



P R O G E T T O  
**RICOSTRUIRE**  
2010

Interventi per il ripristino della rete dei servizi per le tossicodipendenze in seguito al sisma del 6 aprile 2009 e per attività sperimentali di cura con il coinvolgimento del pubblico – privato

Ente Destinatario:

Regione Abruzzo  
Direzione Politiche della Salute



Ente Esecutore:

SerT L'Aquila

*Ok visto si approva*

*[Signature]*



## INDICE

	Premessa
1.0	Titolo del progetto
2.0	Riassunto – Sintesi
3.0	Coordinamenti interistituzionali
3.1	Altri coordinamenti previsti
4.0	Referenti amministrativi
5.0	Altre organizzazioni coinvolte
6.0	Organigramma generale del progetto
6.1	Gruppo Consultivo Multidisciplinare
7.0	Problema che si vuole risolvere
7.1	Definizione e descrizione degli effetti negativi e problematici che si ha la necessità di affrontare
7.2	Dimensionamento e rilevanza (Frequenza, grado di gravità, misure epidemiologiche)
7.3	Principali cause ipotizzate su cui si potrebbe agire
8.0	Obiettivo generale dell'intervento e risultati attesi
8.1	Specifiche
9.0	Premesse tecnico scientifiche (il "razionale") dell'intervento proposto
10.0	Target (destinatari)
11.0	Territorio ed ambienti di intervento
12.0	Altri interventi alternativi già sperimentati in questo settore
13.0	Valore aggiunto atteso dell'intervento proposto
14.0	Note sulla flessibilità organizzativa e criteri di leadership
15.0	Sotto obiettivi specifici
15.1	Sotto obiettivi, macro-attività e indicatori
15.2	Indicazioni metodologiche generali
15.3	Sotto obiettivi e prodotti tangibili attesi
15.4	WTA Work Task Assignment – assegnazione dei compiti principali
16.0	Scheduling
16.1	Articolazione in fasi temporali e attività
16.2	Gantt preventivo
17.0	Agenda reporting
18.0	Nucleo di valutazione "on site"
19.0	Risorse e piano finanziario
19.1	Quote di finanziamento previste per singolo sotto-progetto
19.2	Eventuali sponsorizzazioni esterne (ente/azienda, tipologia e valore della sponsorizzazione)
19.3	Proroghe alle attività di progetto e all'utilizzo dei finanziamenti
20.0	Conclusioni e specifiche generali
	Allegato 1
	Allegato 2
	Allegato 3
	Allegato 4



## 1.0 TITOLO DEL PROGETTO

### RICOSTRUIRE

<b>Ente committente</b>	Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga Capo del Dipartimento: Dott. Giovanni Serpelloni
<b>Gruppo di coordinamento tecnico-scientifico</b>	Direzione tecnico-scientifica: DPA Presidenza del Consiglio dei Ministri  Dott. Giovanni Serpelloni Dott.ssa Elisabetta Simeoni Dott. Roberto Mollica (Osservatorio Nazionale DPA)  Regione Abruzzo, Direzione Politiche della Salute, Servizio Prevenzione Collettiva Ufficio Tossicodipendenze Alcolismo e Tabagismo
<b>Ente Destinatario</b>	Regione Abruzzo, Direzione Politiche della Salute, Servizi Prevenzione Collettiva Ufficio Tossicodipendenze Alcolismo e Tabagismo
<b>Ente Esecutore</b>	Ser.T. L'Aquila, ASL 01 Centro Diurno Terapeutico (C.D.T.)
<b>Responsabile Destinatario</b>	per l'Ente Lanfranco Venturoni
<b>Responsabili Progetto</b>	operativi del Dott.ssa Marilisa Marianella (responsabile Centro Diurno Terapeutico), Dott.ssa Daniela Spaziani (direttore Ser.T.)
<b>Gruppo Multidisciplinare</b>	Consultivo Da definire in base alle esigenze progettuali
<b>Collaborazione scientifica</b>	tecnico- Da definire in base alle esigenze progettuali



## 2.0 RIASSUNTO – SINTESI

**L'obiettivo generale del progetto "Ricostruire"** è il ripristino della completa operatività del Centro Diurno Terapeutico (CDT) del Ser.T. di L'Aquila, per dare continuità alle attività che lo hanno finora contraddistinto come unica risorsa sul territorio, finalizzata:

- al recupero delle persone affette da "dipendenza patologica" e al sostegno delle loro famiglie,
- all'individuazione delle opportunità di inclusione sociale,
- alla valorizzazione del lavoro di rete dei servizi,
- alla prevenzione del disagio giovanile e delle problematiche correlate alle sostanze,
- alla promozione del benessere bio-psico-sociale dell'individuo e della comunità locale.

Ancor di più che in passato, si avverte oggi il bisogno di una ridefinizione dell'azione terapeutico-riabilitativa del CDT sulla base dei bisogni emergenti della popolazione locale, in una realtà drammaticamente sconvolta dal sisma del 06.04.2009 e profondamente mutata sia sul piano del consumo e dello spaccio di sostanze, sia riguardo le problematiche socio-sanitarie correlate ed i comportamenti a rischio.

Il Centro Diurno Terapeutico è una struttura di recupero integrale del paziente dipendente da sostanze, che attua programmi in regime di semiresidenzialità, comprensivi anche di azioni mirate per il reinserimento dei pazienti nel contesto familiare ed in quello socio-lavorativo.

Il CDT, attivo a L'Aquila dal 1999, dal 2007 è gestito da operatori Ser.T. in collaborazione con la Cooperativa Sociale "IDeAli" che prevede, come soci, n. 3 professioniste psicologhe (di cui 1 psicoterapeuta) e n. 1 operatore sociale.

In seguito al sisma del 6 aprile 2009, la sopravvivenza del Centro è stata messa a dura prova; infatti, la perdita improvvisa della struttura ha provocato un netto arresto delle attività, mettendo a rischio percorsi di cura già avviati e paventando la scomparsa di un punto di riferimento fondante per il recupero stesso di molti utenti e familiari. Oltre ai danni materiali, gravissime sono state le conseguenze nel funzionamento. L'operatività della struttura è stata in parte e a fatica ripresa all'interno di una sede di emergenza (un gazebo di 30 mq condiviso con altri servizi) all'interno dell'Ospedale da Campo di Coppito (L'Aquila), allestito subito dopo il noto evento sismico. Ciò ha comportato necessariamente una cospicua riduzione delle risorse e delle possibilità di cura, oltre che dei luoghi ad esse deputati. Disponibilità di spazi e di tempi sono a tutt'oggi ridotti a fronte di un bisogno esponenzialmente cresciuto.

Il dramma del terremoto ha ridisegnato la "geografia" e l'assessment socio-economico del territorio aquilano (ad es. la dirompente crescita di una macro-periferia, prima pressoché disabitata, repentinamente definita dai nuovi insediamenti) dando vita ad un contesto in cui il tessuto sociale è stato fortemente colpito e smembrato.

Dal giorno dell'evento sismico si è assistito inevitabilmente ad una disgregazione di quelle risorse individuali, familiari e sociali, potenziali "fattori protettivi" contro l'insorgenza di varie forme di disagio, tra cui i comportamenti d'abuso di sostanze e i comportamenti devianti.

Nel nuovo contesto di vita post-terremoto si sono concentrati, nei ridottissimi spazi delle tendopoli, giovani, bambini, anziani, immigrati, dipendenti da sostanze, portatori di patologie croniche, senz'altro, animali domestici, ecc.; dopo un primo periodo caratterizzato da vicinanza affettiva e solidarietà tra le persone, ben presto sono emersi (fino quasi ad esplodere), fattori problematici quali: le difficoltà relazionali legate alla convivenza forzata, la promiscuità, la frattura dei legami sociali, il mancato rispetto della legalità, l'aggregazione in gruppi disfunzionali, il degrado sociale, ecc. che hanno deteriorato la qualità della vita della popolazione, esacerbando, di fatto, situazioni già in precedenza compromesse e determinando un aggravamento del disagio e la slatentizzazione di disturbi psichiatrici.

Il raggiungimento dell'obiettivo del presente progetto, dunque, connoterebbe il CDT come struttura potenzialmente ricettiva del disagio e garantirebbe una risposta alle emergenze attuali; infatti, da un lato, il Centro continuerebbe ad offrire una proposta di trattamento snella ed efficace, rispondente alle tendenze emergenti della poliassunzione e della precocità di avvicinamento al consumo di sostanze, dall'altro, assicurerebbe maggiore contenimento alla dispersione degli utenti e percorsi adattati alle condizioni di disagio post-sisma.

