

REPORT 2017

COMUNITA' TERAPEUTICA CASA AURORA



REPORT 2017

COMUNITA' TERAPEUTICA CASA AURORA

1 CASA AURORA

Nella prima parte verrà descritta brevemente la **Comunità Terapeutica Casa Aurora** e verrà presentata l'**Equipe curante**. Inoltre verranno descritte le principali collaborazioni sinergiche propedeutiche ai primi inserimenti lavorativi.

2 FOTOGRAFIA DELL'UTENZA

Nella seconda parte verrà presentata una **fotografia ragionata dell'utenza di Casa Aurora** nel 2017, operando – ove possibile – un confronto con l'utenza residente a Casa Aurora nel 2011 e nel 2014.

3 PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

Nella terza parte verranno presentate **le principali pubblicazioni scientifiche ad opera della Comunità Casa Aurora** in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione Dell'Università degli Studi di Padova.

4 PROGETTI IN CORSO

Nella quarta parte verranno descritti **i principali progetti** attivi da **Casa Aurora**.

DIREZIONE

Direttrice

Dott.ssa Nicoletta Capra

Vice Direttore

Dott. Cristian Prandini

Coordinatrice degli educatori

Ed. Prof. Federica
Cappelletto

Sede Casa Aurora:
Viale San Marco, 172/1
30173 Mestre Venezia
Tel. 041 2750853
Fax 041 2448938

Sede Amministrativa:
S.Croce,403
30135 Venezia
Tel.041 5242978
Fax041 2448938

1 PARTE CASA AURORA

“*Casa Aurora*” è attiva dal 1996 ed è gestita dalla cooperativa sociale Comunità di Venezia, si colloca, nel territorio regionale e nazionale, come dispositivo di cura, integrato ad altri, a disposizione dei Ser.D., dei Dipartimenti per la Salute Mentale e dei Servizi Sociali di Tutela per i Minori e del Tribunale per i Minorenni.

E' nata come progetto pilota della Regione Veneto, in collaborazione con l'Università degli Studi di Padova, e successivamente si è avvalsa, per la supervisione scientifica, di esperti del settore nazionali ed esteri.

“Casa Aurora” è in possesso dell'autorizzazione ed accreditamento in base alla L.R. 22\2002 per le seguenti unità di offerta:

- Comunità Terapeutica specialistica madre bambino, Area Dipendenze, Unità di Offerta tipo C1: Autorizzazione dgr n. 185 del 11.6.2014. Accreditamento rinnovato dgr n. 1632 del 19.11.15 con esito positivo. Attualmente è in corso la fase di rinnovo.
 - Comunità terapeutica riabilitativa protetta (CTRP), Area Salute Mentale: Autorizzazione dgr n. 166 del 14.10.2014. Accreditamento dgr n. 4 del 5.01.18 con esito positivo.
-

“Casa Aurora” accoglie donne:

Come unità di offerta di tipo C1 Area Dipendenze:

- tossicodipendenti o alcolodipendenti con figli (sono ammessi ingressi di donne in trattamento farmacologico o sostitutivo) per progetti residenziali di disintossicazione da sostanze, valutazione e intervento sulla funzione genitoriale e monitoraggio del benessere del bambino;
- tossicodipendenti/alcolodipendenti in gravidanza a tutela e protezione del futuro bambino e supporto della futura genitorialità;
- tossicodipendenti/alcolodipendenti separate momentaneamente dai figli per costruire progetti specifici di supporto e valutazione alla funzione genitoriale;

Come unità di offerta di tipo di tipo riabilitativa protetta (CTRP), Area Salute Mentale:

- con patologie psichiatriche con figli (sono ammessi ingressi di donne in trattamento psicofarmacologico) per progetti residenziali di valutazione e intervento sulla funzione genitoriale e monitoraggio del benessere del bambino;
- con patologie psichiatriche in gravidanza a tutela e protezione del futuro bambino e supporto della futura genitorialità;
- con patologie psichiatriche separate momentaneamente dai figli per costruire progetti specifici di supporto e valutazione alla funzione genitoriale.

REPORT 2017

COMUNITA' CASA AURORA

DIREZIONE Dr.ssa Nicoletta Capra VICE DIREZIONE Dr. Cristian Prandini		
AREA CLINICA	AREA EDUCATIVA	AREA AMMINISTRATIVA
Psicoterapia Individuale Dr. Cristian Prandini Psicologo Psicoterapeuta Abilitato trattamento EMDR Dr.ssa Laura Dalla Cia Psicologa Psicoterapeuta Psicoterapia di Gruppo Dr.ssa Nicoletta Capra Psicologa Psicoterapeuta Abilitata trattamento EMDR	Equipe Educatori Coordinatrice Ed. Prof. Federica Cappelletto Ed. Prof. Dr.ssa Veronica Paganin Ed. Prof. Marco Corrente Dr.ssa Francesca Darin Dr.ssa Daniela Contratti Dr.ssa Cindy Bosello Dr. Mario Carlucci Dr. Cristian Battistella OP. C.T. Marzia Violo Dr. Riccardo Dal Mas	Responsabile Dr.ssa Barbara Cibin Segreteria Dr.ssa Sabrina Guidotto
Attività Clinica e di Ricerca Madre-Bambino Dr.ssa Francesca De Palo Psicologa età evolutiva Dr. Diego Rallo Psicomotricista Relazionale Dr. Alessio Porreca, psicologo	Orientamento lavorativo Ed. Prof. Marco Corrente OP. C.T. Marzia Violo Dr.ssa Sabrina Tripodi	Pediatre di Famiglia Dr.ssa Silvia Grotto Dr.ssa Enrica Fornaro Dr. Montesanto (rapporto privato) Medici di Medicina Generale Dr. Cintolo Tommaso
Sostegno Psichiatrico Dr. Marco Dall'Asta, Psichiatra Dr. Salvatore Russo, Psichiatra, Psicoanalista	Inf. Prof. Josè Mawete	Referente Volontari Anna Ruocco
Supervisor Dr. Alberto Semi, Psichiatra Psicoanalista Dr. Mauro Palmieri, Psichiatra Dr. Giovanni Camerini Neuropsichiatra (Consulente) Dr.ssa Alessandra Simonelli - Università degli Studi di Padova DPSS		

Le cooperative Comunità di Venezia S.C.S. e Novaurora S.C.S., il cui staff è impegnato nella gestione ordinaria delle due comunità m-b, sono supportate nel loro lavoro da un insieme di associazioni e cooperative che collaborano attivamente nelle attività quotidiane, settimanali, mensili e progettuali.

Tra le cooperative leader segnaliamo:

- **La cooperativa “Novaurora”** che si propone a sostegno di situazioni di disagio giovanile e per adolescenti fragili e in situazione di rischio psicosociale. Novaurora si propone quale promotrice della cultura di genere a sostegno dei diritti e delle opportunità dell'identità femminile e dei diritti dell'infanzia attraverso attività di prevenzione, terapeutiche e riabilitative, per donne in situazioni di disagio, madri in difficoltà e minori;
- **Il Consorzio “Eurovenezia”**, nato come naturale conseguenza della preziosa collaborazione tra le Cooperative Socie Comunità di Venezia, Novaurora e Non Solo Verde si propone di stimolare la collaborazione fruttuosa e lo scambio tra cooperative; fornire servizi di supporto (amministrativi, organizzativi, informatici, formativi, strutturali, ecc.) e di consulenza tecnica ed offrire quant'altro necessario alle cooperative consorziate per migliorare la loro efficacia operativa;
- **La cooperativa sociale, “I.So.La. Online”**, è nata per agevolare il reinserimento lavorativo di donne in situazione di svantaggio sociale (madri tossicodipendenti, disoccupate di lungo periodo e con scarse qualificazioni scolastico - professionali).

Per le Federazioni e Associazioni:

- **Irefrea** Italia è la sezione italiana di un network europeo di Istituti di Ricerca, denominato “I.R.E.F.R.E.A.” (Istituto di Ricerca Europeo sui Fattori di Rischio nell'Infanzia e nell'Adolescenza). Irefrea è una rete di Istituti di ricerca con sede in sei diversi paesi europei.

REPORT 2017

COMUNITA' CASA AURORA

- “Euro-TC” (European – Treatment Centres) è una delle due federazioni a livello europeo che raggruppano le comunità terapeutiche di diversi paesi. Euro-TC, cui Villa Renata aderisce dagli anni '80, ha finalità di coordinamento tra le comunità e di miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Dal 2009 è stata avviata una stretta collaborazione con il “Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione” dell’Università di Padova attraverso un Progetto dal titolo: “Ricerca e intervento sui minori in Comunità per madri tossicodipendenti e figli: dalla genitorialità a rischio al benessere del bambino” Si tratta di un progetto che prevede una valutazione multimetodo e secondo un approccio longitudinale allo scopo di programmare e monitorare gli interventi sulla genitorialità e sullo sviluppo dei bambini residenti in Comunità, individuando fattori di rischio per lo sviluppo e/o l'emergenza di vere e proprie sintomatologie di rilievo clinico.

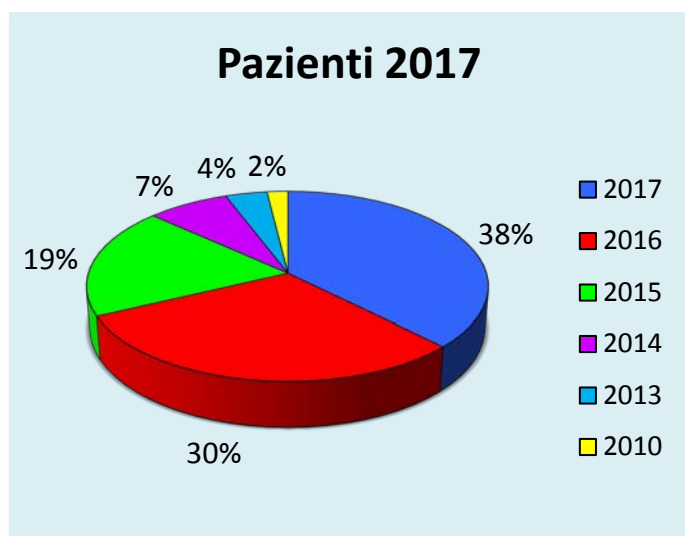
2 FOTOGRAFIA DELL'UTENZA

Verrà presentata in questa sezione una fotografia ragionata dell'utenza di Casa Aurora nel 2017, operando – ove possibile – un confronto con l'utenza residente a Casa Aurora nel 2011 e nel 2014 (intervallo di tempo di 3 anni tempo medio di permanenza in comunità delle ospiti). Il confronto ci consentirà di rilevare eventuali cambiamenti nelle caratteristiche socio-demografiche del target, intervenuti progressivamente negli anni.

