



<b>1. TITOLO DEL PROGETTO</b> <b>FILO'</b>  Progetto per la sperimentazione di un programma residenziale innovativo, breve e strategico per minori/adolescenti <b>tossicofili</b>
<b>2. AREA DI INTERVENTO DEL PROGETTO</b>  Area Minori/Famiglia Area Dipendenze
<b>3. ENTE GESTORE DEL PROGETTO</b>  Ente: Associazione Comunità Giovanile ONLUS Città: Conegliano Provincia: Treviso Fax: 043864927 Via: Ortigara 133 Cap. 31015 Telefono: 043860025 E-mail: info@comgiova.it
<b>4. RESPONSABILE DEL PROGETTO</b>  Cognome: Becagli Nome: Alessandro  <b>QUALIFICA: PEDAGOGISTA/EDUCATORE – RESPONSABILE DI STRUTTURA</b>
<b>5. AREA TERRITORIALE NELLA QUALE VERRÀ REALIZZATO L'INTERVENTO</b>  Regione del Veneto
<b>6. E' LA CONTINUAZIONE DI UNA PRECEDENTE ESPERIENZA?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO Sviluppo e implementazione per finalità di sperimentazione del progetto "La Zattera - Servizio Innovativo di di Accoglienza per Minori/Adolescenti tossicodipendenti"
<b>7. PREMESSA</b>  Tutte le azioni sperimentali messe in campo in questi anni dalla Regione del Veneto ed affidate all' Associazione Comunità Giovanile di Conegliano nei confronti dei minori tossicodipendenti, hanno dato la possibilità di avviare collaborazioni innovative tra Servizi pubblici diversi (Ser.D. e Tutela Minori) e tra gli stessi ed il Privato Sociale, contribuendo così all'integrazione di approcci e "vision" diversi, propri dell'ambito d'intervento dell'area tutela minorile e di quello delle dipendenze. La realizzazione, nel corso dell'anno 2013, del progetto "La Zattera - Servizio

Innovativo di Accoglienza per Minori/Adolescenti tossicodipendenti” da una parte, l'evoluzione del fenomeno del consumo delle sostanze nei minori/adolescenti dall'altra, stanno aprendo orizzonti nuovi e ponendo nuove sfide rispetto alla necessità/possibilità di attivare percorsi e risposte pertinenti al particolare e delicato target quale quello dei minori. Infatti sempre più la Comunità Giovanile è sollecitata da richieste di Ser.D., Servizi per la Tutela e Servizi per l'Età Evolutiva per l'inserimento in struttura di:

- minori/adolescenti cosiddetti “tossicofili”, che usano sostanze ma che non hanno ancora una diagnosi chiara di tossicodipendenza per i quali risulta difficile l'invio, l'aggancio, la valutazione e la tenuta del programma da parte del Servizio per le Dipendenze e di altri servizi interessati (es: Servizio Tutela, Età evolutiva, Consultorio, ecc);
- minori/adolescenti che già sono in una struttura residenziale educativa ma che nel frattempo hanno iniziato ad usare sostanze e necessitano quindi di un approccio appropriato, che risponda sia ai bisogni di controllo, cura e trattamento terapeutico/riabilitativo del singolo interessato, sia ai bisogni di tutela della comunità educativa e degli altri minori ospiti.

Come evidenziato dai dati raccolti e relativi all'attività residenziale nei confronti dei minori/adolescenti già tossicodipendenti, la sperimentazione effettuata finora ha messo in evidenza la necessità e la possibilità di coniugare la rapidità dell'inserimento, la pertinenza dell'intervento sulla dipendenza e, infine, **la possibilità di attuare programmi brevi, strategici e progressivi, al fine di lavorare sulla reale motivazione al cambiamento.**

E' su questo aspetto importante che vanno ripensati i criteri relativi alla strutturazione di un servizio specialistico residenziale per minori/adolescenti sia tossicodipendenti, ma anche e soprattutto tossicofili, ovvero che usano e abusano di sostanze ed alcol, quindi esposti a forte rischio di disagio personale, socio-relazionale e di tossicodipendenza.

Il presente progetto come implementazione, evoluzione e riproposizione aggiornata del progetto “La Zattera” (già attivo e funzionante per l'accoglienza, la valutazione e l'orientamento terapeutico dei minori/adolescenti tossicodipendenti), risponde appieno ai nuovi bisogni legati alla protezione, cura e trattamento dei minori/adolescenti tossicofili, ovvero che usano sostanze, non ancora tossicodipendenti, ma palesemente a rischio di diventarlo, nonché ai bisogni di valutazione integrata, accompagnamento orientamento delle loro rispettive famiglie.

