano di ridurre le conseguenze negative, contenendo l'escalation verso la dipendenza e facendo leva sull'autocorrezione.

La prevenzione terziaria ha l'obiettivo di ridurre le conseguenze negative della dipendenza e

mira a diminuirne la cronicità. In questo senso rientra la prevenzione alle ricadute

Un interessante strumento di prevenzione è rappresentato dalle Unità Mobili di Strada che si configurano come servizi attivi nel territorio composti da una equipe specializzata dotata di un presidio mobile che eroga i propri servizi nei luoghi dove maggiormente si rende manifesta la necessità. Alcuni obiettivi delle Unità Mobili sono:

- Mappare il fenomeno della dipendenza nel territorio;
- Instaurare una relazione significativa con le persone;
- Distribuire materiale informativo e presidi sanitari;
- Effettuare accompagnamenti presso i servizi sociosanitari;
- Ridurre i rischi di contagio delle malattie infettive e sessualmente trasmissibili;
- Ridurre i rischi di morte per overdose.

### **3.2 Lapse e Relapse**

L'OMS definisce la dipendenza patologica come un "disturbo a carattere cronico e recidivante" per sottolineare la lunga durata dello stesso e come il decorso sia caratterizzato da periodi di remissione totale o parziale e da periodi di ripresa dei comportamenti tossicomaniaci. La ricaduta infatti appare come un evento comune che in qualche modo fa parte del percorso terapeutico riabilitativo dell'utente nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Esperienze di ricaduta sono comuni anche prima dell'inizio del percorso in quanto la parte nucleare della dipendenza sta nel fenomeno che riconduce all'uso: si fanno esperienze di fallimento nel tentativo di controllare l'uso ma senza supporto si possono incontrare degli ostacoli come la sensazione del craving. "La dipendenza, infatti, non sarebbe tale se il paziente non ricadesse nel circuito indistinto dell'uso di sostanza e nella combinazione di azioni, pensieri ed emozioni che la contraddistinguono" (Lugoboni F., Zamboni L., *In Sostanza Manuale sulle dipendenze patologiche*,)

Per questo, nelle dipendenze patologiche si è consolidato un approccio mirato alla ricaduta con un valore descrittivo dei processi additivi e pratico nella determinazione di strumenti finalizzati

alla prevenzione e al mantenimento dell'astinenza: il modello Relapse Prevention (RP) (Marlatt 1985). Questo modello ribalta l'accezione negativa della ricaduta vista come una sconfitta o un fallimento in favore di un'accezione positiva che vede nella ricaduta un'occasione per rivalutare e riprendere in analisi il proprio percorso, dotandolo di un nuovo significato. Il fenomeno della ricaduta è piuttosto ampio e, pertanto, diverse teorie hanno cercato di interpretarlo e cercare quali variabili possano entrare in gioco per determinarlo.

È importante pensare alla ricaduta come un processo graduale che può cominciare settimane o mesi prima che un utente ricominci ad assumere sostanze ed è stato dimostrato (Bennet et al, 2005) che riconoscere i segnali di allarme all'inizio del processo permette di affrontarli precocemente e di ridurre il rischio della ricaduta.

Melmis (2010) divide il processo di ricaduta in 3 fasi:

- Ricaduta emotiva: Anche se il pensiero dell'utente non è concentrato sulla sostanza, le sue emozioni iniziano a preparare il terreno. Alcuni segnali possono essere la chiusura emotiva, squilibri del sonno o dell'alimentazione, scarsa cura di sé;
- Ricaduta mentale: l'utente inizia a pensare che la sostanza sia la soluzione ai problemi. I segni principali sono il craving, pensiero ricorrente a situazioni di consumo, studio di modalità per gestire la sostanza, individuazione dell'opportunità di ricaduta e la sua pianificazione;
- Ricaduta fisica: l'utente attua esplicitamente il comportamento di ricaduta. In questa fase gli esiti possono essere:
  - Lapse (scivolata): contatto con la sostanza, episodio isolato;
  - Relapse (ricaduta): ritorno pieno e completo con perdita di controllo e abbandono degli obiettivi di astinenza. (Marlatt, Gordon, 1985).

### 3.3 Fattori di rischio

Esistono fattori ricorrenti e specifici che possono avvicinare alla ricaduta che possono essere così classificati (Larimer et al, 1999; Marlatt, 1996)

#### *Fattori direttamente collegati alla ricaduta*

Sono fattori genetici ed esperienze specifiche dell'utente. Un esempio sono le situazioni ad alto rischio (HRS: High Risk Situation) cioè qualsiasi situazione che costituisca una minaccia per il senso di autoefficacia influenzando la perdita di controllo e di conseguenza il rischio di una possibile ricaduta. Coinvolgono la sfera interpersonale ed emotiva dell'utente e possono essere:

- Stati emotivi negativi (rabbia, ansia, depressione, frustrazione, noia) che se mal tollerati possono riattivare gli aspetti "curativi" della sostanza provocando il craving.;
- Situazioni inter-relazionali dell'utente. Amicizie legate all'uso di sostanze o situazioni di conflitto relazionale agiscono influenzando emozioni negative;
- Pressione sociale derivante da un incoraggiamento diretto o indiretto al consumo;
- Sensazioni di estrema positività o estrema sicurezza. Il consumo può essere inizialmente collegato all'idea di un innalzamento del livello di piacere quindi può riattivarsi in corrispondenza di sensazioni piacevoli con lo scopo di enfatizzarle.

#### *Coping*

La capacità di un utente di fronteggiare situazioni ostili (come le HRS) è da considerare come un fattore estremamente influente rispetto al possibile esito nel comportamento d'uso. Per l'utente è importante ottenere esperienze positive di fronteggiamento, anche piccole, come ad esempio allontanarsi da una situazione pericolosa o interrompendo una discussione su "vecchi ricordi" legati al consumo di sostanze.

#### *Aspettative sulla sostanza*

Continuare ad avere un approccio incentrato sugli aspetti positivi e gratificanti del consumo.

Carey (1995) indica come queste aspettative siano positivamente correlate con l'uso.

### *Effetto violazione dell'astinenza*

Relazione psicologica avente un ruolo centrale nel processo che trasforma una scivolata (Lapse) in una ricaduta (Relapse) (Marlatt e Gordon, 1985, 1980): un'attribuzione causale riferita ad un fallimento personale sfocia in sentimenti di vergogna, colpa e autosvalutazione. La scivolata viene immediatamente descritta come l'esito di aspetti interni stabili e immutabili influenzando negativamente su autostima, autoefficacia, coping e motivazione. È un circuito che si autoalimenta diminuendo sempre di più la possibilità di una reazione funzionale di fronte all'errore iniziale

### *Motivazione*

La motivazione può agire sulla ricaduta se si prende in considerazione l'ambivalenza che si percepisce con gli utenti nel momento in cui provano a cambiare un comportamento coinvolgente. Ci sono due tipi di motivazione, la motivazione per un cambiamento positivo e la motivazione che porta a perseguire un comportamento problematico.

### *Fattori impliciti predisponenti*

Mondo sommerso di fattori, scelte ed eventi pericolosi. Influenzano il processo di avvicinamento all'uso. "Questo processo è efficacemente rappresentato dall'immagine di un castello di carte costruito con cura dal paziente e destinato a non reggere sotto il peso dell'ultima e determinante situazione a rischio, che spesso viene vissuta come completamente inaspettata ed estranea a sé stessi" (in sostanza, pg 794). Questi elementi hanno la capacità di rendere l'utente più vulnerabile diminuendo la sua motivazione verso l'astinenza. Si possono classificare in:

- Variabili esistenziali. Livelli di stress relativi a generiche questioni di vita (equilibrio tra aspettative e richieste e la predisposizione dell'utente verso una determinata azione) e fattori cognitivi (che settano la ricaduta);
- Craving. Sottile, pervasivo, difficile da riconoscere e intenso. Craving costanti attuano

una progressiva erosione dell'impegno a rimanere astinenti, assottigliando la motivazione ed esponendo al rischio di ricaduta.

Rappresentano fattori di rischio anche le alterazioni dei fattori ambientali e comportamentali cui si è abituati. Per gli utenti ricoverati all'interno di strutture residenziali come le comunità, le uscite in permesso rappresentano un potenziale fattore stressante proprio a causa del cambiamento, se pur per breve tempo, di orari, luoghi e attività quotidiane.

Lo stress, infatti, compromette i meccanismi neuro cognitivi che mediano le funzioni esecutive, ovvero quei processi che hanno come scopo l'autocontrollo (Girotti, 2017). A seguito di un evento stressante, vengono rilasciate a livello cerebrale delle sostanze chimiche, come l'adrenalina ed il cortisolo che se permangono troppo a lungo nel cervello possono andare ad alterare il funzionamento della corteccia prefrontale. Da quest'ultima dipendono i meccanismi del controllo volontario del comportamento e le capacità di regolare e inibire le risposte emotive, impulsive e i comportamenti automatici. Questi processi sono già messi a dura prova dalla persona dipendente a causa della sostanza e, da qui è semplice comprendere come sotto stress la ricaduta possa essere facilitata.

### **3.4 Strumenti di prevenzione**

Al fine di strutturare un intervento efficace è necessario comprendere ed intervenire concretamente sui fattori direttamente collegati alla ricaduta che su quelli impliciti predisponenti.

#### *Interventi specifici*

Si focalizzano sui fattori di rischio e sulla ricaduta, la strategia è quella di incrementare la consapevolezza dell'utente in merito alla propria condizione, definire e stabilire dei campanelli d'allarme, implementare strumenti per correggere e mantenere la direzione rafforzando la sensazione di potercela fare. Alcune strategie sono:

- Identificare ed affrontare le situazioni ad alto rischio. Nel caso in cui l'utente non stia usando, si prendono in considerazione le situazioni in cui l'impulso è forte e si accompagna alla sensazione di non riuscire a fronteggiarlo. Nel caso in cui l'utente stia usando, si intraprende un percorso all'interno del quale si ragiona insieme all'utente sulle situazioni specifiche in cui l'impulso si presenta più frequentemente. L'utente viene accompagnato nel riconoscere determinati segnali che lo avvicinano a situazioni stressanti, anche apparentemente insignificanti, e nell'attuare comportamenti di evitamento o allontanamento. In alcuni casi la strategia potrebbe essere fronteggiare la situazione pericolosa tramite l'incremento di alcune capacità come l'assertività, la gestione della rabbia o dei conflitti;
- Aumentare l'autoefficacia attraverso la relazione educatore-utente e creare un setting all'interno del quale si fornisce una prospettiva di recupero non solo legata alla forza di volontà dell'utente ma all'apprendimento di strategie, all'aumento di competenze e all'acquisizione di nuovi strumenti per fronteggiare le situazioni stressanti;
- Fornire all'utente un "kit di salvataggio" da usare in situazioni di emergenza. Si tratta di uno strumento che l'utente può utilizzare allo scopo di limitare ripercussioni negative sul proprio stato d'animo in caso di violazione dello stato di astinenza circoscrivendo l'uso ad una semplice scivolata. L'utente può in questo modo limitare l'estensione dell'uso e memorizzare situazioni e stimoli che lo hanno portato alla scivolata.

#### *Strategie di autocontrollo e miglioramento dello stile di vita*

L'obiettivo è quello di intervenire sulla sfera dello stile di vita generale dell'utente. Alcune strategie sono:

- Consolidamento di uno stile di vita positivo individuando attività da svolgere, impegni positivi e propositivi come hobbies che l'utente ha abbandonato sostituendoli con la gratificazione della sostanza. Incentivare l'utente nella riattivazione di queste esperienze e incrementare le abilità sociali;
- Controllo degli stimoli che con il tempo l'utente ha associato all'uso di sostanze;
- Gestione del craving in quanto si può ripresentare anche durate fasi avanzate di



astinenza. Si può considerare come una risposta normale ad alcuni stimoli ed è importante sapere che si tratta di un fenomeno psicologico passeggero e che si può usare come parte integrante del recupero;

- Costruire una mappa della ricaduta delineandone l'andamento al fine di identificare e strutturare azioni per affrontare i vari passaggi.

## **4 L'esperienza di tirocinio**

### **4.1 La comunità CND Fenile**

Durante il terzo anno del CDL in Educazione Professionale ho potuto approfondire la mia formazione pratica all'interno dell'ambito delle dipendenze patologiche grazie al tirocinio presso la "Comunità nuove dipendenze Fenile di Fano" (CND). Grazie a questo tirocinio ho avuto la possibilità di dare continuità ad un percorso iniziato durante il primo anno con un tirocinio presso la Casa di Cura Villa Silvia di Senigallia.

