

# CASA AURORA

---



REPORT 2019-2020

---

**COMUNITA' TERAPEUTICA CASA AURORA**  
COMUNITA' TERAPEUTICA C1 E CTRP



---

# Report 2019-2020

Il presente report offre una panoramica degli interventi di varia natura effettuati presso la struttura Casa Aurora nel biennio 2019-2020.

Casa Aurora è attiva dal 1996 ed è gestita dalla cooperativa sociale Comunità di Venezia. La struttura si colloca nel territorio regionale e nazionale come dispositivo di cura 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.

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

## **CASA AURORA È IN POSSESSO DELL' AUTORIZZAZIONE E DELL' 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
- Comunità terapeutica riabilitativa protetta (CTRP), Area Salute Mentale

---

# Sommario

|  |    |
|--|----|
| Report 2019-2020 .....   | 2  |
| <b>CASA AURORA</b> .....   | 5  |
| <b>I DISPOSITIVI DI CURA</b> .....   | 6  |
| <b>L'EQUIPE di CASA AURORA</b> .....   | 8  |
| <b>LE COLLABORAZIONI DI CASA AURORA</b> .....                                | 10 |
| <b>Fotografia dell'utenza</b> .....  | 13 |
| <b>PAZIENTI C1/DIPENDENZA DA SOSTANZE</b> .....                              | 13 |
| <b>Caratteristiche socio-demografiche e cliniche delle utenti C1</b> .....   | 14 |
| <b>Fattori di rischio familiari</b> .....                                    | 15 |
| <b>Variabili relative all'esordio e allo sviluppo del DUS</b> .....          | 16 |
| <b>Variabili relative al trattamento comunitario</b> .....                   | 17 |
| <b>Sintomatologia psicopatologica nelle utenti C1</b> .....                  | 18 |
| <b>Caratteristiche di personalità nelle utenti C1</b> .....                  | 21 |
| <b>Funzionamento neuropsicologico delle utenti C1</b> .....                  | 22 |
| <b>Caratteristiche della relazione/funzione genitoriale</b> .....            | 23 |
| <b>Benessere dei bambini figli delle utenti C1</b> .....                     | 24 |
| <b>Fotografia dell'utenza</b> .....  | 30 |
| <b>Pazienti CTRP/Ds psichiatrici</b> .....                                   | 30 |
| <b>Caratteristiche socio-demografiche e cliniche delle utenti CTRP</b> ..... | 31 |
| <b>Fattori di rischio relativi alla storia di vita passata</b> .....         | 32 |
| <b>Variabili relative al trattamento comunitario</b> .....                   | 32 |
| <b>Sintomatologia psicopatologica nelle utenti CTRP</b> .....                | 33 |
| <b>Caratteristiche di personalità nelle utenti CTRP</b> .....                | 34 |
| <b>Funzionamento neuropsicologico delle utenti CTRP</b> .....                | 35 |
| <b>Caratteristiche della relazione/funzione genitoriale</b> .....            | 36 |
| <b>Benessere dei bambini figli delle utenti CTRP</b> .....                   | 37 |

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Produzione scientifica.....</b>                             | <b>40</b> |
| <b>Articoli in rivista.....</b>                                | <b>40</b> |
| <b>Abstract in rivista.....</b>                                | <b>40</b> |
| <b>Presentazioni a convegni .....</b>                          | <b>40</b> |
| <b>PROGETTI IN CORSO .....</b>                                 | <b>42</b> |
| <b>Acquamotricità neonatale .....</b>                          | <b>43</b> |
| <b>Massaggio neonatale .....</b>                               | <b>44</b> |
| <b>Progetto Equilibero “Gruppo Motion” .....</b>               | <b>45</b> |
| <b>Laboratorio Arteterapico “Progetto Intrecci” .....</b>      | <b>47</b> |
| <b>Ricette per il futuro.....</b>                              | <b>52</b> |
| <b>Progetto formativo e di cura attraverso la cucina .....</b> | <b>52</b> |
| <b>Progetto “ Svezamento” .....</b>                            | <b>55</b> |
| <b>Non solo quanto ma soprattutto come .....</b>               | <b>55</b> |
| <b>Progetto “Shiatsu” .....</b>                                | <b>57</b> |

---

# CASA AURORA

LA COMUNITA' TERAPEUTICA "CASA AURORA" ACCOGLIE DONNE:

COME UNITÀ DI OFFERTA DI TIPO C1 AREA DIPENDENZE:

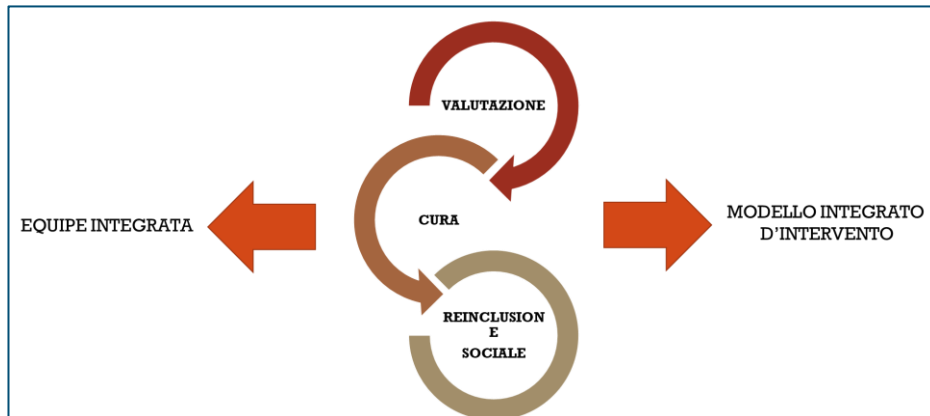
- tossicodipendenti o alcolodipendenti con figli (sono ammessi ingressi di donne in trattamento farmacologico o sostitutivo) per progetti residenziali di disintossicazione da sostanze, valutazione e intervento sulla funzione genitoriale e valutazione e monitoraggio del benessere del bambino;
- tossicodipendenti/alcolodipendenti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

## I DISPOSITIVI DI CURA

La comunità offre un modello integrato di intervento, che opera attraverso tre fasi principali: 1) una **valutazione approfondita**, effettuata al momento dell'ingresso in struttura, 2) l'applicazione dei diversi **dispositivi di cura** e 3) il **reinserimento sociale**.



Il **protocollo di valutazione iniziale** ha come obiettivo quello di fornire un inquadramento approfondito delle diadi madre-bambino inserite in comunità, nonché fungere da monitoraggio rispetto alla presa in carico. Come tale, questa fase approfondisce in maniera dettagliata diverse aree tra cui le caratteristiche della **madre**, le caratteristiche del **bambino** e le caratteristiche della **relazione madre-bambino**. Queste tre aree rappresentano i tre diversi livelli su cui operano gli interventi della

comunità. Per quanto riguarda le caratteristiche della madre, lo screening di valutazione psicodiagnostica approfondisce aspetti quali il funzionamento di personalità, la presenza di sintomatologia psicopatologica, il funzionamento neuropsicologico e la presenza di aspetti traumatici. Per quanto riguarda le caratteristiche del bambino vengono presi in considerazione il livello di sviluppo del bambino



(con riferimento alla sfera cognitiva, linguistica e motoria), le competenze adattive e

---

l'eventuale presenza di problematiche emotive e/o comportamentali. Infine, per ciò che concerne le caratteristiche della relazione madre-bambino, le diadi sono osservate ripetutamente, in momenti di interazione in diversi contesti della quotidianità o in condizioni maggiormente strutturate, al fine di valutare la qualità della relazione, l'adeguatezza dei comportamenti genitoriali e le competenze interattive del bambino. L'approccio di **cura** viene implementato attraverso un articolato protocollo di intervento integrato, che integra una parte di interventi educativi con una parte di interventi clinici. Gli **interventi educativi** includono colloqui, gruppi psicoeducativi, psicomotricità relazionale, acquaticità madre bambino, danzaterapia, montagnaterapia, massaggio neonatale, accompagnamento al lavoro, sostegno alla formazione, supporto ai passaggi evolutivi di sviluppo (svezzamento, inserimento al nido, socializzazione). Gli **interventi** clinici comprendono sedute di psicoterapia orientamento psicodinamico relazionale, intervento psicoterapico mirato sul trauma (EMDR), psicoterapia di gruppo, sostegno psicologico alla famiglia e alla coppia genitoriale, psicoterapia madre bambino (intervento mirato breve con video feed back, o a lungo termine relazionale), psicoterapia individuale o di gruppo per bambini.



## L'EQUIPE di CASA AURORA



L'equipe di Casa Aurora è multidisciplinare composta cioè da diverse professionisti (psicologi, psicoterapeuti, psicomotricisti, ricercatori ed educatori) che collaborano sinergicamente allo scopo di costruire e sviluppare un pensiero e un intervento congiunto sulla paziente, sul bambino e sulla loro relazione. Attraverso l'integrazione di più "vertici" di osservazione e partecipazione emotiva è possibile acquisire una più profonda conoscenza ed una migliore comprensione dei pazienti e ad identificare in maniera più chiara gli obiettivi terapeutici ed educativi per la diade.

