



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Progetto

ECO 2

Un modello di intervento per la presa in carico precoce del
"rischio di comorbidità giovanile"

Ente Gestore (Centro Collaborativo DPA)



Servizio Politiche Sociali

Durata:
2 anni
Oneri:
€ 150.000,00
Capitolo di Spesa
786



Indice

- 1 Titolo del progetto
- 2 Riassunto – Sintesi
- 3 Referenti amministrativi
- 4 Problem analysis and setting
 - 4.1 Problema che si vuole risolvere e/o motivazione per la proposta di progetto
 - 4.2 Dimensionamento e rilevanza del problema
- 5 Obiettivo generale dell'intervento proposto e risultati attesi
- 6 Sotto obiettivi specifici
- 7 Premesse tecnico scientifiche (Il Razionale) dell'intervento proposto
- 8 Target (Destinatari)
- 9 Territorio ed ambienti di intervento
- 10 Valore aggiunto atteso dell'intervento proposto
- 11 Sotto obiettivi e indicatori
- 12 Sotto obiettivi, Work Package e Metodi
- 13 Risk Assessment e Risk Management
- 14 Organigramma generale del progetto
- 15 Governance – suddivisione dei compiti di concerto tra le parti
- 16 Percorso operativo
 - 16.1 Articolazione in macro fasi e attività
 - 16.2 Gantt Preventivo
 - 16.3 Agenda Reporting
- 17 Oneri e Piano Finanziario



1 Titolo Progetto

Acronimo o sigla	Progetto Eco 2
Titolo per esteso	Un modello di intervento per la presa in carico precoce del "rischio di comorbidità giovanile"
Ente committente	Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga Capo del Dipartimento: Dott. Giovanni Serpelloni
Gruppo di coordinamento tecnico-scientifico	Direzione tecnico-scientifica: Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Politiche Antidroga Comune di Latina – Servizio Politiche Sociali
Ente Gestore	Comune di Latina – Servizio Politiche Sociali
Responsabile per l'Ente Gestore	Dott.ssa Emanuela Pacifico
Responsabile Operativo del progetto per l'Ente Gestore	Dott.ssa Emanuela Pacifico
Collaborazioni previste	Da definire in base alle esigenze progettuali
Gruppo di lavoro interdisciplinare previsto	Da definire in base alle esigenze progettuali

2 Riassunto – Sintesi

2.0 Titolo del Progetto

Progetto Eco 2. Un modello di intervento per la presa in carico precoce del "rischio di comorbidità giovanile"

2.1 Premesse

Nel biennio 2011-2013 il "Progetto Eco", ha rappresentato un modello sperimentale di intervento, per la presa in carico precoce di giovani e adolescenti a rischio di comorbidità psichiatrica, ovvero disturbi psicopatologici associati all'uso di sostanze stupefacenti (tale fenomeno viene definito "doppia diagnosi").

La complessità del trattamento di tale problematica necessitava di risposte adeguate, di un modello (come ECO) di Intervento Integrato e personalizzato, che unisse prevenzione e trattamento e ponesse molta attenzione al lavoro di rete con tutti gli attori coinvolti, per una tempestiva identificazione dei sintomi. Da un lato, dunque, si è puntato a prevenire i "fattori di rischio", a potenziare i "fattori protettivi" e sviluppare le capacità di coping e resilienza del giovane, combinando gli elementi del trattamento del disturbo psichiatrico e di quello dell'uso di sostanze psicoattive; dall'altro si è inteso sviluppare il lavoro con le famiglie, come strumento metodologico innovativo e indispensabile per la prevenzione e la cura.

Il "Progetto ECO" era nato con l'obiettivo di contattare almeno 100 persone, e di prendere in carico 30 ragazzi fra i 14 e 24 anni di età, con problematiche di doppia diagnosi. I risultati raggiunti sono stati decisamente positivi: 394 persone contattate, di cui 90 giovani adolescenti; 41 ragazzi tra i 14 e i 24 anni presi in carico.

ECO ha anche rappresentato un osservatorio privilegiato in merito alle caratteristiche e alla tipologia dell'utenza con doppia diagnosi. Nello specifico, dei 41 giovani presi in carico, che hanno quindi effettuato un percorso terapeutico continuativo nel tempo, partecipando alle attività del Progetto, 24 erano maschi, pari al 59% del campione, mentre 17 erano di genere femminile, pari al 41,5%. La fascia dei contatti più nutrita è stata quella tra i 17 e 19 anni, con a seguire i ragazzi tra i 20 e 22 anni; il 17%, invece, aveva un'età tra i 23 e 25 anni, mentre il 15% tra i 14-16.

I dati relativi all'utilizzo di sostanze sono di estremo interesse dal momento che si riferiscono ad un campione di età molto giovane.

Sono numerosi, infatti, gli studi presenti nella letteratura sulla doppia diagnosi in età adulta, mentre si hanno a disposizione meno conoscenze dello specifico periodo adolescenziale, come in questo caso.

In particolare, gli adolescenti che utilizzano sostanze riportano un numero maggiore di sintomi psichiatrici, rispetto a coloro i quali non le utilizzano, tuttavia è ancora aperto il dibattito sul rapporto di causalità tra l'assunzione di sostanze e il disturbo psichiatrico. Rispetto alla popolazione adolescenziale normale, dunque, si è potuto notare come il campione (ECO) ha utilizzato sostanze stupefacenti, in percentuali notevolmente maggiori. Dai risultati della ricerca "Minerva", realizzata dall'Agenzia Capitolina sulle Tossicodipendenze (che rappresenta il più ampio campione statistico in Italia per lo studio e la conoscenza del fenomeno delle droghe, legali ed illegali, e degli aspetti relazionali, emotivi e familiari ad esse collegate, con circa 50.000 giovani contattati), si evidenzia che nella popolazione giovanile solo il 32% ha utilizzato cannabis e solo il 7% altre sostanze stupefacenti.

Dalle analisi dei dati sui ragazzi, presi in carico dal "Progetto Eco" è emerso, invece, che:

- *la prima sostanza utilizzata in assoluto, all'interno di questo specifico campione, nel 57% dei casi è la cannabis, mentre nel 30% è l'alcol;*
- *negli ultimi 6 mesi, la maggior parte del campione ha utilizzato più sostanze contemporaneamente: le sostanze più utilizzate sono l'alcol e la cannabis, con le percentuali più alte, pari al 59%, a seguire la cocaina, con il 37% del campione. Percentuali minori si rilevano per tutte le altre sostanze, quali MDMA Ketamina, Eroina, Amfetamine;*

Infine, analizzando la presenza di trattamenti pregressi nel campione analizzato:

- *la maggior parte dei giovani non era entrato in contatto con altri servizi in passato; solo il 17% aveva intrapreso un trattamento non farmacologico, legato all'uso delle sostanze e il 9% un trattamento farmacologico;*
- *sebbene vi fossero state più alte percentuali di trattamenti pregressi, legati alla cura di disturbi psichici, la maggior parte degli utenti aveva iniziato con ECO, per la prima volta, un percorso terapeutico che tenesse conto della duplice problematica.*

Il Progetto ECO 2, perciò, nella sua veste di osservatorio privilegiato rispetto a questa specifica problematica della fascia adolescenziale e giovanile, ha permesso di approfondire quanto l'uso precoce di cannabis ed alcol rappresentino forti fattori di rischio per lo sviluppo della dipendenza da sostanze e di altri problemi psicosociali, tra cui il drop-out scolastico, i disturbi dell'umore o il manifestarsi di vere e proprie sindromi psichiatriche.

Secondo i dati della relazione Annuale al Parlamento 2013 del Dipartimento Politiche Antidroga, se si focalizza l'attenzione sui giovani, (campione di 34.385 soggetti di età compresa tra i 15-19 anni) si rileva un dato allarmante, proprio in merito all'uso precoce di cannabis. I dati dell'indagine presentano le seguenti percentuali di consumatori (una o più volte negli ultimi 12 mesi): cannabis 21,43%, (19,4% nel 2012), cocaina 2,01% (1,86% nel 2012), eroina 0,33% (0,32% nel 2012), stimolanti metamfetamine e/o ecstasy 1,33% (1,12% nel 2012) e allucinogeni 2,08% (1,72% nel 2012). L'analisi, quindi, indica in particolare un incremento di 2,29 punti percentuale del consumo di cannabis rispetto al 2012, con un progressivo e tendenziale incremento di siti internet che ne promuovono l'uso (da 200.000 nel 2008 a 800.000 quest'anno).

Alla luce di questi dati, la problematica della doppia diagnosi, quindi, si può ritenere ancora una grande sfida, sia per le Istituzioni, che per i Servizi che se ne occupano. I risultati emersi all'interno di questo progetto, nel biennio 2011-2013, sono in accordo con quanto prodotto dalla letteratura più recente e suggeriscono la necessità di intervenire precocemente, per poter prevenire l'insorgenza e la cristallizzazione di percorsi di sviluppo psicopatologici in adolescenti

e giovani a rischio.

Il "Progetto ECO" ha dimostrato, dunque, l'importanza della continuità temporale di questa tipologia di servizi, nonché di una sempre maggiore associazione tra la ricerca e l'intervento, in modo da poter perfezionare e migliorare le linee guida, oltre che il modello operativo attuato. Si conferma fondamentale, inoltre, porre al centro degli interventi realizzati dalle Istituzioni, la persona e il contesto sociale e relazionale nel quale è inserita ed in particolar modo, per quanto riguarda il trattamento della popolazione adolescente, ove possibile, il coinvolgimento della famiglia.