Nella comunità Casa Aurora, nel corso del 2017, sono state ospitate 53 coppie madre-bambino.

Fotografia dell'utenza al momento dell'ingresso

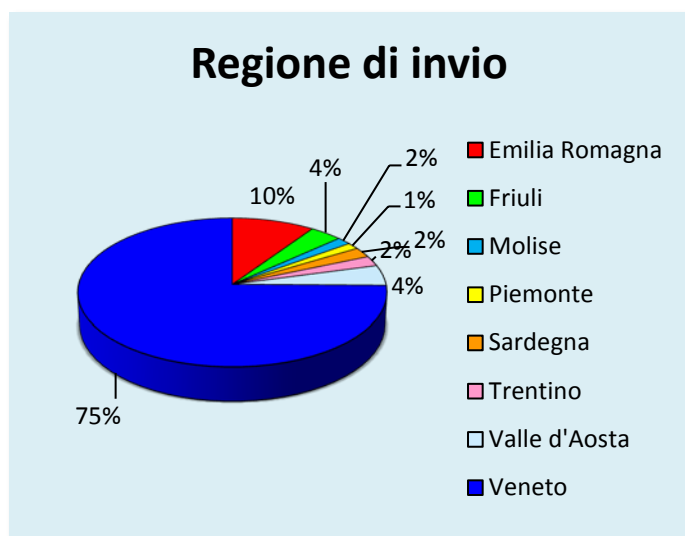
Distribuzione dell'utenza in base all'anno di ingresso



Nel 2017 la struttura ha ospitato **53** utenti. Si tratta di un gruppo eterogeneo, composto per il 43% da donne giovani e per il 57 % da donne over-30. Di queste, il **38%** ha effettuato l'ingresso nel corso dell'anno, mentre per le restanti utenti l'inserimento è avvenuto negli anni precedenti.

Più nello specifico, il **30%** delle utenti ha effettuato l'accesso nel 2016, il **18%** nel 2015, il **7,5%** nel 2014, e le restanti negli anni precedenti.

Distribuzione dell'utenza in base alla regione di invio



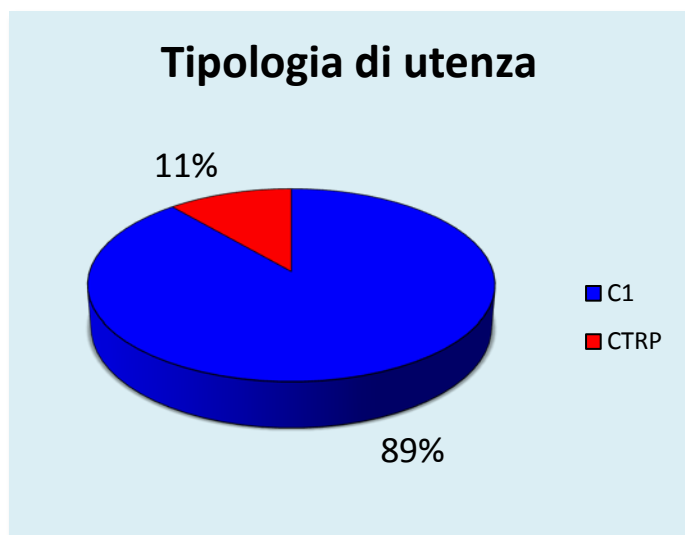
Per quanto riguarda la regione di invio, si può osservare come la maggior parte degli accessi sia stata effettuata su invio di servizi del Veneto (**75%**), seguiti da Emilia Romagna (**10%**), Friuli (**4%**), Valle d'Aosta (**4%**), Molise (**2%**), Sardegna (**2%**) e Piemonte (**1%**).

Distribuzione dell'utenza sulla base del servizio inviante



Rispetto al servizio inviante, si può osservare come la maggior parte degli invii sia stata effettuata dai servizi per le dipendenze (**83%**), seguiti dai servizi per i minori (**9%**) e dai centri di salute mentale (**8%**).

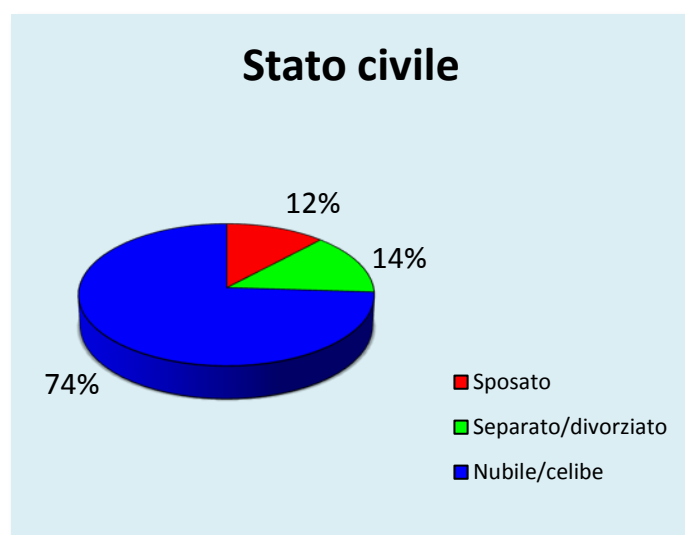
Tipologia di utenza residente in struttura



Rispetto alla tipologia di utenza si può osservare come la maggior parte delle pazienti abbia effettuato l'accesso per motivi legati all'uso di sostanze (**89%**), mentre nei restanti casi gli ingressi sono legati all'area della salute mentale (**11%**).

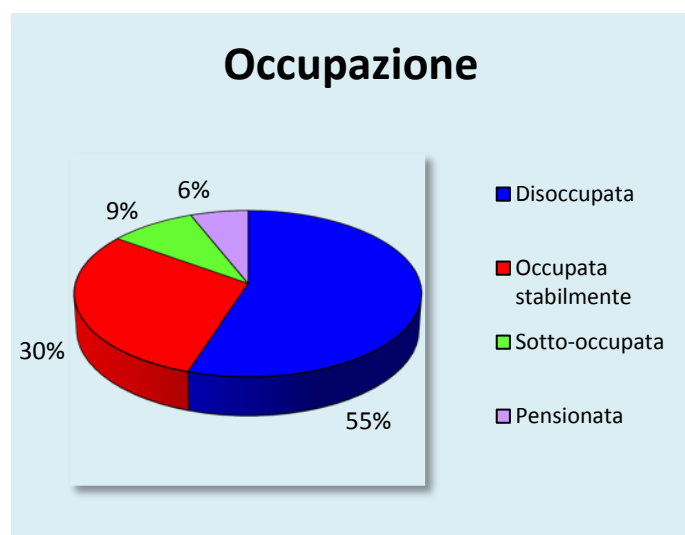
Caratteristiche socio-demografiche

Stato civile



Al momento dell'ingresso in struttura, la maggior parte delle utenti si dichiara nubile (74%), pur riportando in diversi casi la presenza di una relazione affettiva significativa. In minor percentuale, alcune utenti si dichiarano sposate (12%) o separate/divorziate (14%).

Condizione lavorativa



Per quanto riguarda l'aspetto professionale, spicca tra tutte la condizione di disoccupazione/inoccupazione (55%), seguita da quelle di occupazione stabile (30%), sotto-occupazione (9%) e di pensionata (6%). Per quanto riguarda il tipo di lavoro svolto, prevalgono soprattutto le professioni lavorative del settore

del commercio e della ristorazione e le posizioni di basso profilo (operaia generica, addetta pulizie), che rappresentano la categoria più importante dopo quella del commercio-ristorazione.

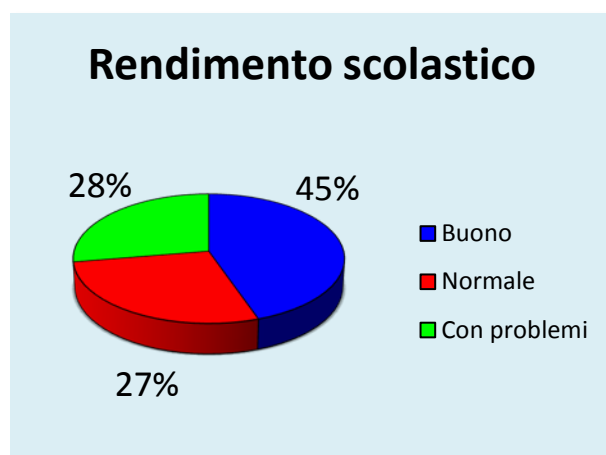
Livello di istruzione

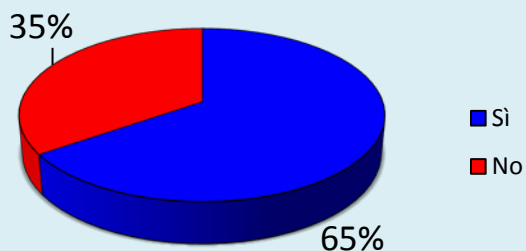
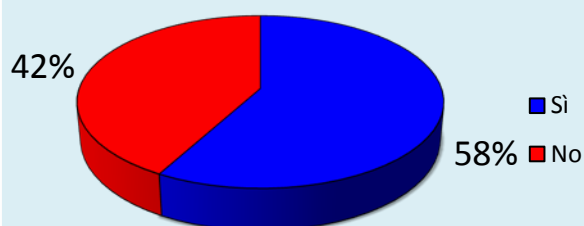
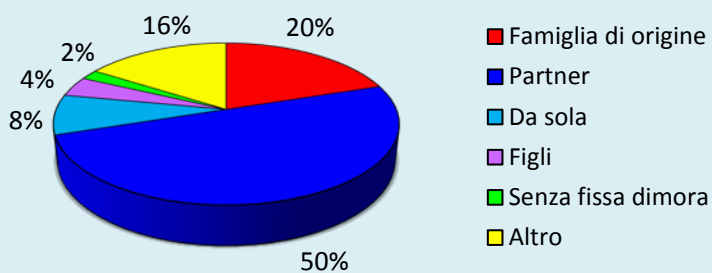


Il livello medio di istruzione da parte delle utenti si colloca sulle scuole medie inferiori (**57%**), seguito dal raggiungimento del diploma professionale (**10%**), di maturità (**25%**) e da altri tipi di qualifica (**2%**). Da notare che per alcune utenti, seppure in percentuale minima (**6%**), il percorso di formazione non è andato oltre le scuole elementari.