In virtù delle differenti categorie professionali di cui si compone, l'equipe opera quindi su più livelli. Una volta delineato un profilo globale della paziente, del bambino e della loro relazione vengono identificati degli obiettivi educativi e terapeutici specifici da perseguire, monitorare e, in caso, modificare nel corso della permanenza all'interno della struttura.



| <b>DIREZIONE</b><br><b>Dr.ssa Nicoletta Capra</b><br><b>VICE DIREZIONE</b><br><b>Dr. Cristian Prandini</b>  |  |   |
|---|--|---|
| AREA CLINICA  | AREA EDUCATIVA   | AREA AMMINISTRATIVA   |
| <b>Psicoterapia Individuale</b><br><br><b>Dr. Cristian Prandini</b><br><b>Psicologo Psicoterapeuta</b><br><b>Abilitato trattamento EMDR</b><br><br><b>Dr.ssa Laura Dalla Cia</b><br><b>Psicologa Psicoterapeuta</b><br><br><b>Psicoterapia di Gruppo</b><br><br><b>Dr.ssa Nicoletta Capra</b><br><b>Psicologa Psicoterapeuta</b><br><b>Abilitata trattamento EMDR</b> | <b>Equipe Educatori</b><br><br><b>Coordinatrice Ed. Prof. Federica Cappelletto</b><br><b>Ed. Prof. Dr.ssa Veronica Paganin</b><br><b>Ed.Prof. Margherita Castellani</b><br><b>Dr.ssa Francesca Darin</b><br><b>Dr.ssa Daniela Contratti</b><br><b>Dr.ssa Cindy Bosello</b><br><b>Dr. Stefano Dusi</b><br><b>Dr. Cristian Battistella</b><br><b>OP. C.T. Marzia Violo</b><br><b>Dr. Riccardo Dal Mas</b><br><b>OP.CT Marzia Violo</b><br><b>Dr.ssa Marta Bassan</b><br><b>Dr.ssa Linda Comin</b><br><b>Dr.ssa Isabella Brazzale</b> | <b>Responsabile</b><br><br><b>Dr.ssa Barbara Cibin</b><br><br><b>Segreteria</b><br><br><b>Dr.ssa Sabrina Guidotto</b>   |
| <b>Attività Clinica e di Ricerca</b><br><b>Madre-Bambino</b><br><br><b>Dr.ssa Francesca De Palo</b><br><b>Psicologa, Psicoterapeuta età</b><br><b>evolutiva</b><br><b>Dr.ssa Marta Vecchiato, psicologa,</b><br><b>psicoterapeuta</b><br><b>DPSS UNIPD</b><br><b>Dr. Alessio Porreca, psicologo</b><br><b>DPSS UNIPD</b><br><b>Dr.ssa Bianca Filippi, psicologa</b>   | <b>Referenti CTRP</b><br><br><b>Direzione: dr.ssa Nicoletta Capra</b><br><b>Referente clinico: dr.ssa Laura Dalla Cia</b><br><b>Referente educatori: Veronica Paganin, Cindy</b><br><b>Bosello</b><br><b>Psichiatra: Davide Banon</b><br><br><b>Infermiere: Marta Corbetta</b>   | <b>Pediatre di Famiglia</b><br><br><b>Dr.ssa Silvia Giroto</b><br><b>Dr.Gianluigi Alessandrini</b><br><b>Pediatria di Famiglia Ulss 3</b><br><b>Serenissima</b><br><br><b>Medici di Medicina Generale</b><br><b>Dr. Cintolo Tommaso</b> |
| <b>Sostegno Psichiatrico</b><br><br><b>Dr. Davide Banon, Psichiatra</b>   | <b>Inf. Prof. Marta Corbetta</b>   | <b>Referente Volontari</b><br><br><b>Anna Ruocco</b>  |
| <b>Supervisor</b><br><b>Dr. Alberto Semi, Psichiatra</b><br><b>Psicoanalista</b><br><br><b>Dr. Mauro Palmieri, Psichiatra</b><br><br><b>Dr.ssa Gabriella Modolo</b><br><b>(supervisione EMDR)</b><br><br><b>Dr.ssa Alessandra Simonelli -</b><br><b>Università degli Studi di Padova</b><br><b>DPSS</b>   |  |   |

---

## LE COLLABORAZIONI DI CASA AURORA

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

### PER LE ISTITUZIONI PUBBLICHE SI EVIDENZIA:

La collaborazione, nata nel 2009, 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 multi-metodo e secondo un approccio longitudinale, allo scopo di programmare e monitorare gli interventi sulla funzione genitoriale 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.

Tra le cooperative leader si segnalano:

- ❖ LA COOPERATIVA “NOVAURORA” esperta nel 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 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; offrire quant’altro necessario alle cooperative consorziate per migliorare la loro efficacia operativa;

- 
- ❖ LA COOPERATIVA SOCIALE, “I.SO.LA. ONLINE”, 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 si segnalano:

- ❖ IREFREA, 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), con sede in sei diversi paesi europei.
- ❖ “EURO-TC” (EUROPEAN – TREATMENT CENTRES), 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.
- ❖ EuroHealtNet, è una partnership senza fini di lucro di organizzazioni, agenzie e organi statuari che lavorano per contribuire a un'Europa più sana promuovendo l'equità in materia di salute all'interno dei paesi europei.
- ❖ Mental Health Europe è un network che sostiene la salute mentale ed i diritti delle persone che convivono con problemi di salute mentale.

VIENNA NGO COMMITTEE, Il Comitato di Vienna delle Organizzazioni Non Governative sulle Droghe (VNGOC) fornisce un collegamento vitale tra le ONG, l’Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC) e la Commissione sulle sostanze stupefacenti (CND).

ENSA (European Network for Social Authorities), è un network aperto alla partecipazione di regioni ed enti locali fondato dalla regione Veneto. Le attività della rete si concentrano nel settore sociale sui seguenti temi: anziani, giovani, questioni legate all’infanzia, disabili ed inclusione sociale.

ELISAN (European Local Inclusion and Social Action Network), è un network europeo incentrato sulle politiche sociali, l’obiettivo principale è la creazione di una piattaforma di scambio per promuovere lo sviluppo di politiche sociali in linea con la strategia europea.

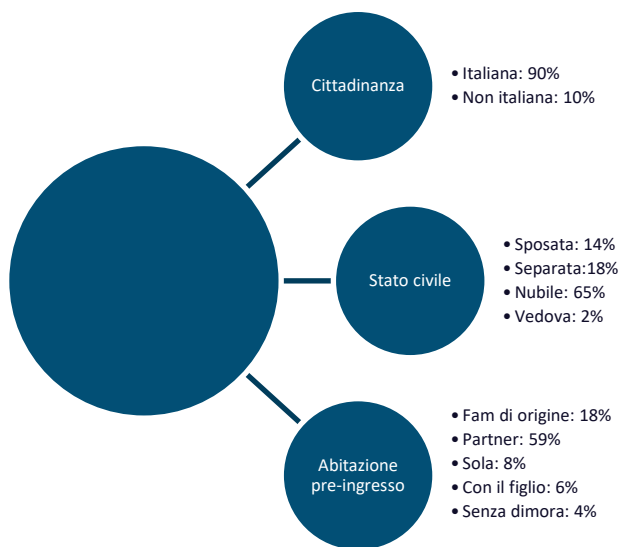


---

# Fotografia dell'utenza

PAZIENTI C1/DIPENDENZA DA SOSTANZE

## Caratteristiche socio-demografiche e cliniche delle utenti C1



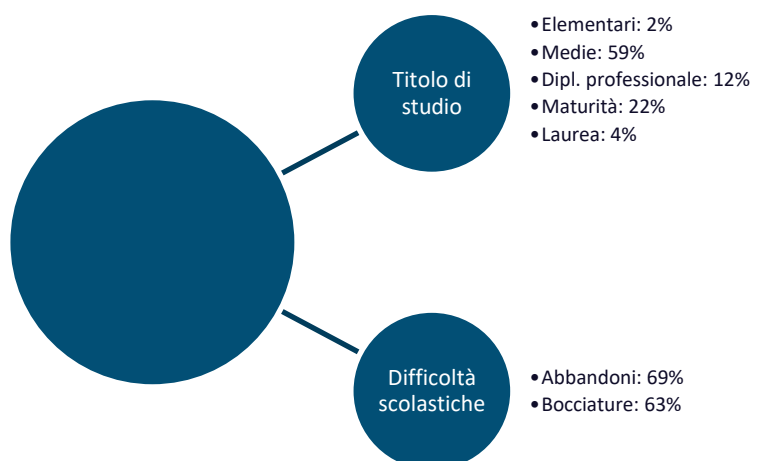
Per ciascuna ospite, al momento dell'ingresso è raccolta una dettagliata anamnesi con riferimento alle variabili socio-demografiche e cliniche che caratterizzano la storia di vita passata. Nel biennio 2019-2020 Casa Aurora ha ospitato **51** utenti C1. All'ingresso le utenti presentano un'età compresa tra i 17 e i 41 anni, con un'età media di

**30 anni** e hanno principalmente cittadinanza italiana. La maggior parte di loro è nubile e presenta un basso livello di istruzione, che si colloca principalmente sul livello delle medie inferiori. Prima dell'ingresso la maggior parte delle utenti viveva con il proprio partner o con la famiglia di origine.