2.2 Obiettivo

La presente proposta progettuale vuole consolidare il modello di intervento sperimentato nel biennio precedente per la presa in carico precoce di giovani e adolescenti a "rischio di comorbidità psichiatrica" indotta dall'uso di sostanze stupefacenti, attraverso un trattamento personalizzato e integrato, volto a prevenire i "fattori di rischio", a potenziare i "fattori protettivi" e sviluppare le capacità di coping e resilienza del giovane (Modello ECO).

Lo sviluppo del modello per il prossimo biennio è orientato verso una sempre maggiore integrazione e multimodalità degli approcci. Il valore aggiunto del modello è rappresentato, infatti, dalla molteplicità degli strumenti, sia in ambito psicoterapeutico che socioeducativo, all'interno di un'ottica bio-psico-sociale che includa, ove possibile, la famiglia. Riteniamo, infatti, che il lavoro con le famiglie abbia rappresentato, non solo una tappa fondamentale dell'iter diagnostico, ma anche uno strumento metodologico innovativo e indispensabile per la cura e la prevenzione.

2.3 Metodo

La presente proposta mira, dunque, a consolidare un modello di intervento e di servizio. In che direzione?

Per prima cosa ECO 2 si connoterà, sempre più, come un centro ambulatoriale progettato e realizzato per rispondere alle richieste e ai bisogni dei giovani e, ove possibile, delle loro famiglie.

I principali obiettivi del modello di intervento, in linea con quanto realizzato nel passato biennio, saranno:

- la validazione del modello di intervento e il suo progressivo sviluppo;
- il consolidamento di uno spazio accogliente e non istituzionalizzante;
- il consolidamento del network di servizi che nel passato biennio hanno contribuito al successo della sperimentazione;
- sostegno, ascolto, informazione e orientamento ai giovani e alle famiglie;
- promozione di stili di vita sani e del benessere
- in generale, valorizzare i punti di forza dell'esperienza del precedente biennio e investire in quegli elementi che hanno permesso al modello di funzionare, riconsiderando gli elementi che hanno costituito una debolezza o, quantomeno, non hanno permesso una agevole attuazione.

In particolare, in merito all'ultimo punto, proprio per le informazioni che possediamo, riguardanti le caratteristiche dell'utenza, riteniamo che, in merito in particolare all'età dei giovani in trattamento, occorra considerare il fatto che la fascia che meno ha usufruito del servizio sia quella tra i 14 e i 16 anni (solo il 15% dell'utenza complessiva). Per questo la presente proposta (vedi anche la sezione "target principale") intende investire nel trattamento di giovani di una fascia di età ricompresa tra i 16 e i 26 anni.

Sempre in merito a questo punto (cruciale viste le risorse) il progetto intende valorizzare gli strumenti psicodiagnostici che realmente si sono dimostrati efficaci e fattibili nel passato biennio (cfr. STRUMENTI in questa stessa sezione).

DIAGNOSI:

Un primo problema da affrontare è quello della specificità della Diagnosi che soprattutto in età evolutiva pone una serie di questioni di ordine sia teorico che metodologico relative alle profonde modificazioni del funzionamento mentale che si osservano durante lo sviluppo e alla instabilità delle diagnosi e del significato psicopatologico della sintomatologia. Al fine di offrire un intervento terapeutico efficace è necessario tener conto dell'instabilità dei quadri diagnostici che possono presentarsi nell'adolescenza cercando di definire quanto più possibile criteri e strategie specifiche. Con riferimento alla Psicopatologia dello Sviluppo (Ammaniti) collochiamo il disturbo, non più internamente all'individuo come concettualizzano le prospettive tradizionali, ma nella relazione dinamica tra l'individuo e il contesto (Sameroff, 2000). In quest'ottica, acquista dunque valore la valutazione del "parametro relazionale" come aspetto centrale del processo diagnostico (Sameroff, 1989). La teoria dell'attaccamento evidenzia come la personalità del bambino si sviluppi proprio all'interno delle relazioni primarie, dove egli struttura le sue difese e le sue capacità di regolazione delle emozioni, dove può costruire la prima rappresentazione di Sé e degli Altri. Pertanto, anche la valutazione diagnostica del Giovane Utente non può prescindere dal contesto interpersonale nel quale è cresciuto. Questo comporta lo sviluppo di un'indagine approfondita e complessa che riguarda il percorso di sviluppo, il funzionamento del sistema familiare, le caratteristiche individuali dei genitori, le caratteristiche della relazione con il genitore e i pattern di interazione. Come afferma Bleiberg (2001) i legami di attaccamento costituiscono un punto di partenza importante per la comprensione dei processi che conducono ai Disturbi di Personalità. Valutare in fase diagnostica i pattern di attaccamento dell'utenza permette di recuperare le esperienze interazionali vissute nel corso dei primi anni con le figure primarie e avere così importanti informazioni rispetto all'organizzazione interna del Sé e alla modalità di vivere oggi i legami affettivi e sentimentali e, quindi, predire problemi individuali a breve o a lungo termine (Stern, Trevarthen 2001). L'osservazione della relazione genitore-figlio e dei pattern di interazione caratteristici della diade e/o triade familiare è parte importante della valutazione diagnostica ma nel caso dell'adolescenza bisogna tener conto della specifica fase evolutiva che vede contrapposte le spinte verso l'autonomia e la dipendenza ancora presente dalla famiglia. Per questa ragione, riteniamo opportuno offrire due setting paralleli: uno che consideri l'intero nucleo familiare o la coppia genitoriale e l'altro che permetta all'adolescente di sperimentare uno spazio personale e privato in cui parlare della sua sofferenza. La Valutazione dell'adolescente deve includere un numero piuttosto ampio di aree e di funzioni che devono poi essere organizzate in un

quadro diagnostico globale che tenga conto sia delle aree di vulnerabilità che delle risorse e delle capacità emergenti. Seguendo i principi proposti dalla Psicopatologia dello Sviluppo dobbiamo dunque integrare le informazioni che riguardano la sintomatologia dei singoli quadri clinici con una valutazione del funzionamento emotivo e sociale più ampio. Per definire queste aree faremo riferimento al PDM che prevede tre assi di riferimento: 1) profilo del funzionamento mentale (asse MCA); 2) i pattern e i disturbi di personalità (asse PCA); 3) i pattern sintomatici e l'esperienza soggettiva (asse SCA). Si evidenzia come, contrariamente a quanto proposto dai sistemi diagnostici classici come il DSM, il PDM considera fondamentale porre attenzione alla formazione della personalità già nella prima infanzia e non relega la possibilità di diagnosticare un disturbo in quest'area alla fine dell'adolescenza. Secondo la nostra concezione durante l'età evolutiva è possibile fare diagnosi di Disturbo di Personalità anche se è più utile, seguendo le indicazioni di Kernberg, parlare in questa fase di "organizzazione di personalità" che descrive meglio il carattere ancora in formazione, con una relativa mobilità.

La valutazione diagnostica dell'adolescente con problemi di tossicodipendenza è una condizione fondamentale per poter effettuare il trattamento riabilitativo, per ridurre la confusione e per definire la gravità clinica (dipendenza, comorbidità psichiatrica e medica), familiare e sociale. E' altresì fondamentale per prevenire la ricaduta in quanto migliora la compliance del paziente in trattamento, favorisce l'adesione e l'impegno attivo nel processo di cambiamento. La Diagnosi quale risultato di una valutazione multi professionale e multidimensionale acquista Valore nella condivisione d'equipe quale momento indispensabile per valutare un piano terapeutico personalizzato. In un primo momento l'obiettivo fondamentale della valutazione diagnostica è la conoscenza del paziente e l'analisi della sua domanda. A tal fine è utile sia raccogliere ed analizzare la documentazione pregressa prodotta dai Servizi che hanno avuto in carico il paziente, sia quanto emerge dai colloqui clinici preliminari alla presa in carico. La Valutazione diagnostica, come diagnosi diacronica (in itinere) ed osservazione clinica prolungata nel tempo, si sviluppa generalmente per fasi. Inizia con il reclutamento del paziente e con la valutazione d'ingresso che diviene fondamentale per la definizione della diagnosi, della prognosi e per la scelta di un percorso terapeutico mirato e individualizzato e prosegue con verifiche periodiche di tipo medico, psichiatrico, psicologico e sociale (follow-up).

Rispetto all'obiettivo complesso come la cura e il trattamento dell'adolescente con problemi di comorbidità psichiatrica, si rende necessaria una prassi diagnostica accurata e un inquadramento psicodiagnostico multidimensionale. Cioè, un insieme di valutazioni che comprendano la dimensione della psicopatologia, quella della tossicodipendenza e quella della relazione genitoriale per arrivare a valutare anche le risorse cliniche ed evolutive del paziente.