Il progetto si pone quali obiettivi:

- il ripristino dell'operatività del CDT (obiettivo generale);
- la presa in carico dei soggetti dipendenti da sostanze ed il loro inserimento in percorsi terapeutici e/o di sostegno individuali e di gruppo, orientati ad interventi di costruzione della motivazione al cambiamento e di prevenzione secondaria e terziaria; il target è rappresentato da tutti gli utenti Ser.T che hanno effettuato un percorso ambulatoriale (di tipo integrato, con terapia farmacologica sostitutiva e non), compresi quelli che sono privi di risorse fondamentali (come la rete sociale di riferimento, andata disgregandosi dopo il sisma), e di supporto familiare, spesso messo a dura prova dalle contingenti condizioni di emergenza;
- la realizzazione del percorso di trattamento psicoterapeutico, altamente specialistico e di breve durata, in tutte le fasi (pre-trattamento, trattamento intensivo e post-trattamento) previste dal programma semiresidenziale;
- la progettazione e la realizzazione in rete con Enti pubblici e del privato sociale di percorsi di reinserimento socio-lavorativo dell'utenza che ha completato un percorso di riabilitazione, attraverso l'attivazione di laboratori, tirocini formativi, stages professionali e conseguente collocamento lavorativo, favorendo eventualmente la nascita di attività produttive autonome e competitive al fine non solo di contrastare le diverse forme di marginalità e disagio, ma anche di favorire lo sviluppo economico territoriale e sociale;
- la promozione di attività di formazione per gli operatori e per gli utenti
- la realizzazione di interventi di prevenzione primaria nelle scuole del territorio provinciale, rivolti principalmente a genitori e corpo docente, secondariamente agli studenti;
- interventi di rete con i servizi sanitari aziendali, gli Enti Locali e i diversi attori sociali.

### 3.0 COORDINAMENTI INTERISTITUZIONALI

- Il CDT contribuisce alle attività del Ser.T. inerenti la rilevazione dei flussi informativi sull'andamento del fenomeno tossicodipendenza ed alcolodipendenza, come richiesto dalla Regione Abruzzo, **Direzione Politiche della Salute, Servizio Prevenzione Collettiva, Ufficio Tossicodipendenze, Alcolismo e Tabagismo**, al fine di fornire un contributo per la stesura annuale del Rapporto regionale sul fenomeno di uso ed abuso di sostanze stupefacenti.
- La realizzazione di percorsi integrati per il reinserimento lavorativo prevede il lavoro in sinergia con organismi formativi e di orientamento, pubblici e privati, del territorio regionale; negli anni scorsi si è riscontrata una proficua collaborazione con il Centro per l'Impiego della Provincia dell'Aquila, l'Enfap Abruzzo, il CNOS FAP Abruzzo, l'ASFOR.C, in linea con le Misure regionali (B1) relative all'inserimento occupazionale di soggetti svantaggiati della **Direzione Politiche Attive del Lavoro, Sistema Integrato Regionale di Formazione ed Istruzione- Abruzzo**.
- La realizzazione di programmi di prevenzione primaria nel mondo della scuola prevede una collaborazione attiva con gli **Uffici Scolastici Territoriali del Provveditorato** e con le **Direzioni degli Istituti Scolastici** del comprensorio ASL per interventi rivolti a docenti, alunni e famiglie; prassi consolidata è anche il supporto agli insegnanti in caso di problematiche evidenziate in alunni minorenni, figli di soggetti in trattamento presso il CDT.



### 3.1 ALTRI COORDINAMENTI PREVISTI

- Il CDT si avvale, per la disintossicazione/disassuefazione dei pazienti, del supporto di Servizi pubblici e delle strutture private convenzionate in Regione ed extra Regione; tale collaborazione è necessaria per il raggiungimento, in tempi brevi, della condizione drug-free dell'utente, pre-requisito per l'ingresso nella fase di trattamento intensivo. Il CDT, altresì, mantiene i contatti con le Comunità Terapeutiche e, d'intesa con il Ser.T., ne richiede la collaborazione nei casi in cui si renda necessario l'invio di un paziente per l'inserimento in un percorso residenziale.
- Il CDT si propone di effettuare un ulteriore ampliamento dei collegamenti con le Istituzioni locali per definire il lavoro di rete con i Servizi Sociali Comunali, il Consultorio Familiare, il Tribunale dei Minori, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e il Dipartimento della Giustizia Minorile (in tema di affidamento di minori, presa in carico di minori con comportamenti a rischio o francamente patologici, minori inseriti in un circuito penale, ecc.)

### 4.0 REFERENTI AMMINISTRATIVI

Coordinate

---

Per il DPA:

Dott.ssa Luciana Saccone

Tel 06.67796413  
Fax 06.67793659  
Email [l.saccone@governo.it](mailto:l.saccone@governo.it)

---

Per la Regione Abruzzo  
Dott. Lanfranco Venturoni

Tel  
Cell  
Fax  
Email

---

Per la ASL n. 1 Avezzano, Sulmona, L'Aquila:

- Direttore UOC Ser.T.: Dott.ssa Daniela Spaziani

Tel: 0862/368936  
Cell: 348-8832376  
Fax: 0862/368944  
Email: [spazianid@virgilio.it](mailto:spazianid@virgilio.it)

- Responsabile CDT : Dott.ssa Marilisa Marianella

Tel 0862/368870  
Cell. 340-8330939  
Email [marimar11@virgilio.it](mailto:marimar11@virgilio.it)

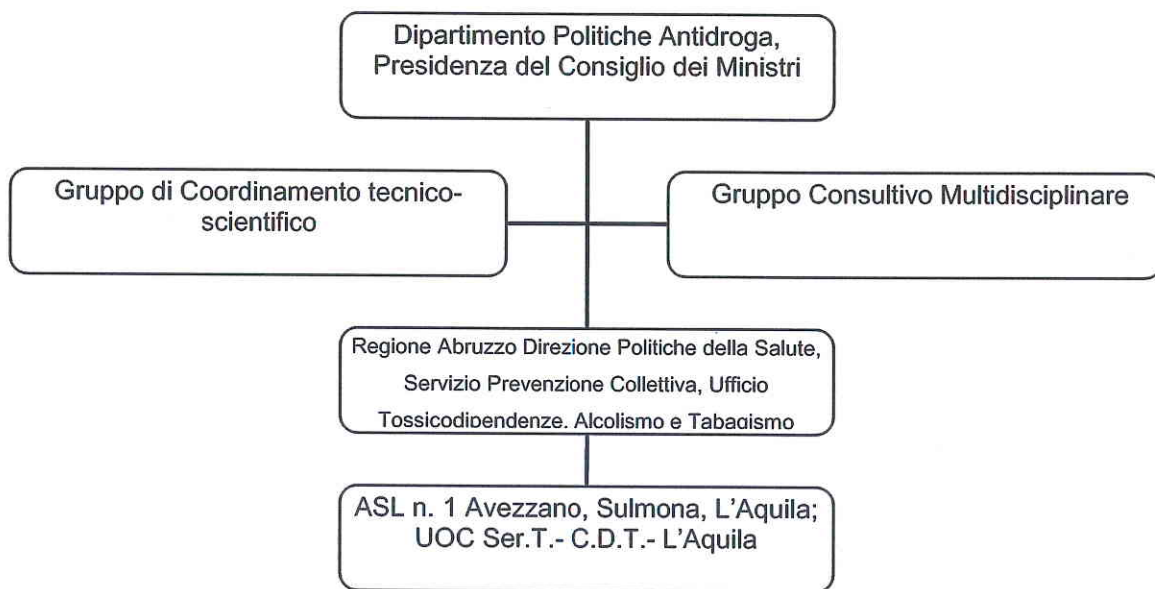
---



## 6.0 ORGANIGRAMMA GENERALE DEL PROGETTO

Viene di seguito rappresentato l'organigramma generale del progetto nei tre livelli previsti di direzione e coordinamento:

- *Primo livello:* Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, che si avvarrà, come organi di staff del Gruppo di Coordinamento tecnico-scientifico, presieduto dal Capo Dipartimento Politiche Antidroga, e di un Gruppo Consultivo Multidisciplinare.
- *Secondo livello:* Regione Abruzzo Direzione Politiche della Salute, Servizio Prevenzione Collettiva, Ufficio Tossicodipendenze, Alcolismo e Tabagismo
- *Terzo livello :* ASL n. 1 Avezzano, Sulmona, L'Aquila; UOC Ser.T.- Centro Diurno Terapeutico- L'Aquila



## 6.1 GRUPPO CONSULTIVO MULTIDISCIPLINARE

Il Gruppo Consultivo Multidisciplinare ha lo scopo di fornire al Ser.T di L'Aquila ed al Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri pareri, indicazioni, orientamenti in via consultiva relativamente alla diverse tematiche previste in progetto. Questo Gruppo è composto da varie professionalità e discipline al fine di mantenere e assicurare un approccio multidisciplinare alle attività da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi del presente progetto.

I componenti verranno individuati e nominati dal Dipartimento a seconda delle esigenze di progetto

## 7.0 PROBLEMA CHE SI VUOLE RISOLVERE

La piena operatività del CDT, a seguito del terremoto che ha colpito la città in data 06.04.2009, è venuta a mancare. Infatti le due sedi, ubicate in Corso Federico II nel centro cittadino, sono state dichiarate inagibili per i danni strutturali subiti e restano tuttora situate in "zona rossa", assolutamente inaccessibile ed impraticabile per i residenti. Con il presente Progetto, si intende ripristinare, in luogo diverso, la completa funzionalità del CDT come nel periodo pre-sisma ed ampliare l'offerta dei servizi a favore della cittadinanza.