La CND Fenile è una struttura della cooperativa sociale Polo9 la quale risulta essere una impresa sociale operante nel territorio marchigiano nata dalla fusione di tre cooperative storicamente impegnate per l'innovazione degli interventi e l'affidabilità dei servizi. La Cooperativa Sociale Polo9 può contare una notevole esperienza nel settore delle dipendenze patologiche che si concretizza nell'aver tracciato un percorso terapeutico che va dalla presa in carico iniziale fino al reinserimento sociale e lavorativo. Le domande di presa in carico possono provenire dal servizio pubblico o da privati cittadini e vengono raccolte dal Centro di Orientamento e Diagnosi (COD). Presso il COD viene valutata la richiesta di aiuto della persona e le viene proposto il percorso più idoneo alle sue necessità: ingresso in un centro semiresidenziale o ingresso in una comunità terapeutica. I centri diurni hanno l'obiettivo di orientare e accompagnare gli utenti verso un percorso progressivo di conoscenza e consapevolezza della propria condizione di dipendenza attraverso varie attività come gruppi dinamici, laboratori tipografici e di grafica, attività ludiche, motorie, ricreative e didattiche passando anche per la cura quotidiana del centro e la preparazione del pranzo.

L'approccio di Polo9 focalizza la sua attenzione sulla persona mettendola al centro dell'intervento tendono conto della sua complessità e della sua ricchezza andando al di là dello stato di bisogno, favorendo l'emancipazione, la crescita e la relazione con la comunità locale. La comunità si trova poco lontano dal centro storico di Fano (PU) situata in una area verde. È

infatti una ex scuola agraria ristrutturata e rimessa a nuovo per assolvere al meglio alla sua funzione e risulta organizzata su due piani. Al piano terra sono presenti diversi locali tra cui gli uffici (del responsabile, del coordinatore e degli educatori), la cucina con dispensa annessa, tre bagni, una sala da pranzo e una sala tv. Al piano superiore sono presenti nove camere per gli utenti, una per l'educatore e una stanza adibita a ripostiglio e scarpiera. L'ingresso al primo piano è adibito a biblioteca. Vengono forniti pasti preparati direttamente in sede dagli utenti. La cucina viene considerata come una attività del quotidiano.

La struttura inizia la sua attività nel 2013 con la finalità di promuovere azioni specifiche e innovative per il trattamento di persone affette da alcune forme di dipendenze emergenti come dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo patologico) o dipendenza da cocaina assunta per via inalatoria. È una comunità residenziale terapeutica per l'osservazione, la diagnosi, la definizione di un progetto individualizzato e propone percorsi di cura e trattamenti riabilitativi. “È in possesso dell'Accreditamento istituzionale (L.R. 20/200 - L.R. 21/2016 - D.G.R. 1501/2016) per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione e educativi assistenziale per tossicodipendenti in regime residenziale (STD) ed è convenzionata con il SSN come da accordo contrattuale con la ASUR Marche AV1 in ottemperanza allo schema di accordo tra la Regione Marche, il Coordinamento regionale degli enti ausiliari accreditati (CREA), l'Associazione italiana per la cura Dipendenze patologiche (ACUDIPA) relativo alle prestazioni residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali ASUR erogate a persone con dipendenze patologiche”.

La Comunità è strettamente legata al territorio: partecipa alle équipes integrate degli STDP locali, favorisce incontri in comunità con SerT di provenienza e servizi sociali (che a vario titolo si occupano dell'utenza), mantiene contatti con le scuole locali per incontri informativi e di prevenzione, stabilisce contatti con il Centro per l'impiego e con le cooperative sociali del territorio per l'organizzazione di Tirocini Formativi o di Inclusione Sociale, promuove attività di volontariato, sportive o ricreative con la collaborazione di enti del territorio, con l'obiettivo di evitare l'isolamento della comunità e fornire nuovi stimoli ed esperienze agli ospiti.

L'équipe è formata da un responsabile di sede, un coordinatore di sede, una psicologa psicoterapeuta e da educatori professionali oltre che da volontari, tirocinanti universitari e ragazzi in servizio civile. La sede si avvale inoltre di consulenti esterni come ad esempio un

supervisore d'equipe, uno psichiatra, un consulente finanziario ed un avvocato.

Si può accedere alla struttura formulando una apposita richiesta ed è possibile intraprendere il percorso sia come un privato cittadino o come un utente già in carico ad altri servizi pubblici per le dipendenze patologiche.

## **4.2 Metodologia e trattamento**

Il trattamento si configura come un percorso residenziale educativo terapeutico volto al raggiungimento di un'autonomia in ambito sociale e lavorativo. "L'approccio integrato alla complessità dell'ospite si declina in un intervento che spazia da un livello sanitario a uno sociale fino a quello psicologico, cercando un equilibrio tra essi. L'intervento è individualizzato nei tempi e nei contenuti e si sviluppa nella condivisione di uno stile di vita comunitario strutturato con attività educative, gruppi dinamici/educativi, attività ergo terapeutiche, laboratori artigianali, attività sportive/ricreative e culturali, sia interne che esterne. Per ogni persona viene definito un Progetto Terapeutico Individuale (PTI) che individua obiettivi specifici funzionali al recupero del benessere e dell'autonomia. Il PTI si sviluppa all'interno di un lavoro di équipe multiprofessionale (psicologi/psicoterapeuti, educatori, psichiatra) e concordato con l'utente e con il Servizio inviante. È rinnovabile e rivalutabile. La responsabilità del Progetto Terapeutico è della Responsabile di programma. Il paziente viene seguito nel suo percorso terapeutico da un operatore di riferimento individuato dal Responsabile all'interno dell'équipe terapeutica".

Nel processo riabilitativo anche la relazione con il territorio svolge un ruolo importante. Abitare un territorio è un elemento educativo importante che richiede di incontrare l'altro e se stessi non in modo astratto, ma all'interno delle sue coordinate pratiche. Per questo si coinvolgono gli utenti in esperienze nuove e nuove modalità relazionali, esterne alla struttura. Seguendo questa logica, sono stati attivati diversi servizi aperti alla cittadinanza come il "Gruppo specifico per giocatori d'azzardo" o il "Gruppo cocaina". Sono entrambi interventi che si svolgono fisicamente all'interno della struttura ma sono aperti anche a persone non in trattamento presso la comunità ma che comunque hanno problematiche legate alla dipendenza.

Nella dipendenza patologica si può perdere il senso del tempo e la sua importanza per cui la comunità attua degli interventi con l'obiettivo di recuperare la significatività del tempo (cogliere i ritmi, i vuoti, le accelerazioni, i blocchi, le parti che sembrano prive di significato o momenti molto intensi) a fronte di una suddivisione della giornata che vede l'alternarsi di momenti di lavoro e cura della casa e dell'ambiente esterno, di momenti ricreativi in cui si valorizzano le relazioni interpersonali, di momenti sportivi che consentono di svolgere attività fisica e anche momenti vuoti in cui si lascia la responsabilità dell'organizzazione del tempo all'utente.

Il percorso terapeutico di un utente all'interno della struttura si concretizza con la redazione del contratto di impegno terapeutico, discusso in equipe e concordato con l'utente. Il contratto è soggetto a verifica, può avere una durata variabile e si concentra sui punti elencati nel paragrafo 2.2. La relazione educativa è uno strumento fondamentale all'interno del lavoro educativo presso questa struttura e si concretizza non solo con la realizzazione di un progetto individualizzato concordato con l'utente stesso, ma anche tramite colloqui individuali, familiari (la partecipazione della famiglia è incentivata nel programma terapeutico ma la decisione di coinvolgere i familiari spetta innanzitutto all'utente) o incontri di gruppo a carattere educativo. Si svolgono all'interno della struttura anche altri gruppi a carattere dinamico, tematico o organizzativo.

### **4.3 Il progetto "Rio & Archeo"**

“Rio & archeo” è un progetto di reinserimento sociale indirizzato a persone affette da dipendenza patologica e a rischio emarginazione inserite nei programmi terapeutici delle strutture marchigiane. Viene finanziato dalla Regione Marche e realizzato dagli enti accreditati per la cura delle dipendenze. Il progetto rappresenta la sintesi e l'evoluzione di due precedenti esperienze ergoterapiche, denominate “Rio” e “Archeo”.

- *Rio*. Specifico per la cura dell'ambiente e delle aree verdi del territorio. Gli interventi sono orientati alla prevenzione del dissesto idrogeologico, alla pulizia dei fossi e alla

cura del verde.

- *Archeo*. Specifico per interventi mirati alla cura ed alla salvaguardia del patrimonio culturale ed archeologico regionale.

L'ergoterapia è una disciplina riabilitativa che utilizza la valutazione e il trattamento per sviluppare, recuperare o mantenere le competenze della vita quotidiana e lavorativa. L'obiettivo principale dell'ergoterapia (o anche terapia occupazionale) è il miglioramento della capacità di azione. Si opera a questo scopo permettendo alle persone di agire e sperimentare attività che incrementano la loro capacità per raggiungere il più alto grado di autonomia possibile. L'efficacia degli interventi ergoterapici nel trattamento delle dipendenze patologiche è ormai parte integrante della metodologia dei trattamenti residenziali e semiresidenziali, attestata da studi ed esperienze di settore.

Il progetto applica l'ergoterapia in settori operativi di interesse collettivo che spaziano dalla salvaguardia del territorio a quella del patrimonio storico archeologico.

Il territorio interessato è quello delle province di Ancona e Pesaro Urbino e vengono coinvolti numerosi enti privati e pubblici (ASUR AV1, AV2, Soprintendenza archeologica, Belle arti e paesaggio delle Marche, Polo Museale delle Marche, Consorzio di Bonifica delle Marche, Parco Naturale San Bartolo, Parco del Conero, comuni di Ancona, Jesi, Pesaro, Fano, Ostra Vetere, Urbino). "L'aspetto peculiare del progetto risponde ai criteri della DR 1516/18, ed è dato dalla vasta e differenziata rete pubblico-privata di partner e attori che vi partecipano: coordinato a livello regionale, esso permettere di integrare, in maniera sequenzialmente coerente, azioni che altrimenti difficilmente sarebbero state ottimizzate in una unica regia. Il progetto riesce infatti a coniugare azioni sinergiche tra importanti enti pubblici regionali, afferenti a settori disparati, quali la Soprintendenza e il Consorzio Bonifica, con piccoli enti del privato sociale. Il tutto con l'obiettivo generale di salvaguardare i beni comuni, attraverso l'inclusione di soggetti a rischio di emarginazione sociale, che diventano quindi i protagonisti". (Progetto "Rio & Archeo").

Il progetto si articola in diverse azioni:

- Azione 1: Coordinamento, gestione, comunicazione interna e monitoraggio;
- Azione 2: Formazione e attività preliminari per i partecipanti agli stage ergoterapici;

- Azione 3: Ergoterapia per bonifica del territorio;
- Azione 4: Ergoterapia per cura e manutenzione dei siti archeologici;
- Azione 5: Ergoterapia come contributo allo svolgimento di attività culturali;
- Azione 6: Valutazione in itinere e finale;
- Azione 7: Comunicazione verso l'esterno, pubblicità e divulgazione dei risultati.

A causa della sospensione dei tirocini avvenuta a marzo 2020 in seguito all'aggravarsi della situazione di emergenza che stiamo vivendo dovuta alla diffusione del SARS-CoV-2 ho avuto la possibilità di continuare la mia esperienza pratica in questo campo presso un'altra struttura gestita dalla Società Cooperativa Sociale Polo9, la Comunità Terapeutica di Massignano, all'interno della quale ho continuato la mia formazione e ho approfondito la conoscenza nell'ambito delle dipendenze patologiche. Un altro lato che ho approfondito è stato quello della progettualità in particolare grazie al progetto in questione. Si tratta infatti di un progetto al quale partecipano tutte le strutture comunitarie gestite da Polo9 di cui al paragrafo 2.2.

Il progetto è stato riattivato anche quest'anno, nel pieno rispetto delle norme di prevenzione relative alla diffusione del contagio di SARS-CoV-2. Grazie a queste esperienze ho constatato l'importanza che ricoprono le attività lavorative e formative all'interno dei contesti di cura e di riabilitazione.

Il progetto "Rio & Arceo" è ormai alla sua terza edizione per quanto riguarda il triennio 2018-2020 ma precedentemente ne sono state realizzate altre edizioni. Nell'intento di continuare la mia formazione come Educatore Professionale, è fondamentale approfondire anche la competenza progettuale e quella di programmazione per cui, all'interno del tirocinio del terzo anno, si propone il seguente progetto educativo che si focalizza sull'esperienza dell'anno 2020.

#### **FINALITÀ:**

- Sviluppare competenze di vita quotidiana per il raggiungimento del maggior grado di autonomia possibile;
- Promuovere un miglioramento della qualità di vita;
- Prevenire le ricadute;
- Favorire il reinserimento sociale.