STRUMENTI PSICODIAGNOSTICI

Il Focus della Diagnosi, della valutazione e del trattamento riabilitativo con pazienti con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive è generalmente posto su di una serie di aree critiche, riconducibili a quelle indagate dall'ASI che garantisce un approccio multi-professionale e multidimensionale (Addiction Severity Index-Mc Lellan, et al. 1980):

- Area medico-sanitaria. La valutazione in questa area è volta a predisporre un quadro esaustivo delle condizioni di salute fisica del paziente. Il setting è quello medico.
- Area del Lavoro volta all'approfondimento del funzionamento lavorativo. Setting elettivo è quello psicosociale.
- Area dell'uso di sostanze psicoattive. Area centrata sullo studio della storia tossicologica del paziente e sull'indagine dell'abuso attuale. È utile per indagare le sostanze di uso primarie e secondarie, la modalità di assunzione, il tipo di caving, le overdosi. (Tali informazioni possono essere raccolte nel setting medico)
- Area della situazione legale.
- Area delle reti sociali e delle relazioni familiari.
- Area Psichica (psicologia-Psichiatria)
- Valutazione personale del trattamento riabilitativo in corso

Per quanto riguarda gli strumenti psicodiagnostici, il loro utilizzo è fondamentale per migliorare l'affidabilità della diagnosi complessa (multidimensionale), soprattutto nei casi di comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive. Questo permette al clinico di avere una visione più precisa del "sentire" del paziente, mettendo in luce sia le parti buone che quelle sofferenti, in modo da permettergli con il loro riconoscimento di accettarsi senza negare quegli aspetti dolorosi che ora vengono enfatizzati, ora minimizzati. Su questa base si può iniziare a lavorare sugli aspetti che maggiormente costituiscono la sofferenza.

I test della batteria, sono stati scelti sulla base della loro capacità di delineare la struttura di personalità del soggetto, fornendo una descrizione completa e dettagliata attraverso codici uniformi e condivisi, con particolare attenzione per quei tratti frequentemente riscontrabili nella popolazione tossicomane (aggressività, immaturità affettiva e relazionale ecc.) che rivestono un valore fondamentale soprattutto nella fase prognostica di ciascun trattamento, ampliando il quadro delle risorse e delle difficoltà del soggetto.

Gli strumenti a cui facciamo riferimento sono sia cognitivi che proiettivi, sono:

Valutazione Cognitiva:

WAIS-R Test cognitivo di livello che indica il quoziente intellettivo del soggetto (QI) e ci offre importanti informazioni in merito all'intelligenza sociale, al pensiero logico, alle capacità attentive e di concentrazione, rispetto all'aderenza alla realtà e all'eventuale deterioramento mentale. La WAIS-R verrà utilizzata per i ragazzi sopra i 16 anni, mentre per i pazienti di età inferiore si farà riferimento alla WISH-R.

Valutazione della Personalità

MMPI-II test di personalità (8 scale cliniche, 2 comportamentali, 3 di validità) valuta il qui e ora, cioè la sovrastruttura dell'Io, dunque i tratti di personalità e eventuali organizzazioni nevrotiche/psicotiche e possibili funzionamenti borderline. Utile per rilevare i comportamenti patologici e le sofferenze psichiche degli utenti all'inizio del programma e le eventuali modificazioni al termine del percorso riabilitativo. ·SCHID-II test per i disturbi di personalità che rispetta i parametri ed i criteri identificati nel DSM e quindi ampiamente condivisi e confrontabili.

Reattivi Proiettivi:

Rorschach test proiettivo, semi-strutturato che valuta le funzioni cognitive, il Pensiero Qualitativo e Quantitativo, l'area dell'Affettività, i Meccanismi di difesa, la Struttura dell'Io, la Sovrastruttura, le Relazioni oggettuali, la Tipologia di Personalità e il Contatto Sociale. Il Test di Rorschach offre al clinico importanti informazioni rispetto ai modi di sentire e vivere intimamente, evidenzia la presenza di tendenze all'Introversione o Estroversione, definisce la tipologia dell'affettività e il carattere in senso psicodinamico. Dall'Analisi dei TVI/tvi (indici Rorschach) primari e secondari è possibile cogliere il tipo di equilibrio esistente tra le forze psichiche che spingono il soggetto a rispondere alle sollecitazioni interne e esterne e il rapporto tra l'aderenza alla propria vita interiore e la capacità di reazione affettiva all'ambiente sociale.

Test grafici: test proiettivi non verbali utili con i ragazzi, soprattutto quando non è possibile utilizzare un test verbale, sia per la facilità di applicazione, sia per il piacere con cui spesso eseguono il compito. Presentano buone correlazioni con le altre prove di Intelligenza.

Monitoraggio:

SCL 90 per indagare la sensibilità al cambiamento nel tempo e l'efficacia dell'intervento clinico.

Ai fini di monitorare l'andamento del paziente si ritiene utile ripetere la batteria dei test ogni sei mesi.

La convergenza tra i risultati ottenuti ai test e i dati emersi dai colloqui ci permette di passare dall'ipotesi diagnostica alla diagnosi di personalità secondo il criterio che Rapaport denomina "metodo della concordanza degli indici" (Rapaport et al. 1968).

PIANO DI CURA E PREVENZIONE

Percorsi integrati e individualizzati

Partendo dalla valutazione diagnostica multidimensionale intendiamo giungere alla formulazione di un piano di Intervento Personalizzato che rappresenta, in effetti, uno degli aspetti innovativi del progetto. Tale Piano si sviluppa su una particolare modalità terapeutica che si modifica o adatta ai bisogni, agli stili, e alle aspettative uniche del paziente.

Il Progetto coinvolge la sfera motivazionale, sanitaria, psicologica e sociale e si costituisce come un percorso caratterizzato da traguardi intermedi, da adattare individualmente a ogni soggetto. Il paziente viene coinvolto nel suo progetto riabilitativo, assumendo così un ruolo attivo e di responsabilità. Il Colloquio motivazionale diventa, allora, un momento elitario per stimolare una comune 'progettualità' con tappe intermedie condivise, dove si tiene conto dei tempi individuali, delle resistenze e delle aspettative di ognuno. Vengono utilizzate tecniche e percorsi originali attraverso i quali la trasformazione desiderabile per l'adolescente viene stimolata e avviata tenendo conto della sua visione del mondo, della sua progettualità e della sua intenzionalità. E' un piano che si fonda sulle risorse specifiche del paziente e adotta tecniche incisive per convogliare l'attenzione e le energie sul desiderio di una vita migliore, utilizzando attivamente il conflitto interiore al fine di produrre un cambiamento. Per queste ragioni, il colloquio motivazionale si è dimostrato particolarmente utile nei casi in cui sono presenti difficoltà a riconoscere la gravità del problema e nelle situazioni in cui è importante una relazione di collaborazione con utenti poco motivati al trattamento. Questa condizione è particolarmente frequente nel trattamento delle dipendenze da sostanze in cui la negazione del problema e l'ambivalenza rispetto al cambiamento sono caratteristiche assai diffuse.

Sostegno alla Genitorialità:

Un altro elemento di estrema importanza e sul quale intendiamo soffermare il nostro interesse riguarda la dimensione della "genitorialità". Queste famiglie spesso collaborano con fatica e sono quindi difficili da aiutare, inoltre presentano problematiche particolarmente complesse e difficili da comprendere. La scelta di un modello interpretativo fondato sulla matrice sistemica della teoria dell'attaccamento ci permette di comprendere il disagio dei genitori e quello dei figli nelle reciproche connessioni (Bowlby 1972-73). Seguendo la prospettiva della teoria dell'attaccamento, la tossicodipendenza viene spesso interpretata come il sintomo di un'incapacità nella regolazione degli affetti sviluppata all'interno di relazioni primarie insicure e di interazioni regolative disfunzionali con le figure di attaccamento (Gabbard, 1990). Partendo da questi presupposti teorici si è pensato di incentrare l'intervento preventivo proprio all'interno della cornice familiare. Gli studi sugli interventi terapeutici nei servizi solo raramente prendono in considerazione variabili legate al ruolo genitoriale dei pazienti. A nostro avviso un efficace intervento di prevenzione deve partire proprio dal sostegno alla genitorialità.

Sostenere le madri, quindi, a sviluppare una sana responsabilità che sta alla base di un attaccamento sicuro. Un intervento mirato, dunque, alla ricerca di fattori protettivi per ridurre l'impatto dei fattori di rischio, consolidando le capacità di coping e resilienza da parte del ragazzo, dove per resilienza si intende quel processo dinamico-evolutivo che promuove un adattamento positivo nonostante avversità significative (Cicchetti 2003).

Individuare le risorse dei ragazzi e lavorare attivamente per sostenere, favorire e promuovere le risorse dei genitori e della famiglia, attraverso programmi specifici, rappresenta una strategia funzionale nella promozione della salute mentale infantile.