Al fine di delineare con maggior precisione la natura del target di progetto, si specifica di seguito che cosa si intende con il termine tossicofilia: *“...la tossicofilia è associata a persone interessate a sperimentare e gestire razionalmente gli effetti delle sostanze che consumano...Ci possono essere diversi tipi di tossicofilia: una prima modalità è legata al condizionamento e alla mediazione di un contesto interpersonale molto significativo per l'individuo: a questo proposito, sono molti gli addetti ai lavori che concordano nell'affermare che l'abbinamento ecstasy-discoteca può rappresentare un esempio emblematico di questa tipologia di tossicofilia. Particolarmente, oggi, a causa del pericoloso espandersi delle tossicomanie, specie tra i giovani, le tendenze tossicofile sono oggetto di molta attenzione. L'obiettivo è quello di capirne i meccanismi e le cause: ci si interroga sui meccanismi e gli interventi più efficaci che mettano i servizi e gli operatori coinvolti in condizione di attuare valide misure di prevenzione all'uso delle*

droghe.

*Nella letteratura scientifica riscontriamo ampio consenso nel sostenere come nei giovani intervengano spinte di carattere sociale e culturale, che spesso assumono connotati di protesta autolesiva nei confronti di un sistema prestabilito di valori, molto distanti dal proprio sistema di riferimento. Possiamo tuttavia confermare che fino ad oggi non è possibile, a livello individuale, riuscire a caratterizzare in modo univoco la personalità tossicofila. Se talvolta emergono immaturità, narcisismo, insicurezza e intolleranza verso le frustrazioni e i limiti, altre volte non si colgono i tratti di personalità in grado di determinare la propensione all'uso delle sostanze, quindi ad una condizione di tossicofilia...(Procatelli, Savoldelli, Rivera, Minori e sostanze psicotrope. Analisi e prospettive dei processi riabilitativi, Franco Angeli).*

E' evidente inoltre che la tossicofilia in età adolescenziale è molto condizionata da fattori diversi, personali, ambientali, sociali e soprattutto dalla tipologia e diffusione di alcuni tipi di sostanze che meglio alimentano protendono a sviluppare tale condizione. Si tratta di sostanze che sono di facile reperimento, considerate "erroneamente" leggere in quanto non creano (almeno non fin da subito) dipendenza fisica, usate spesso in contesti gruppalì e in situazione di divertimento collegato allo "sballo". Nello specifico si tratta di: Cannabis, Anfetamine, MDMA e simili, Cocaina, Sostanze sintetiche (Lsd, Ketamina, Ghb, ecc... Sono queste le sostanze ricercate e usate dagli adolescenti tossicofili e questo fenomeno è in crescente aumento, come dimostrano i dati sul consumo di sostanze rilevati dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR Italia:

*Sono ben 16mila gli studenti minorenni già schiavi dell'eroina; oltre 55mila fanno uso costante di cocaina, una massa di 520mila ragazzi fuma spinelli, di cui 75mila tutti i giorni o quasi. Sono alcuni dei dati del rapporto Espad, elaborato dall'Istituto Cnr per l'Italia. "Nel 2013 - spiega la responsabile della ricerca, Sabrina Molinaro - i consumi sono ripartiti dopo lo stop seguito alla legge del 2006. Segno che la politica di prevenzione sul territorio non funziona come dovrebbe". Preoccupa il dato legato all'eroina, che vede 16mila consumatori under 19 che "ne fanno uso almeno 10 volte al mese", anche se ormai più che la classica iniezione la sostanza si fuma o si sniffa, "soprattutto - spiega l'esperta all'agenzia Agi - per usarla come sedativo dopo il weekend di sballi con gli eccitanti". Degli oltre mezzo milione di ragazzi che fuma spinelli, ben 132mila sono "consumatori problematici". "L'uso di cannabis torna a crescere - avverte Molinaro - nel 2007 sono scesi al 22%, poi il 21: nel 2013 il dato è schizzato al 24,7%". Altri dati allarmanti sono quelli relativi alle droghe sintetiche: nel 2013 sono stati 66mila gli adolescenti che hanno fatto uso di stimolanti (di questi 20mila ne hanno fatto un uso frequente) e 60mila di allucinogeni (19mila frequentemente), dato anche questo in crescita rispetto agli ultimi anni, (con il boom registrato nel 2006 con l'ecstasy). "I dati - riassume l'esperta - ci dicono insomma che non bisogna abbassare la guardia. Crescono soprattutto i consumi occasionali, il che significa che le sostanze sono facilmente disponibili sul territorio, e questo elemento è preoccupante" (Cfr.: Rapporto Espad-Italia - European school survey on alcohol and other drugs), realizzato dal **Reparto di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari** dell'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa (Isc-Cnr).*

L'incremento del numero di minori e adolescenti tossicofili e/o tossicodipendenti che consumano sostanze è anche confermato dai dati degli utenti in carico presso i Servizi per le dipendenze con la sostanza primaria rilevata all'anamnesi del tipo Cannabis.