## **OBIETTIVI**

- **Obiettivi a breve termine**
  - o Garantire ad ogni partecipante adeguata formazione e preparazione necessarie ad intraprendere in sicurezza le attività ergoterapiche previste;
- **Obiettivi a medio termine**
  - o Motivare e coinvolgere gli utenti;
  - o Incrementare le competenze lavorative e relazionali;
  - o Incrementare le capacità residue e l'interesse degli utenti.
- **Obiettivi a lungo termine**
  - o Applicare le abilità (lavorative, sociali e relazionali) per esportarle in altri contesti.

## **ATTIVITÀ**

- Attività formativa d'aula e di tipo teorico-pratico. Corso di 12 ore, obbligatorio, rivolto a tutti gli utenti che svolgeranno lo stage, e a qualche utente in più in vista dell'eventuale turn over.

Il corso verterà sulle seguenti tematiche:

- o la sicurezza del lavoro: concetto di rischio; contenimento del rischio attraverso opportune istruzioni e disposizioni di prevenzione; protocollo per morsi di vipere; protocollo per reazioni allergiche (eventuali allergie saranno comunque motivo a priori di esclusione dei candidati); presentazione dei DPI necessari; uso e manutenzione dei dispositivi e degli attrezzi previsti.

Al termine del corso di formazione è previsto un test di verifica delle conoscenze. Successivamente ad ogni utente saranno forniti tutti i DPI necessari per le attività.

- Colloquio collettivo con tutti gli utenti partecipanti al progetto durante il quale si stimola una discussione sulle attività che si andranno a svolgere. Si pianifica un orario settimanale da rispettare e si legge il regolamento del progetto che gli utenti dovranno sottoscrivere.



- Colloquio collettivo durante il quale si assegnano compiti specifici agli utenti per la gestione delle attività. I compiti che vengono assegnati sono:
  - o Carico/scarico furgone;
  - o Controllo deposito e manutenzione attrezzi;
  - o Preparazione merenda ed acqua da portare durante le attività;
  - o Pulizia e sanificazione furgone dopo lo scarico a fine attività.
- Inizio delle attività pratiche, in seguito a sopralluogo dei siti di lavoro, durante le quali si eseguiranno le seguenti attività:
  - o Taglio vegetazione erbacea e arbustiva infestante;
  - o Bonifica da rifiuti;
  - o Ripristino sezione di deflusso di piccoli fossi;
  - o Rifacimento sentieri e muretti a secco;
  - o Rimozione legna di risulta lungo le sponde di corsi d'acqua;
  - o Riqualfica dei siti archeologici della regione.
- Riunioni di gruppo per discutere l'andamento delle attività ed eventuali problematiche;
- Colloqui individuali periodici con gli utenti.

L'educatore avrà funzione di tutor e si occuperà di guidare, affiancare e monitorare costantemente gli utenti durante lo svolgimento delle attività. Sarà compito dell'educatore accompagnare i partecipanti sui siti di intervento, controllarne le presenze, la puntualità, il corretto uso dei DPI e coordinarne il lavoro. Sarà compito dell'educatore curare le relazioni con i responsabili degli enti pubblici interfacciandosi con loro per pianificare gli interventi e per condurre una successiva verifica degli obiettivi stabiliti.

## **TEMPI**

La formazione della durata di 12 ore si dividerà in 3 incontri da 4 ore ciascuno. Gli utenti parteciperanno ad un incontro alla settimana. Durante l'ultimo incontro gli utenti compileranno il questionario di verifica delle conoscenze acquisite.

Le attività avranno una durata di 4 ore e verranno svolte 3 volte alla settimana per un periodo complessivo di 6 mesi. Nei mesi più caldi le attività inizieranno alle 7,00 per evitare di incorrere in disagi dovuti al caldo.

## **LUOGHI**

La formazione si svolgerà in sede in modalità smart working. Si svolgeranno in sede anche la riunione iniziale, la consegna dei DPI ed i colloqui individuali.

Le aree delle attività vengono individuate insieme ai partners del progetto e sono:

- Ancona, Sirolo e Camerano (manutenzione reticolo idrografico minore);
- Sirolo (manutenzione vegetazione, sentieri e segnaletica nel Parco del Conero);
- Lungo Musone;
- Le Cave di Sirolo;
- Sede Parco del Conero;
- Anfiteatro romano di Ancona;
- Area archeologica "I Pini" di Sirolo;
- Area anfiteatro di Marina di Montemarciano.

## **RISORSE**

- Strumentazione specifica per le attività (decespugliatori, tagliasiepi, forbici, cesoie, rastrelli e scope);
- Strumentazione per attività "fai da te" (martelli, seghe, chiodi, viti);
- DPI per le attività (scarpe antinfortunistiche, pantaloni e guanti anti-taglio, cappello, occhiali protettivi e visiere)1,
- DPI per la prevenzione della diffusione del Covid-19;
- Materiale di consumo (filo per decespugliatore, miscela per gli strumenti a motore, igienizzanti per le mani e igienizzanti per le superfici, mascherine chirurgiche);
- Diario educativo e modulistica specifica per monitorare le attività;

## **COSTI**

Per l'anno 2020 è previsto un budget complessivo di € 81.428,08 da dividere tra le seguenti voci:

- Stage retribuiti per gli utenti: € 48.000,00
- Studio esterno per elaborazione paghe utenti: € 746,04
- Personale: € 25.853,38
- Attrezzature (DPI, abbigliamento, strumenti): € 4.552,44
- Carburante (per i tragitti e per gli strumenti a motore): € 2.276,22

## **PARTNERS**

- Consorzio di Bonifica delle Marche;
- Soprintendenza archeologica, belle arti e paesaggio delle Marche;
- Polo museale delle Marche;
- Ente Parco del Conero;
- Asur area vasta 1 e 2.

## **VALUTAZIONE**

Si effettua una valutazione in itinere tramite indicatori qualitativi e quantitativi andando ad analizzare le acquisizioni degli utenti in termini di abilità sociali, relazionali e lavorative. La valutazione si effettua durante i colloqui individuali con gli utenti e si registra il tutto in una apposita scheda.

Al termine di ogni attività si compila il diario educativo dove si riporta l'andamento della giornata ed eventuali episodi critici.

Il materiale raccolto sarà poi utile per la redazione di un report finale del progetto.

## **VERIFICA FINALE**

Si effettua una verifica finale basandosi su indicatori qualitativi e quantitativi che prenderanno in considerazione il cambiamento delle competenze e delle abilità ed il grado di raggiungimento

degli obiettivi.

Il progetto si configura come un importante strumento di integrazione tra servizi pubblici e privati che coadiuva un incremento della consapevolezza riguardo tematiche ambientali, in particolare mira all'aumento di una sensibilizzazione sulla cura e sulla tutela del nostro territorio nei partecipanti al progetto ma anche nella popolazione. Nello specifico, nel territorio di Ancona, partecipano al progetto enti pubblici come ad esempio il Parco del Conero e la Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio delle Marche insieme alle quali, la Comunità di Massignano coordina gli interventi. Grazie alla collaborazione con questi enti, gli utenti che partecipano al progetto hanno avuto la possibilità di assistere a sessioni di formazione specifiche direttamente all'interno dei siti di svolgimento delle attività da parte di personale qualificato.

Per l'anno 2020 il progetto ha vissuto una fase di ristrutturazione vista la situazione di emergenza sanitaria e la conseguente impossibilità di strutturare le attività come nelle passate edizioni. In particolare, il gruppo utenti è stato adattato alla capienza massima consentita del mezzo di trasporto della comunità (6 posti equidistanti, autista compreso) e sono stati forniti DPI idonei a contrastare il contagio da SARS-CoV-2 a tutti i partecipanti.

Come detto precedentemente, lo scopo delle attività ergoterapiche è quello di sviluppare, mantenere o recuperare abilità e competenze di vita quotidiana incentivando gli utenti ad agire e sperimentarsi. In questo senso, le attività ergoterapiche vengono strutturate come uno stage retribuito e agli utenti viene fatto firmare un regolamento specifico e le attività sono considerate come "attività in job" in quanto mentre si fa ci si forma.

Non è raro che alcuni utenti diano continuità alla partecipazione al progetto "Rio & Arceo" con una attività lavorativa. In questo senso si può ricercare nel progetto un valore fortemente riabilitativo che permette alle persone di acquisire una sempre maggiore autonomia ed una crescente qualità di vita.

Alcune criticità che si sono verificate durante il progetto sono state:

- Rinvio o perdita di giornate di attività a causa di mal tempo;
- Impossibilità di organizzare un unico gruppo a causa dell'emergenza sanitaria. È stato

necessario suddividere gli utenti in due gruppi che partecipavano alle attività ogni 15 giorni;

- Impossibilità di trasportare utenti esterni alla comunità, in carico ai servizi territoriali come STDP o ASUR a causa dell'emergenza sanitaria.

Alcune di queste criticità, con il passare del tempo, si sono trasformate in punti di forza in quanto egli utenti dei servizi territoriali hanno mobilitato le proprie risorse per raggiungere i luoghi delle attività.

In caso di mal tempo, si è fatto fronte a questa criticità proponendo recuperi di giornate in date alternative.

Il progetto prevedeva anche una collaborazione con il Museo Archeologico Nazionale delle Marche. Nello specifico, gli archeologi del museo avrebbero tenuto delle giornate di formazioni sul patrimonio archeologico territoriale coinvolgendo i centri diurni locali indirizzati all'assistenza di utenti affetti da disabilità psico fisiche sensoriali ed i centri diurni che si fanno carico dei malati di Alzheimer. Questa attività prevedeva che gli utenti partecipanti a "Rio & Arceo" affiancassero gli archeologi nello svolgimento delle attività coadiuvandone l'andamento e relazionandosi con gli utenti dei centri diurni. Questo avrebbe contribuito alla costruzione di una rete di comunicazione tra i servizi, pubblici e privati.

## CONCLUSIONI

La presente ricerca mira a fornire indicazioni e definizioni riguardo il fenomeno della dipendenza patologica, indagando aspetti specifici che possono aiutare nell'analisi del fenomeno, tra i quali i luoghi deputati alla cura o le diverse modalità di intervento.

Procedendo con la ricerca, mi è sembrato sempre più evidente quanto il fenomeno della dipendenza patologica sia un fenomeno molto complesso ed in continua evoluzione, da un punto di vista psicopatologico e socioculturale. Basti pensare al fatto che per molto tempo i disturbi da uso di sostanze (DUS) sono stati considerati dalla popolazione e dagli ambienti scientifici come deviazioni del senso morale o situazioni per le quali era possibile un approccio a carattere religioso e custodialistico. Con la nascita delle prime modalità gruppali per la terapia dell'uso di sostanza (per esempio gli Alcolisti Anonimi) l'approccio diviene più pragmatico e specializzato. Il concetto stesso espresso dal termine “nuove dipendenze patologiche” evidenzia come il fenomeno cambi rapidamente nel tempo e dimostri modifiche negli stili di consumo e nei rapporti che le persone hanno con il proprio comportamento di dipendenza. Anche il sistema delle cure inizia ad adattarsi alla trasformazione della problematica, in quanto si trova ad affrontare una situazione diversa da quelle che erano le prime esperienze in questo campo.

Dal 1975, con la legge n. 685, il SSN si è dotato di strutture capaci di accogliere un numero limitato di persone con problematiche tendenzialmente legate al consumo di eroina e criticità anche dal punto di vista del ritiro sociale. Successivamente si è verificato un cambiamento delle fonti di dipendenza oltre che un loro aumento, quali nuove dipendenze patologiche, gioco d'azzardo, tecnologia, acquisti compulsivi, sesso, lavoro, esercizio fisico. Anche se queste nuove fonti di dipendenza sembrano meno invalidanti dal punto di vista delle competenze sociali, rappresentano comunque una condizione che può andare ad influenzare negativamente la vita quotidiana interferendo con le abilità relazionali, lavorative e personali.

Grazie ai progressi in campo scientifico, in particolare nelle neuroscienze e nella neurologia, si è superato un punto di vista puramente osservazionale in favore di un nuovo punto di vista dinamico e scientifico. È inoltre cresciuta l'esigenza di una prospettiva che consideri la persona

con problematiche legate alla dipendenza patologica non più solamente nel suo ruolo di paziente ma come una persona nella sua globalità, un approccio olistico che tenga conto dell'unicità della persona.