STRUMENTI

- Profiling picodiagnostico
- Counselling psicologico
- Psicoterapia
- Sostegno e orientamento scolastico
- Attività psico-corporea (Yoga)

- Gruppo di incontro
- Gruppo basato sulla tecnica della mindfulness
- Colloqui di sostegno rivolti alle famiglie
- Seminari informativi rivolti alle famiglie
- Attività psico-corporea rivolta alle madri degli utenti (Gruppo Yoga Donne)
- Spazi informali di socializzazione
- Counselling psichiatrico
- Laboratorio di arte-terapia e/o ceramica
- Attività sportiva

Ulteriori caratteristiche metodologiche sono:

- *Cura degli ambienti:* gli ambienti sono ampi e separati dal resto della città e circondati dal verde della campagna. Gli spazi comuni sono ampi per promuovere la socializzazione. L'ambiente è molto curato, sia nella pulizia che nell'arredamento. Sono presenti spazi attrezzati per attività ludiche, creative, culturali, sportive. L'ambiente assume dunque un ruolo di contenitore "psichico", ed il paziente viene responsabilizzato rispetto alla cura dello stesso, con particolare attenzione alla definizione dei confini tra se e lo spazio altrui. Gli utenti sono tenuti a contribuire direttamente alla manutenzione dei locali e degli spazi del servizio, compatibilmente con le proprie capacità. L'assunzione di responsabilità per attività pratiche fornisce una importante opportunità di apprendimento
- *Astinenza dalle sostanze:* La condizione fondamentale all'avvio del processo terapeutico, è l'astinenza dalle sostanze, che rappresenta, al tempo stesso, una delle condizioni fondamentali per l'avvio dell'alleanza terapeutica.
- *Il feedback da parte degli altri utenti:* Il feedback tra pari consente di focalizzarsi sul qui ed ora e di confrontarsi con altri punti di vista sul proprio comportamento e sulla propria esperienza.
- *Utenti come modelli di ruolo:* Oltre a fornire un feedback agli altri, gli utenti più "anziani" sono anche un modello di riferimento per gli altri utenti del servizio per mostrare il processo di cambiamento.
- *Norme e valori condivisi:* Il trattamento richiede che tutti gli utenti aderiscano a norme di comportamento condivise (il rispetto, la non-violenza, il non uso di droghe, la chiarezza, l'onestà, la responsabilità, la solidarietà, l'attenzione verso gli altri, il lavoro). L'accettazione di tali norme e valori sono reciprocamente rafforzate tra gli utenti.
- *Comunicazione aperta:* La condivisione delle esperienze degli utenti è considerata essenziale per il processo terapeutico. La terapia di gruppo, in cui i membri possono discutere di sentimenti, esperienze, del comportamento e delle sue conseguenze sociali, promuove l'apprendimento e l'auto-aiuto.
- *Rapporti interpersonali:* L'impegno, nel processo del cambiamento terapeutico, è facilitato dallo sviluppo di relazioni positive con gli altri utenti e con i membri dello staff. I rapporti con gli altri utenti forniscono anche un sostegno su cui si può investire per il recupero di coloro che non hanno alcuna risorsa sociale.
- *Lavoro di rete:* La collaborazione tra servizi impegnati nell'ambito della tossicodipendenza e del disagio giovanile del territorio del Comune di Latina e del Comune di Roma, è un elemento indispensabile, perché l'intervento sortisca un effetto positivo. Si tratta di interventi a livelli multipli, in cui i servizi attivano e collaborano di concerto con tutte le strutture che possono favorire il reinserimento o un migliore adattamento dell'utente al contesto da cui proviene e in cui è inserito.

In conclusione si può affermare l'importanza delle collaborazioni tra i diversi attori (rete diagnostica, terapeutica e di supporto) necessarie per garantire una risposta terapeutica adeguata e di qualità. Una strategia importantissima per far fronte alla complessa situazione delle tossicodipendenze può essere individuata quindi solo nella tenacia e responsabilità nel perseguire una progettualità condivisa, intersettoriale e multidisciplinare tesa alla individuazione di trattamenti terapeutici sostenibili.

PERSONALE

Elemento imprescindibile del modello è la particolare conformazione del personale.

L'équipe che ha lavorato allo sviluppo e all'attuazione del modello nel passato biennio era composto da:

- 1 Responsabile Psicologa;
- 1 Psicoterapeuta;
- 1 Psicodiagnosta;
- 1 Insegnante comandata MIUR, specializzata in attività psico-corporea.

La presente proposta intende integrare il team di lavoro con alcune figure che permetterebbero un fondamentale consolidamento del metodo di lavoro ed una sostanziale efficacia nel lungo periodo ai progetti individualizzati. Riteniamo pertanto opportuno e necessario integrare l'équipe con:

- - 1 consulente psichiatra (almeno 2 ore a settimana);
- - 1 conduttore di laboratori di arte-terapia.

Nel precedente biennio, infine, il Servizio ECO ha usufruito di un utile intervento di supervisione di processo.

2.4 Risultato atteso

Consolidamento di un modello di intervento integrato e personalizzato, efficace e replicabile per la prevenzione ed il trattamento di almeno 30 giovani adolescenti a "rischio di comorbidità psichiatrica", e, ove possibile, dei loro nuclei familiari, replicabile sull'intero territorio nazionale.

3 Referenti amministrativi

Referenti	Coordinate
Per il DPA: Ufficio Amministrativo Contabile	Tel: 06.67796350 Fax: 06.67796843 Email: ufficiocontabledpa@governo.it
Per il Comune di Latina: Dirigente Servizio Politiche Sociali	Tel: 0773652621 Cell: 3346491003 Fax: 0773661728 Email: emanuela.pacifico@comune.latina.it

4 Problem analysis and settings

4.1 Problema che si vuole risolvere e/o motivazione per la proposta di progetto

Negli ultimi anni si è assistito a un sempre più evidente e progressivo aumento della presenza di comorbidità psichiatrica associata all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali. Si è, infatti, sempre più affermata nel tempo la poliassunzione di sostanze, col risultato dell'aumento esponenziale dei danni e dei rischi per la salute già di per sé connessi all'utilizzo di una sola droga. In tutto il Paese, la risposta che i servizi cercano di dare a persone con doppia diagnosi, non è sufficiente a coprire la domanda e, spesso, si ha il cosiddetto fenomeno delle "porte girevoli".

Gli utenti vengono rimbalzati da un servizio all'altro, in quanto non di competenza delle strutture che si occupano di tossicodipendenza, perché portatori di un disagio psichiatrico, non di competenza dei servizi prettamente psichiatrici, in quanto assuntori di sostanze stupefacenti.

L'uso combinato di più sostanze, è un fenomeno largamente diffuso tra la popolazione giovanile. Dalle scuole, dalle famiglie e dai servizi sociali, sono sempre più numerose le richieste di aiuto per giovani con disturbi di personalità, depressione, stati d'ansia, disturbi dell'affettività e comportamenti borderline. Per rispondere a tali bisogni, si vuole proporre un Modello di Intervento Integrato, che unisca prevenzione e trattamento e che ponga particolare attenzione al lavoro di rete, con tutti gli attori coinvolti ed interessati, ed in maniera specifica con le famiglie.

I dati statistici e le considerazioni di carattere clinico sulla popolazione giovanile che hanno portato a una riflessione e che pongono la necessità di interventi di diagnosi e presa in carico precoce, si fondano sui seguenti rilievi:

- Abbassamento progressivo dell'età di prima assunzione di sostanze stupefacenti;
- Aumento e abbassamento progressivo dell'esordio di patologie psichiche importanti e sintomi significativi sul piano clinico;
- Diffusione delle droghe in ambito ricreazionale e nei contesti di socializzazione giovanile;
- Inadeguatezza delle strutture preposte all'intervento sulle dipendenze per utenti adulti;
- Non accessibilità delle strutture preposte all'intervento in reparti di salute mentale, perché comunemente dedicati agli adulti;
- Non *Compliance* (non adesione a una modalità di trattamento parallela o sequenziale);
- Mancanza di integrazione e comunicazione fra i servizi presenti sul territorio.

E' evidente che, accogliere giovani utenti che presentano un livello di complessità superiore alla tossicomania classica, significa aumentare il livello di complessità dell'intervento, e, dunque, considerare almeno tre ambiti di intervento fortemente correlati tra loro: Educativo, Terapeutico e Medico-Sanitario.

4.2 Dimensionamento e rilevanza del problema (frequenza, grado di gravità, misure epidemiologiche ecc.)

La parcellizzazione degli interventi relativa al trattamento delle dipendenze e alla salute mentale rende complessa la rilevazione dei dati rispetto al fenomeno di comorbidità, soprattutto fra la popolazione adolescenziale e giovanile in Italia. Pertanto, i dati relativi alle misure epidemiologiche e agli indici di frequenza e di gravità del problema a cui si fa riferimento, sono estrapolati da autorevoli studi e ricerche statunitensi ed esteri.

Secondo uno studio di Ya-Fen Chan e M. L. Dennis del Chestnut Health Systems Bloomington, 2007, il 78-90% della popolazione giovanile che usa sostanze stupefacenti, presenta comorbidità per un disturbo di tipo cognitivo o psichiatrico. Una percentuale che oscilla tra il 42 e il 61% della popolazione di assuntori, presenta comorbidità per entrambi le categorie di disturbo. I disturbi di internalizzazione (ansia, depressione, suicidio, disturbi somatoformi) generalmente aumentano con l'età. I disturbi di esternalizzazione (deficit di attenzione, iperattività, discontrollo dell'impulso) si stabilizzano con l'aumentare dell'età. Inoltre, i giovani dipendenti, frequentemente presentano, prima dell'ingresso in trattamento, un rischio elevato di comorbidità per disturbi del comportamento e ADHD. In conclusione, secondo il suddetto studio, la comorbidità è associata con la dipendenza dalle sostanze e la sua gravità determina problemi psicopatologici nei giovani e significativi deficit cognitivi negli adulti.