## 7.1 DEFINIZIONE E DESCRIZIONE DEGLI EFFETTI NEGATIVI E PROBLEMATICI CHE SI HA LA NECESSITA' DI AFFRONTARE

A seguito del drammatico terremoto del 6 aprile 2009, il forte impatto del trauma, subito a più livelli dall'intera comunità locale, lo sfaldamento del senso di appartenenza e dell'identità sociale, il duro colpo inferto alla rete di risorse socio-economiche del territorio, che a tutt'oggi stentano a ripartire, hanno generato un contesto "sensibile" in cui si sono concentrati molteplici fattori problematici.

La qualità della vita dell'intera popolazione risulta compromessa e le situazioni di disagio pregresse appaiono fortemente acuite, data la stretta correlazione fra qualità di vita percepita e gli attuali fattori condizionanti collegati allo stato sociale dei soggetti come: ambiente di residenza, occupazione, supporti sociali e grado di autonomia (Shalock, 1991; Zermiani, Serpelloni, Girelli, 2003).

L'evidenza contingente è la drastica frammentazione dei nuclei urbani, smembrati da elementi di isolamento che interessano tutte le fasce della popolazione, in seguito alla distruzione del centro storico e socio-economico della città, nonché alla devastazione dei punti di aggregazione storicamente riconosciuti dalla cittadinanza. L'intero territorio risulta forzatamente ridotto ad una macro-periferia repentinamente definita dai nuovi insediamenti post-sisma, frequentemente esposta a fenomeni di aggregazione disfunzionali come testimoniato dall'aumento di episodi di devianza riportati dalla cronaca locale, variamente interconnessi con gli ambienti del consumo e dello spaccio di sostanze. I più giovani, in particolare, risentono in modo evidente della mancanza di quella rete di riferimento sociale che fino a poco prima del sisma costituiva l'ambiente di vita, fondamentale per processi di crescita sani.

In termini di salute psichica, l'attuale tessuto sociale, disgregato e frammentario, comporta inevitabilmente un diffuso senso di confusione e di precarietà, parallelamente ad una messa in discussione del senso di appartenenza individuale e comunitario.

La capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni della popolazione (aumentati in modo esponenziale) è subordinata alle dinamiche attuali di riorganizzazione in termini di strutture e risorse umane.

La riduzione dell'efficienza del Centro Diurno Terapeutico, in seguito ai danni subiti, collegata alla perdita della sede e al conseguente ridimensionamento dei servizi prima garantiti, ha comportato una grave limitazione nella possibilità di rispondere ai bisogni dell'utenza proprio in una fase così critica (quella post-terremoto) e di rivolgersi ad una fascia sempre più allargata di soggetti disagiati. La riduzione e la povertà di risorse e di investimenti, in questo frangente, forse hanno funzionato come potenziali "generatori di cronicità" di situazioni patologiche pregresse.

La "cattiva qualità di vita" (Zullig, 2001), di cui si può parlare nell'attuale cornice post-sisma, riferendosi a funzionamento sociale, condizioni di vita oggettive (ambiente di residenza, occupazione, esistenza e qualità della rete di relazioni significative) e condizioni cliniche (sia di natura fisica che psichica, laddove i sintomi d'ansia e depressione risultano sempre più frequenti), è una delle variabili che acuisce le difficoltà della popolazione in generale e, in particolare, di quella tossicodipendente e/o alcolodipendente.

La condizione dell'emergenza (caratterizzata dall'allestimento dei campi di accoglienza e dai trasferimenti delle persone nelle strutture della costa), e la totale disgregazione degli usuali contesti di vita hanno determinato la dispersione degli utenti nonché la variazione/interruzione dei percorsi terapeutici intrapresi prima del terremoto.

In alcuni casi i pazienti si sono trasferiti in altre città e sono stati affidati ad altri Ser.T., con conseguenti difficoltà di adattamento e orientamento in nuovi luoghi; in altri casi si è assistito ad uno scenario significativo di ricadute nell'uso di sostanze, dove l'interruzione dei percorsi terapeutici ha lasciato il posto alla ricerca del consumo e del "piacere" ed al ripristino di situazioni di disagio e sofferenza, soprattutto per i familiari degli utenti.

Inoltre, la già complessa difficoltà del reinserimento socio-lavorativo per soggetti svantaggiati ha risentito delle complicità socio-economiche provocate dal sisma, in termini di perdita di migliaia di attività lavorative e di possibilità occupazionali attraverso la rete delle agenzie pubbliche e private.

All'interno di questo discorso, va segnalata la paradossale "occupazione lavorativa" dei pazienti dipendenti da sostanze nelle opere di costruzione/ricostruzione edilizia: il lavoro, cioè, in molti casi, è servito solo a tamponare un disagio pregresso, a negarlo, accantonarlo e alimentarlo.

Sulla base di questa evidenza, è possibile quindi individuare, tra le tante conseguenze del terremoto, anche la "perdita" di percorsi sani di raggiungimento dell'autonomia, laddove questa presuppone l'integrazione tra la consapevolezza della malattia e la potenzialità delle risorse interiori.

Infine, una riflessione va posta sulle modalità di lavoro degli operatori che hanno affrontato il fenomeno della "dispersione" e del trauma psicologico degli utenti in termini di una vera e propria "emergenza", a volte favorendo processi di accoglienza, accudimento e comprensione, altre volte prediligendo l'uso di terapia farmacologica, con una dimensione di confusione circa gli obiettivi più ampi.





Il ripristino della funzionalità del C.D.T. e della rete con il Ser.T e gli altri Servizi, permetterebbe di agire sull'assetto organizzativo globale del territorio che, nonostante sia destabilizzato dal sisma, è necessario a riqualificare le capacità di risposta attraverso una programmazione integrata degli interventi, mirata ad affrontare il disagio del soggetto dipendente, acuitizzato dall'evento drammatico del terremoto.

## 7.2 DIMENSIONAMENTO E RILEVANZA (frequenza, grado di gravità, misure epidemiologiche, ecc.)

E' prematuro definire gli aspetti relativi al dimensionamento e, dunque, alla situazione post-sisma delle dipendenze patologiche nel territorio aquilano, poiché di difficile valutazione al momento attuale; infatti, si tratta di un quadro in continuo mutamento e ancora in via di definizione, direttamente correlato alle condizioni ambientali. Le contingenze contestuali hanno reso ancora più complessa la tipologia del dipendente, aggiungendo al quadro sintomatico classico reazioni traumatiche specifiche e diffuse, dai sintomi d'ansia a quelli depressivi, oltre alla slatentizzazione di disturbi psicopatologici ancora più gravi.

Qual'era, invece, la situazione delle dipendenze patologiche pre-sisma?

Per quanto riguarda i dati regionali ufficiali, come risulta dal più recente "Rapporto su uso ed abuso di sostanze stupefacenti nella Regione Abruzzo" (2008), la poliassunzione e il generale aumento degli utenti dei Ser.T abruzzesi sono risultate le emergenze specifiche del fenomeno tossicodipendenze nel nostro territorio.

Nel 2008, n. 5.947 soggetti hanno fatto domanda di trattamento presso i Ser.T. della Regione Abruzzo, l'11% in più rispetto all'anno precedente. Analizzando la distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i servizi regionali, la quota dei poliassuntori arriva al 73,2%.

Nello specifico, per quanto riguarda il Ser.T. dell'Aquila sono 520 i soggetti che nel 2008 hanno fatto richiesta di trattamento, con un aumento rispetto all'anno precedente pari al 14%; in linea col dato regionale e quello nazionale, maggiori tra i nuovi utenti sono le richieste di trattamento per problemi connessi all'utilizzo di cocaina (24% contro il 10% già in carico) e cannabinoidi (9% contro il 7% dei già in carico). Il 49% dei pazienti in carico utilizza un'altra sostanza oltre a quella che ha determinato il trattamento, soprattutto tra i soggetti già in carico (il 54% contro il 31% tra i nuovi ingressi).

Decisamente significativo, rispetto alla rilevazione effettuata nel 2005-2006, risulta, nel 2008, il dato relativo all'aumento delle prevalenze di consumo di eroina in entrambi i generi e in tutte le classi di età. In aumento anche il consumo di cocaina in entrambi i generi e in quasi tutte le fasce d'età (in particolare tra i 35-44enni), sia rispetto alla media nazionale sia, soprattutto, rispetto al biennio precedente: il 7,7% degli abruzzesi di 15-64 anni dichiara di averne assunto almeno una volta nella vita (Italia=7%), con un incremento di due punti percentuali rispetto al 2007 (5,6%).