Assumono importanza anche le politiche di prevenzione che si configurano come azioni tecnico-professionali per ridurre la mortalità, la morbilità o gli effetti dovuti a fattori di rischio promuovendo la salute ed il benessere, individuale e collettivo. La prevenzione fa parte delle attività di tutela della salute per rientra nelle competenze professionali delle professioni sanitarie. Gli interventi di prevenzione primaria hanno l'obiettivo di ostacolare l'insorgenza delle malattie combattendone le cause e i fattori predisponenti, gli interventi di prevenzione secondaria mirano ad individuare precocemente soggetti malati o che rischiano di sviluppare la patologia mentre gli interventi di prevenzione terziaria si rivolgono alla riduzione del danno in soggetti con una patologia conclamata. Nella dipendenza patologica questo modello si applica cercando di limitare il primo contatto con la sostanza (prevenzione primaria), per evitare che le persone che sono entrate in contatto con un comportamento di dipendenza diventino consumatori abituali (prevenzione secondaria) oppure al fine di contenere o ridurre il danno tentando di diminuire la cronicità della dipendenza (prevenzione terziaria). È importante comunque tenere conto che la dipendenza è un disturbo a carattere cronico recidivante per cui episodi di ricaduta si possono considerare come eventi piuttosto comuni che fanno parte del percorso riabilitativo dell'utente.

La ricaduta un processo che parte da lontano ed il contatto con la sostanza ne rappresenta solamente l'atto conclusivo. Si parla in primo luogo di ricaduta emotiva (preparazione emotiva alla ricaduta) poi di ricaduta mentale (pensiero rivolto al comportamento di dipendenza e allo studio di strategie per gestirlo) infine di ricaduta fisica (applicazione esplicita della ricaduta). In questa ultima fase si possono verificare due esiti: lapse, cioè un episodio isolato, oppure le relapse, cioè un ritorno pieno al comportamento di dipendenza abbandonando l'astinenza. Alcuni fattori di rischio sono le alterazioni ambientali o di comportamentali abituali, le situazioni stressanti o tutte quelle situazioni che costituiscono una minaccia per il senso di autoefficacia dell'utente influenzando la perdita di controllo.

Con il modello "Relapse Prevention" si va oltre la concezione assolutamente negativa della

ricaduta che invece viene considerata come un'occasione per ricalibrare il percorso riabilitativo. Si può intervenire sulla ricaduta tramite interventi specifici quali l'identificazione delle situazioni ad alto rischio o l'apprendimento di strategie e l'aumento delle competenze per fronteggiare situazioni stressanti.

L'Educatore Professionale che opera in questo campo si fa carico della persona nella sua soggettività ed interezza e con il suo intervento intraprende un percorso fondato sulla relazione educativa e, grazie a strumenti come l'ascolto attivo, l'osservazione e la gestione del processo empatico, costruisce compliance, fiducia. Questo è un passaggio fondamentale affinché un intervento educativo si dimostri efficace producendo un cambiamento in profondità nell'utente. La presenza dell'Educatore Professionale nelle dipendenze patologiche assume importanza anche considerando il suo ruolo di mediatore tra la dimensione sanitaria del trattamento e la dimensione sociale.

A livello pratico, l'Educatore professionale applica le conoscenze teoriche concretizzando così gli interventi educativi che si configurano come importanti strumenti per contrastare e contenere il danno e incentivare, successivamente, una fase di reinserimento socio-lavorativo.

Durante il tirocinio ho assistito all'applicazione di alcuni interventi educativi grazie ai quali ho potuto meglio comprendere le acquisizioni teoriche e ho potuto apprezzare alcuni elementi del lavoro quali l'incremento dell'assunzione delle responsabilità personali.

Il Tirocinio risulta essere una parte fondamentale della formazione in quanto permette agli studenti di sperimentarsi nelle realtà operative in maniera continuativa. Durante il mio percorso di tirocinio, ho avuto la possibilità di conoscere l'ambito delle dipendenze patologiche e di sperimentarmi in prima persona all'interno di questo contesto. All'inizio ho faticato a causa di alcuni pregiudizi che non mi facevano sentire al sicuro nella relazione con gli utenti nelle dipendenze patologiche ma l'esperienza presso la CND Fenile di Fano mi ha fatto scoprire molte sfaccettature di questo ambito di intervento grazie alle quali ho potuto mettere in discussione il mio punto di vista sulla patologia stessa. Questo perché ho osservato da vicino le persone all'interno dei propri percorsi riabilitativi e ho capito che sotto una corazza facilmente visibile, si nasconde una grande fragilità che rappresenta l'oggetto della cura dell'Educatore Professionale. Mi sono inoltre sperimentato nell'applicazione della



metodologia dell'educazione professionale in vari ambiti e ho potuto apprezzare l'importanza di sostenere l'utente all'interno di una relazione educativa durante il suo percorso riabilitativo. Anche l'applicazione di interventi quali colloquio motivazionali e interventi per rinforzare la fiducia in sé stessi e la consapevolezza rispetto la propria condizione risultano fondamentali in quanto costituiscono un ambiente all'interno del quale l'utente può muoversi con il sostegno dell'Educatore Professionale e, contestualmente, contribuiscono alla costruzione di un *setting* educativo con regole, tempi e spazi precisi e condivisi.

Il progetto "Rio & Archeo" mette in evidenza alcuni di questi aspetti e tende a conciliare il percorso terapeutico comunitario con le attività esterne. Questo permette agli utenti di sperimentarsi in contesti diversi alla comunità e di relazionarsi con le persone che collaborano al progetto.

Purtroppo, il tirocinio del terzo anno è stato sospeso a causa dell'emergenza sanitaria dovuto alla diffusione del SARS-CoV-2 ma il corso ha potuto riorganizzarsi velocemente dando a tutti noi studenti del terzo anno la possibilità di portare a termine il tirocinio, ed il corso di studi, tramite esperienze laboratoriali, seminariali e approfondimenti pratici con lezioni e testimonianze dirette di operatori occupati nelle nostre realtà territoriali.

## Allegati

Il progetto "Rio & Archeo" per il triennio 2018/2020

<b>ALLEGATO 3</b>	
<b>SCHEMA PROGETTO</b>	
<b>SEZIONE I</b>	
<b>DATI DELL'ENTE TITOLARE</b>	
<b>Ente titolare:</b> I.r.s. L'Aurora società Cooperativa Sociale	
Indirizzo sede legale:	Via Gaggera, 34
CAP:	61012
Città:	Gradara
Prov.:	PU – Pesaro Urbino
Tel.:	0712802615
Fax:	0712801260
E-mail:	ufficioprogetti@irsaurora.it
Legale rappresentante:	dott. Stefano Trovato
<b>SEZIONE II</b>	
<b>DATI DEL PROGETTO</b>	

**TITOLO: RIO E ARCHÈO 2018 – ERGOTERAPIA COME CONTRIBUTO ALLA SALVAGUARDIA DEL TERRITORIO E DEL PATRIMONIO STORICO-ARCHEOLOGICO MARCHIGIANO**

Premessa:

Il progetto rappresenta la sintesi e l'evoluzione di due precedenti esperienze ergoterapiche, denominate rispettivamente "Rio" e "Archeo".

Come da Delibera, esso intende riunire e raccontare in un unicum le diverse applicazioni dell'ergoterapia, svolta da persone con problemi di dipendenza patologica e a rischio di emarginazione sociale. Ergoterapia applicata in settori operativi di interesse collettivo, seppur differenziati negli specifici obiettivi, che spaziano dalla salvaguardia del territorio a quella del patrimonio storico-archeologico.

Il progetto si estende territorialmente sulle due province di Ancona e Pesaro-Urbino. Coinvolge 5 enti privati accreditati: Irs L'aurora soc. coop. soc. (capofila); Ass. Oikos; Labirinto soc. coop. soc.; Ass. Imprevisto; Fondazione Exodus. Prevede accordi formali di collaborazione con l'Asur Area Vasta 1 e Area Vasta 2 oltre che con i tre enti pubblici: Soprintendenza archeologica, belle arti e paesaggio delle Marche, Polo Museale delle Marche e Consorzio di Bonifica delle Marche. Include collaborazioni con i due Enti Parchi: Parco del Conero (AN) e Parco del Monte San Bartolo (PU). Il progetto prevede 274 stage trimestrali, per un totale di 822 mensilità, che verranno proposti al maggior numero possibile di partecipanti, opportunamente formati attraverso attività formative teorico-pratiche.

L'aspetto peculiare del progetto risponde ai criteri della DR 1516/18, ed è dato dalla vasta e differenziata rete pubblico-privata di partner e attori che vi partecipano: coordinato a livello regionale, esso permettere di integrare, in maniera sequenzialmente coerente, azioni che altrimenti difficilmente sarebbero state ottimizzate in una unica regia.

Il progetto riesce infatti a coniugare azioni sinergiche tra importanti enti pubblici regionali, afferenti a settori disparati, quali la Soprintendenza e il Consorzio Bonifica, con piccoli enti del privato sociale. Il tutto con l'obiettivo generale di salvaguardare i beni comuni, attraverso l'inclusione di soggetti a rischio di emarginazione sociale, che diventano quindi i protagonisti. Una sorta di raggiungimento della *quadratura del cerchio*.

Cominciato in via sperimentale qualche anno fa, e gradualmente evolutosi con l'arricchimento di proposte sinergiche tradotte in azioni, il progetto ha fino ad oggi rivelato una sua validità, dimostrando che il coordinamento intersettoriale può risolvere problemi diversi, seppur emersi in ambiti differenti, attraverso un confronto costruttivo per tutti.

La Comunicazione del progetto, di cui all'azione 7, insisterà proprio sul mettere a fuoco l'eventuale riuscita di una unica regia regionale nel coordinare e far collaborare persone ed enti afferenti a settori disparati, per trattare e risolvere nodi di competenza specifica di ognuno di essi, ma con il risultato finale di un maggiore benessere per tutta la popolazione marchigiana.

Tale esperimento regionale potrebbe meritare di essere validato e tradotto per una eventuale modellizzazione da esportare in altri territori.

**ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO**

- **AZIONE 1: Coordinamento, gestione, comunicazione interna e monitoraggio**
- **AZIONE 2: Formazione e attività preliminari per i partecipanti agli stage ergoterapici**
- **AZIONE 3: Ergoterapia per bonifica del territorio**
- **AZIONE 4: Ergoterapia per cura e manutenzione dei siti archeologici**
- **AZIONE 5: Ergoterapia come contributo allo svolgimento di attività culturali**
- **AZIONE 6: Valutazione in itinere e finale**
- **AZIONE 7: Comunicazione verso l'esterno, pubblicità e divulgazione dei risultati**

**AZIONE 1\*: Coordinamento, gestione, comunicazione interna e monitoraggio****1 Descrizione del contesto di riferimento, delle criticità individuate e dell'obiettivo generale dell'azione:**

Gli interventi ergo terapeutici, effettuati da persone con problemi di dipendenza patologica, devono necessariamente prevedere un'attenta gestione e un efficace coordinamento.

Il team del coordinamento predispone i materiali e gli strumenti utili a favorire:

- una comunicazione efficace,
- lo scambio di buone pratiche
- lo sviluppo nelle singole sedi di una logica di rete, allargata agli enti privati e pubblici
- una fruttuosa collaborazione con il Consorzio di Bonifica delle Marche, con la Soprintendenza archeologica, belle arti e paesaggio delle Marche, con il Polo museale delle Marche.

Il coordinamento del progetto sarà effettuato attraverso:

- condivisione e metodi degli strumenti di lavoro: di registrazioni delle attività, di comunicazione interna e verso l'esterno, di rilevazione dei dati e delle informazioni per la valutazione da parte dei destinatari, degli operatori e degli stakeholder;
- riunioni periodiche organizzative;
- scambio di informazioni;
- monitoraggio dello stato di avanzamento e superamento di eventuali criticità riscontrate.

Il team è composto da 7 persone, in rappresentanza di tutti gli enti del privato sociale coinvolti. La gestione del coordinamento è affidata ad una singola persona, per ridurre al minimo possibili criticità. Per favorire il coinvolgimento e la partecipazione dei partner verranno inviate mail mensili sullo stato di attuazione, sulle criticità e sulle buone pratiche a cura dell'ente capofila.

**2 Obiettivi specifici e attività previste per la loro realizzazione:**

**Obiettivo generale:** armonizzare le azioni progettuali; favorire la partecipazione di tutti i partners, rispetto delle tempistiche.

**Obiettivo 1.1:** Individuazione e programmazione dettagliata delle azioni previste per le aree di intervento, di cui è stata precedentemente concordata la mappatura con i tre enti (Consorzio Bonifica, Soprintendenza, Polo Museale)

**Attività 1.1: Progettazione esecutiva:** condivisione della modulistica di registrazione, di valutazione, della mappatura degli interventi, dei contatti con l'ente pubblico referente.

**Obiettivo 1.2.** Armonizzare le azioni del progetto attuate dalle diverse sedi delle cooperative e associazioni coinvolte.