Spesso, nei continui scambi professionali con altre comunità e/o i Servizi per le Dipendenze si evidenzia un costante e progressivo aumento di minori/adolescenti che, presi in carico, presentano come prioritario il consumo problematico (quindi non occasionale) di cannabis e altre sostanze "ricreative". Solo a titolo esemplificativo, si riportano di seguito i dati sull'utenza in carico della fascia di età 15-24 del Ser.D. di Conegliano (Az. Ulss 7) nel periodo 2009-2013, dati che sono esemplificativi di come il fenomeno dell'aumento del consumo di cannabis nei minori/adolescenti è in continuo aumento

**Dati utenti minori/adolescenti 15-24 anni in carico  
Ser.D. di Conegliano – Az. ULSS 7**

Anno	Totale utenti in carico	Totale utenti in carico per sostanza primaria Cannabis
2009	98	24
2010	113	37
2011	96	39
2012	95	53
2013	102	62

*I dati del Ser.D. di Conegliano dimostrano come ad un costante numero di utenti presi in carico nell'anno, si verifica invece un progressivo e costante aumento di coloro che usano cannabis.*

La natura del progetto di tipo "breve e strategico" (congiuntamente alla presa in carico residenziale precoce) costituisce quindi una importante azione e risorsa:

- sia per i Servizi territoriali (Ser.D., Età Evolutiva, Tutela, Consultorio, ecc.) al fine di inviare precocemente minori/adolescenti tossicofili, a rischio di tossicodipendenza, che spesso non tengono la continuità della presa in carico territoriale e non dismettono l'uso delle sostanze (cannabis, alcol, Mdma, ecc);
- sia per le famiglie, spesso impotenti di fronte ai comportamenti devianti dei figli, che trovano ascolto e appoggio concreto dato dalla possibilità di "affidare" temporaneamente il proprio figlio alla struttura e trovare la giusta distanza e il giusto "ristoro" utile a ristabilire equilibrio dei ruoli e della comunicazione intra ed extra familiare;
- sia per i minori/adolescenti, per permettere loro l'interruzione dell'uso delle sostanze e favorire l'emersione dei tratti di personalità che potrebbero, se non trattati precocemente, sfociare in disturbi.

Inoltre, ma non di minore importanza, con il progetto è possibile prevedere anche un risparmio per la collettività rispetto ai costi sanitari e sociali per soggetti che facilmente potrebbero passare dalla tossicofilia alla tossicodipendenza. Infatti è dimostrato come la presa in carico precoce, breve e strategica, riduce la possibile cronicizzazione in soggetti sensibili rispetto all'uso delle sostanze.

I dati raccolti nel periodo 2010-2012 sui minori/adolescenti tossicodipendenti trattati in Comunità Giovanile dimostrano:

- una alta tenuta al trattamento, con una percentuale di soggetti che terminano il percorso terapeutico del 46% per i maschi e del 52% per le femmine;
- una alta percentuale (circa l'80%) di soggetti (n. 16) che richiamati ad un follow-up qualitativo sugli esiti a distanza di 2 anni dal termine del trattamento residenziale non sono ricaduti nell'uso delle sostanze e hanno e hanno mantenuto buone performance sul versante delle relazioni sociali, familiari, scolastiche e/o lavorative.

Oltre alla riduzione della cronicizzazione della tossicodipendenza, è prevedibile che le azioni previste dal progetto abbiano una ricaduta positiva non solo sui bisogni di salute dei soggetti interessati, ma anche per l'intera collettività, in quanto tale riduzione diminuisce i costi a carico della collettività.

Il calcolo dei costi di un tossicodipendente attivo che gravano sulla collettività è un'operazione complessa, che deve considerare innumerevoli variabili. Uno studio curato da Serpelloni, Candio, Zusi, elenca le principali aree di costo e le specifiche voci da tenere in considerazione per calcolare tali costi:

**Attività criminali:** Acquisto di sostanze stupefacenti; Danni causati alla società civile (patrimonio, persona); Costi/perdite derivanti dal riciclo di denaro sporco - **Attività delle forze dell'ordine:** Organico destinato alla lotta alla droga e tempo dedicato; Costi strutturali e mezzi (veicoli, intercettazioni, etc.) - **Tribunale e prefetture:** Personale impiegato e ore dedicate; Costi strutturali e mezzi; Esubero di pratiche e conseguente ritardo nella risoluzione delle altre pratiche - **Carcere:** Costi di mantenimento dei detenuti in carcere; Costi per le strutture suppletive (misure alternative alla detenzione in carcere); Costi dell'attività sanitaria in carcere - **Prevenzione e assistenza sanitaria:** Assistenza dei servizi per le tossicodipendenze; Assistenza residenziale in comunità terapeutiche; Assistenza per patologie correlate (HIV, HBV, HCV); Ospedalizzazione; Interventi territoriali urgenti (ambulanza e Pronto Soccorso); Progetti di prevenzione - **Assistenza sociale:** Sportelli di informazione e prevenzione; Attività di reinserimento (rete sul territorio per l'assistenza al paziente e alle famiglie); Pensione di invalidità e contributi sociali - **Perdita capacità produttiva:** Morte prematura e parziale invalidità del soggetto; Mancato reddito parziale o totale - **Costi familiari:** Risorse economiche e tempo per assistere il familiare; Piccoli furti, rapine, scippi a danno del nucleo familiare; Perdita di produttività - **Costi intangibili:** Sofferenza  
(cfr.: Candio, Zusi, Serpelloni, Costo sociale del fenomeno della tossicodipendenza, Cap. 4 del Manuale: Analisi economica dei Dipartimenti per le Dipendenze, [www.dronet.org](http://www.dronet.org), 2006).