Una recente ricerca del Biomedical Center University of Tromsø Norway 2010 rileva che la frequenza dei disturbi mentali

tra pazienti assuntori di sostanze psicoattive è di circa l'80%, contro una frequenza stimata attorno all'11,4% di distribuzione di disturbi psichiatrici nella popolazione generale che non fa uso di sostanze. Un altro studio dell'U.S. Department of Health and Human Services-National Institutes of Health sottolinea come la giovane età sia di per sé un fattore di estrema vulnerabilità nei confronti dell'uso di sostanze e come sia elevata la possibilità di sviluppare "addiction" e, contemporaneamente, disturbi mentali. L'uso di sostanze stupefacenti interferisce profondamente con lo sviluppo dei processi di apprendimento, della memoria, del controllo del comportamento e di molte altre abilità che di norma si sviluppano nell'evoluzione verso l'età adulta. Inoltre, il consumo di cannabis è significativamente correlato allo sviluppo di disturbi schizofreniformi o di una psicosi in fase adulta. D'altra parte giovani e adolescenti con ADHD possono frequentemente ricorrere all'uso di sostanze stupefacenti come forme di automedicazione.

Interessanti sono i dati delle ultime indagini statistiche e i risultati di molte ricerche che riconoscono nelle nuove tecnologie e nell'uso eccessivo di internet e social-network la prima causa alla base di comportamenti di abuso, non correlati a sostanze o ad esse associate.

Nell'ordine: al primo posto i videogiochi (49%) indicati soprattutto dai più giovani (il 52% tra i ragazzi di 13-15 anni), seguiti da computer (44%), TV e cellulare (37% circa).

Nel 54% dei casi le nuove tecnologie sono anche ritenute quelle più diffuse tra i giovani.

E' emerso che le dipendenze da prodotti tecnologici condividono con quella da sostanze, alcune caratteristiche: dominanza, alterazioni dell'umore, tolleranza (sintomi dell'astinenza), conflitto (tensioni interpersonali), ricaduta.

Da anni negli Stati Uniti la dipendenza da videogiochi è ormai considerata una patologia alla quale applicare una cura simile a quella per l'alcolismo e la tossicodipendenza. I sintomi più frequenti sono agitazione, tremore e ansia. In alcuni casi, i soggetti dipendenti non riescono a staccarsi dallo schermo, rinunciando persino ai pasti o assumendo droghe per aumentare le proprie prestazioni virtuali.

Il rischio maggiore è rappresentato dalla perdita di contatto con la realtà, sostituita dal mondo virtuale.

Secondo i ricercatori dell'Università di Ghent in Belgio, giocare spesso può contribuire a modificare la struttura interna del cervello, favorendo un aumento di "materia grigia" in un'area nota come "striato ventrale", zona in cui risiede il "centro del piacere" e della "ricompensa". I risultati dello studio, pubblicati sulla rivista *Transnational Psychiatry*, sottolineano che "lo striato ventrale assume un ruolo significativo quando ci si sottopone ai videogiochi assiduamente e questo può favorire lo sviluppo di dipendenze comportamentali". Infatti le differenze nel cervello di un giocatore erano le stesse di quelle presenti nei cervelli di chi era dipendente da droghe, alcol e gioco d'azzardo.

In Italia, invece, a svelare qualche numero è stato Federico Tonioni, ricercatore in psichiatria all'Università Cattolica del Sacro Cuore e responsabile dell'ambulatorio per la dipendenza da Internet del Policlinico Gemelli di Roma.

Dal novembre del 2009 sono in cura 300 pazienti, il 20% adulti dipendenti dal gioco d'azzardo e dai siti per adulti e il restante 80% da ragazzi giovanissimi provenienti da tutta Italia, dagli 11 anni ai 23 dediti ai giochi di ruolo online o patiti di social network.

Il dato che fa seriamente riflettere è l'abbassamento di età con cui si creano tali forme di dipendenza che hanno l'effetto di provocare scompensi fisici e psicologici, nonché veri e propri disturbi.

Il progetto Eco continuerà, in linea con il precedente biennio, a reperire informazioni specifiche sul fenomeno della comorbidità psichiatrica ed in particolare della sua diffusione nelle fasce giovanili nella Città di Latina e di Roma. Tutto ciò per realizzare interventi di prevenzione adeguati, ponendo al centro dell'attenzione il mondo giovanile, al fine di avviare un cambiamento "culturale" tale da valorizzare le potenzialità e l'autonomia dei giovani.

5

Obiettivo generale dell'intervento proposto e risultati attesi

L'obiettivo generale dell'intervento è il consolidamento di un modello di intervento integrato e personalizzato per l'individuazione e la presa in carico precoce di giovani adolescenti tra i 16 e i 26 anni con problemi psicopatologici di vario grado anche associati al consumo di sostanze stupefacenti, che interferiscono con la capacità di pensare, sentire, comportarsi e che sperimentano difficoltà in famiglia, nel gruppo dei pari, a scuola, presentando chiusura e difficoltà nel prendersi cura di sé e quindi a rischio di comorbidità psichiatrica indotta dall'uso di sostanze.

Tale intervento combinerà gli elementi del trattamento del disturbo psichiatrico e di quello dell'uso di sostanze psicoattive, evitando l'accentuazione o la stabilizzazione dei disturbi attraverso una serie di azioni e di attività volte a riattivare un processo evolutivo interrotto o a rischio di interruzione.

I risultati attesi sono:

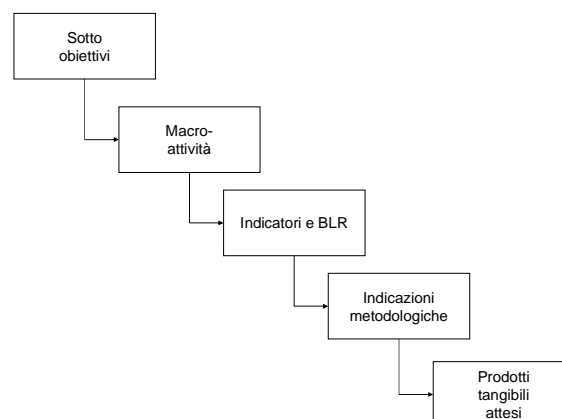
- Consolidamento di un modello di intervento integrato ed efficace replicabile sull'intero territorio nazionale.
- Riattivazione di un centro di counselling e orientamento che offre percorsi individualizzati e personalizzati di trattamento, agli utenti e ai loro familiari. A seconda dei bisogni dei giovani e delle necessità di trattamento, è possibile prevedere diverse forme di frequenza al centro, a carattere ambulatoriale e/o semiresidenziale.
- Min. 100 persone contattate.
- Presa in carico e trattamento di min. 30 giovani a rischio o con problemi di uso di sostanze e disturbi psicopatologici
- Presa in carico di min. 30 nuclei familiari
- Realizzazione di min. 4 incontri informativi
- Creazione di una rete tra tutti gli enti/servizi pubblici e privati presenti sul territorio che, a vario titolo, trattano le problematiche inerenti al disagio giovanile
- Organizzazione di un convegno nazionale sulla doppia diagnosi per la presentazione e discussione del modello operativo
- Pubblicazione dei risultati min. 500 copie.

Sotto obiettivi specifici

Vengono di seguito elencati i sotto obiettivi specifici, cioè i risultati attesi del progetto; in altre parole ciò che è necessario fare per realizzare l'obiettivo generale del progetto, scomponendo tale obiettivo in sotto obiettivi da raggiungere:

1. Offrire uno spazio accogliente e non istituzionalizzante al giovane a rischio di comorbidità
2. Consentire il consolidamento e l'ulteriore sviluppo di un modello di intervento integrato personalizzato
3. Potenziare la rete di servizi per la promozione di una presa in carico precoce, secondo il modello di trattamento integrato
4. Prendere in carico giovani a rischio e/o con doppia diagnosi
5. Rafforzare le competenze degli operatori in merito al modello integrato
6. Realizzare attività di promozione di stili di vita sani tra i giovani
7. Sostenere le famiglie nel percorso terapeutico dei giovani, ovvero informarle e formarle sulle problematiche della tossicodipendenza e della doppia diagnosi, per una precoce individuazione dei sintomi
8. Prevenire il burn-out degli operatori impegnati nella realizzazione del progetto, attraverso attività di supervisione di processo
9. Monitoraggio e valutazione
10. Disseminazione

In seguito, questi sotto obiettivi vengono ulteriormente definiti nella componente operativa e chiariti, elencando una serie di specifiche e ulteriori informazioni necessarie per la loro realizzazione, utilizzando il framework logico sotto riportato.



7

Premesse tecnico scientifiche (“il razionale”) dell’intervento proposto

ECO nel biennio 2011-2013

Il “Progetto ECO” è nato con l’obiettivo di contattare almeno 100 persone, e di prendere in carico 30 ragazzi fra i 14 e 24 anni di età, con problematiche di doppia diagnosi.

I risultati raggiunti sono stati decisamente positivi:

- 394 persone contattate, di cui 90 giovani adolescenti;
- 41 ragazzi tra i 14 e i 24 anni presi in carico.

In merito alle attività svolte dal campione di giovani che ha partecipato al Progetto Eco, possiamo osservare principalmente i colloqui di sostegno e anche attività di supporto formativo professionale. A seguire, abbiamo attività psico-corporea, la terapia di gruppo, colloqui psicodiagnostici oltre alle attività ricreative.