Anche per quanto riguarda i risultati dell'indagine ESPAD-Italia 2008 sull'uso di sostanze psicoattive nella popolazione studentesca, i valori risultano lievemente più alti di quelli nazionali. Preoccupante, in particolare, l'incremento delle prevalenze tra i giovani 15enni (da 1,5% a 1,9%) e 16enni (da 1,6% a 2,2%), così come tra i 19enni (da 1,3% a 2,1%).

Inoltre il dato relativo al gioco d'azzardo tra gli studenti abruzzesi è superiore ai coetanei italiani: il 60,8% dei maschi ed il 37,7% delle femmine abruzzesi, almeno una volta in 12 mesi, ha praticato giochi in cui si puntano soldi (Italia:m=52,6%; f=28,8%).

Degno di nota, al fine di una adeguata rappresentazione del quadro regionale, è anche il dato relativo alla percezione dei rischi correlati all'uso di droghe: gli studenti abruzzesi disapprovano meno il consumo di eroina e cocaina rispetto alla media nazionale.

Per quanto riguarda l'uso di alcol a livello regionale (83,5%) non si rilevano sostanziali differenze rispetto ai dati nazionali (85,1%), né rispetto a quelli regionali del biennio 2005-2006 (84,1%).

Le tendenze in questione rendono maggiormente complessa la lettura delle abitudini di consumo e, di conseguenza, l'organizzazione di adeguate strategie di prevenzione e di trattamento. I tradizionali modelli dei percorsi in comunità (durata 12-24 mesi) risultano, con il passare del tempo sempre meno rispondenti ai bisogni caratteristici ed alle richieste di utenti la cui fisionomia è notevolmente mutata negli ultimi anni e, ancor più, nell'attuale cornice post-sisma. Ciò risulta rilevabile a partire dai dati relativi alle richieste di trattamenti tradizionali in regime comunitario calati in modo rilevante negli ultimi anni.

Inoltre, è opportuno sottolineare in questa sede che, alla luce dell'evento sismico dell'aprile 2009, l'andamento del fenomeno su esposto, nella sua complessità e nei suoi ritmi, acquisisce nuove connotazioni, in riferimento alle modificazioni di abitudini, di reperimento delle sostanze, della fruibilità dei servizi e degli effetti dei disturbi psichiatrici concomitanti (sindromi post-traumatiche da stress, disturbi d'ansia generalizzata, ecc).

Infatti, nel territorio aquilano ha avuto particolare rilevanza, nell'anno 2009, il consumo di alcol, a partire dalla convivenza "forzata" all'interno dei campi, presentandosi spesso come elemento di rottura dell'isolamento e come



evitamento di problematiche più imponenti quali “le perdite”: perdite delle persone, dei luoghi, delle attività lavorative. Attraverso questa sostanza psicoattiva anche le persone non esplicitamente avvezze all’uso di “anestetici emozionali” hanno potuto avviare o consolidare questa abitudine; ne è una testimonianza l’esperienza diretta degli operatori all’interno delle aree di accoglienza circa la rilevanza di episodi di *binge drinking*.

Per la valutazione di incremento d’uso di tutte le altre sostanze non è utile affidarsi ai riscontri effettuati nel Ser.T., poiché l’intervallo che generalmente intercorre tra l’inizio di una qualsiasi forma di consumo e la necessità di richiedere un aiuto è più ampio di quello ad oggi trattato; tuttavia si può affermare che più visibile ed immediata, da parte delle persone, è stata la ricerca di auto-terapia attraverso l’alcol al fine di sanare, sedare e anestetizzare il dolore.

I risultati preliminari di uno studio sugli effetti del trauma sullo sviluppo di sintomi psicopatologici dopo il terremoto del 6 aprile 2009 mostrano una relazione significativa tra la comparsa dei sintomi (ad es. depressivi e di scompenso psicotico) entro le prime settimane e la gravità dell’indice di psicopatologia post-traumatica, legate alla scarsità di risorse individuali, familiari e sociali (Di Giuseppe, et al., in *Giornale dell’Ordine Nazionale degli Psicologi*, “Effetti del trauma sullo sviluppo di sintomi psicopatologici a sei settimane dal terremoto dell’Abruzzo”, giugno 2009). Queste stesse tipologie di fattori vengono identificate anche dal rapporto ESPAD 2008 come strettamente correlate all’uso di sostanze psicoattive.

In conclusione, dal punto di vista numerico non è possibile ad oggi fare una valutazione precisa di incremento quali-quantitativo dei processi di tossicodipendenza in atto, ma si possono considerare le potenziali espressioni insite nei meccanismi reattivi della perdita e del lutto che frequentemente esitano nell’abuso di sostanze.

Infatti, a partire da una prima riduzione dell’utenza nell’immediato post-sisma (riduzione fisiologica, conseguente alla disgregazione del tessuto sociale, al disorientamento delle persone e al trasferimento delle stesse negli alberghi della costa) è opportuno considerare l’incremento delle attività sul territorio che si è registrato nei mesi successivi al sisma, sia nelle tendopoli, sia nell’ambulatorio Ser.T..

Soprattutto, è difficile prevedere quella che sarà l’evoluzione dei nuovi percorsi tossicomani, nonché le dimensioni del fenomeno del consumo in relazione all’impatto, sull’intera popolazione, dei disturbi psichiatrici e del diffuso disagio sociale.

### 7.3 PRINCIPALI CAUSE IPOTIZZATE SU CUI SI POTREBBE AGIRE

Il ripristino dell’operatività del Centro Diurno Terapeutico rappresenta la cornice all’interno della quale progettare e strutturare interventi innovativi ed adatti al nuovo contesto, mantenendone la specificità che lo contraddistingue sul territorio aquilano dal 1999.

In primo luogo, è prioritario intervenire sul riallestimento della sede sia come setting adeguato e rispondente ai mutati bisogni del dipendente da sostanze, sia come unità di riferimento per la rete locale.

Il nuovo setting dovrebbe prevedere interventi individuali e di gruppo orientati alla riduzione del danno delle patologie correlate all’uso di sostanze nello stato di emergenza, al monitoraggio delle condotte tossicomane ed allo screening del territorio in una fase critica di ricontestualizzazione delle abitudini di vita, alla luce dei cambiamenti nell’ambito del consumo e del mercato dello spaccio; tale analisi risulta indispensabile al fine di una esatta valutazione e definizione del problema stesso e dunque per la pianificazione di strategie terapeutico-riabilitative mirate.

Il nuovo assetto consentirebbe la elaborazione di programmi individualizzati in grado di fornire, all’utenza, una risposta competente ed efficace, in considerazione dell’interferenza degli effetti traumatici del sisma sull’andamento della malattia di dipendenza (ricaduta, fase di mantenimento, fase di remissione-riacutizzazione, ecc.. Particolare attenzione va data alla ri-costruzione di un contesto di legami per i soggetti dipendenti privi del supporto familiare. Laddove, invece, questo esiste, è tuttavia rilevabile la confusione delle famiglie relativamente alla disponibilità a collaborare con il Servizio durante il percorso riabilitativo dei propri congiunti dipendenti; pertanto, l’intervento sui familiari necessita di un supporto orientato ad una maggiore complessità, in grado di accogliere e saper gestire l’aspetto della “co-dipendenza” e quello del trauma e della perdita.

Questo presuppone una ridefinizione degli interventi individuali, familiari e di gruppo.

Il funzionamento della catena terapeutica dei Servizi territoriali va riattivata, incrementata e rinnovata al fine di fronteggiare la dispersione ed il “contenimento” degli utenti, riadattando alle nuove esigenze le linee di attività preesistenti, in particolare, quelle della prevenzione secondaria e terziaria e della cura delle patologie/problematiche connesse all’uso delle sostanze.

La riattivazione della catena dei Servizi includerebbe il rinnovo dei contatti e delle collaborazioni con enti pubblici e agenzie private per fronteggiare, tra l’altro, le nuove difficoltà di reinserimento lavorativo attraverso la pianificazione di programmi altamente personalizzati e la promozione della prevenzione dell’attuale disagio



sociale.

Il potenziamento delle attività di prevenzione riguarda soprattutto quella primaria, con maggiore coinvolgimento e sensibilizzazione delle scuole (quali agenzie educative fondamentali nella riduzione del danno e nella promozione del benessere collettivo) e delle famiglie degli studenti, troppo spesso passive e distaccate spettatrici dei mutamenti nell'universo giovanile.

La ricollocazione del CDT, come risorsa locale distintiva del territorio ASL rappresenta un intervento in grado di contribuire allo sviluppo culturale, sociale ed economico della realtà aquilana, fortemente provata dal noto evento sismico. Pertanto, la riformulazione dell'offerta terapeutica, spinta dalla complessità della situazione attuale e dai diversi ed emergenti bisogni degli utenti, passa attraverso la professionalità e la sensibilità dei diversi operatori impegnati a rispondere al profondo cambiamento del territorio con l'apporto di creatività e tecniche innovative.