Dall'elenco delle variabili sopra citate si evince come la quantificazione in denaro dei costi sociali e sanitari di un tossicodipendente sia un'operazione oltre che complessa anche difficile da realizzare. Nel 2007 è stata svolta una ricerca da parte del Ceis di Belluno su una popolazione target (tossicodipendenti attivi) delle provincie di BL, TV e VI. La ricerca ha dimostrato che mediamente il costo sociale di un tossicodipendente attivo è di circa Euro 510 al giorno (cfr. IO Sociale, con il patrocinio della Provincia di Treviso, [www.iosociale.com](http://www.iosociale.com)).

L'importanza di attivare interventi di recupero, il più precocemente possibile, è stato anche ribadito e raccomandato dal Dipartimento Nazionale delle Politiche Antidroga con la Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze 2012:

*Il sistema delle dipendenze in Italia, per quanto riguarda gli aspetti socio sanitari nel loro complesso, è stimabile che abbia un costo di circa 1,65 miliardi all'anno e che permetta di mettere in trattamento circa il 40% dei tossicodipendenti aventi bisogno. La maggior parte di queste persone (circa l'80%), durante il trattamento, sospende l'uso di sostanze e, in una quota oscillante tra il 50% e il 60%, è occupato professionalmente, producendo, in questo modo, benefici diretti (valorizzabili in senso monetario) estremamente importanti e rilevanti dipendenti soprattutto dalla cessazione della spesa quotidiana per l'acquisto della droga (con cessazione del flusso di denaro alle organizzazioni criminali) e dalla ripresa della produttività economica individuale che consentirà loro una vita autonoma. In caso contrario invece e cioè di non trattamento*

*della dipendenza patologica questi costi diventerebbero inevitabilmente costi per lo Stato e fonti di finanziamento per le organizzazioni criminali. L'equazione è molto semplice ma estremamente efficace e vera. I costi socio-sanitari, quindi, per la prevenzione, cura e riabilitazione devono essere visti come dei veri e propri "investimenti" sia per evitare che nuove persone si ammalinino e perdano autonomia e produttività che alimentano il crimine per le loro necessità cliniche, sia per recuperare forze e potenzialità soprattutto giovanili (che in altro modo andrebbero perdute e diventerebbero generatori di costi oltre che di sofferenze) e una loro riduzione comporterebbe costi aggiuntivi evitabili nel breve, medio e lungo termine, che nessuno Stato vorrebbe sostenere.*

*E' necessario pertanto, incrementare la quota delle persone tossicodipendenti in trattamento, riducendo quindi quella degli aventi bisogno e che non sono ancora entrati in terapia, attraverso un aumento delle strutture in grado di fornire offerte terapeutiche valide, sia ambulatoriali che residenziali, perché è stato dimostrato che il rapporto costi/benefici, in questo caso, è estremamente vantaggioso avendo valori che oscillano tra 1/6 e 1/8.*

*(cfr. Presidenza del Consiglio dei Ministri- DPA, Relazione al parlamento sulle tossicodipendenze 2012-2013 (primo semestre).*

**In sintesi, il progetto si sviluppa come specifica sperimentazione e qualificazione dell'attività residenziale della Comunità Giovanile per rispondere ai particolari bisogni dei minori/adolescenti tossicofili fortemente esposti al rischio ed ai danni dovuti all'uso delle sostanze e della tossicodipendenza.**

#### **8. FINALITA' GENERALI**

1. Offrire ai servizi territoriali una soluzione residenziale "breve e strategica" per i casi di minori/adolescenti tossicofili a forte rischio di passare ad una situazione di tossicodipendenza conclamata.
2. Sperimentare un idoneo programma residenziale per i casi minori/adolescenti tossicofili
3. Prevenire l'instaurarsi della tossicodipendenza e la diffusione delle patologie correlate