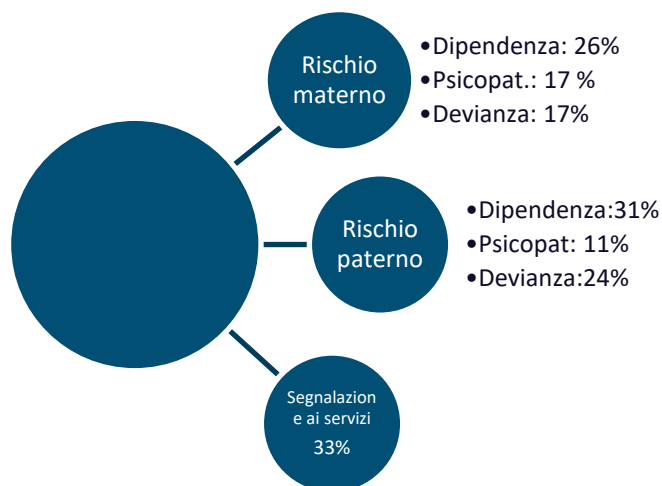
Come osservabile, la maggior parte delle utenti riporta bassi livelli di scolarizzazione, così come diversi aspetti di rischio a questo connessi, quali precoci abbandoni scolastici o elevati episodi di bocciatura durante il percorso di formazione. In letteratura e nella pratica clinica sono stati ampiamente individuati alcuni fattori di rischio psicosociale che risultano essere frequentemente associati all'esordio dell'uso di sostanze e/o a un decorso sfavorevole dello stesso.

Tra questi, ad esempio, un basso livello di istruzione, l'assenza di un impiego o un lavoro precario, e l'assenza di un partner fisso sono stati riconosciuti come fattori di rischio associati allo sviluppo di DUS. Allo stesso modo, alcune caratteristiche maggiormente problematiche legate all'uso di sostanze, come l'esordio precoce,

pattern di poli-abuso, e consumo per via endovenosa sono stati identificati come fattori di rischio per una prognosi sfavorevole al trattamento (Kopak, Proctor, & Hoffmann, 2017). Tali aspetti saranno maggiormente approfonditi nei paragrafi successivi.

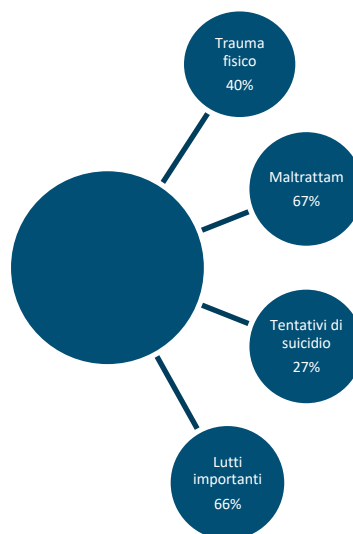


## Fattori di rischio familiari



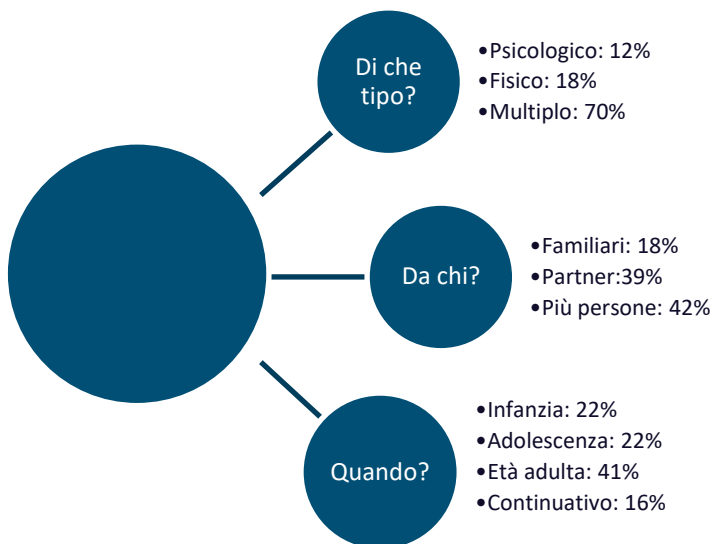
In linea con la letteratura, si osserva la presenza di una **familiarità nell'uso di sostanze che riguarda 1/3 della popolazione osservata**, così come anche la presenza di alcuni casi di **devianza o patologia psichiatrica** in almeno uno dei genitori. In totale, sia le

madri sia i padri delle utenti accolte evidenziano circa il 50% di tassi di disagio legato a dipendenza, psicopatologie e/o comportamenti devianti. Interessante notare come, solo in poche situazioni, le figure di accudimento siano state segnalate ai **servizi**, evidenziando l'importanza di implementare protocolli di screening maggiormente discriminanti, che consentano una migliore identificazione precoce dei casi a rischio. Come riportato dalla letteratura, individui con disturbo da uso di sostanze riportano frequentemente storie di vita difficile, caratterizzate da esposizione a eventi traumatici, come diverse forme di maltrattamento – sessuale, fisico o psicologico, relazioni problematiche con i propri genitori e pattern di attaccamento insicuro, nonché lutti importanti o tentativi di suicidio, oltre dalla presenza di familiarità per l'uso di sostanze (Cicchetti & Rogosch, 2018; Freeman, Collier, & Parillo, 2002)



In linea con tali dati, in molti casi le utenti riportano esperienze di **traumi fisici** o di **maltrattamento**. Nella gran parte di questi casi le utenti hanno esperito forme di maltrattamento multiplo, operato da diverse persone, tra cui figure di riferimento, come il partner o i familiari. In gran parte dei casi, le esperienze di maltrattamento hanno preso



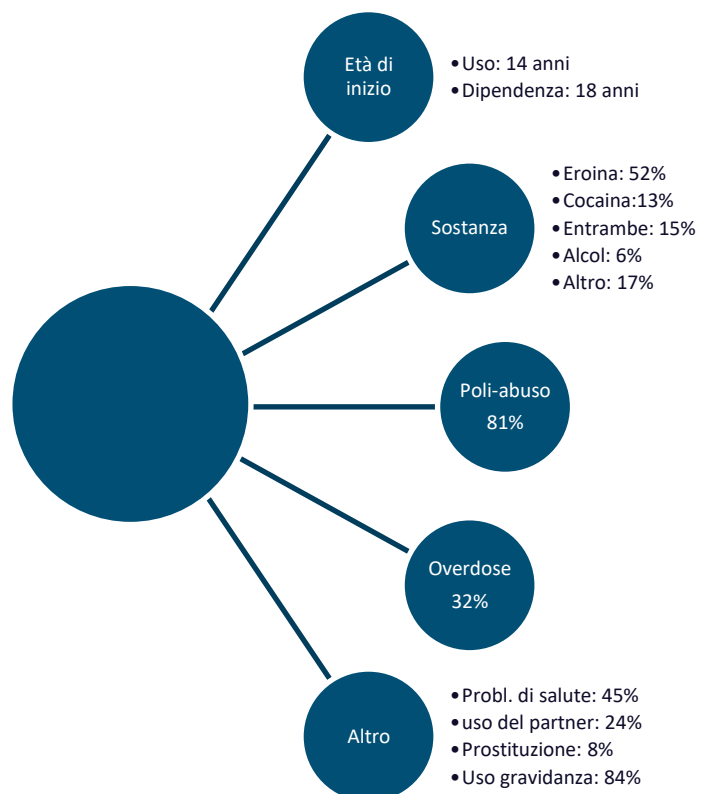


avvio in età adulta, seppure in diverse occasioni siano stati segnalati episodi verificatisi già nella prima infanzia. Si osserva inoltre come, in un discreto quantitativo dei casi considerati, gli episodi di maltrattamento non siano stati isolati ma si siano verificati in modo continuativo nel corso della storia di vita.

Si riscontra infine come, nella storia passata, siano presenti altri fenomeni di rilevanza clinica (es. la presenza di **tentato suicidio**) e fattori di rischio relazionale (es. la presenza di **lutti** significativi).

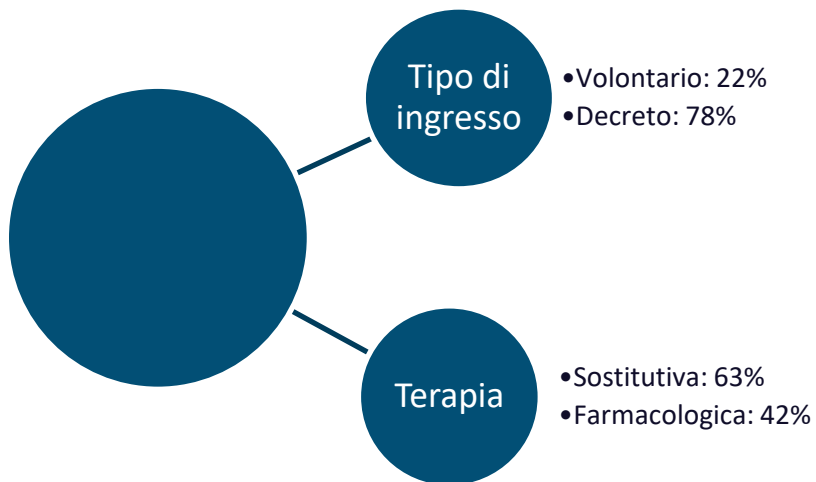
## Variabili relative all'esordio e allo sviluppo del DUS

Per quanto riguarda la storia di dipendenza, si può osservare come le prime esperienze di contatto con le sostanze si verificano in epoca molto precoce e come presto si inneschi una vera e propria dipendenza. Nella maggior parte dei casi la sostanza elettiva è l'**eroina**, sebbene la maggior parte dell'utenza segnali la presenza di un pattern di **poli-assunzione**. Una discreta percentuale di utenti riporta la presenza di uno o più episodi di **overdose** nella storia passata, così come la presenza di **problematiche di salute** DUS correlate, come HIV o epatite. In alcuni casi l'uso di sostanze si è verificato in concomitanza della presenza di dipendenza da parte del **partner**. Infine, gran parte delle utenti riporta un uso continuativo delle sostanze durante il corso della gravidanza.