**Attività 1.2.** Mail informativa con cadenza mensile; controllo mensile del numero di ore/giornate di ergoterapia erogate; condivisione di fotografie e materiali pubblicati da ogni ente su una piattaforma o pagina Fan.

**3 Definizione degli indicatori e dei risultati attesi per ogni attività prevista**

Titolo attività	Indicatori annuali di output/outcome	Risultati minimi attesi a 12, 24 e 36 mesi	Risultati annuali e finali
A 1.1 Progettazione esecutiva	n. 1 Report Condivisione della modulistica n. 1 Report Condivisione della map-	Azioni progettuali dettagliate	Progetto eseguito

\* Il presente schema deve essere utilizzato per ciascuna azione.

		patura dei siti		
A 1.2 Coordinamento, gestione, comunicazione interna e monitoraggio	n. 8 mail mensili di aggiornamento e scambio n. 5 (almeno) di contributi iconografici e descrittivi, caricati su pagina condivisa	Effettiva partecipazione di tutti i partners coinvolti	Azioni e fasi del progetto coordinate. Buon grado di soddisfazione dei partners.	

#### 4 Soggetti pubblici/privati coinvolti nella realizzazione delle azioni

Cooperative sociale I.r.s. L'Aurora  
 Cooperativa sociale Labirinto,  
 Associazione L'Imprevisto,  
 Associazione Oikos,  
 Fondazione Exodus  
 Consorzio di Bonifica delle Marche  
 Soprintendenza archeologica, belle arti e paesaggio delle Marche,  
 Polo museale delle Marche  
 Ente Parco del Conero,  
 Ente Parco Naturale Monte San Bartolo  
 Asur, Area Vasta 1 e 2

**5. Durata dell'azione:** mesi 6 dalla data di approvazione del progetto il primo anno; ripianificazione di 4 mesi nei due anni successivi.

#### 6 Piano economico

##### 6.a Preventivo costi e costo totale (Inserire una descrizione dettagliata delle voci di spesa dell'intervento)

Descrizione voci di spesa	Voci specifiche	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Costo totale previsto
Personale	Coordinamento Amministrazione	19.333,58	20.833,60	19.583,59	59.750,77
Trasporto	Spostamenti del personale per riunioni e sopralluoghi	100,00	1.200,00	319,52	1.619,52
		19.433,58	20.033,60	19.903,11	<b>61.370,29</b>

##### Compartecipazione economica dei soggetti coinvolti nel progetto

Descrizione voci di spesa	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Totale investimento previsto
Personale	3.866,72	4.166,72	3.916,72	11.950,16
Trasporto	20,00	240,00	63,90	323,90
	3.866,72	4.406,72	3.916,72	<b>12.274,06</b>

▪ **2: FORMAZIONE E ATTIVITÀ PRELIMINARI PER I PARTECIPANTI AGLI STAGE ERGOTERAPICI**

**1 Descrizione del contesto di riferimento, delle criticità individuate e dell'obiettivo generale dell'azione:**

**TRAINING FORMATIVO**

Il progetto prevede un adeguato training formativo per i soggetti svantaggiati che parteciperanno alle attività ergoterapiche.

I partecipanti al corso teorico-pratico verranno individuati dagli enti proponenti il progetto, in accordo con gli Servizi territoriali per le dipendenze (Stdp); verranno poi adeguatamente informati, formati e addestrati in apposito training formativo, condotto da personale esperto, su tematiche inerenti la sicurezza e gli aspetti storici, archeologici, artistici dei siti.

Tutte le attività formative, al pari di quelle ergoterapiche, saranno rivolte anche ai soggetti svantaggiati in trattamento presso i Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche (Stdp) dell'Asur Area Vasta 1 e 2 (accordi formali in allegato).

La formazione verrà impartita da personale esperto degli Enti pubblico-privati afferenti al progetto e da tecnici qualificati esterni.

**ACCERTAMENTI E SORVEGLIANZA SANITARIA**

Prima dell'inizio delle attività, tutti i partecipanti saranno sottoposti a visite mediche e accertamenti sanitari per l'idoneità.

Riguardo ai partecipanti in trattamento presso gli Stdp, sarà cura delle stesse Asur provvedere alla sorveglianza sanitaria (come da accordi formali allegati).

L'**assicurazione** per tutti i partecipanti verrà stipulata a carico delle cooperative. Per gli utenti degli Stdp verrà stipulata una polizza assicurativa individuale nominativa.

**2 Obiettivi specifici e attività previste per la loro realizzazione:**

**Obiettivo 2.1:** Garantire ad ogni partecipante adeguata formazione e preparazione necessarie ad intraprendere in sicurezza le attività ergoterapiche previste.

Attività 2.1:

Attività formativa sulla Sicurezza in relazione all'obiettivo 2.1

Attività formativa d'aula e di tipo teorico-pratico: corso di 12 ore, obbligatorio, rivolto a tutti gli utenti che svolgeranno lo stage, e a qualche utente in più in vista dell'eventuale turn over.

Il Corso verterà sulle seguenti tematiche:

- la sicurezza del lavoro: concetto di rischio; contenimento del rischio attraverso opportune istruzioni e disposizioni di prevenzione; protocollo per morsi di vipere; protocollo per reazioni allergiche (eventuali allergie saranno comunque motivo a priori di esclusione dei candidati); presentazione dei DPI necessari; uso e manutenzione dei dispositivi e degli attrezzi previsti; ogni altra disposizione specifica prevista dalla Soprintendenza per l'accesso e l'operatività nelle aree individuate;
- al termine del corso teorico, ogni partecipante verrà dotato dei DPI necessari allo svolgimento della successiva fase pratica. La dotazione personale comprende scarpe antiscivolo, guanti antitaglio, guanti da giardino, protettori, visiera, gilet alta visibilità, occhiali, cappello, creme solari alta protezione.
- Procedure per l'intervento in nuovi siti, a cura del tutor
- Condivisione di informazioni, procedure scritte, check list per la responsabilizzazione.

Al termine del progetto ai partecipanti verrà rilasciato un attestato di frequenza al corso sulla sicurezza e un attestato di partecipazione al corso di formazione teorico-pratica per il profilo professionale di operatore del verde.

I parametri per la sicurezza verranno poi costantemente monitorati durante lo svolgersi delle seguenti azioni n. 3 - 4 - 5.

**Obiettivo 2.2.** Fornire informazioni teorico-pratiche sui temi ambientali e storico-archeologiche sull'importanza dei siti.

**Obiettivo 2.3** Motivare e coinvolgere i partecipanti. Risvegliare interessi e valorizzare eventuali capacità residue, promuovendo nei partecipanti un senso di adeguatezza e un atteggiamento collaborativo.

Attività formativa naturalistico-storico-archeologica in relazione agli obiettivi 2.2 e 2.3

La formazione verterà su contenuti specifici di ogni attività ergoterapica, in modo che ogni partecipante sia edotto sui motivi e sulle finalità di ciò che sta facendo.

In riferimento all'azione n.3 : *Ergoterapia per bonifica del territorio*

Attività formative d'aula e attività teorico- pratiche guidate, visite di studio, vertenti su:

- Tematiche naturalistiche
- Educazione ambientale
- Flora e fauna locali
- Caratteristiche ecologiche e naturalistiche del territorio
- Aspetti storico antropologici e gestionali del territorio
- Emergenze ecologiche del territorio
- Cartografia e orientamento – mappe e tracciati escursionistici
- Visite di studio ed escursionistiche guidate. Si tratterà di uscite di 4 o di 8 ore, con trasporto e pranzo al sacco a carico delle cooperative proponenti il progetto.

In riferimento alle azioni n.4 - 5 : *Ergoterapia per manutenzione-pulizia-fruizione di siti archeologici – culturali*

Attività formative d'aula e attività teorico- pratiche guidate, visite di studio, vertenti su:

- Cenni storici, toponomastici, archeologici in riferimento ai siti visitati;
- Cenni su materiali e metodi costruttivi impiegati nei siti visitati;
- Cenni sul restauro conservativo e tecniche utilizzate;
- Illustrazione delle collezioni/ dei reperti/ dei siti trattati;
- Presentazione degli eventi culturali previsti nei siti trattati;
- Organizzazione e preparazione per le attività da svolgere, coadiuvanti tali eventi.

### **3 Definizione degli indicatori e dei risultati attesi per ogni attività prevista**

<b>Titolo attività</b>	<b>Indicatori annuali di output/outcome</b>	<b>Risultati minimi attesi a 12, 24 e 36 mesi</b>	<b>Risultati annuali e finali</b>
Rif. Ob. 2.1 Formazione sulla Sicurezza	n. di partecipanti formati in sincronia con le date di avvio delle attività  Indicatori deflettori: n. di partecipanti che abbandonano la formazione	Rispetto al 100% sul corretto uso ddp, rilevato dal monitoraggio  Bassa o nulla incidenza sul n. di infortuni	Almeno 300 persone formate a fine progetto  Grado di soddisfazione dei corsisti.
Rif. Ob. 2.2 Formazione naturalistico-storico-archeologica	n. di partecipanti formati  Indicatori deflettori: n. di partecipanti che abbandonano la formazione	n. corsisti formati per le attività di presentazione dei siti	Azioni e fasi del progetto coordinate.  Buon grado di soddisfazione dei corsisti e dei partners.

### **4 Soggetti pubblici/privati coinvolti nella realizzazione delle azioni**

Cooperative sociale I.r.s. L'Aurora

Cooperativa sociale Labirinto,

Associazione L'Imprevisto,  
 Associazione Oikos,  
 Fondazione Exodus  
 Consorzio di Bonifica delle Marche  
 Soprintendenza archeologica, belle arti e paesaggio delle Marche,  
 Polo museale delle Marche  
 Guide esperte dei Parchi naturalistici del Conero (AN) e del San Bartolo (PU)  
 La Macina- Terre Alte (soc. coop. di tipo B)  
 Terra (soc. coop. di tipo B)  
 Isaq Studio srl

**5. Durata dell'azione:** mesi 6 dalla data di approvazione del progetto il primo anno; ripianificazione di 4 mesi nei due anni successivi.

**6 Piano economico**

**6.a Preventivo costi e costo totale** (Inserire una descrizione dettagliata delle voci di spesa dell'intervento)

Descrizione voci di spesa	Voci specifiche	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Costo totale previsto
Formazione Sicurezza	Corsi di 12 ore di formazione sulla sicurezza + formazione specifica per l'attività lavorativa	8.251,30	8.251,30	8.251,30	24.753,90
Formazione Natura Storico-Archeologica	Lezioni d'aula e teorico-pratiche su temi naturalistici e storico-archeologici	10.242,99	10.242,99	10.242,99	30.728,97
Personale	Personale impiegato per la formazione	15.651,00	16.865,30	15.853,38	48.369,68
Visite mediche stagisti	Visite mediche per l'idoneità	7.434,71	7.857,21	7.535,78	22.827,70
Assicurazione infortuni, inail ecc	Apposita polizza assicurativa per gli utenti dei stdp, inail	2.485,75	2.678,61	2.517,89	7.682,25
trasporti	Accompagnamento degli stagisti ai corsi		102,16	290,24	392,40
		44.102,53	45.895,41	44.401,34	<b>134.754,90</b>



Compartecipazione economica dei soggetti coinvolti nel progetto				
Descrizione voci di spesa	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Totale investimento previsto
1) Formazioni e Sicurezza per utilizzo di aule formative, per le dispense consegnate ai corsisti etc.	1.650,26	1.650,26	1.650,26	4.950,78
Formazione Natura	2.048,60	2.048,60	2.048,60	6.145,80
Personale	3.130,20	3.373,06	3.170,68	9673,94
Visite Mediche	1486,94	1571,44	1507,16	4.565,54
Assicurazioni - Polizza assicurativa aggiuntiva + inail Copertura assicurativa per gli utenti degli stdp	497,15	535,73	503,58	1536,46
Trasporti Costi sostenuti per usura e ammortamento automezzi		20,43	58,05	78,48
	8.820,51	9.179,08	8.880,27	26.951

▪ **AZIONE 3: Ergoterapia per bonifica del territorio –**

**1 Descrizione del contesto di riferimento, delle criticità individuate e dell'obiettivo generale dell'azione:**

L'Azione 3 è coordinata principalmente con il Consorzio Bonifica delle Marche e, a seguire, con i due Enti Parco: Parco del Conero e Parco Naturale del Monte San Bartolo

L'efficacia degli interventi ergoterapici nel trattamento delle dipendenze patologiche è ormai parte integrante della metodologia dei trattamenti residenziali e semiresidenziali, attestata da studi ed esperienze di settore. L'ergoterapia è comunque una disciplina riabilitativa che utilizza la valutazione e il trattamento per sviluppare, recuperare o mantenere le competenze della vita quotidiana e lavorativa delle persone con disabilità cognitive, fisiche, psichiche. L'obiettivo principale della terapia occupazionale è il miglioramento della capacità di azione. Si opera a questo scopo permettendo alle persone che lo necessitano, di agire e sperimentare attività che incrementano la loro capacità per raggiungere il più alto grado di autonomia possibile. La terapia occupazionale propone interventi in ambito di trattamento in fase acuta e riabilitazione soprattutto in campo neurologico, psichiatrico, disagio psicologico, pediatrico, ortopedico, geriatrico.