**9. OBIETTIVI SPECIFICI CON DESCRIZIONE DEI RISULTATI ATTESI**

Obiettivi	Indicatori	
	Output ( <i>prodotto</i> )	Outcome ( <i>risultato</i> )
<b>A.</b> Garanzia di protezione e astinenza dall'uso dalle sostanze in ambiente residenziale protetto	<b>A.</b> ---	<b>A.</b> n. utenti che riescono a mantenere l'astinenza e/o ad disintossicarsi /n. utenti tot (min. 70%)
<b>B.</b> Aumento dell'efficacia delle azioni diagnostiche specialistiche in situazione residenziale	<b>B.</b> Relazione diagnostica	<b>B.</b> n. utenti sui quali si completa il percorso diagnostico/n. utenti tot (min. 60%)
<b>C.</b> Riduzione dei rischi collegati alla tossicodipendenza nei minori/adolescenti tossicofili	<b>C.</b> Procedure/Programma per l'accoglienza e il trattamento breve e strategico di minori/adolescenti tossicofili	<b>C.</b> n. utenti tossicofili trattati/n. richieste pervenute (90%)
<b>D.</b> Garanzia della valutazione e dell'accompagnamento/sostegno per i genitori/familiari dei minori/adolescenti trattati	<b>D.</b> ---	<b>D.</b> n. famiglie prese in carico/n. utenti singoli presi in carico (min. 85%)
<b>E.</b> Garanzia dell'orientamento terapeutico collegato e ancorato alla valutazione diagnostica	<b>E.</b> Relazione finale di valutazione	<b>E.</b> n. utenti per i quali viene formulato un programma terapeutico e restituito al Servizio inviante /n. utenti tot. (min. 50%)
<b>F.</b> Garanzia di maggior collegamento e armonizzazione delle azioni volte alla tutela minorile per i casi interessati ( <b>minori di età</b> ) con le specificità di intervento sull'uso delle sostanze	<b>F.</b> n. PEI prodotti/n. minori accolti (70%)	<b>F.</b> n. servizi tutela coinvolti/n. <b>casi di minori</b> presi in carico (min. 80%)
<b>G.</b> Garanzia di tutela del minore che, come tossicofilo e/o tossicodipendente, si viene a trovare in una situazione di pregiudizio o di rischio di pregiudizio	<b>G.</b> ---	<b>G.</b> n. minori tossicofili e/o tossicodipendenti accolti/n. di richieste pervenute (90%)

**10. TARGET E NUMERO PREVISTO DI SOGGETTI DA COINVOLGERE**

**Minori/Adolescenti della fascia di età 15-24 anni, tossicofili inviati dai Ser.D. della Regione del Veneto congiuntamente ad altri Servizi territoriali interessati (Servizio Tutela Minori, Servizio Età Evolutiva, Consultorio, USSM,) – Min. 35 in un anno,**

**corrispondenti a circa 3150/anno giornate di assistenza residenziale (una media calcolata di 90 giorni di presa in carico breve e strategica per ogni utente).**

**Ricompresi** nell'intero gruppo target anche:

- Minori tossicofili o tossicodipendenti affidati dal Tribunale per i Minorenni con provvedimento di collocamento obbligatorio in struttura – Max. 2 utenti trattati contemporaneamente
- Minori tossicofili o tossicodipendenti con reati collegati all'uso di sostanze in situazione di misura cautelare e/o di messa alla prova e seguiti dall'USSM – Max. 2 utenti trattati contemporaneamente

Famiglie di tutti gli utenti accolti e trattati

#### **11. TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DIVISI PER CIASCUNA ANNUALITÀ**

**Il progetto ha durata annuale dal momento della sua approvazione formale da parte degli organi/enti competenti.**

**Le fasi specifiche di realizzazione sono le seguenti:**

- a) Adeguamento delle procedure e dei regolamenti alle esigenze del presente progetto: entro il 1° mese dall'avvio
- b) Addestramento/formazione del personale dell'equipe per le esigenze del progetto: entro il 2° mese dall'avvio
- c) Accoglienza e assistenza residenziale a favore dei soggetti target: intero periodo di progetto - 12 mesi
- d) Programmazione e attuazione delle azioni di stabilizzazione delle procedure attuate, delle innovazioni sperimentate e delle risorse impiegate al fine rendere fruibile un servizio idoneo e pertinente al target interessato – dal 7° al 12° dall'avvio del progetto
- e) Verifica in itinere e finale delle attività, procedure ed esiti: al 6° mese verifica intermedia; a scadenza del 12° mese verifica finale

#### **12. METODOLOGIE E AZIONI ADOTTATE PER CIASCUN OBIETTIVO SPECIFICO**

##### **A. Garanzia di una protezione e astinenza dall'uso dalle sostanze in ambiente residenziale protetto.**

L'offerta di una **protezione residenziale** permette, per un tempo limitato e concordato, di far fare una **esperienza a minori di astensione totale dall'uso delle sostanze ed alcol e giovani** adulti che, dal momento del loro incontro con le sostanze (di solito tra i 13 e 15 anni), non riescono a dismettere l'uso, neanche quando presi in carico dal Ser.D. Infatti gli operatori dei servizi per le dipendenze sempre più spesso incontrano difficoltà nella tenuta della presa in carico con il Servizio ma soprattutto, quand' anche questa avviene, nel cercare di far cessare e l'uso delle sostanze, soprattutto quando trattasi di Cannabis, di MDMA, Ketamina, ecc. La struttura residenziale per propria specifica competenza e le modalità di tutela e protezione previste dal progetto non permettono il reperimento e l'uso delle sostanze anche a soggetti giovani tossicofili che - per propensione personale e poca stima dei danni - sono in una



fase della vita nella quale la ricerca e l'uso delle sostanze sono vissuti come esperienze positive.