L'accento posto sulla costruzione di percorsi di reinserimento socio-lavorativo come completamento della fase di trattamento e rinforzo nel raggiungimento dell'autonomia, specie nel contesto post-sisma, è in linea col principio secondo cui gli interventi di reinserimento devono accompagnare il recupero dei soggetti fin dall'inizio, al fine di determinare un "orientamento" attivo del paziente al reinserimento sociale e non la "cristallizzazione" nel ruolo di tossicodipendente.

Pertanto, uno degli obiettivi principali è quello di promuovere modelli imprenditoriali che incentivino un nuovo orientamento della persona, sociale e lavorativo, mediante attività strutturate, produttive e in grado di automantenersi; ciò in linea con i suggerimenti espressi nella V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga (2009). Questi obiettivi, perseguiti dagli operatori del CDT già dal 1999, hanno portato negli anni, in seno ai percorsi di cura degli utenti, all'attivazione di borse-lavoro, di tirocini esperienziali (in collaborazione con agenzie formative del privato sociale e con la Provincia dell'Aquila), di attività piccolo-imprenditoriali, iniziative che appaiono ancora più urgenti oggi per creare reali alternative a lungo termine all'emarginazione, al disagio e alla devianza.

## 8.0 OBIETTIVO GENERALE DELL'INTERVENTO E RISULTATI ATTESI

L'obiettivo generale del progetto "Ricostruire" è il ripristino della completa operatività del Centro Diurno Terapeutico del Ser.T. di L'Aquila. La struttura semiresidenziale intende, in questo modo:

- ritrovare continuità con le attività che l'hanno finora contraddistinta come unica risorsa sul territorio per il recupero della persona affetta da dipendenza patologica;
- provvedere al riadattamento dei programmi terapeutici ai bisogni emergenti della realtà post-sisma, mutata sul piano del consumo e della disponibilità della sostanza sul mercato;
- creare nuove opportunità di inclusione sociale, ristabilendo e valorizzando il lavoro di rete dei servizi;
- elaborare specifici progetti per il reinserimento socio-lavorativo, di orientamento e formazione specializzata
- promuovere il benessere bio-psico-sociale dell'individuo e della comunità locale, favorendo la lotta alla cultura degli eccessi e allo stigma sociale

## 8.1 SPECIFICHE

In questo paragrafo viene descritto, in modo specifico, il trattamento terapeutico nel CDT, distinto in n. 3 fasi principali: pre-trattamento, trattamento intensivo, post-trattamento.

La fase di **pre-trattamento**, di durata variabile, è finalizzata, attraverso colloqui individuali e successivamente attività di gruppo, alla verifica e/o alla costruzione della motivazione al cambiamento. Questa fase consiste in un'attenta valutazione del singolo caso:

- tipo di invio (Ser.T, famiglia, volontario, altro);
- raccolta cartella clinica (dati personali, consumo di sostanze, trattamenti precedenti);
- valutazione della disponibilità al cambiamento (MAC/E, colloquio motivazionale);
- valutazione del consumo attuale di sostanze (Drug Alcohol Profile, Scale di Glatt e Jellinek);
- pianificazione personalizzata di un progetto di cambiamento (livello di accettazione di un programma drug-free, eventuale coinvolgimento di altre persone significative, valutazione di problematiche sociosanitarie, legali, altro);
- introduzione del programma di trattamento e contratto terapeutico.



Al termine di questa fase, l'équipe valuta lo stato della malattia (fase prodromica, acuta, cronica), il livello di disponibilità al cambiamento (pre-contemplazione, contemplazione, preparazione) e la compatibilità del soggetto con il tipo di trattamento semi-residenziale offerto (capacità di contenimento, collaborazione dei familiari, disponibilità a sottoscrivere il contratto terapeutico attenendosi ad esso in modo responsabile).

A questo punto, una volta selezionato il gruppo (da quattro a otto utenti, fino ad un massimo di dieci), inizia la fase di **trattamento intensivo**.

La fase del trattamento intensivo rappresenta la parte centrale e fondamentale del lavoro, che prevede un tempo di permanenza variabile del paziente a seconda del percorso individualizzato. Tale processo di recupero si realizza mediamente nell'arco di 6 mesi.

Le attività si svolgono dalle ore 9:00 alle 17:30 dal lunedì al venerdì, e il sabato dalle ore 9:00 alle 13:00, con chiusura nei giorni festivi. Per il fine settimana (sabato pomeriggio e l'intera domenica) gli utenti sono tenuti a pianificare il tempo in modo concorde con il contratto e gli obiettivi del trattamento.

La permanenza nel Centro di Trattamento richiede la sottoscrizione a rispettare le regole del **contratto terapeutico** orientate al recupero della gestione del quotidiano, della "pulizia" dalle sostanze ed al rispetto del contesto di cura.

Il trattamento pone degli **obiettivi** da raggiungere gradualmente, attraverso un insieme di metodi e tecniche ben definite per ciascuno di essi:

- 1) aumentare nell'utente l'accettazione di responsabilità al cambiamento;
- 2) aumentare la fiducia nella possibilità di una modifica del comportamento;
- 3) aiutare l'utente a comprendere che la dipendenza dalle sostanze (condizionanti l'umore) è una malattia;
- 4) ridurre la negazione dei problemi correlati all'uso di sostanze e aumentare la conoscenza di essi;
- 5) aiutare l'utente ad affrontare possibili ricadute, dando ad esse senso e significato, e stimolarlo a modificare quei comportamenti che rinforzano il comportamento di consumo di sostanze;
- 6) facilitare il coinvolgimento emotivo dell'utente nel trattamento e usare il feedback del gruppo e/o dello staff per aumentare la consapevolezza di sé;
- 7) aiutare il paziente a comprendere che gran parte dei problemi sociali e personali possono essere attribuiti alla dipendenza da sostanze;
- 8) condurre l'utente a condividere ed accettare che il recupero è un processo che dura tutta la vita e richiede l'aiuto degli altri;
- 9) promuovere e sostenere l'assunzione di responsabilità personale nel mantenimento del recupero.

Il programma settimanale si articola attraverso attività intensive e diversificate, che prevedono gruppi di lavoro giornalieri centrati su tematiche sollecitate dalle esigenze del gruppo e dei singoli individui.

Nell'arco della settimana sono previsti: gruppi psicoterapeutici ad orientamento gestaltico, spazi di approfondimento della letteratura dei gruppi anonimi, quali Alcolisti Anonimi (A.A.) e Narcotici Anonimi (NA), laboratori di arte –terapia, gruppi tematici con visione di film, attività fisica, gruppi congiunti con familiari e utenti, gruppi per soli familiari.

Si specifica, inoltre, che l'attività del Centro ha una strutturazione temporale flessibile e adattabile all'andamento del gruppo e alle fasi del programma.

Come sopra accennato, all'interno del modello di trattamento viene integrato l'approccio dei 12 Passi dei gruppi anonimi; l'utilizzo che i vari professionisti dell'équipe fanno della letteratura di Alcolisti Anonimi e Narcotici Anonimi si fonda sulla valorizzazione del lavoro *clinico* sui 12 Passi: questionari specifici, lavori di preparazione e di approfondimento, esposizioni didattiche teoriche, condivisioni di gruppo e feedback professionale formano il *corpus* teorico e pratico dell'utilizzo dei 12 Passi nel CDT.

La fase del **post trattamento**, come preziosa fase di consolidamento del percorso intensivo stesso, prevede la costruzione, per ciascun utente, di uno spazio individualizzato di reinserimento socio-lavorativo, affiancato ad una sistematica attività di tutoraggio ed un costante counseling psicologico (individuale e di gruppo) per la stabilizzazione del cambiamento.

## 9.0 PREMESSE TECNICO SCIENTIFICHE (IL "RAZIONALE") DELL'INTERVENTO PROPOSTO

Il Centro Diurno Terapeutico del Ser.T. è l'unico centro di trattamento per le dipendenze patologiche sul territorio aquilano e rappresenta una funzionale ed innovativa offerta di intervento in grado di confrontarsi con la diffusione della tossicodipendenza e dell'alcolodipendenza, con le nuove tendenze (poliassunzione, cambiamento sostanziale della tipologia del dipendente, precocità di avvicinamento alle sostanze); esso si propone sia come



struttura di potenziamento dell'intervento di riabilitazione psicosociale in alternativa ai programmi tradizionali, sia come risorsa altamente specialistica orientata verso il modello americano del "treatment center".

L'esperienza pilota del Centro Diurno Terapeutico, avviata nel 1999, costituisce una realtà di cura e riabilitazione semiresidenziale, emanazione diretta del Ser.T. da cui nasce, ma indipendente per la specificità del trattamento che adotta. Già a partire dai rapporti del 2005 e 2006 pubblicati dalla Direzione Sanità della Regione Abruzzo, il Ser.T. di L'Aquila è stato posto al vertice dei trattamenti specialistici nell'area psicosociale. Anche i dati dell'ultimo Rapporto 2008 relativo agli interventi psicosociali del Servizio di L'Aquila depongono per una politica Ser.T. orientata al recupero mediante interventi di alta soglia, non escludendo, tuttavia, le strategie di riduzione del danno. Decisamente rilevanti, in proposito, le percentuali sulle attività di terapia di gruppo, di counseling e psicoterapia individuale, svolte dal Ser.T di L'Aquila, fra le più elevate dei servizi della Regione.