Considerando invece l'azione 3 dal punto di vista dell'utilità pubblica, va detto che la costante pulizia e rimozione di rifiuti dalla rete idrografica minore permette il regolare defluire delle acque e previene quindi il rischio di eventuali esondazioni a seguito di rilevanti eventi atmosferici.

**E FIGURE DI ASSISTENZA (TUTOR)**

I partecipanti al progetto verranno costantemente guidati, affiancati e monitorati, durante le attività ergoterapiche, da apposite figure di riferimento, individuate da ogni cooperativa, associazione o fondazione afferente al progetto e dalla Consorzio di Bonifica o dagli enti Parco. Sarà compito dei tutor accompagnare i partecipanti sui siti di intervento, controllarne le presenze, la puntualità, il corretto uso dei ddp, coordinarne il lavoro. Precedentemente all'attività ergoterapica, verranno effettuati con il personale del Consorzio Bonifica dei sopralluoghi sulle aree individuate, per una valutazione del rischio preventiva, per la definizione nel dettaglio delle misure di sicurezza necessarie e delle attrezzature conformi da utilizzare.

#### Criticità individuate

Per ovviare ad eventuali criticità riscontrate in passato e già superate ma che potrebbero ripresentarsi, l'Azione 2 prevede quanto descritto di seguito:

- le attività ergoterapiche verranno svolte secondo una precisa programmazione condivisa con il Consorzio si Bonifica delle Marche. Ciò aiuterà ad abbinare l'attività terapeutica interna alla Comunità con l'attività ergoterapica esterna e renderà più fluide le procedure di preparazione tecnico-logistica che precedono e seguono ogni intervento ergoterapico.
- Costante attenzione, anche attraverso l'impiego di educatori, a conciliare in maniera più organica il percorso terapeutico in comunità con le attività ergoterapiche esterne.
- Verrà consolidata la collaborazione con i Parchi, già sperimentata con successo lo scorso anno con l'estensione delle aree trattate e con la manutenzione dei sentieri e gestione della segnaletica dei sentieri dei parchi (vedi accordi con Parco del Conero e Parco San Bartolo).
- Potenziamento nell'acquisto a inizio progetto degli attrezzi e dei dispositivi di protezione individuale, che dovrà tener conto sia dell'usura, sia del "turn over" dei destinatari.
- Per incrementare la collaborazione e lo scambio tra i diversi gruppi di lavoro saranno organizzate delle giornate di lavoro congiunto, così come delle attività formative o delle visite a siti di importanza naturalistica)

#### MAPPATURA DELLE AREE DI INTERVENTO

Il progetto prevede l'attività ergoterapica di pulizia e manutenzione di siti verdi, agricoli, lacustri, fluviali, ubicati in 14 differenti Comuni delle province di Ancona e Pesaro-Urbino.

La Mappatura delle aree di intervento, concordata con il Consorzio Bonifica delle Marche, è la seguente:

Aree individuati nella provincia di ANCONA	
SITO	ENTE
Ancona, Camerano, Sirolo: manutenzione del reticolo idrografico minore Sirolo: manutenzione della vegetazione, dei sentieri, della segnaletica e degli elementi di arredo del Parco del Conero: -lungo Musone, sentiero lato Comune di Numana -Le Cave di Sirolo, lungo sentiero n.5 -Area torretta di avvistamento – bivio SPConero/Camerano -Bosco di Mancinforte (Camerano) -Area parcheggio Fonte d'Olio -Coneo area sede Parco	I.r.s. L'Aurora
Impianto irriguo della valle del Musone (area intercomunale di jesi, Campocavallo, Padiglione, Passatempo, fornace Giuliodori) Loreto, Villamusone Sassoferrato, Prco del Sentinum Arcevia, area archeologica di Colonnelle	Oikos; Exodus

Aree individuati nella provincia di PESARO-URBINO	
SITO	ENTE
Pesaro,Vallefoglia, Montelabbate, Gradara: attività di manutenzio-	I.r.s. L'Aurora;

ne del reticolo idraulico-forestale incluse le rive e piste ciclabili lungo Foglia; Case Bernardi	Labirinto
Pesaro e Gabicce Mare: manutenzione degli arredi e della vegetazione nei siti ricadenti nell'area del Monte San Bartolo: -Area Santa Marina Alta -sentiero n. 151 -area La Montagnola -sentiero n. 157 -fosso di Val dei Pelati Fosso Strada dei Cipressi -fosso Val Regina -area intorno alle bacheche	Irs L'Aurora, Labirinto
Cartoceto, Fano, Mondolfo, Colli al Metauro: manutenzione del reticolo idrografico minore, incluso il Sentiero lungo fiume Metauro; Fosso delle Caminate;	Irs L'Aurora, Labirinto

In allegato i rilievi fotografici e la descrizione delle aree di intervento individuate.

## **2 Obiettivi specifici e attività previste per la loro realizzazione:**

**Obiettivo generale:** Migliorare il benessere psicofisico dell'utente in carico favorire il miglioramento della capacità di azione, raggiungere il più alto grado di autonomia possibile.

**Obiettivo 3.1** incrementare le competenze lavorative e relazionali

**Obiettivo 3.2** contribuire alla prevenzione dal rischio di esondazioni, indotte da forti eventi atmosferici

**Attività 3.1 – 3.2:** Organizzazione di stage trimestrali in aree verdi, agricole o lacustri, individuate dal Consorzio Bonifica delle Marche e /o concordate con il Comune di riferimento, dove intervenire con opere di pulizia e manutenzione. Trattasi di Attività da svolgere in piccoli gruppi (3-8 persone) affiancati da un tutor. I partecipanti ricevono mensilmente un compenso omnicomprensivo come da DGR 1516/18 di 400 euro. Sono previsti 30 stage nel 2019; 34 stage nel 2019; 36 stage nel 2020 per un totale di 100 stage trimestrali.

## **3 Definizione degli indicatori e dei risultati attesi per ogni attività prevista**

<b>Titolo attività</b>	<b>Indicatori di output/outcome</b>	<b>Risultati minimi attesi a 12, 24, 36 mesi</b>	<b>Risultati finali</b>
<i>Attività 3.1 – 3.2: stage ergoterapici in aree verdi</i>	<i>Livello partecipazione</i>	<i>Almeno 80 persone inserite negli stage (media di 60 annui, almeno)</i>	n. 100 stage trimestrali effettuati
<i>Attività 3.1 – 3.2: stage ergoterapici in aree verdi</i>	<i>grado di soddisfazione/tenuta</i>	<i>interruzioni &lt; 10 %</i>	n. di stage portati a termine

## **4 Soggetti pubblici/privati coinvolti nella realizzazione delle azioni**

Cooperativa Sociale IRS L'Aurora, Cooperativa Sociale Labirinto, Associazione OIKOS, Fondazione Exodus.

Consorzio di Bonifica;

Ente Parco del Conero; Ente Parco Naturale Monte San Bartolo;

STDP di "appartenenza" degli enti di privato sociale per l'invio dell'utenza e sorveglianza sanitaria

Comuni di: Ancona, Camerano, Sirolo, Jesi, Osimo, Pesaro, Fano, Gradara, Vallefoglia, Montelabbate, Cartoceto, Mondolfo, Colli al Metauro, Gabicce, .

5. Durata dell'azione: mesi 6 per ogni annualità, per un totale di 18 mesi complessivi

**6 Piano economico**

6.a Preventivo costi e costo totale (Inserire una descrizione dettagliata delle voci di spesa dell'intervento)

Descrizione voci di spesa	Voci specifiche	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Costo totale previsto
100 Stage trimestrali retribuiti di cui 30 nel 2018; 34 nel 2019; 36 nel 2020	400 euro mensili x 3 mesi di durata di ogni stage	36.000	40.800	43.200	120.000
Rimborso Soprintendenza	Come da DGR	10.000	10.000	10.000	30.000
Studio per consulenza	per elaborazione paghe stagisti e consulenze	736,52	793,66	746,04	2.276,22
Personale	Tutor impiegati nell'affiancamento o dei corsisti	25.651,00	26.865,30	25.853,38	78.369,68
Attrezzature	Dispositivi di protezione individuale + abbigliamento + attrezzature	4.552,44	4.552,44	4.552,44	13.657,32
Carburante	Tragitti per recarsi sui siti di intervento + altri costi Carburante per attrezzi	2.276,22	2.276,22	2.276,22	6.828,66
		79.216,18	85.287,62	86.628,08	<b>251.131,87</b>

**Compartecipazione economica dei soggetti coinvolti nel progetto**

Descrizione voci di spesa	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Totale investimento previsto
100 stage	7.200,00	8.160,00	8.640,00	24.000,00
Rimborso Soprintendenza	2.000,00	2.000,00	2.000,00	6.000,00
Studio consulenza per paghe stagisti	147,30	158,73	149,21	455,24
Personale Personale impiegato	5.130,20	5.373,06	5.170,68	15.673,94

to come Tutor				
Attrezzature	910,49	910,49	910,49	2.731,46
Carburante	455,24	455,24	455,24	1.365,72
	15.843,23	17.057,52	17.325,62	<b>50.226,37</b>

▪ **AZIONE 4: Ergoterapia per cura e manutenzione dei siti archeologici**

**1 Descrizione del contesto di riferimento, delle criticità individuate e dell'obiettivo generale dell'azione:**

**ERGOTERAPIA NEI SITI ARCHEOLOGICI**

**L'Azione 4 è coordinata e coadiuvata e dalla Soprintendenza archeologica, belle arti e paesaggio delle Marche**

La scelta di siti archeologici, come oggetto di pulitura e manutenzione, aggiunge una valenza culturale al trattamento ergoterapico perché permette, attraverso i contenuti dell'attività formativa integrante del progetto, di stimolare e suscitare nei corsisti eventuali interessi verso conoscenze nuove o sopite nei trascorsi di dipendenza. Si permette così alle persone coinvolte di agire e sperimentare attività che incrementano la loro autostima e le proprie capacità, in modo da raggiungere il più alto grado di autonomia possibile. Considerando invece l'azione dal punto di vista di utilità sociale, essa permette di mantenere fruibili per l'apertura estiva, e periodica turistica, siti di elevato interesse culturale che altrimenti rischierebbero di rimanere chiusi al pubblico per mancanza di manutenzione o di sorveglianza.

Si tratta di Attività da svolgere in piccoli gruppi (3-8 persone) affiancati da un tutor. I partecipanti ricevono mensilmente un compenso onnicomprensivo come da DGR 1516/18 di 400 euro.

**MAPPATURA DELLE AREE DI INTERVENTO**

Il progetto prevede l'attività ergoterapica di pulitura e manutenzione di siti di interesse storico-archeologico, ubicati in 7 differenti Comuni delle province di Ancona e Pesaro-Urbino, quali: Pesaro, Fossombrone, Macerata Feltria, Ostra Vetere, Ancona, Sirolo, Castelleone di Suasa.

La Mappatura delle aree di intervento, concordata con la Soprintendenza Archeologica delle Marche, è la seguente:

Aree individuati nella provincia di ANCONA	
SITO	ENTE
Ancona, Anfiteatro Romano, lungomare Vanvitelli	I.r.s. L'Aurora
Sirolo, Area Archeologica "I Pini"	I.r.s. L'Aurora
Marina di Montemarciano, Area Anfiteatro	I.r.s. L'Aurora
Castelleone di Suasa, Parco Archeologico	Oikos; Exodus
Ostra Vetere, Muracce	Oikos; Exodus

Aree individuati nella provincia di PESARO-URBINO	
SITO	ENTE
Area di Macerata Feltria, Pieve di San Casiano	I.r.s. L'Aurora; Imprevisto
Pesaro, mura di via delle Calligarie: acquedotto via dei Condotti	Imprevisto;
Fossombrone: San Martino; area statale delle terme romane; area comunale parco ar-	I.r.s. L'Aurora; Imprevisto

cheologico Forum Sempronii	
Fossombrone, Calmazzo recinto funerario	I.r.s. L'Aurora; Imprevisto
Montecopiolo, castello	Imprevisto;
Acqualagna, Villa della Colombara	I.r.s. L'Aurora
Pietrarubbia, castello – area archeologica	Imprevisto;
Colle San Bartolo: cimitero ebraico. Fonte Saiano, Orti Giulii	Imprevisto

In allegato i rilievi fotografici e la descrizione delle aree di intervento individuate.