Per quanto riguarda gli interventi formativi effettuati all’interno delle scuole, infine, sono stati effettuati 11 interventi in 5 scuole differenti che hanno coinvolto oltre 230 ragazzi e circa 50 insegnanti, favorendo una diffusione di informazioni, inerenti al progetto stesso.

8

Target (destinatari)**8.1 Target principale**

Destinatari principali del progetto sono utenti di età compresa tra i 16 e i 26 anni, che utilizzano sostanze stupefacenti, che presentano condotte di dipendenza (anche senza sostanze chimiche) e a rischio di comorbidità psicopatologica e psichiatrica. Il *range* di età è stato modificato sulla base dei risultati emersi nel biennio di sperimentazione: infatti, solo il 14,6% dell’utenza che ha contattato il Servizio aveva un’età compresa tra i 14 e i 16 anni. Questo dato ci informa sul fatto che nella fascia di età inferiore, non si rileva né la consapevolezza del problema, né una domanda di intervento. Il dato è probabilmente collegabile ad una fase evolutiva di sperimentazione delle sostanze e/o delle condotte di dipendenza, in cui il problema non è ancora né percepito, né percepibile come “emergenza”.

Dall’analisi delle caratteristiche del target, emerse dal biennio di sperimentazione del modello, è stato rilevato un forte aumento della domanda di intervento per le cosiddette “dipendenze senza droga”: da cibo, innanzitutto; ma anche sociali (*workholism*, *exercise addiction*) e comportamentali (dipendenza affettiva; *gambling* patologico; dipendenza da internet).

In funzione di tutte queste considerazioni, il Servizio Eco si connota come un centro ambulatoriale per la presa in carico e il trattamento di giovani - d’età compresa tra i 16 e 26 anni - a rischio di comorbidità psicopatologica e/o psichiatrica associata a comportamenti di dipendenza. In questi due anni di clinica ed osservazione abbiamo dovuto forzatamente ampliare il nostro panorama circa i fenomeni della dipendenza. Infatti, lavorando con adolescenti e giovani, e con l’obiettivo di intervenire il più possibile precocemente sul rischio di comorbidità, ci siamo imbattuti in molte forme di disagio, le più varie, mutevoli, cangianti ed eterogenee, che al di là dell’oggetto di uso specifico (droghe, alcool, psicofarmaci, internet, gioco d’azzardo, relazioni affettive patologiche, sesso, cibo, comportamenti di autolesionismo, condotte devianti e antisociali) convergono in un denominatore comune che a noi sembra essere uno stile “dipendente” di stare nel mondo e con il mondo, da parte dei giovani.

8.2 Target secondario

Destinatari secondari del progetto sono le famiglie. Una delle criticità emerse, infatti, riguardava proprio la necessità di intervento sulla famiglia. È necessario intensificare l’intervento di informazione, formazione ed ascolto, con l’obiettivo di sostenere i familiari nel loro delicato e complesso compito, oltre che per fornire loro degli strumenti educativi che consentano il riconoscimento e la gestione degli eventi di crisi e delle situazioni di conflittualità attivate.

9

Territorio ed ambienti di intervento**9.1 Aree geografiche coinvolte**

L’intervento si realizzerà sul territorio del Comune di Latina e di Roma Capitale e zone limitrofe

10

Valore aggiunto atteso nell’intervento proposto

Il valore aggiunto atteso dal progetto è la creazione di un modello di intervento in grado di agire tempestivamente e prevenire l’insorgere di comorbidità psichiatrica tramite un “*early detection*” che coinvolga tutti gli attori ed enti coinvolti nel disagio adolescenziale.

L’intervento precoce e tempestivo permetterà al ragazzo a rischio di comorbidità psichiatrica di non cronicizzare la psicopatologia e cadere così nel circuito di cura e trattamento meramente psichiatrico e sanitario.

L’individuazione e la presa in carico precoce consentono di intervenire sull’evitamento della polarizzazione di uno dei due aspetti del disagio (uso di sostanze psicoattive e/o disturbo) impedendo la strutturazione di situazioni destinate ad un’evoluzione verso la cronicità o verso lo stigma sociale.

Per riuscire ad intervenire tempestivamente è necessario creare una rete di informazione e collaborazione tra tutte le figure di riferimento (insegnanti, educatori, familiari) che si trovano a contatto con i ragazzi.

Quando ci si confronta con situazioni di disagio così complesse, come nel caso di adolescenti a rischio di doppia diagnosi, non si può fare a meno di considerare, oltre alle informazioni relative alla struttura di personalità dell'adolescente, anche il ruolo svolto dagli operatori dell'équipe, considerando non solo il "sistema utente", ma anche il "sistema operatore-utente".

Le professioni d'aiuto, spesso, generano negli operatori il vissuto o il sentimento di un compito impossibile. Gli operatori si devono confrontare quotidianamente con il problema dell'impotenza e dell'inefficacia che si riscontra quando le aspettative iniziali, rispetto al lavoro svolto, si rivelano eccessive e caratterizzate da onnipotenza, successo immediato e miracoloso. Così facendo, l'operatore rischia di passare da una situazione di superinvestimento ad una di disinvestimento totale, oppure di fuggire alla ricerca di altre situazioni che dovrebbero consentirgli la realizzazione delle sue magiche aspettative. Il livello massimo di frustrazione appare quando l'operatore comincia a pensare di "non aiutare realmente nessuno" e di "non servire a nulla", sperimentando un senso di impotenza e di non rispondenza del servizio ai bisogni reali degli utenti. Spesso gli operatori avvertono la sensazione di non riuscire a intervenire concretamente, o sufficientemente, sul problema in questione. Per operare o ridurre queste idee, occorre tenere presente che l'operatore deve ancorarsi ad aspettative realistiche e comprendere che è più efficace sottolineare i successi che i fallimenti senza attribuire a se stesso tutto ciò che capita all'utente. In questo modo si argina il vissuto di *burn-out* degli operatori.

La sindrome da *burn-out* (o più semplicemente *burn-out*) è l'esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano professioni d'aiuto, qualora queste non rispondano in maniera adeguata ai carichi eccessivi di stress che il loro lavoro li porta ad assumere. Tale fenomeno comporta un deterioramento dell'impegno nei confronti del lavoro, delle emozioni originariamente associate ad esso e un problema di adattamento tra persona e lavoro.

Uno strumento per prevenire una situazione di *burn-out* è la supervisione di processo, ovvero un contenitore emotivo/relazionale mediante cui gli operatori possono condividere e confrontarsi su quanto accaduto durante l'attività lavorativa. La supervisione, quindi, intesa come un "campo neutro" di riflessione operativa e non di controllo, come luogo in cui l'operatore può ottenere un sostegno motivazionale.

A tal proposito, il Comune di Latina, prevede l'utilizzo di tale strumento per perseguire un miglioramento del sé professionale e della capacità di gestire la relazione d'aiuto con le persone che si rivolgono al servizio.

La supervisione rappresenta il momento in cui ogni operatore può fare un bilancio personale del proprio percorso professionale, esplicitando i "problemi vissuti" e sforzandosi di comprendere, assieme ai colleghi e al supervisore, fino a che punto questi problemi dipendano da se stessi o dall'organizzazione.

Essa non ha la funzione di arbitro o di indirizzo rispetto alla via da scegliere, ma rappresenta, piuttosto, uno sguardo esterno all'organizzazione e al servizio, che supporti i singoli operatori e l'équipe a migliorare la capacità d'analisi delle situazioni da affrontare, tenendo conto dei diversi punti di vista.

La funzione della Supervisione di Processo, dunque, è quella di favorire la riflessione degli operatori sull'efficienza del proprio agire professionale, sulle scelte metodologiche adottate e sugli strumenti utilizzati, sia in relazione al gruppo operatori, sia in relazione al gruppo utenti, attraverso un monitoraggio costante sulla qualità delle prestazioni erogate.

Tali aspetti saranno analizzati in maniera specifica, al fine di permettere l'approfondimento della problematica in questione, nonché la diffusione di buone prassi rispetto alle metodologie di intervento innovative impiegate.