Nella maggior parte dei casi, le utenti descrivono un rendimento scolastico buono (**45%**) o nella norma (**27%**), seppure si riscontri allo stesso tempo una percentuale consistente di soggetti (**28%**) che riportano la presenza di problematiche in questo ambito.

Si può notare ad ogni modo, come il percorso scolastico si configuri come caratterizzato da un'elevata frequenza di bocciature (**58%**) e abbandoni scolastici (**65%**), spesso motivati da: cattivo **rendimento** scolastico, alto numero di **assenze** a scuola, **scarsa motivazione** allo studio, basso **status socio-economico** familiare che antepone il lavoro allo studio e **uso di sostanze**.



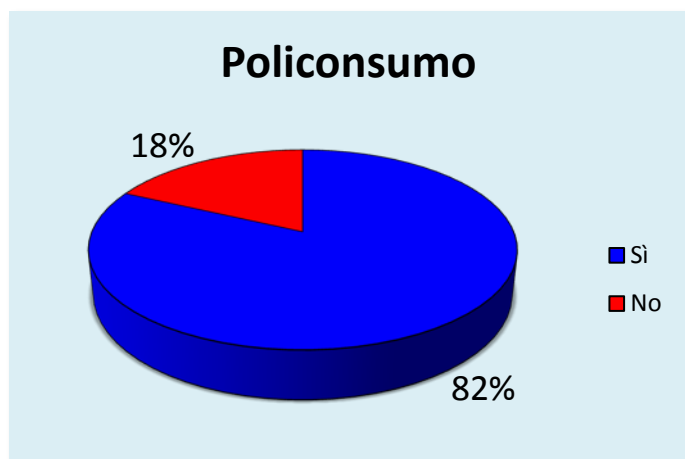
Abbandono scolastico**Bocciature****Situazione abitativa e condizione dell'abitazione al momento dell'ingresso****Abitazione prima dell'ingresso**

Al momento dell'ingresso, la maggior parte delle utenti viveva insieme al partner (**50%**), con la famiglia di origine (**20%**) o in altre collocazioni (**16%**). Solo una minima percentuale di soggetti viveva sola con il figlio/i figli (**6%**), o non aveva fissa dimora (**2%**)

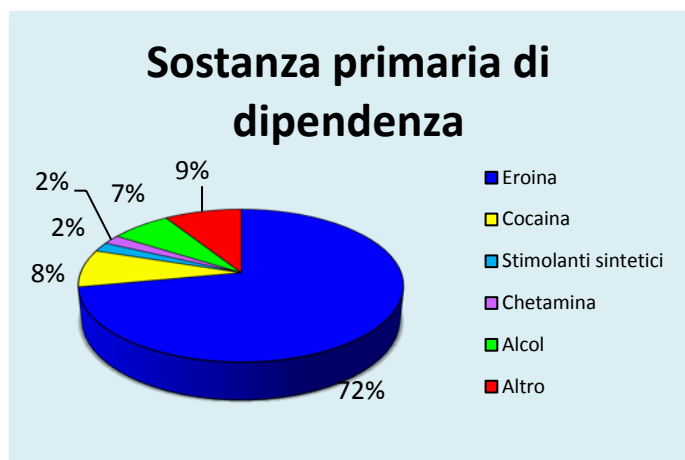
Nella maggior parte dei casi le utenti riportano abitazioni in buone condizioni (**72%**), seguite da abitazioni di condizioni discrete (**12%**), modeste (**8%**) o disagiate (**6%**). Nonostante solo il **2%** delle utenti non presentasse fissa dimora al momento dell'ingresso, va riscontrato come questa condizione sia stata sperimentata da un numero ben più ampio di utenti (**47%**) precedentemente all'accesso.

Caratteristiche del Disturbo da Uso di Sostanze

Modalità di impiego e sostanza d'uso primaria



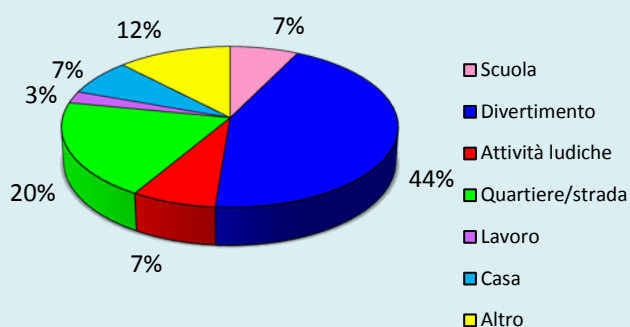
Al momento dell'ingresso la maggior parte delle utenti presenta un pattern di policonsumo nelle sostanze (**82%**), mentre solo una percentuale più ridotta di soggetti dichiara l'impiego esclusivo di un'unica sostanza (**18%**).



La maggior parte delle utenti riporta l'eroina come sostanza primaria di abuso (**72%**), impiegata singolarmente o in associazione alla cocaina (**8%**), seguita da alcol (**7%**), chetamina (**2%**), stimolanti sintetici (**2%**) o altre tipologie di sostanze (**9%**).

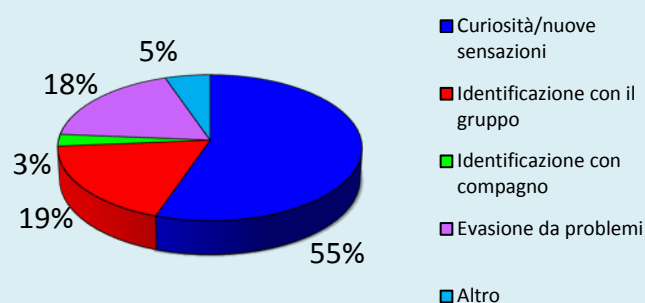
Esordio e decorso

Contesto inizio uso



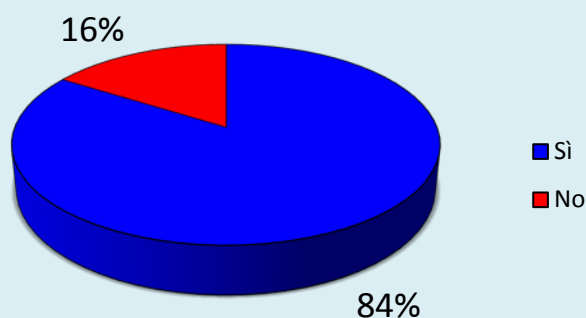
L' esordio del disturbo si colloca attorno ai **15 anni** (DS=2.73 anni), ed è ricollegato principalmente a contesti di divertimento (**44%**), di quartiere/strada (**20%**) o scolastici (**7%**), seguiti in minor misura da contesti inerenti le attività ludico-ricreative (**7%**), domestici (**7%**), lavorativi (**3%**), o ad altri contesti (**12%**).

Motivi prime esperienze



La maggior parte delle utenti riconduce le prime esperienze con le sostanze a motivazioni legate a curiosità e alla ricerca di nuove sensazioni (**55%**), al tentativo di rifuggire problemi personali o familiari (**17%**), così come ad aspetti legati a meccanismi di identificazione con il gruppo dei pari (**19%**) o con il compagno (**3%**).

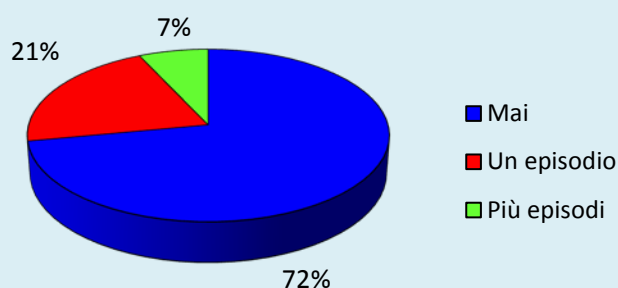
Uso di sostanze da parte del partner



Nella maggior parte dei casi (**84%**), l'assunzione di sostanze ha avuto luogo all'interno di relazioni sentimentali in cui il partner faceva a sua volta uso di sostanze.

Caratteristiche cliniche associate all'uso di sostanze

Overdose



In linea con la definizione di Disturbo di Uso di Sostanze fornita dal DSM 5 (APA, 2013), tutte le pazienti C1 presentano una storia passata caratterizzata dall'uso patologico di una o più sostanze, che ha portato in diversi casi alla presenza di uno (**18%**) o più (**14%**) episodi di overdose.