#### **Criticità emerse**

Eventuali criticità potrebbero essere riconducibili alla fragilità di alcuni reperti da trattare, tali da richiedere particolare accortezza e attenzione con cognizione di causa. Per prevenire quindi eventuali atteggiamenti maldestri dovuti a superficialità o ignoranza, si insiste con l'importanza dell'azione 2-Formazione dei partecipanti.

#### **FIGURE DI ASSISTENZA (TUTOR)**

I partecipanti all'azione 4 verranno costantemente guidati, affiancati e monitorati, durante le attività ergoterapiche, da apposite figure di riferimento, individuate da ogni cooperativa, associazione o fondazione afferente al progetto ed alla Soprintendenza archeologica. Sarà compito dei tutor accompagnare i partecipanti sui siti di intervento, controllarne le presenze, la puntualità, il corretto uso dei ddp, coordinarne il lavoro.

Precedentemente all'attività ergoterapica, verranno effettuati con il personale della Soprintendenza dei sopralluoghi sulle aree individuate, per una valutazione del rischio preventiva, per la definizione nel dettaglio delle misure di sicurezza necessarie e delle attrezzature conformi da utilizzare.

#### **2 Obiettivi specifici e attività previste per la loro realizzazione:**

Obiettivo generale: Migliorare il benessere psicofisico dell'utente in carico favorire il miglioramento della capacità di azione, raggiungere il più alto grado di autonomia possibile.

Obiettivo 4.1 - migliorare il benessere psico-fisico dei partecipanti

Obiettivo 4.2 -contribuire alla manutenzione per l'apertura al pubblico di siti archeologici.

Attività 4.1 – 4.2:attivazione di stage trimestrali per attività di manutenzione e pulitura dei siti archeologici: 45 stage nel 2018, 50 stage nel 2019, 40 stage nel 2020, per un totale di 135 stage trimestrali.

#### **3 Definizione degli indicatori e dei risultati attesi per ogni attività prevista**

Titolo attività	Indicatori di output/outcome	Risultati minimi attesi a 12 - 24 - 36 mesi	Risultati finali
Attività 4.1 4.2 1 stage ergoterapici in siti archeologici	Livello partecipazione	Almeno 120 persone inserite negli stage (media di 60 annui, almeno)	n. 135 di stage trimestrali effettuati
Attività 4.1 – 4.2: stage ergoterapici in aree verdi	grado di soddisfazione/tenuta	interruzioni < 10 %	n. di stage portati a termine

#### **4 Soggetti pubblici/privati coinvolti nella realizzazione delle azioni**

Cooperativa Sociale IRS L'Aurora, Cooperativa Sociale Labirinto, Associazione l'Imprevisto, Associazione OIKOS, Fondazione Exodus.  
 ASUR Area Vasta 1 e Area Vasta 2, per accordi di collaborazione  
 STDP di "appartenenza" degli enti di privato sociale per l'invio dell'utenza  
 Soprintendenza Archeologica delle Marche  
 Comuni in cui si trovano i siti archeologici: Pesaro, Fossombrone, Macerata Feltria, Ostra Vetere, Ancona, Sirolo, Montemarciano, Castelleone di Suasa, Montecopiolo, Pietrarubbia.

**5. Durata dell'azione:** mesi 6 per ogni annualità, per un totale di 18 mesi complessivi

**6 Piano economico**

**6.a Preventivo costi e costo totale** (Inserire una descrizione dettagliata delle voci di spesa dell'intervento)

Descrizione voci di spesa	Voci specifiche	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Costo totale previsto
135 Stage trimestrali retribuiti di cui 45 nel 2018; 50 nel 2019; 40 nel 2020	400 euro mensili x 3 mesi di durata di ogni stage	54.000,00	60.000,00	48.000,00	162.000,00
Studio esterno	per elaborazione paghe stagisti e consulenze	736,52	793,66	746,04	2.276,22
Personale	Tutor impiegati nell'affiancamento dei corsisti	25.651,00	26.865,30	25.853,38	78.369,68
Attrezzature	Dispositivi di protezione individuale + abbigliamento + attrezzature	4.552,44	4.552,44	4.552,44	13.657,32
Carburante	Tragitti per recarsi sui siti di intervento + altri costi Carburante per attrezzi	2.276,22	2.276,22	2.276,22	6.828,66
		<b>87216,18</b>	<b>94.487,62</b>	<b>81428,08</b>	<b>263.131,88</b>

**Compartecipazione economica dei soggetti coinvolti nel progetto**

Descrizione voci di spesa	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Totale investimento previsto
135 stage	10.800,00	12.000,00	9.600,00	32.400,00
Studio consulenza per paghe stagisti	147,30	158,73	149,21	455,24

Personale	5.130,20	5.373,06	5.170,68	15.673,94
Personale impiegato come Tutor				
Attrezzature	910,49	910,49	910,49	2.731,46
Carburante	455,24	455,24	455,24	1.365,72
	17.443,23	18.897,52	16.285,62	<b>52.626,36</b>

▪ **AZIONE 5: Ergoterapia come contributo allo svolgimento di attività culturali –**

**1 Descrizione del contesto di riferimento, delle criticità individuate e dell'obiettivo generale dell'azione:**

L'Azione 5 è coadiuvata e coordinata con il Polo Museale delle Marche e con la Soprintendenza archeologica, belle arti e paesaggio delle Marche.

**ERGOTERAPIA NEI SITI MUSEALI - CULTURALI**

Si tratta di una nuova azione, inserita nel progetto ora per la prima volta in via sperimentale. Si tratta di:

- supporto alla fruizione dell'anfiteatro Romano di Ancona; gli stagisti del progetto accoglieranno e guideranno il pubblico in visita all'anfiteatro.
- supporto ed accoglienza visitatori alla mostra fotografica "Terre in movimento" presso la San Gregorio di Ancona.
- collaborazione alla sistemazione dell'area esterna al Palazzo Ferretti, parte integrante del Museo Archeologico, per la realizzazione di una "passeggiata archeologica" immersa nel verde, quale prosecuzione all'aperto del percorso museale dell'età romana. Sarebbe auspicabile riuscire nel futuro a collegare tale percorso con l'area verde sottostante, inframezzata dalla via Giovanni xxiii, che ospita attualmente il cantiere dell'antico porto romano. Ciò potrebbe costituire un interessante percorso sul guasco, tale da collegare in un unicum storico-turistico le realtà archeologiche presenti.

Tale collaborazione è frutto del rafforzamento della rete di partnership, della maggiore sensibilità e sicurezza acquisita nelle comunità terapeutiche nel proporre e gestire attività più prettamente culturali, della messa a punto delle attività formative, che hanno richiesto una serie di aggiustamenti progressivi per calarsi adeguatamente sulla platea dei partecipanti.

Si tratta, per i soggetti cui il progetto è rivolto, di un grosso salto di qualità sul tipo di incarico da svolgere. Infatti, oltre alla pazienza nell'imparare, alla costanza dell'impegno, all'attenzione, allo spirito di squadra, si tratta ora di affinare la puntualità e soprattutto il contatto con il pubblico. Mentre la manutenzione del verde permette di esprimersi e comportarsi tra pari, nel contatto col pubblico occorre una maggiore capacità di gestione emotiva e di mediazione, oltre che di preparazione teorica.

**PARTECIPANTI, TRAINING FORMATIVO E FIGURE DI ASSISTENZA (TUTOR)**

Importante per questa azione sarà la formazione ad hoc, l'affiancamento costante in un rapporto 1:2, massimo 1.4 da parte di un tutor, l'allestimento degli spazi e i sopralluoghi per l'organizzazione.

**2 Obiettivi specifici e attività previste per la loro realizzazione:**

Obiettivo 5.1 - Migliorare il benessere psicofisico dell'utente in carico favorire il miglioramento della capacità di azione, raggiungere il più alto grado di autonomia possibile.

Obiettivo 5.2: incrementare le competenze relazionali e le conoscenze storico-artistiche.

Obiettivo 5.3 garantire l'apertura al pubblico della mostra e dell'anfiteatro

Attività 5.1 – 5.2 - 5.3 attivare stage per la pulitura del verde nella zona antistante la chiesa, per l'allestimento



dei pannelli fotografici e degli arredi della mostra, per l'organizzazione dei turni di apertura dei siti.

Attività 5.1 Affinare la Formazione specifica su contenuti storico-artistici; accordare modalità per l'accoglienza del pubblico.

Aree individuati nella provincia di ANCONA	
SITO	ENTE
Ancona, Museo Archeologico delle Marche	I.r.s. L'Aurora
Ancona, Chiesa di San Gregorio	I.r.s. L'Aurora
	Oikos; Exodus

### 3 Definizione degli indicatori e dei risultati attesi per ogni attività prevista

Titolo attività	Indicatori di output/outcome	Risultati minimi attesi	Risultati da verifica e finali
Att. 5.1 – 5.2 – 5.3 stage ergoterapici con attività a contatto col pubblico in siti storico-culturali: 39 stage di cui 13 per ogni anno 2018-2019-2020	<i>Livello partecipazione</i>	<i>Almeno 30 persone inserite negli stage (media di 60 annui, almeno)</i>	n. 39 di stage trimestrali effettuati
Attività di allestimento e accoglienza pubblico presso Mostra fotografica alla Chiesa di San Gregorio e all'anfiteatro	Livello di apprezzamento dei visitatori su scala da 1 a 5  % di defezioni nei turni stabiliti	Numero di lamentele sul servizio < 2%  Copertura di tutti i turni, nella massima puntualità	n. Turni coperti n. eventuali defezioni e/o lamentele apprezzamento dei fruitori
Attività 2.3 attività di pulitura e allestimento percorso all'aperto presso il Museo	Rapporto tra lavoro previsto ed eseguito  Livello di soddisfazione dei referenti museali per il lavoro svolto	Area esterna sottratta al degrado  Stagisti coinvolti nella riprogettazione dell'area	% di lavoro terminato rispetto al previsto  <i>Argomenti teorici affrontati dagli stagisti</i>

### 4 Soggetti pubblici/privati coinvolti nella realizzazione delle azioni

Cooperativa Sociale IRS L'Aurora, Associazione OIKOS.

Soprintendenza Archeologica delle Marche

**5. Durata dell'azione:** mesi 6 per ogni annualità, per un totale di 18 mesi complessivi . per la mostra, 3 mesi circa, replicabili (dipende dal periodo di apertura che verrà indicato dalla Soprintendenza)

### 6 Piano economico

**6.a Preventivo costi e costo totale** (Inserire una descrizione dettagliata delle voci di spesa dell'intervento)

Descrizione voci di spesa	Voci specifiche	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Costo totale previsto
39 Stage trimestrali retri-	400 euro mensili x 3 mesi di durata	15.600,00	15.600,00	15.600,00	46.800,00

buiti di cui 13 nel 2018; 13 nel 2019; 13 nel 2020	di ogni stage				
Studio esterno	per consulenza per paghe stagisti	736,52	793,66	746,04	2.276,22
Personale	Tutor impiegati nell'affiancamento dei corsisti	15.651,00	16.865,30	15.853,38	48.369,68
Attrezzature	Dispositivi di protezione individuale + abbigliamento + attrezzature	4.552,44	4.552,44	4.552,44	13.657,32
Carburante	Tragitti per recarsi sui siti di intervento + altri costi Carburante per attrezzi	100,00	100,00	100,00	300,00
		36.639,96	37.911,4	36.851,86	<b>111,403,21</b>

**Compartecipazione economica dei soggetti coinvolti nel progetto**

Descrizione voci di spesa	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Totale investimento previsto
39 stage	3.120,00	3.120,00	3.120,00	9.360,00
Studio consulenza per paghe stagisti	147,30	158,73	149,21	455,24,00
Personale Personale impiegato come Tutor	3.130,20	3.373,06	3.170,68	9.673,94
Attrezzature	910,49	910,49	910,49	2.731,46
Carburante	20,00	20,00	20,00	60,00
	7.327,99	7.582,28	7.370,38	<b>22.280,642</b>

**AZIONE 6: Valutazione in itinere e finale**

**1 Descrizione del contesto di riferimento, delle criticità individuate e dell'obiettivo generale dell'azione:**

Tale azione intende verificare:

- il rapporto tra le attività previste e le attività svolte/concluse
- il rispetto delle tempistiche
- la capacità del partenariato di ottenere gli output attesi con le risorse messe a disposizione,

- capacità di ottenere gli output previsti con le risorse economiche e finanziarie previste,
- il livello di condivisione della metodologia,
- l'adeguatezza degli strumenti utilizzati per la collaborazione,
- l'impatto sui destinatari finali
- il grado di riproducibilità o ulteriore sviluppo a favore di nuovi beneficiari
- il livello di soddisfazione degli enti pubblici coinvolti
- il livello di soddisfazione delle Aree Vaste
- il livello di soddisfazione dell'utenza inserita nel progetto

Obiettivo generale: Valutare l'utilità del trattamento ergo terapeutico.