**In tale senso sono previste delle verifiche dello stato tossicologico a mezzo di analisi delle urine settimanali/bisettimanali.**

**B. Aumento dell'efficacia delle azioni diagnostiche specialistiche in situazione residenziale**

I processi diagnostici sui minori e gli adolescenti sono resi particolarmente complessi per l'evoluzione delle caratteristiche di personalità dei soggetti in crescita. Quando ci si trova di fronte all'uso di sostanze e al conflitto familiare scaturito dai comportamenti devianti e spesso collegati all'uso stesso, risulta ancora più complesso per i servizi territoriali garantire una continuità della presa in carico, e avere la possibilità di eseguire una valutazione diagnostica scevra da interferenze dovute ai conflitti e alla alterazione derivata dall'uso delle sostanze. Collegata quindi al precedente obiettivo, la possibilità di una presa in carico globale, ad impatto relazionale "forte" (vista la presa in carico continuativa sulle 24 ore), permette, **una volta raggiunta l'astensione dall'uso delle sostanze, di eseguire una diagnosi maggiormente precisa e attendibile. La diagnosi** inoltre si avvale non solo della indispensabile competenza di professionisti idonei per tale scopo (come il medico/psichiatra, il medico tossicologo e lo psicoterapeuta), ma anche di tutta una serie di variabili osservative sui comportamenti da parte degli educatori che vivono il quotidiano costantemente a contatto con i ragazzi.

**La diagnosi viene svolta da tutta l'equipe multi professionale.**

**C. Riduzione dei rischi collegati alla tossicodipendenza nei minori/adolescenti tossicofili.**

Proporre in maniera "immediata" una presa in carico residenziale "breve e strategica" per il target tossicofili che offra una possibilità di ridurre i rischi di un aggravamento della situazione su soggetti sensibili quali i minori/adolescenti. Ciò si configura anche come intervento di prevenzione secondaria (o indicata) che oltre ad evitare la "cronicizzazione" dell'uso, dell'insorgenza di patologie correlate e di comportamenti devianti, permette di attuare una protezione/ tutela del minore/adolescente.

**D. Garanzia della valutazione e dell'accompagnamento/sostegno per i genitori/familiari dei minori/adolescenti trattati**

Come per i singoli soggetti target, viene eseguito sui familiari un percorso di valutazione tramite colloqui (circa 3 durante il primo periodo) da parte di una psicoterapeuta con formazione sistemico/relazionale. I familiari sono "accompagnati" nella fase di orientamento e motivazione, restituendo gli elementi emersi dalla valutazione attraverso incontri congiunti tra genitori e figli alla presenza degli operatori.

**E. Garanzia dell'orientamento terapeutico collegato e ancorato alla valutazione diagnostica**

A seguito del processo di valutazione, che terrà conto anche delle osservazioni dei Servizi invianti, verrà formulata una proposta di programma terapeutico che sarà restituita ai Servizi e rispetto alla quale verrà avviata una fase (di

orientamento e motivazione appunto) realizzata tramite azioni specifiche e scambi nel quotidiano volti a dimostrare “concretamente” al ragazzo la necessità di un passaggio ad un programma ed una presa in carico specifica e con un programma più evoluto. Le proposte terapeutiche potranno esitare in tre scelte:

- 1) Il prosieguo di un programma terapeutico residenziale nel modulo terapeutico riabilitativo della Comunità Giovanile. Tale passaggio prevede sempre un periodo di preparazione e avvicinamento alla Comunità Terapeutica, sia per il ragazzo che per la famiglia, tramite colloqui, attività di conoscenza, apprendimento e scambio e momenti di verifica ad hoc.
- 2) Il prosieguo di un programma terapeutico residenziale presso altra struttura residenziale idonea al caso. Per questa fattispecie il Ser.D. e gli altri servizi inviati vengono sempre interpellati per la scelta della struttura idonea e il programma breve e strategico prevede anche la preparazione e l'accompagnamento dell'utente e della famiglia da parte degli operatori verso la struttura scelta.
- 3) Il rientro a casa e nel territorio con il ritorno alla presa in carico da parte dei Servizi territoriali inviati, ai quali spetterà la gestione del programma terapeutico elaborato. In questo caso, prima del rientro definitivo a casa sono previsti sia dei rientri propedeutici per verificare la tenuta alle sostanze e l'adesione agli accordi presi, sia un incontro di restituzione e programmazione a “più mani”: Servizi inviati, operatori della Comunità Giovanile, minore e famiglia.

**F. Garanzia di maggior collegamento e armonizzazione delle azioni volte alla tutela minorile per i casi interessati (minori di età)**

**G. Garanzia di tutela del minore che, come tossicofilo e/o tossicodipendente, si viene a trovare in una situazione di pregiudizio o di rischio di pregiudizio**  
Entrambi gli obiettivi sono volti a garantire la tutela dei soggetti minori tossicofili e/o tossicodipendenti. L'esperienza portata avanti con la sperimentazione regionale sull'accoglienza e il trattamento in Comunità Giovanile di minori affidati offre oggi una serie di procedure e di approcci utili a garantire la tutela del target specifico. Tra questi la stesura del PEI, garantirà la spinta alla collaborazione tra tutti i servizi che necessariamente dovranno prendere parte alla presa in carico allargata del minore tossicofilo.