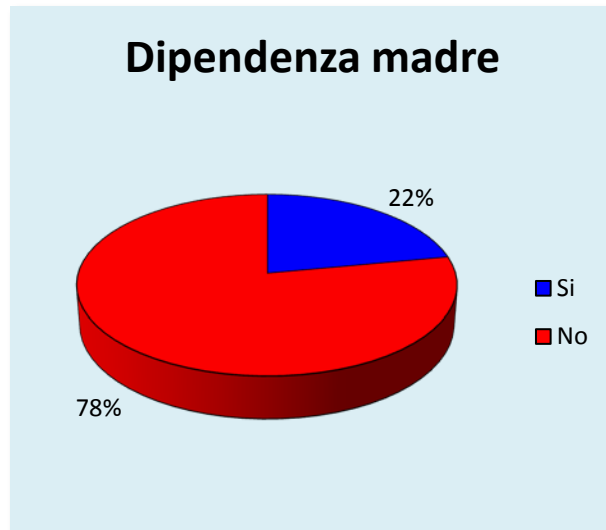
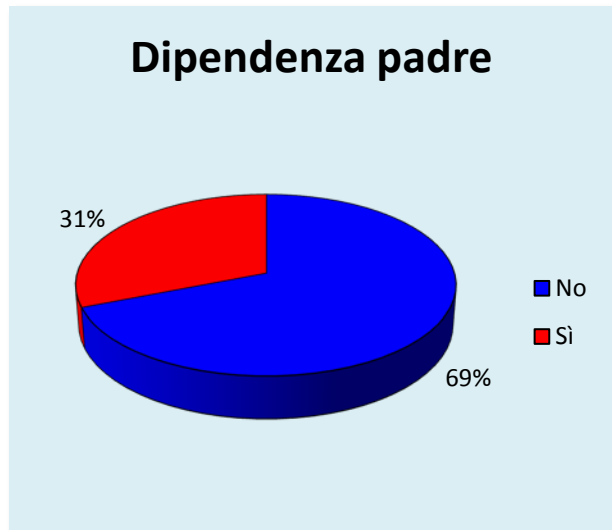
In diversi casi vengono riportate condotte di prostituzione (**15%**), spesso legate alla condizione di dipendenza da sostanze.

Si osserva inoltre come una percentuale consistente di utenti (**54%**) riporti la presenza di problematiche di salute associate al disturbo, tra cui Epatite C (**70%**), sieropositività (**13%**), problemi dentali (**4%**), un'insieme dei precedenti (**4%**) e altre problematiche (**15%**).

Caratteristiche cliniche associate alla storia passata

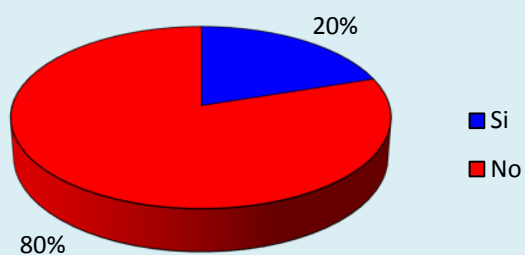
Come frequentemente riportato dalla letteratura in merito, l'esordio dell'uso di sostanze è spesso associato ad una storia personale difficile, caratterizzata dalla presenza di diversi eventi significativi nella storia passata, come la presenza di **lutti** importanti, **maltrattamenti** e **abusi**, nonché dalla presenza di **familiarità** per l'uso di sostanze in uno o più familiari. In linea con questi dati la nostra utenza riporta spesso una storia passata travagliata, segnata da diversi eventi significativi che possono costituire a più livelli fattori di rischio per il benessere psicologico e per l'abuso di sostanze.

Si osserva una consistente percentuale di familiarità per l'uso di sostanze sia da parte del padre (**31%**) e della madre (**22%**).

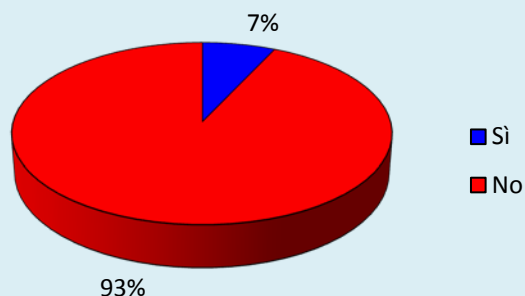


Allo stesso modo si osservano diversi casi di familiarità per la presenza di disturbi psichici sia nei padri (**7%**) che nelle madri (**20%**)

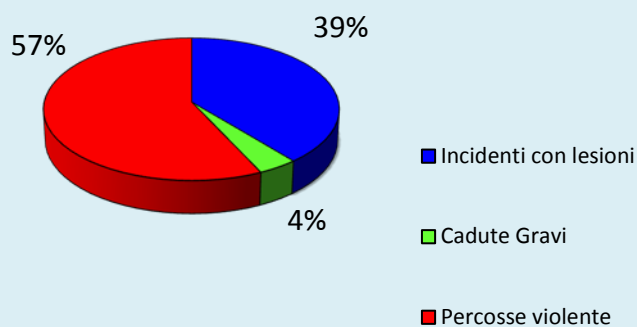
Madre Ds Psicici



Padre Ds Psicici

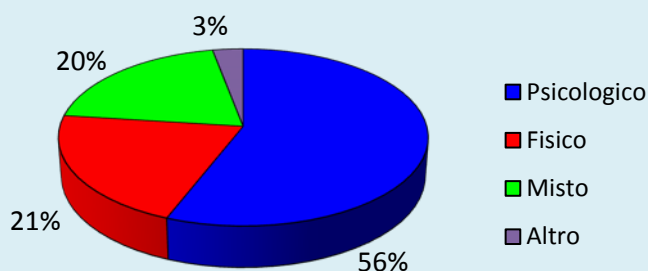


Traumi



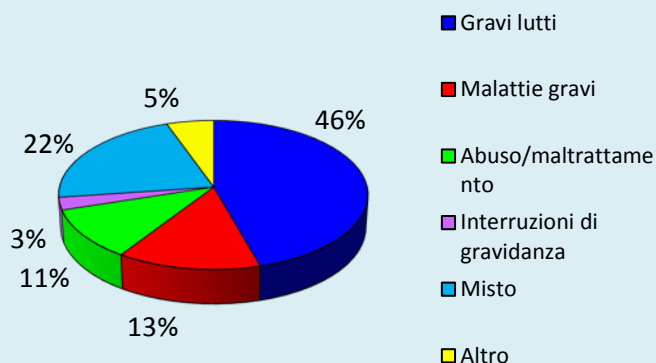
Un'elevata percentuale di utenti riporta la presenza di **traumi (56%)** nella storia passata, legata alla presenza di incidenti con lesioni (**39%**), percosse violente (**57%**) e cadute gravi (**4%**).

Maltrattamento



Allo stesso tempo, è riportata in maniera consistente la presenza di **maltrattamenti** (**64%**) nell'infanzia o nelle epoche successive. Si è trattato principalmente di maltrattamenti di tipo psicologico (**56%**), fisico (**21%**), misto (**20%**) o di altro tipo (**3%**).

Eventi traumatici



Si osserva infine come un elevato numero di pazienti riporti l'esperienza di **eventi traumatici** (**78%**), tra cui gravi lutti o separazioni traumatiche (**46%**), malattie gravi (**13%**), abusi e/o maltrattamenti (**11%**), interruzioni di gravidanza (**3%**), un insieme delle precedenti (**22%**) o episodi di altro tipo (**5%**).

Sintomatologia psicopatologica

Il Disturbo da Uso di Sostanze (SUD) si presenta spesso in comorbidità con altre **patologie psichiatriche** e una **sintomatologia clinica** di rilevanza significativa in diverse aree di funzionamento psicologico (Conway et al., 2006; Yilmaz & Dilbaz, 2016). L'identificazione tempestiva di tali caratteristiche riveste una particolare importanza, sia dal punto di vista diagnostico che in termini di pianificazione dell'intervento; diversi studi evidenziano infatti come la presenza di

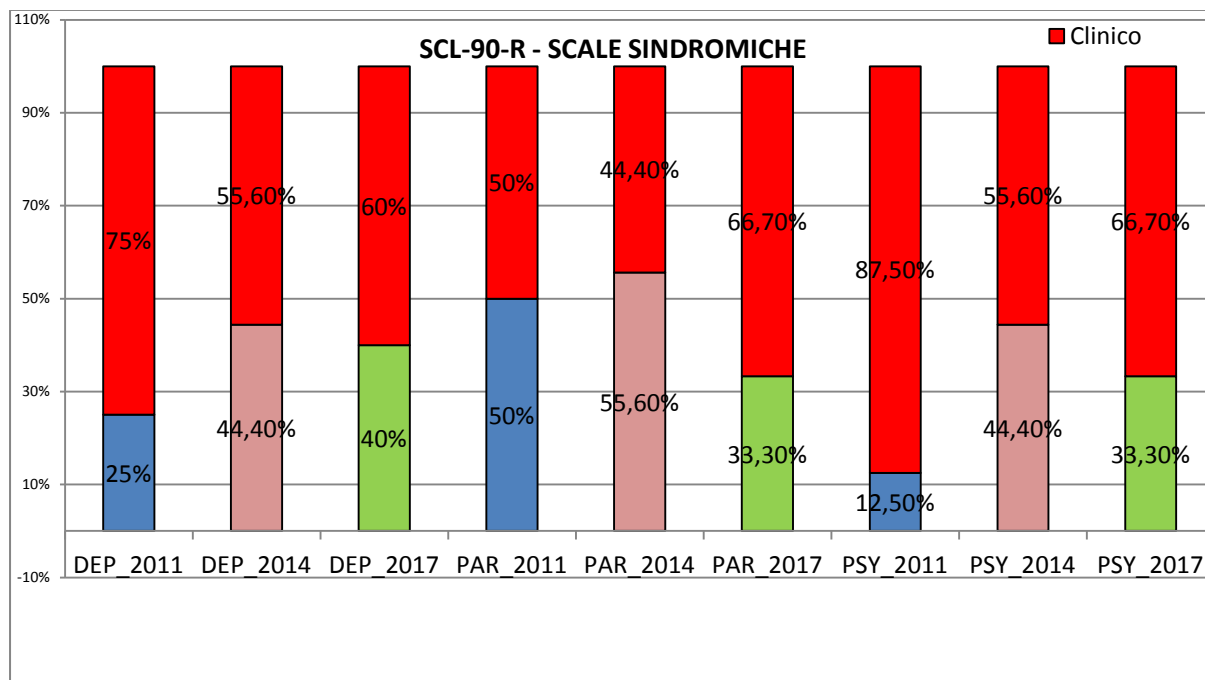
disagio psichico significativo sia spesso associata ad esiti meno funzionali del trattamento, quali un incremento significativo nella severità psicopatologica e un maggior rischio di ricadute (McEvoy & Shand, 2008; Schellekens et al., 2015).