**2 Obiettivi specifici e attività previste per la loro realizzazione:**

O3 Valutare la correttezza dello svolgimento delle attività

A3 La valutazione del progetto partirà dall'analisi delle criticità e dai punti di forza del precedente progetto con metodo comparativo

**3 Definizione degli indicatori e dei risultati attesi per ogni attività prevista**

Titolo attività	Indicatori di output/outcome	Risultati minimi attesi a 12 mesi	Risultati finali
Somministrazione questionari per utenti, operatori e stakeholder	N° questionari compilati Risultati	Questionari compilati	Valutazione degli esiti
Valutazione partecipata del progetto		Confronto tra partner	Pubblicazione del report

**4 Soggetti pubblici/privati coinvolti nella realizzazione delle azioni**

Cooperativa Sociale IRS L'Aurora, Cooperativa Sociale Labirinto, Associazione l'Imprevisto, Associazione OIKOS, Fondazione Exodus

Soprintendenza Archeologica delle Marche

**5. Durata dell'azione:** 3 mesi, anche intervallati, per ogni annualità

**6 Piano economico**

**6.a Preventivo costi e costo totale** (Inserire una descrizione dettagliata delle voci di spesa dell'intervento)

Descrizione voci di spesa	Voci specifiche	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Costo totale previsto
Personale impiegato	Monitoraggio in itinere e valutazioni periodiche e finali	5.651,00	6.865,30	5.853,38	18.369,68
		5.651,00	6.865,30	5.853,38	<b>18.369,68</b>

Compartecipazione economica dei soggetti coinvolti nel progetto				
Descrizione voci di spesa	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Totale investimento previsto
Personale	1.130,20	1.373,06	1.170,68	3.673,94
	1.130,20	1.373,06	1.170,68	<b>3.673,94</b>

#### AZIONE 7: Comunicazione verso l'esterno, pubblicità e divulgazione dei risultati

##### 1 Descrizione del contesto di riferimento, delle criticità individuate e dell'obiettivo generale dell'azione:

L'obiettivo generale dell'azione 7 consiste nel comunicare all'esterno i risultati del progetto:

- per sensibilizzare la cittadinanza sui temi ambientali e sull'importanza del mantenimento del patrimonio naturalistico, storico ed archeologico;
- per favorire ed aumentare l'integrazione tra le comunità terapeutiche e i contesti territoriali di riferimento;
- per sensibilizzare tutti gli stakeholder, compresa la cittadinanza, sull'importanza della collaborazione tra enti pubblici, enti privati e privati cittadini, evidenziando che essa è possibile, ed è auspicabile che possa essere applicata o replicata su altri possibili fronti.

##### 2 Obiettivi specifici e attività previste per la loro realizzazione:

Obiettivo 7.1 Divulgare i risultati del progetto

Attività 7.1: Progettazione, pubblicazione e mantenimento di una pagina social utilizzabile contemporaneamente da tutti i partner del progetto

Obiettivo 7.2 sensibilizzare la cittadinanza sui temi ambientali e legati al patrimonio culturale-archeologico; implementare l'integrazione tra Comunità terapeutiche e territorio di appartenenza.

Attività 7.2 a: Organizzazione di un evento finale del progetto, di informazione e sensibilizzazione; incontri intermedi con gli stakeholder (es enti locali) alla fine di ogni anno e restituzione dei risultati in occasione di eventi pubblici (oppure open day organizzati ad hoc).

Attività 7.2 b: Produzione di un libricino contenente il report delle attività svolte. Produzione di un breve cortometraggio contenente il racconto del progetto. Pensare a un nuovo format comunicativo e metterlo a punto.

##### 3 Definizione degli indicatori e dei risultati attesi per ogni attività prevista

Titolo attività	Indicatori di output/outcome	Risultati minimi attesi a 12 mesi	Risultati finali
A 7.1 Progettazione, pubblicazione e mantenimento di una pagina sito web e aggiornamenti sui social	Pagina web e notizie sui social	Almeno 500 visualizzazioni e aumento 250 "like" all'anno	Almeno 1000 visualizzazioni all'anno

A 7.2	Informazione e sensibilizzazione in eventi annuali; Organizzazione di un evento finale	N. partecipanti agli eventi Creazione di un libricino e di un video, altri canali comunicativi innovativi da definire	Almeno 100 visualizzazioni su youtube	Eventi realizzati	
-------	----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	-------------------	--

**4 Soggetti pubblici/privati coinvolti nella realizzazione delle azioni**

Cooperativa Sociale IRS L'Aurora, Cooperativa Labirinto, Associazione l'Imprevisto, Associazione OIKOS, Fondazione Exodus.

Soprintendenza Archeologica delle Marche

Studio professionale per la comunicazione.

**5. Durata dell'azione:** mesi 6 (max 36) dalla data di approvazione del progetto. La comunicazione on line rimarrà anche al termine del progetto

**6 Piano economico**

**6.a Preventivo costi e costo totale** (Inserire una descrizione dettagliata delle voci di spesa dell'intervento)

Descrizione voci di spesa	Voci specifiche	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Costo totale previsto
Personale	Comunicazione verso l'esterno	5.651,00	6.865,30	5.853,38	18.369,68
Comunicazione e Video-Stampa	Esperti esterni (studio grafico, video maker ecc.) che cureranno la comunicazione sui media e a mezzo stampa	6.117,34	6.117,34	6.117,34	18.352,02
Evento	Buffet, pannelli con fotografie e varie	4.525,04	4.836,97	4.836,97	14.198,98
		16.293,38	17.819,61	16.807,69	<b>50.920,68</b>

**Compartecipazione economica dei soggetti coinvolti nel progetto**

Descrizione voci di spesa	Costo 2018	Costo 2019	Costo 2020	Totale investimento previsto
Personale	1.130,20	1.373,06	1.170,68	3.673,94
Comunicazione e Video + Stampa	1.223,47	1.223,47	1.223,47	3.670,41
Evento	905,01	967,39	967,39	2.839,79
	3.258,68	3.563,92	3.361,54	<b>10.184,14</b>

	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>totale</b>
<b>Finanziamento dalla Regione Marche</b>	230.812,80	248.322,17	233.731,02	<b>712.865,99</b>
<b>Cofinanziamento</b>	57.703,20	62.080,54	58.432,76	<b>178.216,50</b>
<b>Totale Budget Pro-getto</b>	<b>288.516,00</b>	<b>310.402,71</b>	<b>292.163,78</b>	<b>891.082,49</b>

Eventuali importi non spesi nell'arco del 2018 saranno impiegati negli anni successivi per il compimento di tutte le azioni previste nell'anno. In parte saranno utilizzati per esaudire le richieste dell'Asur Area Vasta 1, non previste inizialmente, che evidenziano la necessità di risorse supplementari per l'organizzazione di gruppi ergoterapici omogenei, rivolti esclusivamente agli utenti in trattamento presso gli Stp AV1, con relativi educatori ad essi dedicati (come esPLICITATO nell'accordo allegato).

Ancona, 30/11/2018

Firma del  
legale rappresentante dell'ente titolare  
I.r.s. L'Aurora soc. coop. sociale  
dott. Stefano Trovato

## **Bibliografia**

Bignamini E., Galassi C., *Addiction come pensarla, comprenderla, trattarla*, Publiedit, Cuneo, 2017.

Calamai G., *Usa e abuso di sostanze, capire e affrontare le dipendenze da alcol e droghe*, Erickson, Trento, 2018

Crisafulli F., Molteni L., Paoletti L., Scarpa P.N., Sambugaro L., Giuliodoro S., *Il "core competence" dell'educatore professionale*, Unicopli, Milano, 2010.

Crittenden P.M., *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008

Del Miglio C., Couyoumdjian A., Patrizi M., *Dipendenze comportamentali negli adolescenti: videogiochi e gioco d'azzardo*, Rivista "Psicologia Clinica dello Sviluppo", Il Mulino, 2005

Gardella O., *L'educatore professionale, finalità, metodologia, deontologia*, Franco Angeli, Milano, 2016.

Hinnenthal I.M., Cibir M., *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcool e cocaina*, Seed, Torino 2011

Lazzari D. (a cura di), *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*, Tecniche Nuove, Milano, 2013

Lugoboni F., Zamboni L. (a cura di), *In Sostanza Manuale sulle dipendenze patologiche*, Edizioni CLAD Onlus, Verona, 2018.

Nardi B., *Organizzazioni di personalità: normalità e patologia psichica*, Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona 2017.

Palumbo M., Dondi M., Torrigiani C. (a cura di), *La Comunità Terapeutica nella società delle dipendenze*, Erickson, Trento, 2012.

Pasqualotto L. (a cura di), *ICF-Dipendenze, un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche*, Erickson, Trento, 2016.

Siegel D. J., *The Developing Mind. Second Edition*, The Guilford Press, 2012. Traduzione di L. Madeddu, *La mente relazionale, neurobiologia dell'espressione interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013.



## Sitografia

A.A. V.V., *Treccani. Dizionario della Lingua Italiana*, Giunti TVP, Treccani, 2017  
<https://www.treccani.it/vocabolario/dipendenza/>

Conoscere gli interventi di prevenzione nella cura delle dipendenze patologiche,  
[http://www.actroma.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=770:conoscere-gli-interventi-di-prevenzione-nella-cura-delle-dipendenze-patologiche&catid=34:prima-pagina&Itemid=87#:~:text=Nel%20caso%20delle%20dipendenze%20patologiche,sostanze%20diventino%20dei%20consumatori%20abituali](http://www.actroma.it/index.php?option=com_content&view=article&id=770:conoscere-gli-interventi-di-prevenzione-nella-cura-delle-dipendenze-patologiche&catid=34:prima-pagina&Itemid=87#:~:text=Nel%20caso%20delle%20dipendenze%20patologiche,sostanze%20diventino%20dei%20consumatori%20abituali)

D'Acuti G., *La storia delle dipendenze: un viaggio per conoscere le sostanze d'abuso*, 2019,  
<https://www.guidodacutipsicologo.it/la-storia-delle-dipendenze-nel-corso-della-storia/>

Faggiano F., Pani P.P., *La prevenzione primaria dell'uso di sostanze un po' funziona, un po' no; comunque maneggiare con cautela*, *Medicina delle Dipendenza, Italian Journal of the Addictions*, <https://www.medicinadelledipendenze.it/rivista/tutti-i-numeri/gli-ingredienti-della-prevenzione-applicazione-alle-sostanze-psychoactive/la-prevenzione-primaria-dell'uso-di-sostanze-un-po-funziona-un-po-no-comunque-maneggiare-con-cautela.html>

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Legge 22 ottobre 1954, n. 1041, Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti. (GU Serie Generale n.260 del 12-11-1954) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1954/11/12/054U1041/sg>

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, LEGGE 22 dicembre 1975, n. 685, Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. (GU Serie Generale n.342 del 30-12-1975)  
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/12/30/075U0685/sg#:~:text=Disciplina%20degli>

[%20stupefacenti%20e%20sostanze,del%2030%2D12%2D1975\)](#)

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833 Istituzione del servizio sanitario nazionale.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg#:~:text=1.,mediante%20il%20servizio%20sanitario%20nazionale.&text=L'attuazione%20del%20servizio%20sanitario,garantendo%20la%20partecipazione%20dei%20cittadini.>

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, LEGGE 13 maggio 1978, n. 180 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 9 ottobre 1990, n. 309, Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/10/31/090G0363/sg>

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, LEGGE 26 giugno 1990, n. 162 Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/06/26/090G0197/sg#:~:text=Aggiornamento%2C%20modifiche%20ed%20integrazioni%20della,dei%20relativi%20stati%20di%20tossicodipendenza.>

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, LEGGE 30 marzo 2001, n. 125 Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/04/18/001G0181/sg>

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, DECRETO 8 ottobre 1998, n. 520, Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/04/28/099G0190/sg>

Polo9 Società Cooperativa Sociale, Impresa Sociale, <https://www.polo9.org/>

Polo9 Società Cooperativa Sociale, Impresa Sociale, Carta dei servizi CND Fenile, [https://www.polo9.org/wp-content/uploads/2020/06/carta-servizi\\_fenile\\_no-copertina.pdf](https://www.polo9.org/wp-content/uploads/2020/06/carta-servizi_fenile_no-copertina.pdf)

Sorveglianza HBSC, Lepidemiologia per la sanità pubblica, Istituto Superiore di Sanità, <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/>

World Health Organization, [https://www.who.int/topics/substance\\_abuse/en/](https://www.who.int/topics/substance_abuse/en/)