**11 Sotto obiettivi e indicatori**

N°	Sotto obiettivi	Indicatori	Base line result	Prodotto tangibile atteso	Note
1	Creare ed offrire uno spazio accogliente e non istituzionalizzante al giovane a rischio di comorbidità	Livello di soddisfazione di utenti Numero dei giovani frequentanti e relativa frequenza	100%	100%	Allestimento spazi ed ambienti Creazione di un'équipe multidisciplinare Questionari
2	Consentire la sperimentazione di un modello di intervento integrato personalizzato	n. casi seguiti n. enti coinvolti n. professionalità coinvolte livello coinvolgimento della rete familiare ed istituzionale	80%	70%	lineeguida del modello questionari interviste e focus group, case studies
3	Creare una rete di servizi per la promozione di una presa in carico precoce, secondo un modello di trattamento integrato	n. contatti n. accordi e protocolli siglati n. interventi nelle scuole realizzati n. invii	95%	80%	accordi siglati lettere di invio memorandum riunioni
4	Prendere in carico giovani a rischio e/o con doppia diagnosi	n. utenti presi in carico n. di counselling n. invii n. professionalità coinvolte frequenza al centro livello coinvolgimento della rete familiare ed istituzionale incidenza sulle ricadute incidenza sulla riduzione dell'uso dei farmaci incidenza sull'abbandono dell'uso di sostanze	80%	70%	lettere invio e presa in carico; registro presenze; case studies, cartelle
5	Realizzare attività di prevenzione e di promozione di stili di vita sani tra i giovani	n. informazioni erogate quantità materiale informativo erogato n. di counselling e orientamento n. attività di promozione di stili di vita sani svolte	100%	80%	Diffusione del materiale informativo sui danni e i rischi dell'uso di sostanze stupefacenti per gli istituti scolastici del comune di Latina e di Roma



6	Rafforzare le competenze degli operatori in merito al modello integrato	n. operatori formati n. riunioni di coordinamento n. riunioni di rete	70%	70%	organizzazione di incontri formativi
7	Sostenere le famiglie nel percorso terapeutico dei giovani, ovvero informarle e formarle sulle problematiche della tossicodipendenza e della doppia diagnosi, per una precoce individuazione dei sintomi	n. incontri n. seminari n. genitori coinvolti e contatti grado di soddisfazione delle parti coinvolte	80%	65%	inviti, locandine, agenda incontri, programma seminari, questionari per gli istituti scolastici del comune di Latina e di Roma
8	Prevenire il burn-out degli operatori impegnati nella realizzazione del progetto, attraverso attività di supervisione di processo	n. riunioni di supervisione di processo n. destinatari raggiunti elementi che favoriscono l'intervento elementi che ostacolano l'intervento durata delle riunioni di supervisione di processo valutazione del processo	70%	70%	individuazione del supervisore di processo
9	Monitoraggio e valutazione	rispetto dei tempi e degli obiettivi del progetto livello di gradimento degli stakeholders	90%	80%	report di valutazione, questionari, relazioni, interviste e focus group
10	Disseminazione	n. materiali stampati e pubblicati n. enti raggiunti n. partecipanti al convegno	90%	78%	locandine, inviti organizzazione convegno, pubblicazione risultati

12 Sotto obiettivi, Work package e metodi

N Sotto obiettivi	Work Package (pacchetti di attività)	Metodi
1 Creare ed offrire uno spazio accogliente e non istituzionalizzante al giovane a rischio di comorbidità	WP 1.1 Preparazione centro	<p>1.1 Il modello d'intervento si basa sull'assunto per cui gli aspetti di strutturazione temporo-spaziale e di flessibilità sono fondamentali per la costituzione di un setting all'interno del quale sia possibile per l'utente fare esperienze di normalizzazione e di socializzazione.</p> <p>Lo spazio permette all'utente di sperimentare un "luogo" di dinamiche e movimenti affettivi; rappresenta una sorta di contenitore ove riappropriarsi del valore rappresentativo, emotivo e relazionale dello "stare e fare insieme con altri". Il tempo: il ritmo, la scansione delle attività e la temporarietà degli aspetti strutturali del Centro, riattivano nell'utente processi relazionali, cognitivi ed emotivo- affettivi attraverso i quali è possibile ricompiere l'esperienza di "vivere all'interno di un tempo".</p> <p>in questo workpackage si organizzerà la sede dell'intervento e si provvederà ad organizzare il calendario delle azioni in base alla strutturazione spazio-tempo</p>
2 Consentire la sperimentazione di un modello di intervento integrato personalizzato	WP 2.1 Elaborazione del modello	<p>2.1 Definizione di modalità d'intervento condiviso ed integrato tra i servizi secondo la metodologia indicata nel paragrafo "Metodo" Punto 2. Il modello verrà sperimentato nel corso della realizzazione del progetto, con un valutazione ex- ante, in itinere ed ex- post</p>
3 Creare una rete di servizi per la promozione di una presa in carico precoce, secondo un modello di trattamento integrato	WP 3.1 Sigla accordi e protocolli	<p>3.1 Il progetto prevede l'elaborazione di un modello di intervento precoce integrato per intervenire tempestivamente prima della cronicizzazione del problema. Per riuscire a realizzare tale intervento è essenziale e necessaria la collaborazione con tutti gli attori e le parti coinvolte a partire dalle famiglie (osservatorio privilegiato), la scuola, i servizi sociali, SERT, OSM, operatori sociali ecc. Per questo verranno stabiliti contatti con servizi del pubblico e/o del privato sociale (altre associazioni, medici, psichiatri); verranno create occasioni di incontro o contatto per una presa in carico condivisa e globale (case management) e verranno stabiliti compiti, ruoli e funzioni relativamente alla presa in carico dell'utente; definizione di programmi di cogestione degli utenti. Verranno inoltre siglati protocolli di intesa e collaborazioni.</p>
4 Prendere in carico giovani a rischio e/o con doppia diagnosi	WP 4.1 Interventi psicodiagnostici	<p>4.1 Il centro per il trattamento sarà aperto dal lunedì al venerdì con un orario compreso tra le ore 8,30 e le 17:00 All'interno del servizio gli utenti e le famiglie potranno trovare accoglienza e sostegno, ad opera di un'equipe costituita da personale qualificato e con orientamento multidisciplinare. L'equipe del servizio dopo la prima fase di accoglienza e conoscenza, interverrà</p>



			<p>proponendo percorsi individualizzati di trattamento, che possono prevedere varie forme di frequenza al centro. Sarà possibile fruire di percorsi di tipo ambulatoriale, di attività di counselling e percorsi che prevedono la partecipazione ad attività di gruppo, a seconda delle necessità dell'utente e del bisogno di trattamento.</p> <p>L'intervento multimodale di Eco affronterà molteplici aspetti del funzionamento personale, familiare e del contesto di riferimento attraverso diversi tipi di interventi che possono essere distinti in:</p>
	WP 4.2	Interventi psicoterapeutici	4.2 Si offre all'utente uno spazio per l'elaborazione di problematiche personali ed emotive in accordo o in collaborazione con eventuali altri referenti terapeutici .
	WP 4.3	Interventi pedagogici e sociali	4.3 Si offre all'utente uno spazio per l'orientamento personale e professionale, il confronto tra pari. Interventi sociali: si prevede la partecipazione dell'utente a gruppi tra dei pari attraverso l'istituzione di momenti di tipo ludico-ricreativo volti a promuovere la partecipazione e la coesistenza .
	WP 4.4	Sostegno scolastico	4.4 E' importante cercare di non far uscire il ragazzo dal circuito scolastico tramite colloqui di sostegno per la promozione dell'autostima e del riconoscimento personale, l'offerta di spazi ludico-ricreativi e culturali, il sostegno e la promozione degli interessi, la valorizzazione delle risorse personale del singolo, il bilancio delle competenze e sostegno al benessere psico-sociale.
5	WP 5.1	Seminari di informazione per la prevenzione	5.1 Il lavoro con le famiglie è un aspetto fondamentale del progetto nell'ottica dell'informazione e della prevenzione. Uno degli obiettivi principali è far prendere coscienza alla famiglia della peculiarità del problema psichiatrico che si associa all'uso di sostanze, e delle dinamiche relazionali interne al sistema familiare. Spesso le famiglie tendono a mostrare resistenza, fino anche a negare, l'idea che il proprio familiare abbia problemi psichiatrici dal momento che si ritiene che tali problemi, a differenza dell'uso di sostanze, siano inguaribili. Allo stesso tempo, si evidenziano, nei genitori, delle resistenze anche rispetto al riconoscimento di responsabilità individuali
Sostenere le famiglie nel percorso terapeutico dei giovani, ovvero informarle e formarle sulle problematiche della tossicodipendenza e della doppia diagnosi, per una precoce individuazione dei sintomi	WP 5.2	Lavoro con le famiglie degli utenti	5.2 Il progetto provvederà dunque all'accoglienza delle famiglie; alla valutazione delle dinamiche intrafamiliari, attraverso l'utilizzo di Test specifici (AAI e altri); accompagnamento e counselling; ad effettuare colloqui di accoglienza per le famiglie; ad istituire gruppi multifamiliari di confronto e mutuo aiuto; ad informare le famiglie sui contesti di diffusione delle droghe e effetto delle sostanze stupefacenti; per le famiglie che hanno utenti in trattamento si cercherà di facilitare la comunicazione e migliorare la relazione intrafamiliare; verranno organizzati minimo 4 seminari di informazione nelle scuole con i genitori e le famiglie per sostenere, orientare ed informare i genitori nell'ottica della prevenzione di psicopatologie, fornendo loro gli strumenti necessari per favorire l'early detection sull'uso di sostanze e sull'individuazione del