In linea con tali evidenze, a partire **dal 2011** Casa Aurora ha inserito all'interno del proprio **protocollo di assessment**, strumenti specificamente mirati a cogliere la presenza e l'entità di disagio psicologico significativo nell'utenza. Tra questi, di particolare utilità risulta essere la **Symptom Checklist-90 Revised** (SCL-90-R – Derogatis, 1975; Sarno et al., 2011), uno strumento self-report volto a misurare la presenza di disagio psichico significativo con riferimento a diverse aree sintomatologiche [Somatizzazione (SOM), Ossessività-compulsività (OC), Ipersensibilità interpersonale (IS), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia fobica (PHOB), Ideazione paranoide (PAR), Psicoticismo (PSY)] e tre indici di distress globale [Global severity index (GSI), indice dell'intensità del disagio, Positive symptom distress index (PSDI), indice dell'intensità sintomatologica, e il Positive symptom total (PST), indice della varietà del quadro sintomatologico].

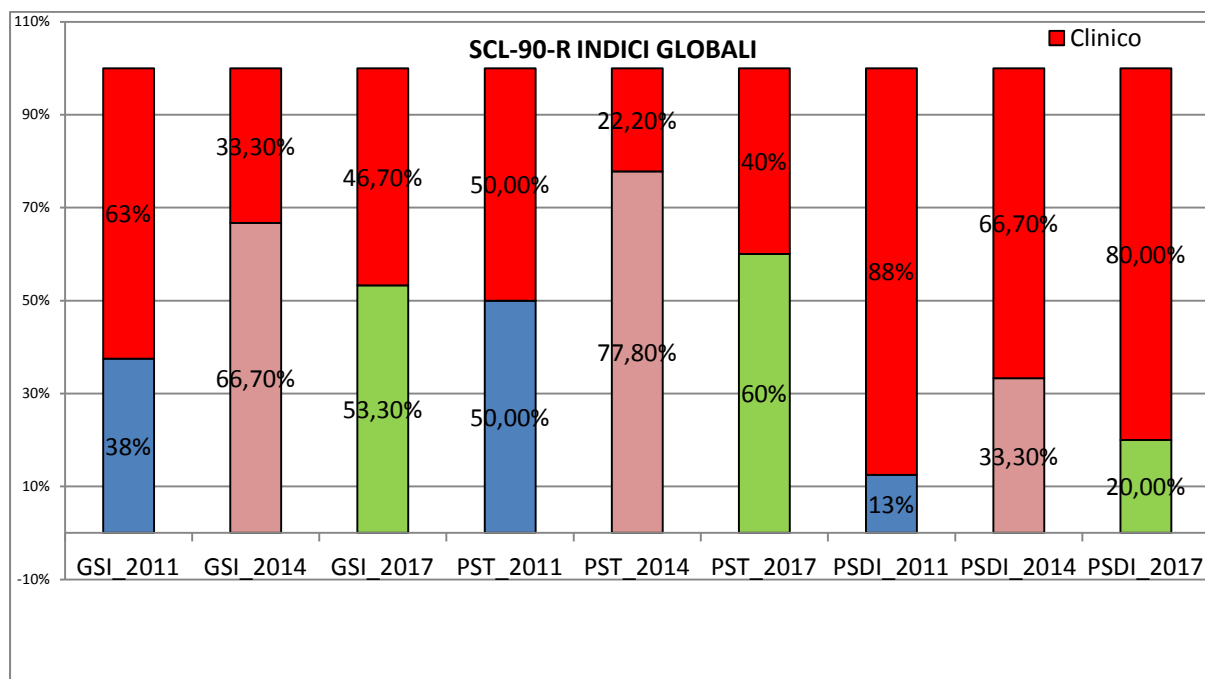
I grafici riportati di seguito presentano la distribuzione dei valori ottenuti al test dalle pazienti che hanno effettuato l'ingresso in struttura nel 2011, 2014 e nel 2017 rispetto alle scale maggiormente significative e agli indici di distress globale.

REPORT 2017

COMUNITA' CASA AURORA



DEP = DEPRESSIONE; ANX = ANSIA; PAR = IDEAZIONE PARANOIDE; PSY = PSICOTICISMO – LE BARRE BLU FANNO RIFERIMENTO ALL'ANNO 2011, QUELLE ROSA AL 2014 E QUELLE VERDI AL 2017; LA PARTE DI BARRA IN ROSSO FA RIFERIMENTO ALLA PERCENTUALE DI SOGGETTI CHE HA RIPORTATO VALORI AL DI SOPRA DI QUELLI NORMATIVI (E QUINDI CLINICAMENTE SIGNIFICATIVI) RISPETTO ALL'AREA CONSIDERATA.



GSI = GLOBAL SEVERITY INDEX; PSDI = POSITIVE SYMPTOM DISTRESS INDEX; PST = POSITIVE SYMPTOM TOTAL – LE BARRE BLU FANNO RIFERIMENTO ALL'ANNO 2011, QUELLE ROSA AL 2014 E QUELLE VERDI AL 2017; LA PARTE DI BARRA IN ROSSO FA RIFERIMENTO ALLA PERCENTUALE DI SOGGETTI CHE HA RIPORTATO VALORI AL DI SOPRA DI QUELLI NORMATIVI (E QUINDI CLINICAMENTE SIGNIFICATIVI) RISPETTO ALL'AREA CONSIDERATA.

Come è possibile osservare, in tutti i periodi considerati un'elevata percentuale di pazienti riporta un disagio psichico clinicamente significativo rispetto alla **sintomatologia depressiva**, all'**ideazione paranoide** e allo **psicoticismo**.

In ciascuno dei periodi considerati inoltre le pazienti sembrano esperire un malessere significativo anche rispetto a quanto indicato dagli **indici globali di distress**.

APPROFONDIMENTI EMPIRICI

Casa Aurora, in collaborazione con il Dipartimento Di Psicologia Dello Sviluppo e della Socializzazione, si è occupata di approfondire gli aspetti legati alla sintomatologia psicopatologica nelle utenti residenti in struttura. In particolare, è stato pubblicato il lavoro dal titolo " Parenting quality in drug-addicted mothers in a therapeutic mother-child community: the contribution of attachment and personality assessment", che si è occupato di inquadrare la valutazione delle competenze genitoriali in donne con disturbo da uso di sostanze, identificando alcuni profili genitoriali sulla base dei modelli di attaccamento, dei tratti di personalità e della sintomatologia psicopatologica. Di seguito un estratto del lavoro.

All mothers are led to comprehend their difficulties in the parental functioning, but not all of them are able to solve and overtake their trauma and severe personality dysfunctions. Indeed, the majority of these mothers understands its limitations in parenting, learns how to handle them and applies new strategies of caring: in this sub-group we find women who, as outcomes of their therapeutic pathway, maintain the relationship with their children more or less autonomously (see Warm and Cold profiles). Another sub-group includes those mothers who are able to understand their limits, not completely overtaking them: here we find those who, in alliance with their therapists' thoughts, build pathways of custody or adoption. Finally, the last sub-group, which is fortunately rather small, includes those women who, because of their severe pathology, can not understand deeply their parental dysfunctions. For this reason, their kids are separated in a forced way from their mothers, against the latter's will (see Hot and Unpredictable profiles). Not all mothers who adhere to this program of intervention are able to take care of their children after the therapeutic pathway.

We have seen how trauma, personality and attachment history represent central aspects in respect to the outcomes: for this reason we think they should be better and more deeply studied, in order to select dyads which could have more possibilities to benefit from intervention programs.

In general, the complexity of these mothers' characteristics demands for an integrated model of intervention, which should include both representational and behavioral aspects connected to the attachment and to the general psychopathological functioning. In fact, each of the therapeutic accesses points will have to consider, on a side, the individual dysfunctionalities and, on another one, the quality of the interactions and of the relationship with the child.

We showed how the attachment framework (Bowlby, 1969; Wallin, 2007) offers a powerful model in which the quality of relational and attachment patterns help definitively to define mothers parenting profile. Whenever possible, paying attention to mothers' clinical diagnosis, evaluating deficits and resources in their personality structure (DSM-IV diagnosis in Axes I and II), level of psychiatric symptoms and maladjustment could help on planning centered parent-child rehabilitation program."

Gravidanza e genitorialità

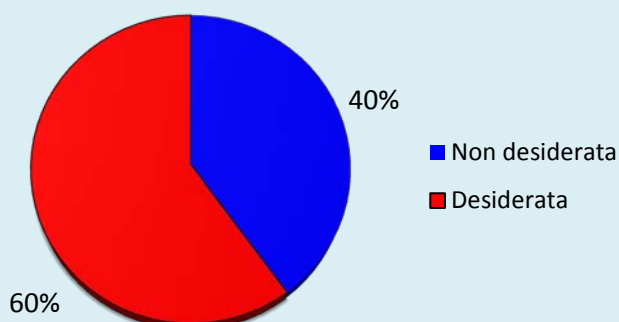
Il disturbo da uso di sostanze costituisce un importante **fattore di rischio** per la **gravidanza**, la **genitorialità** e lo **sviluppo** del bambino (Eiden et al., 2006; Scaife, 2007). Diversi studi riportano infatti come, a livello di gruppo, nel contesto della vita quotidiana le donne con tale disturbo tendano a sperimentare **interazioni meno funzionali** con i propri figli, caratterizzate da comportamenti di cura meno sensibili e maggiormente intrusivi, così come da maggiori difficoltà nella gestione dell'aggressività e degli affetti negativi in generale (Mayes et al., 1997; Salo et al., 2009).