---

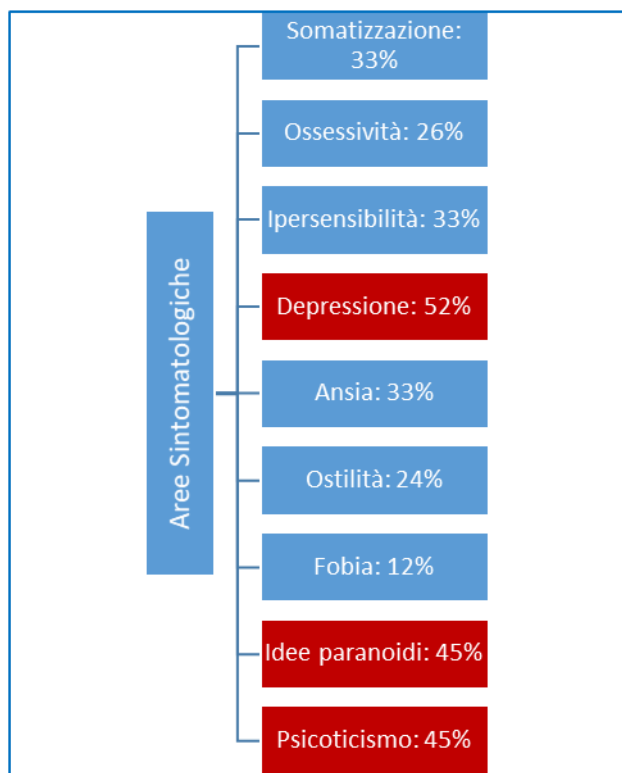
## Variabili relative al trattamento comunitario



Per quanto riguarda le variabili relative all'ingresso in Comunità, si può osservare come gran parte delle utenti abbia fatto accesso a Casa Aurora a seguito di un **decreto** del Tribunale piuttosto che in modo volontario.

## Sintomatologia psicopatologica nelle utenti C1

Gli individui con DUS riportano sintomi in diversi domini psicopatologici, indicando la presenza di comorbidità tra l'uso di sostanze e altre aree di disfunzione (Conway et al., 2006; Lai et al., 2015). L'uso di sostanze è stato collegato alla presenza di disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e disturbi post-traumatici (Salloum & Brown, 2017; Swendsen & Merikangas, 2000; Ylmaz & Dilbaz, 2016). In particolare, la comorbidità tra uso di sostanze e sintomatologie di tipo ansioso è stata associata ad esiti nel trattamento meno funzionali, quali un incremento nei sintomi di dipendenza (McEvoy & Shand, 2008) e ricadute più rapide nell'uso di sostanze (Schellekens et al., 2015). Inoltre, la comorbidità tra uso di sostanze e presenza di sintomatologia psicopatologica, come ansia o depressione, potrebbe svolgere un ruolo critico nell'impattare sullo sviluppo dei bambini, incrinando pratiche genitoriali già di per sé difficili (Hser et al., 2015). In linea con questi dati di letteratura, Casa Aurora si impegna ad effettuare uno screening



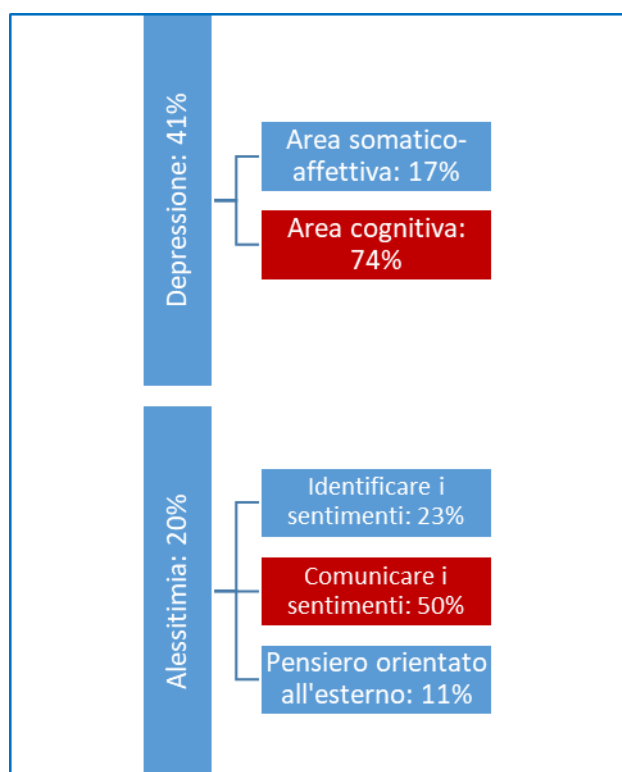
**Figura 1 – Sintomatologia psicopatologica nelle utenti C1**

La presenza di sintomatologia psicopatologica viene valutata attraverso la somministrazione della Symptoms Checklist 90 – Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1975; Sarno et al., 2011), un questionario self-report sviluppato per valutare la presenza di distress psicologico e di un ampio range di sintomatologia psicopatologica. Lo strumento è composto da 90 item che possono essere raggruppati in 9 scale relative a dimensioni sintomatiche: somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo

approfondito della presenza di sintomatologia psicopatologica in tutte le proprie utenti con DUS, al momento dell'ingresso, in modo tale da poter ottenere informazioni che consentano di impostare il trattamento e raccogliere una serie di indici prognostici rispetto allo stesso. Come è possibile osservare dalla Figura 1, nel corso del biennio 2019-2020, le utenti di Casa Aurora hanno riportato la presenza di disagio clinicamente significativo in diverse aree psicopatologiche, tra cui soprattutto: **depressione, psicoticismo e ideazione paranoide**. Allo stesso modo, si può rilevare come in diversi casi le utenti riportino anche la presenza di sintomi di **ansia, somatizzazione e sensibilità interpersonale**.

Alcuni autori si sono focalizzati sulla presenza di specifiche forme di psicopatologia e sulle associazioni che queste possono avere con l'uso di sostanze. A tal proposito, diversi studi

si sono concentrati sulla comorbidità tra abuso di sostanze e **aspetti depressivi**, date le importanti implicazioni terapeutiche e prognostiche del fenomeno (Volkow, 2004). La prevalenza di uso di sostanze nei disturbi dell'umore è pari al 24% (Kessler et al., 2003), laddove la presenza di problematiche depressive nei soggetti con problematiche relative alle sostanze è di 4.7 volte maggiore rispetto alla popolazione generale (Regier et al., 1990). La presenza di comorbidità tra queste due sindromi ha importanti implicazioni in termini di prevenzione, trattamento e progressione del disturbo (Volkow, 2004). Diversa letteratura evidenzia come la comorbidità tra i due fenomeni clinici possa essere legata



**Figura 2 – Sintomatologia depressiva e dei tratti alessitimici nelle utenti C1**

La presenza di sintomatologia depressiva viene valutata attraverso il Beck Depression Inventory – II (BDI-II, Beck et al. 1996 ; Ghisi et al., 2006), uno strumento self-report. Il BDI-II è uno strumento self-report che consente di valutare la gravità della sintomatologia depressiva. Il test è composto da 21 item e restituisce un punteggio totale e due punteggi relativi alle aree Somatico-Affettiva, che riguarda le manifestazioni somatiche-affettive della depressione quali perdita di interessi, perdita di energie, modificazioni nel sonno e nell'appetito, agitazione e pianto, e Cognitiva, che riguarda le manifestazioni cognitive quali pessimismo, senso di colpa, autocritica.

La presenza di tratti alessitimici nelle pazienti viene valutata attraverso la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby et al., 1994; Bressi et al., 1996), un questionario self-report a 20 item che consente di individuare la presenza delle principali dimensioni dell'alessitimia: difficoltà nell'identificare i propri sentimenti, difficoltà nel descrivere i sentimenti, pensiero orientato all'esterno.

ad una sovrapposizione di fattori ambientali, genetici e neurobiologici, che portano a sviluppare le rispettive sintomatologie comportamentali e psicologiche caratteristiche (Hamer, 2002).