Il CDT nasce sulla scia di progetti sperimentati in altre città italiane (Genova, Roma, Milano) e rappresenta l'unica realtà abruzzese che si ispira al Minnesota Model (Hazelden Foundation, 1952), attualmente adottato in molte centinaia di strutture residenziali e semiresidenziali in America e nel Nord Europa ed in pochissime realtà italiane di carattere privato. Tale modello teorico di riferimento, presentato alla V Conferenza Mondiale sulle tossicodipendenze a Oslo e insignito di una nota di merito dal Comitato Scientifico del Convegno, si basa su un approccio multidisciplinare integrato: la Terapia Razionale Emotiva di A. Ellis (1988), l'approccio motivazionale di W.R. Miller e S. Rollnick (1991) come applicazione clinica della teoria del cambiamento di Prochaska e Di Clemente (1986) e l'approccio dei 12 Passi dei gruppi di auto-mutuo-aiuto (N.A. e A.A.).

Questa cornice di riferimento teorica definisce le seguenti caratteristiche specifiche del CDT:

- il criterio dell'alta soglia, ovvero la "pulizia" totale dell'utente da tutte le sostanze stupefacenti (anche dalle terapie sostitutive);
- il percorso di gruppo di breve durata (in media dai 3 ai 6 mesi);
- la collaborazione dei familiari, ai quali sono rivolte azioni di supporto, orientamento e sostegno;
- l'equipe multidisciplinare, composta da medici, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, educatori, counselors ed operatori di laboratori esperienziali (teatro-terapia, arte-terapia, musico-terapia).

I dati relativi all'esperienza degli ultimi anni mettono in evidenza, tra gli utenti del CDT, un abbassamento dell'età del primo consumo ed un aumento dei poliassuntori. In questa direzione, il Congresso Nazionale sulle Tossicodipendenze promosso dalla Società Italiana Tossicodipendenze (SIDT), (Roma, novembre 2008), ha riconosciuto nel programma del CDT di L'Aquila una risposta efficace alle emergenze del fenomeno tossicodipendenza e delle problematiche connesse, in uno scenario nazionale attuale in cui i programmi riabilitativi classici, di lunga durata e poco specifici, appaiono sempre più inadatti e superati.

L'esperienza acquisita dal Centro Diurno sin dal 1999 nell'ambito del trattamento delle dipendenze patologiche, dimostra la valenza terapeutica dell'attivazione dei percorsi di reinserimento socio-lavorativo, come parte integrante del processo di recupero dalla "malattia". Si è constatato che alla buona riuscita dei programmi terapeutico-riabilitativi ha contribuito anche l'inserimento degli utenti nelle attività di formazione e di orientamento al lavoro già nella fase di post-trattamento; viceversa, senza queste attività, sarebbe aumentato il rischio di indebolire il processo di recupero.

L'inserimento lavorativo costituisce, dunque, uno strumento integrante del processo terapeutico.

Il Centro Diurno Terapeutico ha attivato finora in collaborazione con il Ser.T svariate proposte di formazione, riabilitazione sociale, orientamento e reinserimento al lavoro.

Dal 2002 sono stati promossi dal Ser.T. della ex AUSL n. 04 di L'Aquila corsi di formazione (ad es. "Tecnico internet web designer", "Operatore di Call center", "Operatore addetto alle pulizie", ecc.), finanziati dalla Regione Abruzzo, attraverso il Fondo Sociale Europeo e il Ministero del Lavoro, e realizzati in collaborazione con l'agenzia di formazione di Pescara ASFOR.c. Alla formazione hanno fatto seguito stages formativi/simil-impresa, rilascio di qualifica riconosciuta dal Ministero del Lavoro, costituzione di cooperative di tipo B e inserimento degli utenti in aziende con contratti di lavoro.

Nell'ambito della cornice post-sisma, i bisogni emergenti e le condizioni di disagio dei pazienti hanno reso necessario un ri-adattamento delle attività del CDT, con l'estensione delle stesse anche a molti utenti del Ser.T sottoposti a terapia farmacologica e con l'offerta di proposte per il reinserimento lavorativo. L'obiettivo principale oggi è quello di permettere al paziente di sperimentare una condizione lavorativa meno assistita con pieno riconoscimento delle sue potenzialità/abilità, in modo che lo stesso possa verificare i propri progressi sia in ambito terapeutico sia in ambito riabilitativo, nonché implementare i propri livelli di autonomia in un contesto di valorizzazione delle proprie capacità di autogestione e di potenziamento delle proprie risorse.

In questa direzione, le limitate possibilità non ci hanno consentito, in passato, di poter offrire agli utenti proposte progettuali più articolate, con la conseguenza, per molti di loro, di dover intraprendere percorsi di reinserimento non facili, percorsi in cui il "salto" tra l'ambiente "protetto" del CDT ed un contesto sociale imprevedibile e non protettivo, è risultato troppo alto. Questo accade spesso anche a causa della mancanza di "paracaduti" sociali quali le risorse istituzionali, spendibili in corsi di formazione e tirocini protetti, il più delle volte attuati da operatori con contratti precari.



E' quindi sorta l'esigenza di allestire spazi supervisionati, ma organici al progetto del trattamento terapeutico, che siano in grado di garantire a tutti gli utenti che ne dimostrassero necessità e capacità, la sperimentazione, prima della dimissione, di gradi ulteriori di autonomia rispetto a quelli raggiunti; spazi in cui il peso della decisionalità progettuale individuale sia incrementato e in cui agli interventi effettuati sia aggiunta un'attenzione nella direzione dell'empowerment e della self-efficacy per la costruzione di una solida autonomia individuale; ciò sulla base della constatazione fondante che gli individui non possano esser considerati come entità avulse dal contesto ma, al contrario, assolutamente inseriti ed integrati dialetticamente con esso.

La creazione di laboratori autogestiti, produttivi, rispondenti alle esigenze della committenza esterna consentirebbe non solo un potenziamento dell'offerta lavorativa, ma anche la individuazione, per quei pazienti che si trovano nella fase di trattamento intensivo, di uno spazio leggero e flessibile, per consentire un'attività ricreativa anche al di fuori del tempo di permanenza nella struttura.

L'attività del CDT non si esaurisce nell'ambito della cura e del trattamento delle dipendenze patologiche ma trova la naturale estensione nell'impegno per il benessere degli individui, nello specifico, quello della fascia giovanile della popolazione. In tal senso la promozione della salutogenesi in ambito scolastico, su indicazione dell'O.M.S., punta alla costruzione di stili di vita sani attraverso la proposta di modelli alternativi di comportamento. Riconoscendo le molteplici manifestazioni del disagio che provengono dal mondo giovanile, un intervento efficace deve prevedere più variabili implicate nella valorizzazione del benessere bio-psico-sociale dell'individuo; pertanto è necessario partire da strategie efficaci in grado di coltivare l'equilibrio emotivo a discapito del disagio (soprattutto legato all'avvicinamento alle sostanze d'abuso) e proporre una sensibilizzazione dei ragazzi in tema di stili di vita sani, in grado di ridurre i rischi derivanti da una scorretta alimentazione, dal tabagismo e dall'uso di sostanze psicoattive.

Questo discorso appare ancora più urgente nell'attuale cornice post-sisma in cui versa il territorio aquilano.

Il sisma ha generato un contesto in cui, al di là dell'emergenza, il tessuto sociale rischia fortemente di rimanere smembrato e continua oggi a determinare un diffuso stato di disagio caratterizzato da fenomeni di aggregazione "disfunzionali" spesso purtroppo associati, soprattutto nella fascia giovanile, al consumo di sostanze; i più giovani risentono, infatti, in modo evidente, della mancanza di quella rete di riferimento sociale, ad oggi disgregata, che prima del sisma costituiva il contesto di appartenenza fondamentale per coltivare processi di crescita sani.

Le condizioni attuali in cui versa il nostro territorio risultano, pertanto, particolarmente "favorevoli" ad un potenziale deterioramento delle capacità di adattamento dell'individuo e del gruppo, attraverso pratiche (come l'assunzione di alcolici e altre sostanze psicotrope, comportamenti pericolosi, gioco d'azzardo, ecc.), sempre meno legate a percorsi di devianza e progressivamente "normalizzate", anzi, talvolta, sollecitate dai contesti aggregativi.