		rischio	
6	Monitoraggio e valutazione	WP 6.1 Monitoraggio	6.1 Il progetto in generale ed il modello di intervento precoce saranno soggetti ad un attento e costante sistema di monitoraggio e di valutazione per perseguire ciò che viene definito Accountability (la responsabilità), ovvero la capacità di dimostrare che il modello funziona e che utilizza le risorse a disposizione in modo efficace per conseguire e sostenere gli obiettivi e gli effetti prefissati (Rand Corporation: Chinman, Imm,Wandersman, 2001). Il monitoraggio, realizzato da un esperto del Comune di Latina, si effettuerà con riunioni di equipe a cadenza trimestrale
		WP 6.2 Valutazione	6.2 Affinché si possa promuovere un processo di Accountability, sarà indispensabile integrare in modo sistematico lo sviluppo del modello di intervento con la sua valutazione, attraverso: - 1. La valutazione dei bisogni e delle risorse dell'utenza e/o del loro contesto di riferimento; 2. La definizione degli scopi e degli obiettivi del modello; 3. La verifica delle buone prassi; 4. La verifica dell'aderenza del modello; 5. La valutazione dei requisiti organizzativi, della pianificazione, dei processi e degli esiti; 6. Il miglioramento continuo della qualità e della sostenibilità. Il corretto funzionamento del servizio sarà garantito dalla supervisione di processo per l'implementazione delle conoscenze della diagnosi precoce nel rischio di comorbidità.
		WP 6.3 Supervisione	6.3 La supervisione, realizzata da un esperto del Comune di Latina, si effettuerà con riunioni di equipe a cadenza bimensile.
7	Disseminazione	WP 7.1 Pubblicità	7.1 Il progetto verrà pubblicizzato sin dalle sue fasi iniziale nei siti web degli Enti coinvolti nel progetto. Ogni ente si impegnano a pubblicare almeno due notizie per anno illustrando gli sviluppi progettuali. Verranno inoltre stampate locandine e depliant per le attività di informazione con i genitori e per il convegno finale .
		WP 7.2 Pubblicazione dei risultati per diffusione nazionale	7.2
		WP 7.3 Convegno nazionale per illustrazione risultati	7.3 Il gruppo di coordinamento tecnico scientifico si incaricherà dell'organizzazione del convegno finale a carattere nazionale invitando tutti gli enti, le strutture e gli attori coinvolti nel disagio adolescenziale e nella tossicodipendenza del territorio a partecipare per la presentazione e discussione dei modello operativo e proporre la replicabilità in altre regioni. In occasione del convegno verranno distribuite le copie della pubblicazione dei risultati dei progetti

13 Risk Assessment e Risk Management

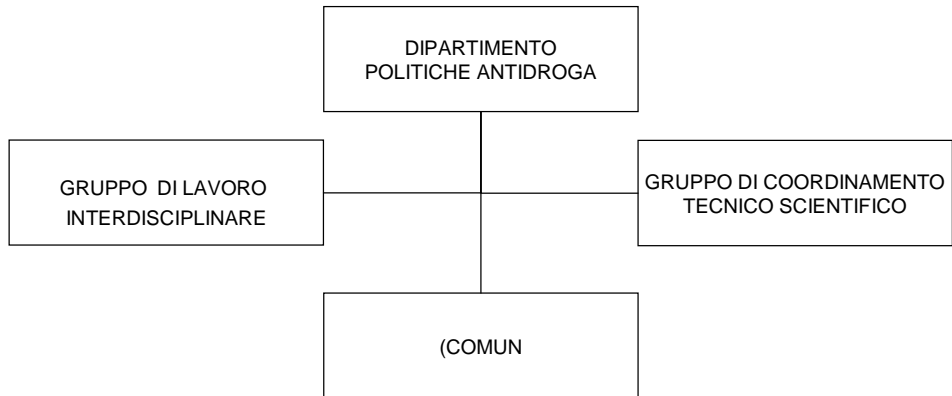
Elenco sintetico delle principali "Attività o condizioni critiche" alle quali prestare particolare attenzione per garantire il corretto svolgimento del progetto.

N°	Attività / Condizione critica	Descrizione del rischio / evento negativo possibile	Probabilità di evenienza del rischio (accadimento)	Gravità conseguenze in caso di accadimento (impatto sul progetto)	Azione preventiva prevista	Azione correttiva prevista
1	Seminari di informazione per la prevenzione	Scarso coinvolgimento ed interesse dei genitori	<input type="checkbox"/> Molto bassa <input type="checkbox"/> Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Molto alta	<input type="checkbox"/> Molto bassa <input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Molto alta	La costituzione della rete di enti, attori, scuole è l'azione che permetterà di conoscere attitudini e pensieri dei genitori e prevenirli, trovando il modo di coinvolgerli. La pressione della rete sarà da stimolo per la partecipazione dei genitori agli incontri	Si cercherà di pubblicizzare l'evento (seminari informativi) tramite volantini e locandine accattivanti e semplici che di per sé già forniscano una prima informazione e si organizzeranno i seminari ampliando i temi ed inserendo tematiche care ai genitori
2	Interventi psicodiagnostici psicoterapeutici pedagogici e sociali	Per i genitori di ragazzi con patologie: Resistenza all'idea che il proprio figlio abbia problemi psichiatrici	<input type="checkbox"/> Molto bassa <input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Molto alta	<input type="checkbox"/> Molto bassa <input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Molto alta	Accoglienza delle famiglie; accompagnamento e counselling; istituzione di gruppi multifamiliari di confronto e mutuo aiuto	Si cercherà di aggirare l'ostacolo e fornire ai genitori altri metodi per migliorare la comunicazione e la relazione intrafamiliare, nonché verranno fornite le informazioni per intervenire nel caso in cui se ne presentasse il bisogno
3	Interventi psicodiagnostici psicoterapeutici pedagogici e sociali	Non riconoscimento dei sintomi da parte delle famiglie e della scuola	<input type="checkbox"/> Molto bassa <input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Molto alta	<input type="checkbox"/> Molto bassa <input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Molto alta	Realizzazione di attività di informazione	Ampliamento delle attività di informazione ad altri enti ed attori in modo da ampliare anche la rete e le conoscenze



14 Organigramma generale del progetto

Viene di seguito rappresentato l'organigramma generale del progetto ECO 2.



15 Governance – suddivisione dei compiti di concerto tra le parti

Dipartimento Politiche Antidroga	Centro Collaborativo
Attività generali <ul style="list-style-type: none">▪ Coordinamento tecnico-scientifico generale del Progetto▪ Partecipazione al Gruppo di Coordinamento tecnico-scientifico per indirizzamento generale del Progetto▪ Mantenimento dei rapporti istituzionali con enti esterni ed internazionali▪ Analisi valutativa dei risultati raggiunti e della reportistica finanziaria▪ Supervisione e tutoring scientifico sulle attività di progetto (compresa l'analisi statistica dei dati)▪ Gestione operativa della comunicazione e dei media	Attività generali <ul style="list-style-type: none">▪ Coordinamento operativo del Progetto▪ Partecipazione al Gruppo di Coordinamento tecnico-scientifico per indirizzamento generale del Progetto▪ Mantenimento dei rapporti con le unità operative▪ Organizzazione degli incontri di coordinamento▪ Gestione delle collaborazioni tecnico-scientifiche finalizzate▪ Gestione amministrativa del Progetto
Attività specifiche di Progetto <ul style="list-style-type: none">▪ Progettazione e realizzazione delle pubblicazioni▪ Supervisione del corretto utilizzo del data-base e del flusso dati▪ Divulgazione dei risultati alle unità operative (ritorno informativo)	Attività specifiche di Progetto <ul style="list-style-type: none">▪ Esplicazione delle attività del Progetto per il raggiungimento degli obiettivi secondo i WP definiti▪ Gestione del data-base e del flusso dati▪ Stesura della reportistica tecnico-scientifica e finanziaria



16 Percorso Operativo

16.1 Articolazione in macro fasi e attività

Data di inizio prevista: 31/01/2014

Durata totale prevista: 2 anni

Fine prevista delle attività: 30/01/2016 (e comunque dopo 24 mesi dall'avvio delle attività)

Macro Fasi		Descrizione
WP1	Fase preparatoria	Preparazione della sede individuazione personale da impiegare preparazione del software di monitoraggio organizzazione attività (pubblicità, elaborazione modello, rete) Trattamento Attività di prevenzione con le famiglie Stabilizzazione della rete Supervisione Monitoraggio Valutazione Pubblicazione risultati Organizzazione convegno
WP2	Sperimentazione modello	
WP3	Valutazione	
WP4	Disseminazione	
WP5		



15.2 GANTT preventivo

N	Attività	Mesi																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	Fase preparatoria	■	■	■																					
	Sperimentazione modello		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Valutazione																						■	■	■
	Disseminazione																						■	■	■

ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE (MILESTONES)		R= Report																																																							
	REPORT DI RISULTATO																									RR1																RR2															RR3
	RENDICONTAZIONE FINANZIARIA																									RF1																RF2														RF3	

16.3 Agenda Reporting

Sigla Report	Data prevista	Tipo di rapporto
RR1	Al completo utilizzo del 50% dell'importo	Report in progress, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF1	Al completo utilizzo del 50% dell'importo	Rendicontazione finanziaria in progress
RR2	Al completo utilizzo del 40% dell'importo	Report in progress, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati, riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF2	Al completo utilizzo del 40% dell'importo	Rendicontazione finanziaria in progress
RR3	A fine progetto	Report finale, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati, riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF3	A fine progetto	Rendicontazione finanziaria finale

17 Oneri e piano finanziario

Gli oneri finanziari previsti a carico della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga per sostenere le spese di realizzazione delle attività progettuali sono pari ad € 150.000,00 e vengono così ripartiti:

BENI E SERVIZI	€ 21.800,00
FORMAZIONE	€ 2.000,00
PERSONALE A CONTRATTO	€ 107.700,00
PUBBLICAZIONI E MATERIALI INFORMATIVI	€ 3.000,00
CONVEGNI	€ 5.000,00
SPESE DI SEGRETERIA e GESTIONE AMMINISTRATIVA FORFETTARIE (7% del finanziamento complessivo)	€ 10.500,00
TOTALE	€ 150.000,00

I riparti tra le singole voci sono indicativi