In tal senso, dato che la presenza di disturbi dell'umore incrementa la vulnerabilità per il rischio di abuso di sostanze, il pronto riconoscimento della presenza di sintomatologia depressiva potrebbe agire in ottica di prevenzione rispetto ad eventuali ricadute. Un altro aspetto che è importante considerare riguarda il decorso temporale che caratterizza lo sviluppo dei due fenomeni, vale a dire se nella storia clinica del paziente sia insorta prima la depressione o l'uso di sostanze (Volkow, 2004). Tale discriminazione riveste un ruolo importante dal punto di vista della comprensione e del trattamento, dal momento che, nel primo caso, è probabile che le sostanze siano impiegate come forma di auto-cura rispetto agli stati depressivi soggiacenti, laddove nel secondo è, invece, plausibile che una precoce esposizione alle sostanze abbia portato a modificazioni neurobiologiche predisponenti rispetto allo sviluppo di depressione (Volkow, 2004). In linea con tali dati, in Figura 2 si può riscontrare

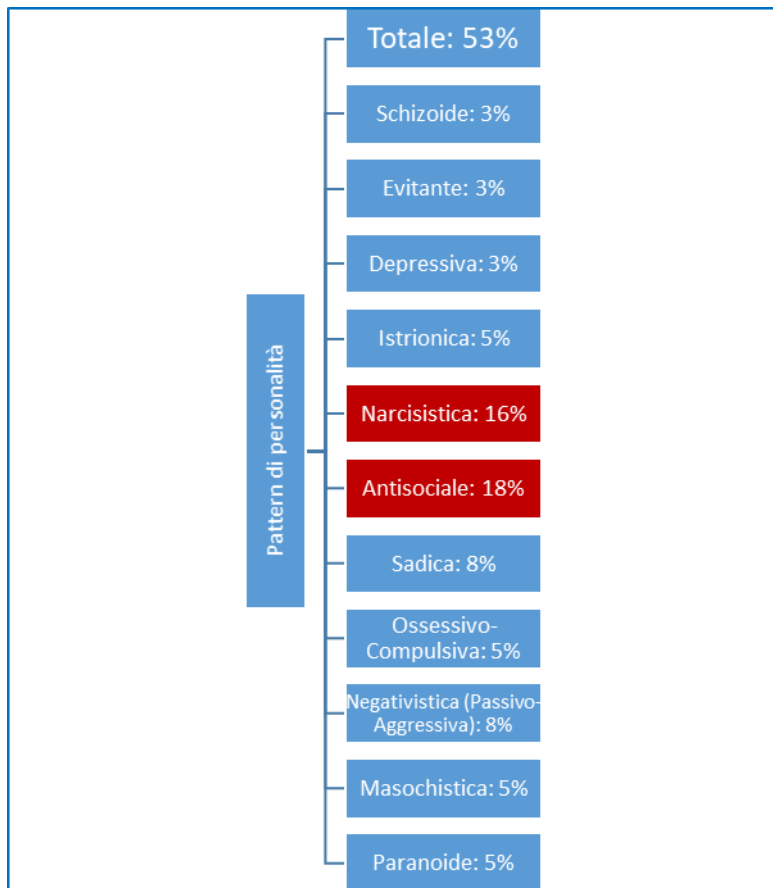
---

come gran parte delle utenti di Casa Aurora riporti la presenza di sintomatologia depressiva di entità clinica al momento dell'ingresso in struttura, specie riguardo alla componente cognitiva, vale a dire il rallentamento ideativo, le problematiche relative all'attenzione e alla memoria, la ruminazione del pensiero, così come la presenza di pensieri negativi su di sé, sul mondo e sul futuro.

Dall'altro lato, diversa letteratura ha identificato l'**alessitimia**, definita come un disturbo di regolazione degli affetti caratterizzato da difficoltà nell'identificare e comunicare i propri sentimenti (Sifneos, 1973; Taylor & Bagby, 2000), come un fattore di rischio predisponente per la dipendenza da sostanze (Ghalehban & Besharat, 2011; Thorberg et al., 2009). Il tasso di alessitimia nel contesto della tossicodipendenza è pari a 49%, laddove nella popolazione generale si aggira attorno al 6-17% (Cruise & Becerra, 2018). Dalla Figura 2 si può riscontrare come parte delle pazienti presenti elevati tassi di tratti alessitimici, legati soprattutto alla difficoltà nel comunicare i propri sentimenti.

## Caratteristiche di personalità nelle utenti C1

Il disturbo da uso di sostanze (DUS) si presenta spesso in comorbidità con un **disturbo di personalità (DP)**. In letteratura, molte ricerche suggeriscono che la prevalenza di DP è più alta tra individui con DUS rispetto alla popolazione generale (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2003; Verheul, 2001), in particolare per quanto riguarda i cluster che definiscono



i disturbi di personalità antisociale, borderline, evitante e paranoide; la prevalenza complessiva di DP in individui con in trattamento per DUS varia tra il 34,8% e il 73,0% (Verheul, 2001). Come osservabile dalla Figura 3, in linea con i dati presenti in letteratura, il 53% delle utenti di Casa Aurora ha riportato la presenza di almeno uno o più tratti di personalità disfunzionali. Le disfunzionalità di personalità maggiormente presenti riguardano i **disturbi narcisistico e antisociale**.

Tale comorbidità è importante non solo perché molto frequente, ma anche per le conseguenze rilevanti che essa ha dal punto di vista clinico e terapeutico-riabilitativo, incidendo sull'esordio della dipendenza da sostanze e sul suo andamento, così come sull'aderenza al trattamento e sulla prognosi. Infatti, rispetto agli

**Figura 3 – Problematiche di personalità nelle utenti C1**

La presenza di caratteristiche di personalità disfunzionali viene valutata attraverso l'utilizzo del Millon Clinical Multi-axial Inventory II (MCMI-III, Millon et al 1992; Zennaro et al., 2008) uno strumento clinicamente orientato per la valutazione dei disturbi di personalità. La struttura del MCMI-III corrisponde a quella del DSM. Il test è composto da 175 item a risposta dicotomica vero/falso, che permettono di valutare diverse aree di personalità lungo un continuum che va da tratti funzionali alla presenza di tratti francamente disfunzionali. Nello specifico, lo strumento consente di avere informazioni rispetto ai tratti di personalità: schizoide, evitante, depressiva, dipendente, istrionica, narcisistica, antisociale, sadica, ossessivo-compulsiva, negativistica, masochistica, schizotipica, borderline e paranoide.

individui che presentano problematiche relative all'uso di sostanze in assenza di tratti problematici di personalità, i pazienti con doppia diagnosi hanno spesso un esordio più precoce nel consumo di sostanze, problematiche più gravi legate alla dipendenza (ricadute più frequenti e periodi di astinenza più brevi), un aumentato rischio suicidario, e prognosi sfavorevole, con più alti livelli di dropout al trattamento (Dom & Moggi, 2016; Kienast, Stoffers, Bempohl, & Lieb, 2014; Preuss, Koller, Barnow, Eikmeier, & Soyka,

---

2006; Tull & Gratz, 2012). Al contempo, la presenza di tratti di personalità patologici o di un vero e proprio disturbo di personalità possono costituire un fattore di rischio rispetto alla manifestazione delle competenze genitoriali da parte delle madri, andandosi a sommare con le difficoltà nell'accudimento quotidiano e nelle interazioni con i bambini, frequentemente riportate in madri con Disturbo da Uso di Sostanze.

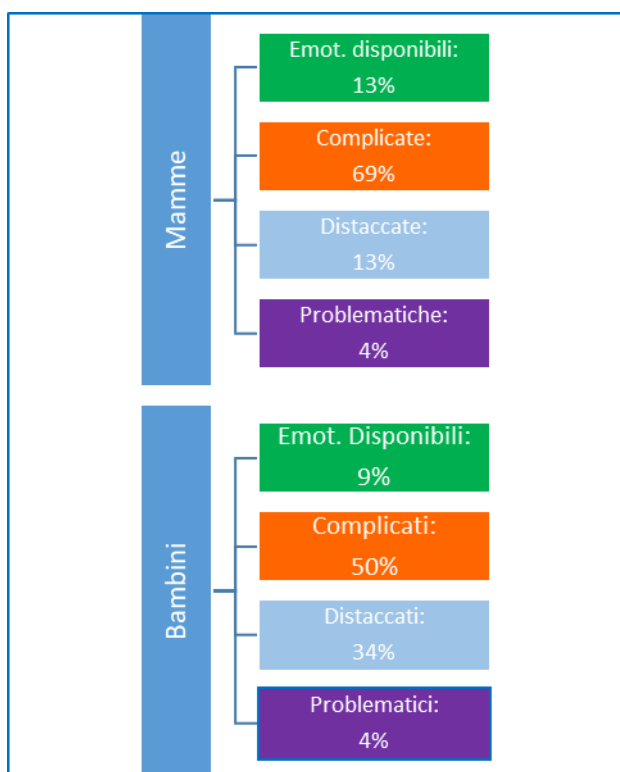
## **Funzionamento neuropsicologico delle utenti C1**

Diverse evidenze empiriche evidenziano come i pazienti affetti da dipendenza da sostanze manifestino la presenza di deficit neuropsicologici superiori rispetto a individui di pari età della popolazione generale (Schmidt et al., 2017). Un'esposizione intensiva a differenti sostanze, tra cui la cannabis, sostanze psicostimolanti e oppiacei può danneggiare diverse aree facenti parte del funzionamento esecutivo, tra cui l'attenzione selettiva, l'inibizione e la flessibilità cognitiva (Bolla et al., 2005, Verdejo-Garcia et al., 2004). Rispetto agli utilizzatori occasionali, gli individui con dipendenza presentano danni più estesi e generalizzati (Verdejo-Garcia & Perez-Garcia, 2007). Tali difficoltà sembrerebbero legati ad anomalie nel funzionamento dei lobi frontali (Moreno-Lopez et al., 2021), legate al reiterato impiego di sostanze nel tempo. Difficoltà a livello esecutivo rappresentano un aspetto particolarmente critico in questa popolazione clinica, dato il loro ruolo in termini di adesione al trattamento e di rischio di dropout o ricadute (Aharonovic et al., 2006). Inoltre, la ricerca indica come difficoltà a livello di funzioni esecutive possano associarsi a pratiche di parenting meno ottimali, così come essere trasmessi a livello intergenerazionale. In linea con tali dati, da anni Casa Aurora si occupa di effettuare in maniera sistematica una batteria di screening neuropsicologico sulla propria utenza, in modo da individuare e intervenire in maniera tempestiva sulla presenza di eventuali danni. Per quanto riguarda il biennio 2019-2020, circa il 14% dell'utenza presentava danni neurologici, con performance al di sotto dei valori normativi in diverse aree del funzionamento cognitivo.