La prevenzione deve passare, dunque, attraverso una sensibilizzazione rivolta proprio ai giovani e alla loro "percezione del rischio", troppo spesso fondata su erronee credenze e pericolose sottovalutazioni, promuovendo quella "intelligenza emotiva" che consenta a ciascuno di scegliere consapevolmente una buona qualità della vita

## 10.0 TARGET (DESTINATARI)

---

### PRINCIPALI (Tipologia, caratteristiche ecc. )

---

I destinatari del trattamento terapeutico, presso il CDT sono:

- soggetti con quadri di dipendenza patologica in carico al Ser.T. di L'Aquila e/o ai Ser.T. del territorio regionale/nazionale, o in appoggio al Ser.T. di L'Aquila;
- utenti Ser.T. sottoposti a misure alternative alla detenzione (provenienti dalla Casa Circondariale o dall'Istituto Penale per Minorenni di L'Aquila);
- drop-out delle comunità terapeutiche;
- familiari degli utenti;
- consumatori occasionali (ingressi volontari o inviati dalle strutture territoriali);
- soggetti con comportamenti disfunzionali e potenzialmente "a rischio" (anche su segnalazione delle scuole).

Altri destinatari delle attività progettuali, al di fuori del CDT, sono:

- famiglie e corpo-docente degli Istituti scolastici del comprensorio aquilano.
- 

### SECONDARI (Tipologia, caratteristiche, ecc. )

---

- L'intera comunità del comprensorio aquilano con particolare riferimento al mondo giovanile e alle fasce più deboli della popolazione a forte rischio di emarginazione, soprattutto nell'attuale contesto d'emergenza post-sisma;



- i nodi della rete dei servizi territoriali (Dipartimento di Salute Mentale, Consultori, Reparti per le patologie infettive, altri Ser.T., Tribunali, Scuole, Medici di Medicina Generale, Enti Locali, Ospedale, Forze dell'Ordine, Amministrazione Penitenziaria, cooperative, agenzie di formazione, ecc.) per la strutturazione di una solida rete assistenziale e l'ottimizzazione delle risorse e delle competenze specialistiche.

## 11.0 TERRITORIO ED AMBIENTI DI INTERVENTO

### AREE GEOGRAFICHE COINVOLTE

Il Servizio offerto dal CDT è principalmente rivolto all'utenza del territorio della ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila (utenza che risulta triplicata a partire dal 1/1/2010 a seguito dell'accorpamento della ex AUSL n. 4 di L'Aquila con la ex AUSL n. 1 di Avezzano-Sulmona, ancora disgiunte nel periodo antecedente al sisma); secondariamente, come già avvenuto in passato, il C.D.T., si impegna ad accogliere anche gli utenti provenienti da altre Province in Regione.

## 13.0 VALORE AGGIUNTO ATTESO DELL'INTERVENTO PROPOSTO

Il valore aggiunto è da ricercarsi nella forza terapeutica del lavoro proposto dal CDT. Infatti l'offerta dei servizi garantiti dalla struttura semiresidenziale per il trattamento, la cura e la prevenzione nell'ambito delle dipendenze patologiche e della promozione del benessere bio-psico-sociale, intende essere ampliata, a partire dal 2010, con ulteriori iniziative di sviluppo, promuovendo sistematicamente progetti per il reinserimento socio-lavorativo, di orientamento e formazione specializzata, dei soggetti in carico, in linea con i bisogni emergenti dell'utenza e a fronte dello scadimento diffuso della qualità di vita.

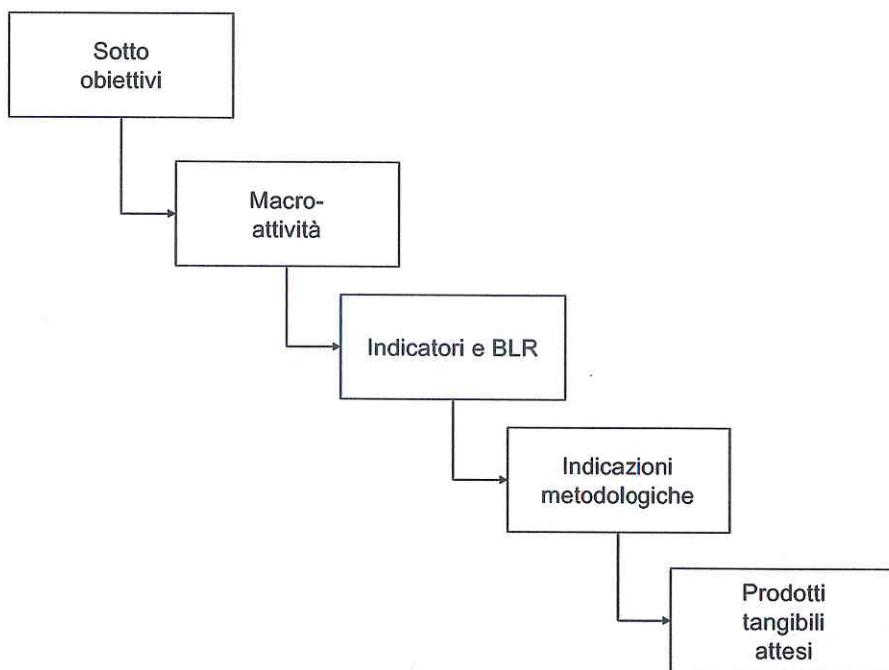
In un secondo momento, l'offerta di reinserimento potrebbe essere estesa anche ad una fascia più ampia di utenti Ser.T., ossia a tutti coloro che riescono a raggiungere un equilibrio di funzionamento e uno stato di "pulizia" dalle sostanze tali da consentire loro una possibilità di orientamento al lavoro; si pensi ai soggetti in dimissione dai percorsi comunitari classici e a quanti hanno portato avanti con successo programmi di trattamento integrato presso il Ser.T. (percorsi comprensivi di terapia farmacologica sostitutiva, interventi sociali, colloqui psicologici individuali e attività di gruppo).

## N. 15 SOTTO OBIETTIVI SPECIFICI

Vengono di seguito elencati i sotto obiettivi specifici, cioè i risultati attesi del progetto .

1. Ripristino dell'operatività del Centro Diurno Terapeutico
2. Selezione dei pazienti drug-free e loro inserimento in percorsi terapeutici e/o di sostegno individuali e di gruppo, orientati ad interventi di costruzione della motivazione al cambiamento e di prevenzione secondaria e terziaria
3. Realizzazione del percorso di trattamento psico-terapeutico, altamente specialistico e di breve durata, in tutte le fasi previste dal programma (pre-trattamento, trattamento intensivo e post-trattamento).
4. Progettazione e realizzazione in rete con Enti pubblici e del privato sociale di percorsi di reinserimento socio-lavorativo dell'utenza che ha completato il percorso di riabilitazione.
5. Realizzazione di interventi di prevenzione primaria nelle scuole del territorio provinciale, rivolti direttamente a familiari e corpo docente, indirettamente alle fasce giovanili.

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.







### 15.1 SOTTO OBIETTIVI, MACRO-ATTIVITA' E INDICATORI

N° SOTTO OBIETTIVI SPECIFICI	MACROATTIVITÀ	INDICATORI	BLR
1 Ripristino dell'operatività del Centro Diurno Terapeutico	<p>Reperimento di una struttura abitativa adeguata per consentire la ripresa integrale del trattamento e di tutte le attività in esso previste. E' necessaria la disponibilità di almeno n. 2 ambulatori psicologici, n. 2 servizi igienici, n. 1 stanza per terapia di gruppo, n. 1 stanza per attività di segreteria, n. 1 stanza per l'area comune, n.1 stanza per attività laboratoriali.</p> <p>Occorrono anche attrezzature per segreteria (materiali vari, supporti audiovisivi, pc e software per elaborazione dati), e per allestimento laboratori (comprensivi di rete internet e intranet)</p>	n. 1 contratto di affitto di una struttura abitativa	Struttura abitativa di almeno 100/120 mq
2 Selezione dei pazienti drug-free e loro inserimento in percorsi terapeutici e/o di sostegno individuali e di gruppo, orientati ad interventi di costruzione della motivazione al cambiamento e di prevenzione secondaria e terziaria	<p>Valutazione multidisciplinare dei pazienti da inserire nei programmi offerti dal CDT, da parte di un'equipe multiprofessionale costituita da operatori del Ser.T. e operatori del CDT</p>	- Numero di soggetti coinvolti sul totale dei pazienti ambulatoriali del Ser.T.  - Numero di riunioni d'equipe	Almeno 1/4 dei paz ambulatoriali Ser.T.  Almeno 2 al mese
3 Realizzazione, nel CDT, del percorso di trattamento psicoterapeutico, altamente specialistico e di breve durata, in tutte le fasi previste dal programma (pre-trattamento, trattamento intensivo e post-trattamento)	<p>Presa in carico e inserimento degli utenti selezionati nella fase di pre-trattamento; avvio e realizzazione della fase di trattamento intensivo di gruppo; definizione della fase di post-trattamento e uscita dell'utente.</p>	Numero soggetti che intraprendono il percorso semiresidenziale sul totale dell'utenza presa in carico dal Centro Diurno Terapeutico	Almeno 1/2 del totale degli utenti gestiti dal CDT



trattamento).