Da questo emerge l'importanza di un **intervento precoce**, con una presa in carico della funzione genitoriale avviata già a partire dalla gravidanza. In linea con questo, negli ultimi anni si riscontra una percentuale sempre più elevata di utenti che accedono alla struttura durante la gestazione o poco dopo il parto, sovente in concomitanza alla comparsa nel neonato di sintomi ascrivibili alla **sindrome di astinenza neonatale**.

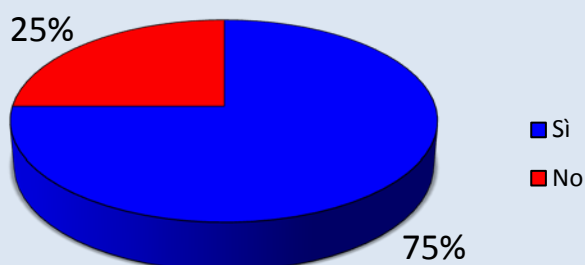
Inoltre, sempre più studi evidenziano come spesso i **bambini esposti a sostanze in utero** sembrano presentare caratteristiche temperamentali, evolutive e relazionali tipiche, quali un'elevata **irritabilità**, **ritardi nello sviluppo** e **difficoltà nella regolazione emotiva**, aspetti che potrebbero impattare ulteriormente su una funzione genitoriale già di per sé fragile e sulla qualità della relazione madre-bambino (Tronick et al., 2005). Da questo l'esigenza di assumere un inquadramento diagnostico multifocale che accanto agli aspetti psicologici ed individuali dell'adulto, consideri sin dalle fase più precoci la qualità della relazione madre-bambino e le traiettorie di sviluppo del minore.

La gravidanza

Gravidanza attuale



Sostanze in gravidanza



Si può osservare come un'elevata percentuale di utenti (**75%**) riporti di aver fatto uso episodico o continuativo di sostanze psicotrope nel corso della gravidanza. Nel **40%** dei casi si è trattato di una gravidanza non desiderata o programmata, verificatasi quindi all'interno di una storia personale caratterizzata da diverse condotte a rischio, quali l'**esposizione del feto all'assunzione prolungata di sostanze** durante la gestazione e **interruzioni di gravidanza** passate (**48%**).

APPROFONDIMENTI EMPIRICI

Casa Aurora, in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, si è occupata di approfondire gli aspetti legati all'assunzione di sostanze durante la gravidanza nelle utenti. Più nello specifico, è stato pubblicato il lavoro dal titolo "L'esposizione prenatale alle droghe come forma di maltrattamento. Un caso singolo dalla gravidanza ai 24 mesi di vita del bambino", che si è occupato di indagare in maniera longitudinale lo sviluppo delle competenze evolutive ed affettivo-relazionali in un bambino esposto a sostanze in utero. Di seguito un estratto del lavoro.

“In riferimento ai dati riportati e alla definizione dell'esposizione alle droghe in utero come forma precoce di maltrattamento bio-psicologico, il presente lavoro ha lo scopo di osservare le traiettorie evolutive di un minore esposto a sostanze nel corso della gravidanza per verificare l'eventuale presenza di danni a breve e/o a lungo termine sul suo sviluppo. Secondo quanto riscontrato dalla recente letteratura esposta, infatti (par. 2), possiamo ipotizzare che tale condizione può generare nel bambino, una volta nato: alterazioni strutturali e somatiche fin dai primi giorni dopo il parto, ma anche l'emergere nel tempo di disturbi funzionali e anomalie comportamentali. Accanto a questi aspetti, naturalmente, saranno considerati altri fattori contestuali di rischio che sembrano caratterizzare l'ambiente allargato di appartenenza del minore e che possono anch'essi influire sul suo adattamento [...]. Nel complesso si è osservato che:

1. l'esposizione alle droghe in fase prenatale è una condizione che si inserisce a tutti gli effetti nella definizione fornita in introduzione di maltrattamento prenatale, in quanto esperienza fisica e psichica potenzialmente dannosa, non sempre quantificabile nel suo impatto a breve e lungo termine sullo sviluppo, a causa delle difficoltà nell'identificare l'entità del rischio e nel predisporre interventi adeguati.

2. le caratteristiche dei neonati e dei bambini esposti alle sostanze in utero non sono ancora del tutto conosciute, ma soprattutto poco conosciuti sono gli effetti specifici e a lungo termine delle sostanze assunte sullo sviluppo fisico, affettivo-relazionale e cognitivo-comportamentale del bambino nell'arco della vita. E' quindi possibile definire i figli di genitori tossicodipendenti bambini “speciali”, o come riportato in alcuni casi bambini “special needs”, nel senso che portano con sé un'esperienza precoce di maltrattamento sul piano biologico e psichico con la quale occorre fare i conti sia in fase di valutazione sia nella programmazione e nell'attuazione degli interventi. Da una parte infatti è necessario studiare e conoscere meglio le peculiarità di questi bambini legate alle influenze biologiche dell'esposizione alle droghe in utero, alle ricadute psicologiche e interattivo-relazionali di esse e dell'incontro con madri (o genitori) a loro volta connotate clinicamente da storie ed esperienze interrotte, deprivate, maltrattanti e da una strutturazione patologica della personalità e da competenze relazionali spesso inadeguate a supportare lo sviluppo di un bambino.

3. la condizione di maltrattamento prenatale richiederebbe approcci preventivi e di intervento specifici dal momento che anche nel periodo gestazionale il feto necessita di condizioni favorevoli allo sviluppo e la salute in una visione preventiva rispetto alla nascita e alle condizioni avverse intervenienti

D'altra parte, la ricerca "sulle cause e gli effetti" è innegabilmente base per l'ideazione degli interventi e la loro verifica: ad oggi esistono molti modelli di intervento clinico, anche precoce, sul bambino e sulla qualità delle sue interazioni e relazioni primarie, talvolta anche sottoposti a verifica di efficacia, ma se ne riscontrano pochi nell'ambito dei bambini figli di genitori tossicodipendenti che nascono e crescono nelle comunità per madri e bambini. Di fatto, ricercatori e clinici si muovono in questo settore facendo ricorso a modelli e tecniche tratti da altre esperienze di presa in carico e di trattamento non possedendo ancora un riferimento chiaro a cui attingere per attuare interventi mirati e specifici alle necessità di tali pazienti, delle loro madri e alla particolarità dell'ambiente di vita in cui l'intervento stesso viene calato. Probabilmente, una rilettura dell'esposizione prenatale alle droghe come forma di maltrattamento con risvolti traumatici per lo sviluppo del bambino potrebbe costituire una modalità innovativa per pensare, sia a livello teorico sia rispetto alla diagnosi, a modelli nuovi per la comprensione delle caratteristiche di questi bambini e per l'attuazione di interventi mirati che tengano in considerazione questi aspetti accanto a quelli maggiormente connessi all'area della dipendenza materna. "

Genitorialità e qualità della relazione madre-bambino

Da diversi anni casa Aurora ha avviato un protocollo semi-standardizzato di **valutazione della relazione e della qualità delle interazioni** madre-bambino. Dal momento dell'ingresso, a cadenza trimestrale, le diadi vengono **videoriprese** durante momenti di **interazione** in diversi setting (gioco libero, gioco con materiali, separazione e ricongiungimento).

La qualità delle interazioni adulto-bambino viene successivamente valutata attraverso le **Emotional Availability Scales** (EAS – Biringen, 2008), sei scale che tengono simultaneamente conto del contributo della madre (**sensibilità, strutturazione, nonintrusività, nonostilità**) e del bambino (**responsività, coinvolgimento**) agli scambi interattivi.

Il sistema di codifica permette inoltre di giungere ad una valutazione globale della qualità della relazione, collocando la madre e il bambino all'interno di diverse aree di disponibilità emotiva (**Disponibilità emotiva, Disponibilità emotiva complicata, Distacco, Area problematica**), in base all'entità delle risorse e delle difficoltà osservate.

Più di recente, è stato introdotto un secondo protocollo più specificamente focalizzato sullo sviluppo del bambino. Tali strumenti consentono di monitorare in maniera sistematica e a cadenza regolare tali caratteristiche, permettendo di identificare tempestivamente l'eventuale presenza di fattori di rischio e di modellare l'intervento sulla base delle specifiche caratteristiche di ciascuna singola diade.

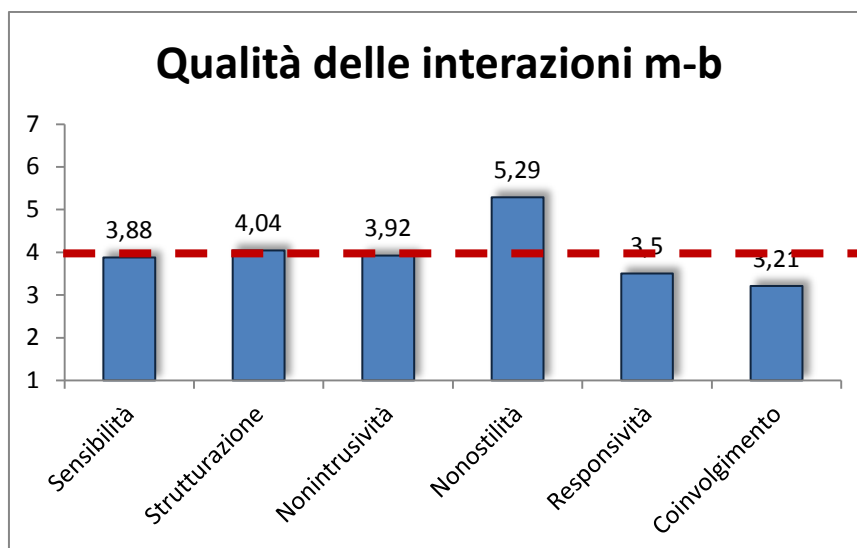


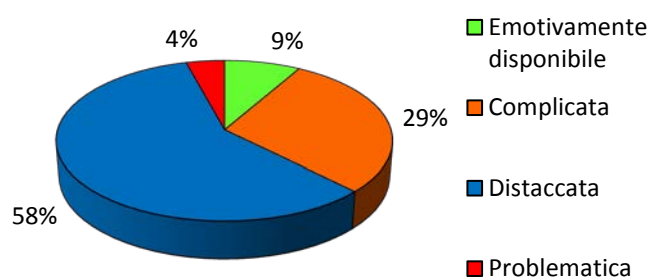
Figura 1 – La linea rossa tratteggiata indica il discrimine al di sotto del quale le variabili considerate presentano elementi di difficoltà.