## Caratteristiche della relazione/funzione genitoriale

Le difficoltà legate al DUS sono osservabili in diverse dimensioni di cura durante le interazioni quotidiane con i propri bambini. Quando confrontati con i genitori della popolazione generale, i genitori che fanno uso di sostanze si mostrano meno sensibili rispetto ai segnali comunicativi dei propri figli, presentando minori contingenza e reciprocità diadica durante gli scambi emotivi (Frigerio et al, 2019; Porreca et al., 2016; Salo et al., 2009). Inoltre, i comportamenti di cura sono caratterizzati da una minore



**Figura 4 – Caratteristiche relazionali nelle utenti C1**

La qualità dei comportamenti genitoriali e della relazione madre bambino è stata valutata attraverso le Emotional Availability Scales (EAS; Biringe, 2008), uno strumento osservativo volto a valutare il contributo dell'adulto e del bambino, classificando madre e bambino in quattro diverse aree di funzionamento interattivo: diadi emotivamente disponibili, diadi complicate, diadi distaccate, diadi problematiche.

espressività emotiva positiva e da maggiore ostilità, suggerendo la presenza di evidenti difficoltà nella possibilità di creare relazioni con i propri bambini che siano caratterizzate da una condivisione emotiva funzionale e mutualmente appagante (Fitzgerald et al., 1990; Pajulo et al., 2001). Le madri con dipendenza da sostanze sono descritte come maggiormente intrusive ed interferenti con le attività dei propri bambini, durante l'infanzia, l'età prescolare e scolare (Bauman & Dougherty, 1983; Bauman & Levine, 1986; Frigerio et al., 2019), caratteristiche spesso associate allo sviluppo di attaccamento insicuro e disorganizzato (Swanson et al., 2000). Alla luce di tali dati, Casa Aurora si impegna ad effettuare un attento monitoraggio della qualità delle cure e della relazione adulto-bambino all'interno della sua utenza. Tale monitoraggio avviene attraverso l'impiego di strumenti standardizzati ma di sufficiente flessibilità clinica, che trovano la loro origine teorica a partire dalla teoria dell'attaccamento, dalle teorie sistemiche e

dai contributi teorico-empirici dell'infant research. Come mostrato in Figura 4, per quanto riguarda le madri, si può osservare come, la maggior parte delle utenti presentasse una modalità di cura complicata con il proprio bambino, caratterizzata da aspetti di calore affettivo ma anche di incoerenza ed inconsistenza nella qualità degli

---

scambi affettivi e nella percezione e risposta alle comunicazioni dei propri bambini. In percentuale minore si riscontrano invece madri emotivamente disponibili (in grado di fornire una relazione sana e affettivamente funzionale al proprio bambino) o distaccate, che faticano a creare un ingaggio emotivo con il proprio bambino. Si rileva infine una minima percentuale di donne che manifesta comportamenti francamente problematici, caratterizzati da marcate ostilità ed inversione di ruolo. Per quanto riguarda i bambini, invece, si osserva come, al pari delle madri, la maggior parte di loro mostri delle caratteristiche relazionali “complicate”, caratterizzate da aspetti di ambivalenza, eccessiva dipendenza e fatica a lasciarsi coinvolgere pienamente all’interno delle esperienze affettive con la propria madre. Allo stesso tempo però, una percentuale altrettanto ampia delle utenti C1 mostra distacco all’interno della relazione, vale a dire una maggiore propensione verso le attività autonome e l’evitamento dell’ingaggio affettivo con la propria mamma. Anche nel caso dei bambini si rilevano percentuali minime di minori emotivamente disponibili (“sicuri” dal punto di vista relazionale e in grado di condividere le attività in modo piacevole con il proprio adulto di riferimento) o altamente problematici (con segni evidenti di inversione di ruolo, disorganizzazione e confusione all’interno della relazione).

## **Benessere dei bambini figli delle utenti C1**

Dalla letteratura nazionale e internazionale viene messo in luce come, negli ultimi decenni, vi sia un aumento significativo di persone che utilizzano oppioidi. Questa problematica riguarda non solo il genere maschile, ma anche quello femminile. In particolare, viene osservato l’aumento di gravidanze problematiche in donne che assumono sostanze. (Baldacchino et al., 2014) Tuttavia, non è l’unico aspetto da considerare, in quanto anche la qualità delle cure e la qualità dell’ambiente incidono sullo sviluppo del bambino. (Sameroff et al., 1987).

Numerosi studi hanno evidenziato i rischi associati all’esposizione prenatale alle sostanze (Cleary et al., 2012, Creanga et al., 2012; Ross et al., 2015). Nonostante vengano evidenziati minor rischi per il feto e lo sviluppo del bambino se la mamma segue un trattamento metadonico, e quindi con farmaco sostitutivo, (Kandall, et al., 1976, Yeah, 2019), circa il 50% di bambini esposti al metadone in fase prenatale richiede successivamente un trattamento medico per la sindrome di astinenza (Jones et al., 2011). Va inoltre considerato che l’esposizione prenatale a sostanze è un problema di salute pubblica che impone enormi oneri sociali, emotivi, medici e finanziari alla società. (Ross et al., 2015; Locke et al., 2016).

---

Lo sviluppo del bambino è un processo continuo e interattivo che si svolge in diversi domini distinti ma allo stesso tempo interconnessi. Questi domini includono le abilità cognitive (capacità di problem solving), la comunicazione intesa come linguaggio recettivo ed espressivo, le abilità motorie fine e grossolane, le competenze adattive (vestirsi, mangiare, utilizzo del bagno) e le competenze personali-sociali. (Baldacchino et al., 2014)

Tali prestazioni possono essere influenzate dall'esposizione prenatale agli oppioidi e alla cocaina e, sebbene i neonati e bambini che sono stati esposti alle sostanze già in stato intrauterino non presentino delle compromissioni significative in tali domini, si riscontra, tuttavia, una tendenza a presentare sia risultati limitati o scarsi nelle prove che valutano lo sviluppo del linguaggio e lo sviluppo motorio sia lievi alterazioni comportamentali. (Bandstra et al., 2010; Konijnenberg & Melinder, 2011; Baldacchino et al., 2014, Yeoh, 2019). Nello specifico viene osservata una difficoltà rispetto al dominio dell'attenzione sostenuta con conseguente difficoltà nei processi di coinvolgimento, di memoria a breve e lungo termine, di memoria verbale, e difficoltà nell'attenzione selettiva, nelle abilità visive/spaziali e matematiche ed elaborazione ed apprendimento cognitivo (Richardson et al., 2015; Ross et al., 2015; Locke et al., 2016). Sembra inoltre che lo sviluppo di problemi neurologici non migliori dopo la scuola materna o comunque sembrano peggiorare in età scolare (Yeoh, 2019).

In particolare, bambini esposti alla cocaina o agli oppiacei, sono a rischio di sviluppare problemi perinatali, prematurità e basso peso alla nascita, sindromi di astinenza, tremori e anomalie respiratorie, riflessi più poveri. Possono mostrare segni di una disregolazione comportamentale, livelli più alti di eccitabilità e difficoltà di attenzione e/o apprendimento, scarsa risposta organizzativa agli stimoli ambientali, risposte di allarme e irritabilità (Chasnoff et al., 1985; Smith, Deitch, 1987; Edmondson, Smith, 1994; Das et al., 2004; Bauer et al., 2005, Bandstra et al., 2010, Locke et al., 2016; Yeoh, 2019).

Inoltre, in uno studio sui modelli neurocomportamentali dei bambini esposti alla cocaina, mette in luce effetti diretti quali eccitazione, irritabilità, ipertonicità e tremori, ed effetti indiretti dell'uso materno di cocaina, quali il ritardo nella crescita intrauterina. Questi bambini possono essere descritti come aventi un tono dell'umore basso e poca eccitabilità. (Lester et al., 1991; Edmondson, Smith, 1994).