### **13. COLLABORAZIONI**

Collaborazione con il Ser.D. di Conegliano/Centro Dipendenze Giovanili per la consulenza medica tossicologica ed infermieristica finalizzata alla fase di disintossicazione e monitoraggio dell'astinenza (esami urine, ecc.)

<b>14. COSTI DEL PROGETTO</b>				
<b>TIPOLOGIA RISORSA</b>	<b>QUANTITA'/MONTE ORE PER 35 UTENTI PER 3150 GIORNATE DI PRESENZA IN UN ANNO</b>	<b>COSTO A CARICO DEL PROGETTO FILO' PER UTENTE PER GIORNATA</b>	<b>COSTO A CARICO DELL'ENTE GESTORE PER UTENTE PER GIORNATA A VALERE SULLA QUOTA GIORNALIERA Cat . C2 (E. 85/die)</b>	<b>COSTO TOTALE PER 35 UTENTI PER 3150 GIORNATE DI PRESENZA IN UN ANNO</b>
Responsabile del Progetto e di Struttura con funzioni di coordinamento e collegamento sia tra gli utenti che tra gli operatori, e con i diversi servizi coinvolti (SerD, Tutela, Ufficio Servizio Sociale Minori Ministero Giustizia, Tribunali, ecc)	30 ore/settimana x 40,00 €/ora	€19,66		€ 61.920,00
Oltre al personale presente in struttura nelle ore diurne e notturne vi è l'esigenza di garantire la reperibilità di altro personale per garantire la risposta a tutte le emergenze collegate alla particolare tipologia di utenza (es: obbligo di denuncia in caso di allontanamento di un minore dalla struttura, che richiede l'immediata attivazione presso le Forze dell'ordine competenti, i servizi competenti ,la famiglia, in qualsiasi orario)	Indennità di Reperibilità: 48,00 €/die x 365 giorni (anno di durata del progetto)	€ 5,56		€ 17.520,00
Educatore professionale ad integrazione della dotazione organica C2. Il maggior numero di operatori con funzioni educative è indispensabile al fine di garantire un rapporto operatore/utente di 1/1,5 così come previsto per le Comunità riabilitative per minori (cfr. All.A DGR 2421)	38 ore/settimana x 20,00 €/ora 3,3 tempi medi equivalenti di educatori a tempo pieno	€ 41,40		€ 130.416,00
Consulente Psichiatra (o Neuropsichiatra Infantile) per la diagnosi ed il sostegno farmacologico agli utenti in Accoglienza Previsto "a chiamata" per la C2, la presenza costante del medico psichiatra è necessaria per garantire la diagnosi differenziale, il trattamento e monitoraggio delle problematiche psicopatologiche correlate all'uso di sostanze e per orientare, di conseguenza, l'intervento dell'equipe.	6 ore/settimana x 35,00 €/ora	€ 3,05		€ 9.600,00

Il maggior impiego orario dello psicoterapeuta serve a garantire le attività collegate all'intervento con i minori (partecipazione alle UVMD (prima, durante ed al termine del programma terapeutico), definizione del PEI e del Progetto Quadro, produzione di puntuali relazioni di verifica a tutti gli enti coinvolti (Servizi Tutela Minori, Ser.D, Autorità Giudiziaria ecc.) ed è finalizzato ad intensificare il rapporto terapeutico con l'utente sia in fase di valutazione che nel lavoro clinico (secondo le modalità proprie dell'intervento terapeutico breve strategico in adolescenza di Senise – cfr. Aliprandi, Pelanda, Senise – “Psicoterapia breve d'individuazione”- ed. Feltrinelli 1990) e per garantire la coerenza ed il collegamento con tutte le altre attività diagnostiche messe in essere dalla struttura (arteterapia, musicoterapia, dinamica di gruppo ecc.)	16 ore/settimana x 33,00 €/ora	€ 8,65		€ 27.245,00
Psicologo/Psicoterapeuta per la valutazione diagnostica, sostegno e accompagnamento dei genitori per eventuale terapia familiare	12 ore/settimana x 33,00 €/ora	€ 6,54		€ 20.592,00
Maestro d'arte per le attività di laboratorio legatoria e art designer per l'accompagnamento e la formazione propedeutica all'inserimento nel mondo della scuola o del lavoro.	1 Collaboratore part time	€ 6,95		€ 21.900,00
Maestro d'arte per le attività di laboratorio musicale	1 Collaboratore part time	€ 2,05		€ 6.456,00
Formazione/Supervisione all'equipe, con particolare attenzione agli aspetti di tutela minori e dei nuovi bisogni degli utenti tossicofili	Collaboratori esperti per formazione/supervisione	€ 1,59		€ 5.000,00
<b>TOTALE A CARICO DEL PROGETTO FILO'</b>		<b>95,45</b>		<b>€ 300.649,00</b>
Psicologo (come da Accreditemento C2)	0,28 Tempo Medio Equivalente (TME)		€ 5,23	€ 16.470,00
Psicoterapeuta (come da Accreditemento C2)	0,28 Tempo Medio Equivalente (TME)		€ 5,75	€ 18.117,00
Operatori Educatori a tempo pieno (come da Accreditemento C2)	2,88 Tempo Medio Equivalente (TME)		€ 35,85	€ 112.942,00
Amministrativo (come da Accreditemento C2)	0,28 Tempo Medio Equivalente (TME)		€ 3,66	€ 11.529,00