Per quanto riguarda la qualità delle interazioni madre-bambino nelle diadi residenti in Casa Aurora, rispetto al caso specifico delle utenti che hanno effettuato l'accesso nel 2017, si può osservare come al momento dell'ingresso quasi in tutte le scale i punteggi medi si collocano intorno o al di sotto del valore di 4, indicato dalla linea rossa tratteggiata, ad indicare la presenza di **consistenti difficoltà** sia rispetto alle variabili materne che a quelle del bambino.



Per quanto riguarda la qualità della relazione, si può osservare come la maggior parte delle utenti si collochi nelle aree di disponibilità emotiva complicata (**54%**) o del distacco (**42%**), ad indicare la presenza di aspetti di sovra-connessione o eccessiva dipendenza, così come la presenza di distacco emotivo nella relazione

Qualità della relazione - BAMBINO



Per quanto riguarda il bambino invece, si può osservare come la maggior parte dei soggetti si collochino ugualmente nelle aree di disponibilità emotiva complicata (29%) o del distacco (58%), con una più alta percentuale in quest'ultima categoria, ad indicare la difficoltà dei bambini nell'organizzare gli affetti e i comportamenti in modo

ottimale all'interno della relazione con l'adulto. Allo stesso tempo, si può notare rispetto alle mamme, una più alta percentuali di soggetti si collochi all'interno della fascia emotivamente disponibile (9%) ma come allo stesso tempo vi sia un numero più elevato di soggetti che presenta problematicità (4%) all'interno della relazione.

APPROFONDIMENTI EMPIRICI

Casa Aurora, in collaborazione con il Dipartimento Di Psicologia Dello Sviluppo e della Socializzazione, si è occupata di approfondire gli aspetti legati alla qualità delle interazioni e della relazione madre-bambino nelle diadi residenti in struttura. In particolare, in merito alla qualità dello scambio affettivo tra madre e bambino (per altre pubblicazioni relative a questo argomento si rimanda alla parte 3 inerente alla bibliografia) è stato pubblicato il lavoro dal titolo "Attachment representations and early interactions in drug addicted mothers: a case study of four women with distinct Adult Attachment Interview classifications" in cui è stata valutata longitudinalmente la qualità delle interazioni madre-bambino in donne con disturbo da uso di sostanze, con specifico riferimento alle rappresentazioni di attaccamento. Di seguito un estratto del lavoro.

This study aimed to assess parenting of drug addicted mothers longitudinally, from different perspectives. Two of the main components of parental functioning were considered: maternal representations with respect to early attachment experiences and actual parenting behaviors enacted during adult-child interactions.

To assess adult attachment representations we adopted the AAI (George et al., 1985) while mother-child interactions were evaluated through the EAS (Biringen, 2008), a tool that originated in part from attachment theory but that also tried to enlarge the focus of investigation integrating contributions from emotion, systemic and transactional theories.

In this sense we tried to enrich the attachment perspective with an interactive and relational one, in order to understand more deeply how parenting and adult-child relationships might influence each other. Moreover, adult-child interactions were assessed longitudinally, during the first 21 month of stay in the facility; in this sense, the inclusion of a longitudinal perspective allowed to expand knowledge on the dynamic processes underlying parental functioning and the organization of adult-child interactions, rather than to rely on a single and more static evaluation of them. The four mothers were chosen according to their adult attachment status assessed at admission in TC, in order to collect one subject for each of the four AAI main categories, that is secure/autonomous (F), dismissing (Ds), entangled-preoccupied (E) and unresolved with respect to trauma and/or losses (U). Quality of mother-child interactions, instead, was considered longitudinally and assessed each 3 months during the first 21 months of stay in the facility.

We hypothesized secure attachment representations in the mother to be associated (a) with higher maternal sensitivity and (b) with more stable emotional exchanges if compared to the insecure or the unresolved ones. As expected, the results highlighted marked differences in interactive competencies in the secure vs. insecure/unresolved mothers. More specifically the dyad with the secure (F) mother presented interactions of better quality, with the mother being more sensitive and responsive toward her child's cues and the child showing more optimal and positive responsiveness and involvement of the adult; moreover, these results appeared predictable over time (i.e., the scores always remained in the optimal range or above the mid-point of the scales). On the other side, the insecure (Ds) (E) dyads and the one with the unresolved (U) mother presented more changeable patterns of interactions and more difficulties during the periods observed, with the mothers resulting inconsistent in the ability to adequately perceive and respond to their infants' signals.

3 PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

Casa Aurora è attiva e promotrice di iniziative di formazione ricerca.

Di seguito andremo ad elencare le principali pubblicazioni scientifiche svolte negli ultimi anni (2016-2018). Ci si è focalizzati nello specifico su due macro aree: 1) aspetti neurocognitivi e neurofisiologici implicati nella genitorialità e 2) qualità della relazione madre-bambino in donne con disturbo da uso di sostanze.

1) Aspetti neurocognitivi e neurofisiologici implicati nella genitorialità

Lavori in rivista

Porreca, A., Biringen, Z., Parolin, M., Saunders, H., Ballarotto, G., & Simonelli, A. (2018). Emotional availability, neuropsychological functioning, and psychopathology: The context of parental substance use disorder. *BioMed Research International*, vol. 2018, Article ID 5359037, 1-11.

De Carli, P., Porreca, A., Meconi, F., Piallini, G., De Palo, F., Sessa, P., Simonelli, A. (2018). Implications of substance use disorder on maternal neural and behavioral responses to infant cues. *Infant Mental Health Journal*, 39, 645-646.

Presentazioni a congressi

De Carli, P., Porreca, A., Meconi, F., Piallini, G., De Palo, F., Sessa, P., Simonelli, A. (2018). Implications of substance use disorder on maternal neural and behavioral responses to infant cues. Poster Presentation at the 16th WAIMH World Congress in Rome, Italy, 26-30 May 2018

Porreca, A., Meconi, F., De Carli, P., Piallini, G., De Palo, F., Sessa, P. (2017). Neural and interactive implications of early mother-child relationship: the issue of maternal substance use disorder. Oral

presentation at: AIP Clinico-Dinamica Annual Conference, 29th September -1st October, Torino (Italy).

2) Qualità della relazione madre-bambino

Lavori in rivista

Porreca, A., De Palo, F., Capra, N., & Simonelli, A. (2018). Mother-child emotional availability in the context of maternal substance use disorder. *Infant Mental Health Journal*, 39, 305-306.

De Palo, F., Simonelli, A., Capra, N. (2016). Prenatal drug exposure as maltreatment condition. A single case from pregnancy to 24 months of child's life. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*

Porreca, A., De Palo, F., Simonelli, A., Capra, N. (2016). Attachment representations and early interactions in drug addicted mothers: a case study of four women with distinct Adult Attachment Interview classifications. *Frontiers in Psychology*. 7:346. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00346

Porreca, A., De Palo, F., Capra, N., & Simonelli, A. (2016). Intervening on dyads with drug addicted mothers: the contribution of a residential community program in improving dyadic emotional availability. *Infant Mental Health Journal*, 37 (1), 384.

Porreca, A., De Palo, F., Capra, N., Simonelli, A. (2016), Early mother-child interactions in dyads with drug addicted mothers and children prenatally exposed to drugs. *Infant Mental Health Journal*, 37 (1), 597-598.

Presentazioni a congressi

Porreca, A., De Palo, F., Capra, N., & Simonelli, A. (2018). Mother-child emotional availability in the context of maternal substance use disorder. Oral Presentation at the 16th WAIMH World Congress in Rome, Italy, 26-30 May 2018

De Palo, F., Porreca, A., Simonelli, A. (2017). Maternal drug addiction: influences on mother-child relationship and on early child development. Oral presentation at: AIP Clinico-Dinamica Annual Conference (Italy).

Porreca, A., De Palo, F., Capra, N., Simonelli, A. (2016) .Intervening on dyads with drug addicted mothers:the contribution of a psychodynamic-based community program. Oral presentation at the 15Th World Congress of Infant Mental Health May 29-June 2, 2016

Porreca, A., De Palo, F., Capra, N., Simonelli, A. (2016). Early mother-child interactions in dyads with drug addicted mothers and children prenatally exposed to drugs. Poster presented at the 15Th World Congress of Infant Mental Health May 29-June 2, 2016.

4 PROGETTI CORRELATI AL PROGRAMMA TERAPEUTICO

Progetto psicomotricità relazionale

La Psicomotricità Relazionale è una disciplina che considera la persona nella sua globalità, ed è un'attività ludica ed espressiva, nella quale il bambino ha la possibilità di giocare, muoversi ed esprimersi, utilizzando materiali semplici e poco strutturati che favoriscono lo sviluppo delle tre tipologie del gioco psicomotorio (senso-motorio, simbolico, socializzazione). La libera espressione e la relazione autentica che si instaura con l'adulto, fanno sì che questo gioco promuova uno sviluppo armonico e integrale del bambino.

Secondo tale disciplina la storia personale è scritta nel tono muscolare (cioè nel corpo e nelle sue tensioni). Il movimento, pertanto, viene utilizzato quale strumento indispensabile di conoscenza del sé, dell'altro e dell'ambiente.

Lo strumento della psicomotricità è il gioco, che si sviluppa attraverso quello che il bambino, in maniera spontanea, propone. Non si traduce in alcun modo in esercizi o pratiche motorie predeterminate e presentate in forma ludica dall'adulto.

Il bambino ha bisogno di ordine e di limiti, pertanto, pur rispettando la sua libera espressione, il gioco ha una sua precisa struttura spazio-temporale e delle regole chiare e uguali per tutti, che servono a contenere e a dare sicurezza.