Altri studi mettono in luce come bambini che vengono esposti alle sostanze possono essere più reattivi dal punto di vista comportamentale qualora si trovassero in contesti emotivi negativi ma potrebbero rispondere allo stesso modo di altri bambini in contesti emotivi positivi. Nello specifico, vengono rilevate risposte meno positive o più piatte sia in risposta alla presentazione di stimoli nuovi sia in relazione all'interazione sociale con

---

l'esaminatore e risposte uguali ai bambini non esposti alle sostanze se inseriti in contesti di gioco sociale. (Locke et al., 2016; Lin et al., 2018)

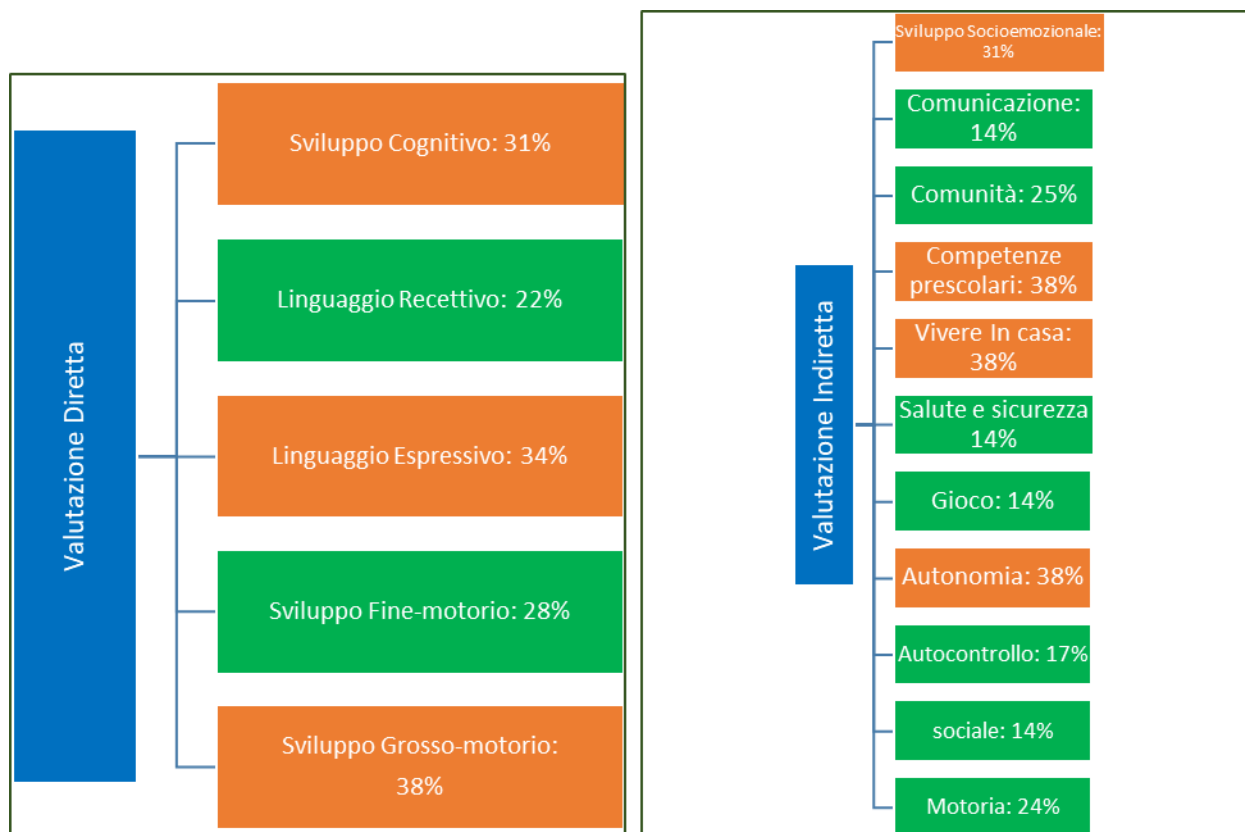
Viene altresì osservato come i bambini che sono stati esposti a sostanze richiedano un tempo di rilassamento e/o contenimento più lungo rispetto agli altri bambini qualora fossero angosciati o provassero emozioni negative. Oltre alla maggiore reattività negativa nei contesti sociali dove si presentano risposte emotive più disadattive, viene osservata anche una difficoltà maggiore nella regolazione degli affetti negativi. (Locke et al., 2016)

Per quanto concerne gli effetti dell'esposizione prenatale alle sostanze nello sviluppo dei bambini e degli adolescenti, potrebbero essere associati difficoltà rispetto ai comportamenti esternalizzanti quali aggressività e delinquenza, discontrollo motorio e impulsività e comportamenti internalizzanti, quale l'umore negativo e depressione (Min et al., 2014<sup>a</sup>, 2014<sup>b</sup>; Richardson et al., 2015; Lin et al., 2018)

Tuttavia, sono necessari altri studi e valutazioni più complete per valutare come l'esposizione prenatale alle sostanze influenzi il temperamento del bambino, in relazione soprattutto al contesto di crescita del bambino stesso. (Locke et al., 2016)

Tuttavia, va considerato come a questi fattori siano correlati anche la poliassunzione, le caratteristiche familiari e ambientali, disturbi fisici e psicologici e l'esposizione a fattori di rischio, e come non è sempre facilmente distinguibile se gli effetti siano dovuti all'esposizione alla sostanza o ad altri fattori contestuali sopra citati. Infatti, la poliassunzione, concomitante con diversi fattori di rischio, può compromettere la qualità

della relazione mamma/bambino. (Bandstra et al., 2010; Lin et al.,2018). A partire dalla letteratura nazionale e internazionale, la Comunità Terapeutica Casa Aurora si impegna quindi a monitorare costantemente lo sviluppo dei bambini figli delle madri con diagnosi di DUS al momento dell'ingresso, in modo tale da poter sia ottenere informazioni che aiutino a pianificare sempre di più trattamenti ad hoc per i minori e poter intervenire quindi sempre più precocemente, sia per cercare avere delle ipotesi prognostiche.



**Figura 5 – Caratteristiche di sviluppo dei bambini figli delle utenti C1**

Lo sviluppo dei bambini è stato valutato attraverso le Bayley Scales of Infant and Toddler Development – III (BSID-III; Bayley, 2006) uno strumento di assessment diretto che consente di valutare i bambini rispetto allo sviluppo: Cognitivo, di Linguaggio (Recettivo ed Espressivo) e Motorio (Grosso e Fine).

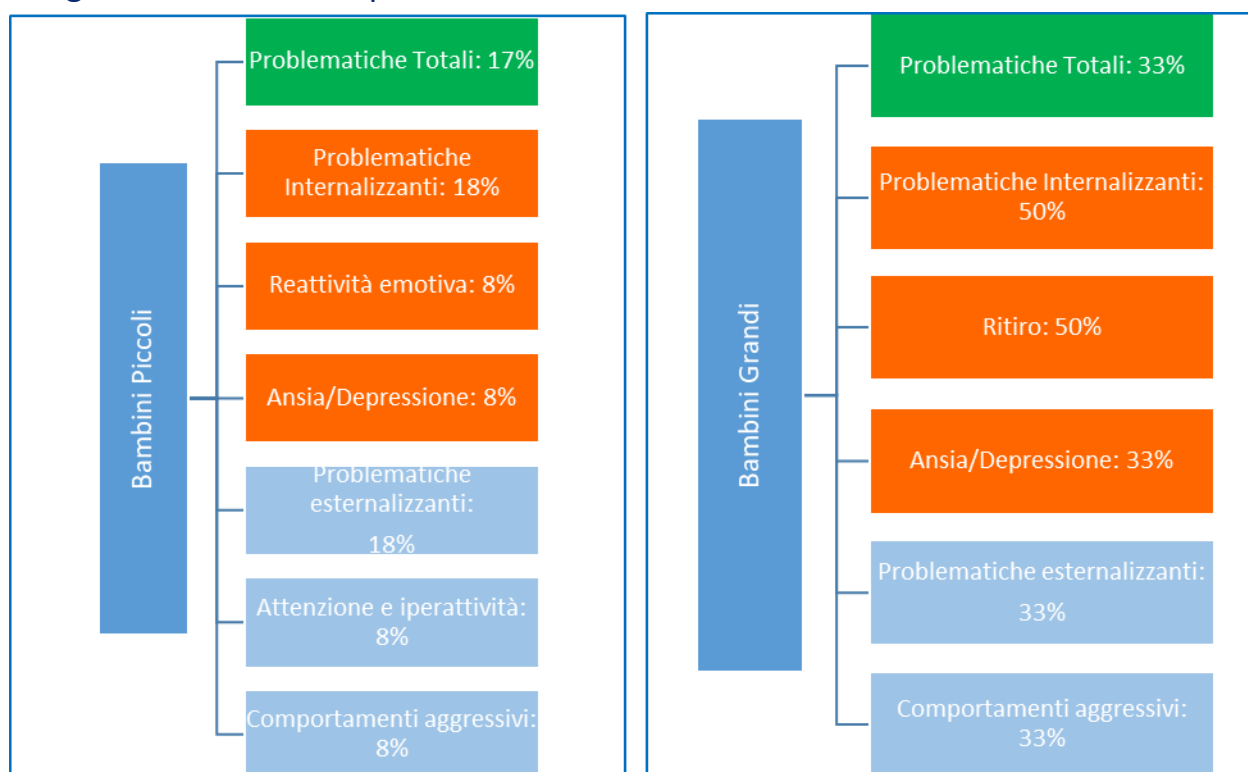
Lo strumento prevede anche una parte di valutazione indiretta, in cui attraverso le risposte del caregiver si valutano lo sviluppo Socioemazionale e Adattivo.