Infermiere (come da Accreditemento C2)	0,28 Tempo Medio Equivalente (TME)		€ 0,94	€ 2.967,00
Operatori notti non specializzato (come da Accreditemento C2)	0,28 Tempo Medio Equivalente (TME)		€ 4,80	€ 15.120,00
Mezzi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• carburante</li> <li>• pedaggi autostradali</li> <li>• manutenzione dei mezzi</li> </ul>		€ 2,00	€ 6.300,00
Alimenti e simili	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alimenti per i pasti (colazione, pranzo, merenda e cena)</li> <li>• detersivi e altri materiali di uso per la pulizia della casa</li> <li>• materiali di uso corrente per la cucina, la mensa e la cambusa</li> </ul>		€ 10,80	€ 34.020,00
Spese materiali per attività educativa e altre attività	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cartoleria, colori e altri materiali per l'attività di pittura;</li> <li>• materiali per il laboratorio di musica; materiali per i laboratorio di legatoria</li> <li>• materiali per la gestione dell'attività di accudimento</li> <li>• animali da cortile (cani, oche, galline, anatre, coniglie, ecc.);</li> <li>• materiali per l'attività di giardinaggio e orto;</li> <li>• spese varie per le uscite (cinema, teatro, gite al mare e in montagna, ecc.);</li> <li>• giochi di società (ping pong, calcetto, ecc.);</li> <li>• materiali per la palestra</li> </ul>		€ 4,00	€ 12.600,00
Spese per oneri e costi di gestione della struttura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• utenze casa (gas/metano, acqua, fognature, energia elettrica, servizio raccolta rifiuti, abbonamento TV)</li> <li>• telefonia (fissa e mobile);</li> </ul>		€ 12,00	€ 37.800,00

	<ul style="list-style-type: none"> <li>materiali di ferramenta e simili per la gestione delle riparazioni e manutenzione ordinaria della casa;</li> <li>manutenzione e gestione delle apparecchiature informatiche e relativi software;</li> <li>manutenzione e gestione degli arredi (per le camere degli utenti e degli spazi comuni)</li> </ul>			
<b>TOTALE A CARICO ENTE GESTORE A VALERE SULLA QUOTA GIORNALIERA CAT. C2</b>			<b>€85,03</b>	<b>€267.865,00</b>

RIEPILOGO COSTI TOTALI	COSTO A CARICO DEL PROGETTO FILO' PER UTENTE PER GIORNATA	COSTO A CARICO DELL'ENTE GESTORE PER UTENTE PER GIORNATA A VALERE SULLA QUOTA GIORNALIERA Cat . C2 (E. 85/die)	COSTO TOTALE PER 35 UTENTI PER 3150 GIORNATE DI PRESENZA IN UN ANNO
TIPOLOGIA RISORSA UMANA	€95,45	€56,23	€477.794,00
TIPOLOGIA MATERIALI ED ALTRI COSTI DI GESTIONE	---	€28,80	€ 90.720,00
<b>TOTALE</b>	<b>€180,48</b>		<b>€568.514,00</b>

Costi annuali	A carico della Regione	A carico dell'Ente Gestore	Complessivo annuale
di personale*	€ 300.649,00	€ 177.145,00	€ 477.794,00
di attrezzature	€ .....	€ .....	€ .....
di materiali e altri costi di gestione	€ .....	€ 90.720,00	€ 90.720,00
altro	€ .....	€ .....	€ .....
<b>Totale per Ente</b>	<b>€ 300.649,00</b>	<b>€ 267.865,00</b>	<b>€ 568.514,00</b>

**15. AZIONI DI MONITORAGGIO**

- A. Tracciatura dei dati necessari a verificare gli obiettivi con tabella appositamente costruita e aggiornata caso per caso durante l'intero progetto
- B. Verifica costante in equipe di progetto e di struttura – Verbali equipe
- C. Confronto costante e con i servizi invianti sulle variabili da sperimentare – incontri

ad hoc e contatti telefonici

D. Confronto e incontri con gli organi competenti assegnatari del progetto

**16. TEMPI E MODALITÀ PER LA VERIFICA INTERMEDIA**

Allo scadere del 6° mese raccolta dei dati, analisi dell'impatto delle procedure attuate e degli esiti intermedi ottenuti. Eventuale ri-modulazione delle azioni e delle procedure a fronte degli esiti della verifica intermedia

Produzione di una relazione intermedia da inviare agli organi competenti assegnatari del progetto

**17. TEMPI E MODALITÀ PER LA VERIFICA FINALE**

In prossimità della conclusione del progetto: raccolta dei dati, analisi delle procedure attuate, degli esiti finali e stesura di relazione finale

**18. MODALITÀ PER LA DIFFUSIONE DEI RISULTATI**

Relazioni; Report informativi.