Le principali finalità sono:

- Offrire ai bambini uno spazio e un tempo di libera espressione, (con se stesso, con i pari, con l'adulto) dove venga valorizzato il gioco e la sua funzione evolutiva.

REPORT 2017

COMUNITA' CASA AURORA

- Favorire ascolto e accoglienza attraverso la dimensione corporea.
- Promuovere l'agio nel bambino stimolandolo a scoprire le proprie risorse e capacità, sostenendolo nel superamento di eventuali momenti di crisi, conflitti, che frequentemente si presentano nel processo di crescita.
- Favorire l'integrazione e il coinvolgimento di tutti i bambini, valorizzando la dimensione di gruppo e la diversità (di essere, di pensare, di agire).
- Promuovere nel gruppo lo sviluppo di competenze motorie adeguate all'età, competenze espressive, competenze sociali.

Sono stati organizzati, da novembre 2012 a giugno 2013, due gruppi di psicomotricità relazionale che si sono svolti settimanalmente presso la struttura del Coletti, uno per la fascia del nido, con la presenza delle madri in sala, e uno per la materna.

Nel primo gruppo hanno partecipato 5 bambini di un'età compresa tra i 16 e i 24 mesi; nel secondo invece hanno partecipato 5 bambini di un'età compresa tra i quattro e i sei anni. Entrambi i gruppi sono stati videoregistrati per poter avere uno strumento ulteriore per dare una restituzione del percorso svolto sia all'équipe che alle madri.

Progetto acquaticità e massaggio neonatale

Acquamotricità neonatale:

Incontri a cadenza settimanale in piccoli gruppi

L'obiettivo del corso è di promuovere la fiducia e l'autonomia nell'acqua, accogliere la predisposizione individuale al fine di valorizzare le capacità e abilità di ognuno per realizzare un percorso di crescita modellato sulle

esigenze di ogni bambino. L'acqua inoltre si rivela un ottimo supporto per sostenere la crescita armonica del bambino sia dal punto di vista fisico (tono muscolare, motricità, equilibrio, sincronia) che da quello emotivo (effetto distensivo e rilassante). Ritrovare, dopo la nascita, l'elemento acquatico tra le braccia della mamma consentendo al bambino di assaporare il rilassamento e la stimolazione sensoriale che l'acqua può offrire, stimolando la crescita e il rinforzarsi di competenze motorie, affettive e relazionali. L'esperienza ludica, l'ambiente, la musica, promuovono lo sviluppo psicomotorio e relazionale del bambino consentendogli di progredire con sicurezza e autonomia nell'esplorazione acquatica, rinforzando le proprie abilità e competenze attraverso il rapporto col genitore e con gli altri bambini, l'esplorazione sensoriale dell'acqua, il gioco simbolico, libero e imitativo. Il rispetto e l'ascolto del bambino consentiranno alle mamme di avvicinarsi ad una più articolata comprensione dei bisogni, sensazioni ed emozioni dei loro figli.

Massaggio neonatale:

Incontri a cadenza settimanale in piccoli gruppi

Obiettivi: Il massaggio del bambino è un efficace strumento attraverso cui rafforzare la relazione con i nostri bambini, non si tratta quindi di imparare una tecnica ma di affinare una attitudine: un modo di comunicare profondo con il proprio bambino.

Il massaggio del bambino è un'antica tradizione presente nella cultura di molti paesi che è stata riscoperta e si sta espandendo anche nel mondo occidentale.

L'evidenza clinica e le recenti ricerche hanno inoltre confermato l'effetto positivo del massaggio sullo sviluppo e sulla maturazione del bambino a livello fisico, psicologico ed emotivo.

Il massaggio del bambino è semplice e ogni genitore può apprenderlo facilmente; il programma è flessibile e si può adattare alle esigenze del bambino dalla nascita, accompagnandolo poi nelle diverse fasi della sua

crescita. Con il massaggio possiamo sostenere, proteggere e stimolare la crescita e la salute del nostro bambino, è un mezzo privilegiato per comunicare ed essere in contatto con lui.

Progetto musica: “scrivo la mia canzone”

La Comunità Terapeutica Villa Renata dal 2006 ha allestito presso la struttura “Il Glicine” una sala musica attrezzata di strumenti, inserendo tra i dispositivi ludici-terapeutici un laboratorio musicale di scrittura di canzoni, fornendo agli utenti strumenti, tecniche, linguaggi, approcci formativi legati alla musica affinché diventino un mezzo cosciente e positivo per la loro crescita ed il loro sviluppo di relazione.

Il progetto “Scrivo la mia canzone” offre soprattutto agli ospiti di Villa Renata un'esperienza di vita, di gruppo e di protagonismo positivo facendo emergere le loro capacità, i loro talenti, i loro sentimenti, i loro pensieri ed attraverso il linguaggio della canzone la possibilità di dividerli. Un'esperienza che si fonda su valori importanti come il divertimento sano, la collaborazione, il superamento di eventuali difficoltà.

Il laboratorio prevede una serie di incontri «teorici» condotti dall'educatore Marco Anzovino che si svolgono il venerdì pomeriggio ed il sabato mattina per due ore e mezza circa ad incontro, nei quali vengono affrontati diversi temi legati agli aspetti comunicativi e tecnici della musica e delle canzoni.

Successivamente gli incontri hanno carattere più pratico legato alla realizzazione delle canzoni (utilizzando gli strumenti musicali, le attrezzature della sala prove).

Creare un gruppo di pazienti che attraverso un percorso artistico, aggregativo e di condivisione possa imparare a comunicare, a raccontarsi e a veicolare emozioni e stati d'animo con i testi delle canzoni, la melodia di una musica, il canto.

L'obiettivo finale sarà l'esibizione in uno spettacolo dove gli ospiti canteranno dal vivo le loro canzoni.

Al termine del laboratorio viene realizzato il cd con i brani scritti dagli ospiti i quali vengono registrati nella sala prove di Villa Renata con l'aiuto di professionisti e tecnici esperti del settore.

Attraverso le canzoni, gli ospiti riescono a raccontare con immediatezza il proprio vissuto, le proprie esperienze, i sogni, le aspettative e la ricerca, spesso sofferta o nascosta, di valori di riferimento e di uno spazio sociale ed espressivo.

Per partecipare al laboratorio non sono richiesti requisiti specifici in ambito musicale. Il metodo che viene applicato è quello di stimolare i pazienti nello sviluppo della propria creatività. Per quanto sia richiesto un intervento individuale nella scrittura dei testi musicali, gran parte degli incontri si svolgerà in gruppo al fine di sviluppare momenti di confronto, di scambio e di relazione con gli altri.

L'esperienza ed il dialogo di gruppo agevolerà in maniera positiva e costruttiva l'ascolto ed il rapporto interpersonale favorendo il superamento di momenti di solitudine, difficoltà o disagio.

L'entusiasmo, il divertimento, il coinvolgimento diretto, il protagonismo nella creazione di un brano e l'opportunità di avere spazio e visibilità nello spettacolo, la possibilità di incontrare e conoscere altri ragazzi saranno lo stimolo fondamentale per tutti i partecipanti ad intraprendere un percorso di crescita sano che costituirà un valore primario per lo sviluppo e l'appagamento culturale e sociale.

Progetto equilibrato "gruppo avventura"

Se è vero che la tossicodipendenza, più che un problema di assunzione di sostanze è un problema di relazione con gli altri e il mondo, la cura non è solo il non uso, ma la costante attenzione alle trappole di quel modo di pensare.

La sostanza agisce da anestetico emotivo e fisico, oppure creatore di emozioni controllate (diverso che "gestite") o garante di un contesto sociale. La dipendenza diviene tossica quando non lascia vie di uscita, quando vincola a pratiche di non crescita e morte. L'avventura di uscire dal nucleo protetto dell'infanzia e dalle sue dipendenze senza potere ma sicure, perdendo l'innocenza e avventurandosi nel terreno più precario ma più libero dell'adulità, passa attraverso la scelta e l'assunzione del rischio. Quale rischio?

Il rischio di rispondere alle proprie scelte senza più reti di sicurezza né telai di sostegno.

Il progetto propone di attivare un laboratorio dell'avventura e del rischio non per ricercare l'estremo, bensì per incontrare il non regolato e gestire una risposta. Non è l'evitare il rischio o il rapimento da sballo senza più alcun pensiero che rende capaci di una risposta adulta e non tossica. Per incontrare l'avventura si vivrà l'ambiente della natura non antropizzata e si abiteranno i suoi imprevisti attraverso le discipline praticate: trekking, arrampicata, ciaspolate, canyoning, torrentismo, sci etc. Lo scopo è quello di esporsi ad una zona rischio (imprevisto, vertigine, squilibrio, freddo, fatica, disorientamento, scivolamento) non per esporsi a pericoli oggettivi di incolumità ma per gestirla. In tale senso è netto il confine tra rischio e pericolo di vita. La gestione dell'organizzazione, l'attenzione e la memoria dell'esperienza ci sembrano le competenze adulte da coltivare di queste esperienze vissute.

Si rivolge a Giovani adulti delle comunità terapeutiche Casa Aurora, Villa Emma e Villa Renata sia maschi che femmine. Essendo laboratorio di rischio-avventura ha le stesse basi esplorative dell'avventura fuori dalla base sicura dell'attaccamento, prima primordiale pratica di emancipazione e crescita. Si proporrà in modo diverso a:

1. Giovani adulti delle comunità sia maschi che femmine (incluse le mamme) in cui si può far riferimento agli obiettivi generali su descritti.

2. Ai bambini (da un minimo di 4-5 anni) figli delle suddette mamme: a cui il progetto dedicherà apposite e distinte uscite (Uscite-bimbi) in cui l'esplorazione e l'avventura saranno gioco. A presiedere e a tutelarli in queste uscite sarà tutto il gruppo in uscita. In queste particolari uscite, i bimbi saranno figli di tutti, nessuno escluso e ognuno si prodigherà a far vivere loro l'avventura. Generando un'altra connotazione educativa del senso di responsabilità.