4	Progettazione e realizzazione in rete con Enti pubblici e del privato sociale di percorsi di reinserimento socio-lavorativo dell'utenza che ha completato il percorso di riabilitazione.	Stesura di protocolli operativi con Enti Locali e agenzie formative; Organizzazione di laboratori, tirocini formativi e stages professionali; conseguente collocamento lavorativo degli utenti; realizzazione di attività produttive.	- - -	Numero Enti/Agenzie coinvolti  Numero stages/laboratori formativi realizzati  Numero soggetti coinvolti nel mondo del lavoro sul totale di quelli che hanno raggiunto il completamento del percorso di riabilitazione.	Almeno 3 Enti/Agenzie  Almeno 5 stages  Almeno 1/3 del totale dei pz. che hanno completato il percorso di recupero.
5	Realizzazione di interventi di prevenzione primaria nelle scuole del territorio provinciale.	Programmazione e realizzazione di interventi in alcune scuole del territorio, rivolti direttamente a familiari e al corpo docente (finalizzati al miglioramento delle competenze genitoriali agenti come "fattori protettivi" dal disagio e all'acquisizione di una maggiore consapevolezza circa la percezione del rischio); la ricaduta del corso si avrà, indirettamente, sulle fasce giovanili di studenti	- - -	Numero docenti coinvolti  Numero familiari partecipanti  Numero classi coinvolte sul totale della popolazione studentesca del comprensorio aquilano	Almeno n. 10 docenti  Almeno n. 30 familiari  Almeno n. 10 classi



#### 15.4 WTA WORK TASK ASSIGNMENT – ASSEGNAZIONE DEI COMPITI PRINCIPALI

---

##### Soggetto **Compiti principali**

- DPA**
- Ente Committente
  - Direzione e coordinamento generale
  - Controllo e verifica del progetto generale sia per la rendicontazione di risultato che della rendicontazione finanziaria.
- 

- Gruppo di coordinamento tecnico scientifico**
- Elabora le linee di indirizzo e coordinamento generale
  - Indirizza le attività di valutazione in progress ed ex post
  - Fornisce supporto tecnico al DPA
- 

- Gruppo Multidisciplinare Consultivo**
- Fornisce pareri indicazione e orientamenti sull'intero progetto
- 

- Regione Abruzzo**
- Ente Affidatario
  - Coordinamento operativo delle varie attività di progetto
  - Partecipazione al gruppo di coordinamento tecnico scientifico
  - Acquisizione ed Amministrazione del Finanziamento
  - Rendicontazione delle spese al DPA
-



---

**ASL 1**

**Avezzano-L'Aquila-Sulmona,  
UOC Ser.T. L'Aquila**

- Realizzazione esecutiva delle fasi del progetto:
    - Reperimento della sede per il C.D.T.
    - Selezione utenti e inserimento nel percorso di trattamento
    - Realizzazione del trattamento intensivo breve
    - Costruzione e avvio del reinserimento socio-lavorativo in rete con Enti pubblici e del privato sociale.
  
  - Partecipazione al gruppo di coordinamento tecnico scientifico
  - Rendicontazione delle spese alla Regione Abruzzo
-



## 16.0 SCHEDULING

### 16.1 ARTICOLAZIONE IN FASI TEMPORALI E ATTIVITA'

**INIZIO PREVISTO: Maggio 2010**  
**durata totale prevista (gg): 365 giorni**

Possibile rifinanziamento in base ai risultati raggiunti e al giudizio del DPA.

Fasi	Macro attività previste	Durata
1 Start-up	Reperimento di una struttura abitativa adeguata e acquisizione di tutte le attrezzature necessarie per consentire la ripresa integrale del trattamento e di tutte le attività in esso previste.	1 mese
2 Operatività della struttura semiresidenziale	Selezione dei pazienti drug-free e loro inserimento in percorsi terapeutici e/o di sostegno individuali e di gruppo, orientati ad interventi di costruzione della motivazione al cambiamento e di prevenzione secondaria e terziaria, presso il CDT	2 mesi
3 Trattamento intensivo	Realizzazione del percorso di trattamento psicoterapeutico in tutte le fasi previste dal programma (pre-trattamento, trattamento intensivo e post-trattamento)	9 mesi
4 Reinserimento socio-lavorativo	Stesura di protocolli d'intesa con Enti Locali e agenzie formative; organizzazione di laboratori, tirocini formativi e stages professionali; conseguente collocamento lavorativo.	6 mesi
5 Prevenzione primaria	Programmazione, realizzazione e verifica degli interventi nelle scuole del territorio provinciale, rivolti direttamente a familiari e corpo docente, (per potenziare quelle competenze fondamentali agenti da fattori protettivi contro il disagio), e indirettamente agli studenti.	6 mesi

**NOTA.**

Si precisa che le azioni progettuali non sono consecutive, ma sovrapponibili nel tempo, in considerazione del fatto che il progetto ha una durata annuale.



VALUTAZIONE (milestones)																																																										
REPORT RISULTATO																																																										
RENDICONTAZI ONE FINANZIARIA																																																										



## 17.0 AGENDA REPORTING

SIGLA REPORT	DATA PREVISTA	TIPO DI RAPPORTO
RR1	Dopo 6 mesi	Report in progress, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati riguardante i risultati tecnici ottenuti
RR2	Dopo 12 mesi	Report finale, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati, riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF1	Dopo 6 mesi	Rendicontazione finanziaria primo semestre
RF2	Dopo 12 mesi	Rendicontazione finanziaria finale

## 19.0 RISORSE E PIANO FINANZIARIO

Il budget totale previsto per le attività di progetto è stabilito a favore dell'Ente affidatario ed è pari ad un finanziamento omnicomprendivo di **€ 300.000,00 (trecentomila euro)** per sostenere le spese di realizzazione così come previste e riportate nel piano finanziario del progetto, ripartito secondo le seguenti quote:

**BENI (Inventariabili e di consumo): € 143.665,00**

(affitto locali, vettura per trasporto utenti, stick salivari e urine, etilometro e tubi monouso etil., sfigmomanometro, kit salvavita, valigetta pronto soccorso, defibrillatore, cancelleria, materiale laboratorio teatrale ed artigianale, tappetini attività fisica, materiale e strumentazione audio-video per spazi didattici e laboratori, dvd per cineteca, videoproiettore, tv color, lettore DVD, PC desktop + monitor, impianto Hi Fi, stampante, collegamento ADSL, sedie, scrivania, tavoli, librerie, cassettiere, mobili porta PC, divanetti, sedie scrivania, macchinari per la stampa digitale)

**SERVIZI E FORMAZIONE: € 85.335,00** (attività seminariali, convention regionali e nazionali dei gruppi anonimi- A.A. e N.A., attività sportive per utenti, attività didattiche e teatrali, corsi di formazione e laboratori professionali per utenti - web-design e grafica digitale, stampa professionale, corsi di formazione ed aggiornamento per operatori, ecc.)

**PERSONALE A CONTRATTO: € 23.000,00** (operatore tecnico-amministrativo, psicometrista)  
(il costo degli operatori addetti alla formazione è compreso nella voce "SERVIZI E FORMAZIONE")

**MISSIONI: € 2000,00**

**RIMBORSI: € 15.000,00** (consulenze straordinarie)

**COSTI GENERALI DI GESTIONE: € 31.000,00** (mensa; utenze; coperture assicurative per locali, utenti ed autovettura; benzina; manutenzione ordinaria)

**TOTALE € 300.000,00**

I riparti di cui sopra sono indicativi.

Sono esclusi finanziamenti a favore di personale di ruolo.





### **19.1 QUOTE DI FINANZIAMENTO PREVISTE**

Il finanziamento verrà erogato dopo la registrazione da parte dell'organo di controllo del decreto di approvazione dell'Accordo di Collaborazione e del relativo impegno di spesa e sarà così ripartito:

1. un importo pari al 50% dopo l'approvazione da parte del Dipartimento del progetto esecutivo e il ricevimento della lettera di "avvio attività";
2. l'ulteriore 50% del finanziamento verrà erogato dopo sei mesi dall'inizio delle attività e a fronte della valutazione positiva da parte del Dipartimento dei risultati raggiunti e della rendicontazione finanziaria del primo semestre di attività che dovrà dimostrare l'effettiva spesa sostenuta e il completo utilizzo del budget assegnato con la prima tranche del finanziamento inviata dall'ente affidatario;

### **19.3 PROROGHE ALLE ATTIVITA' DI PROGETTO E ALL'UTILIZZO DEI FINANZIAMENTI**

L'attività di progetto potrà essere oggetto di proroga dietro richiesta dell'ente affidatario, contestuale valutazione positiva e formale autorizzazione del Dipartimento Politiche Antidroga, fermo restando la quota di finanziamento prevista ed esistendo condizioni tali da giustificare tale proroga anche in relazione ad un aumento o ad un consolidamento dei risultati ottenuti.

F.to Il Responsabile CDT  
Dott.ssa Maria Lisa Marianella

F.to Il Direttore UOC Ser.T.  
Dott.ssa Daniela Spaziani