Come è possibile osservare dalla Figura 5, nel corso del biennio 2019-2020, i bambini figli delle utenti di Casa Aurora hanno riportato la presenza di difficoltà clinicamente significative in diverse aree dello sviluppo, tra cui soprattutto: lo sviluppo grosso-motorio e il linguaggio espressivo per quanto riguarda la valutazione diretta ad opera dello sperimentatore e le competenze prescolari, il Vivere in Casa e l'Autonomia, per quanto concerne la valutazione ad opera della madre.

Nello specifico, più di un terzo dei bambini valutati nel biennio, hanno presentato difficoltà rispetto alla comunicazione preverbale e gestuale, nel rispetto dei turni conversazionali e dello sviluppo linguistico nel suo complesso; nel posizionamento statico e nel movimento dinamico, inclusi la locomozione, la coordinazione, l'equilibrio e la pianificazione motoria e nello sviluppo cognitivo e sensomotorio.

Per quanto concerne, invece, le problematiche cognitive comportamentali, si osserva una differenza della percentuale di problematicità tra bambini piccoli (sotto i 5 anni) e bambini più grandi (sopra i 6 anni).

Parallelamente alla valutazione del livello di sviluppo, viene effettuato un accurato screening volto a valutare l'eventuale presenza di problematiche emotivo/comportamentali, in maniera tale da poter intervenire preventivamente con adeguati interventi terapeutici.



**Figura 6 – Problematiche emotivo-comportamentali ei bambini figli delle utenti C1**

La presenza di problematiche emotivo/comportamentali nei bambini è stata valutata attraverso la Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), uno strumento proxy-report che consente di valutare il bambino rispetto ad una serie di scale sindromiche: reattività emotiva, ansia/depressione, ritiro, lamentele somatiche, problemi del sonno, attenzione e iperattività, comportamenti aggressivi. Tali scale sono poi raggruppate in due aree principali relative alle problematiche internalizzanti e a quelle esternalizzanti.

Per quanto riguarda il biennio 2019-2020, si può osservare in Figura 6 come, per quanto riguarda le scale sindromiche riferite alla valutazione dei bambini piccoli, una bassa

---

percentuale dei bambini riporta difficoltà rispetto alle problematiche internalizzanti (quali la reattività emotiva e sintomi che comprendono ansia e/o depressione) e problematiche esternalizzanti (quali attenzione e iperattività e comportamenti aggressivi).

Tuttavia, se si considerano le percentuali riferite alle valutazioni delle problematiche emotivo comportamentali nei bambini grandi (> 6 anni), il 50% dei bambini presenta problematiche internalizzanti quali il Ritiro e in percentuale poco minore sintomi che comprendono ansia e depressione. Si riscontra, inoltre, un'altra percentuale anche per quanto concerne la valutazione delle Problematiche esternalizzanti, ove i bambini presentano soprattutto comportamenti di tipo aggressivo.

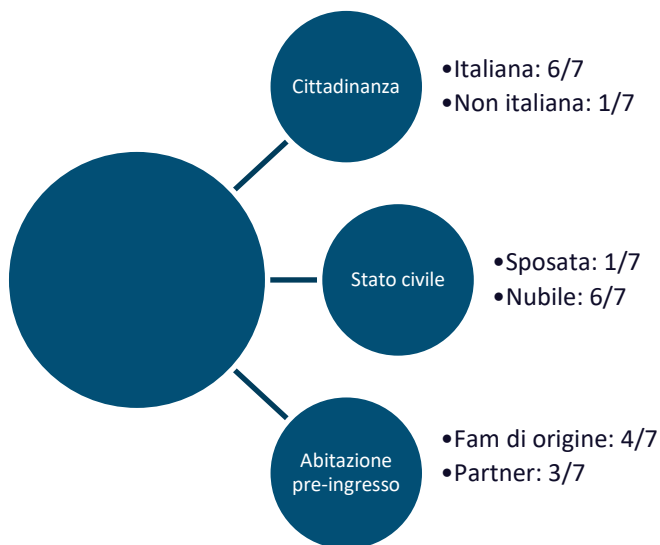


---

# Fotografia dell'utenza

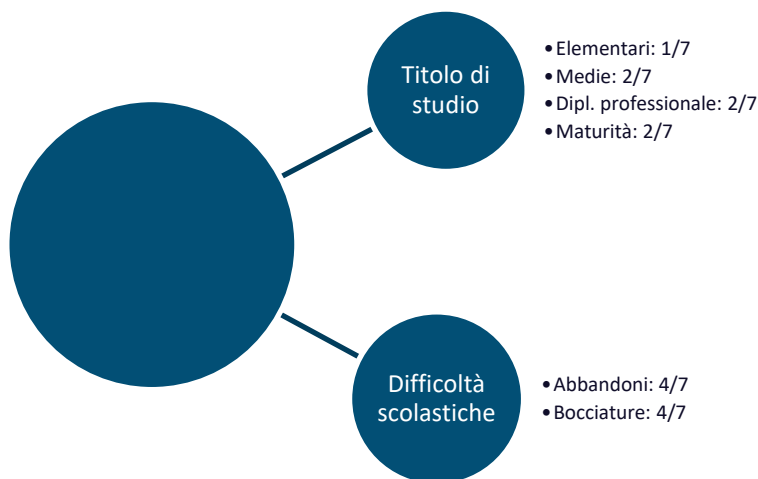
Pazienti CTRP/Ds psichiatrici

## Caratteristiche socio-demografiche e cliniche delle utenti CTRP



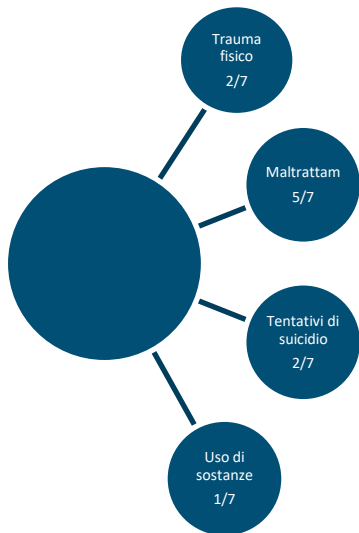
Nel biennio 2019-2020 Casa Aurora ha ospitato **7** utenti CTRP. Al momento dell'ingresso le utenti presentano un'età compresa tra i 17 e i 35 anni, con un'età media di **27 anni** e hanno principalmente cittadinanza italiana. La maggior parte di loro è nubile e presenta un **livello di istruzione** eterogeneo, che si colloca principalmente sul livello

delle medie inferiori e del diploma di maturità. Prima dell'ingresso la maggior parte delle utenti viveva con il proprio partner o con la famiglia di origine. Allo stesso modo, analogamente a quanto osservato per le pazienti C1, si osserva come anche nel caso dell'utenza CTRP vi siano diversi fattori di rischio relativi all'ambito dell'istruzione, come **bocciature** o la presenza di **abbandoni scolastici**.

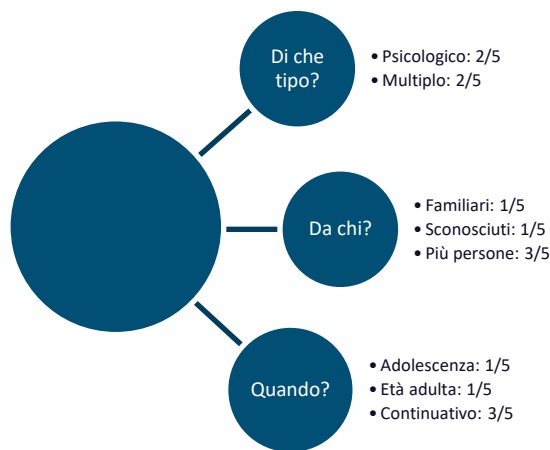


## Fattori di rischio relativi alla storia di vita passata

In diversi casi le utenti riportano esperienze di **traumi fisici** e, in percentuale particolarmente elevata, di **maltrattamento**. Nella gran parte di questi casi le utenti hanno esperito forme di maltrattamento psicologico o multiplo, operato da diverse persone, tra cui sia figure di riferimento come i familiari che sconosciuti. In gran parte

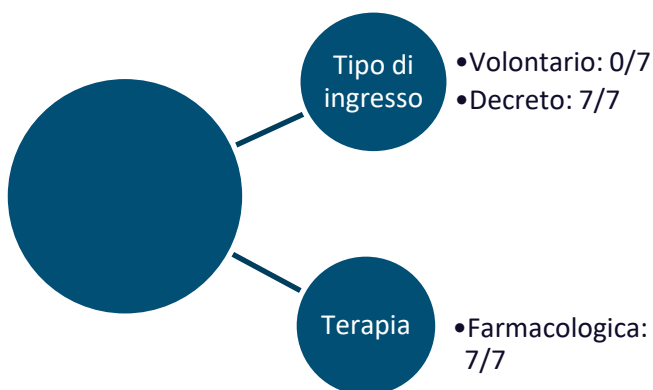


dei casi, le esperienze di maltrattamento hanno preso vita in adolescenza o in età adulta. Si osserva inoltre come, in un discreto quantitativo dei casi considerati, gli episodi di maltrattamento non siano stati isolati ma si siano verificati in modo continuativo nel corso della storia di vita.



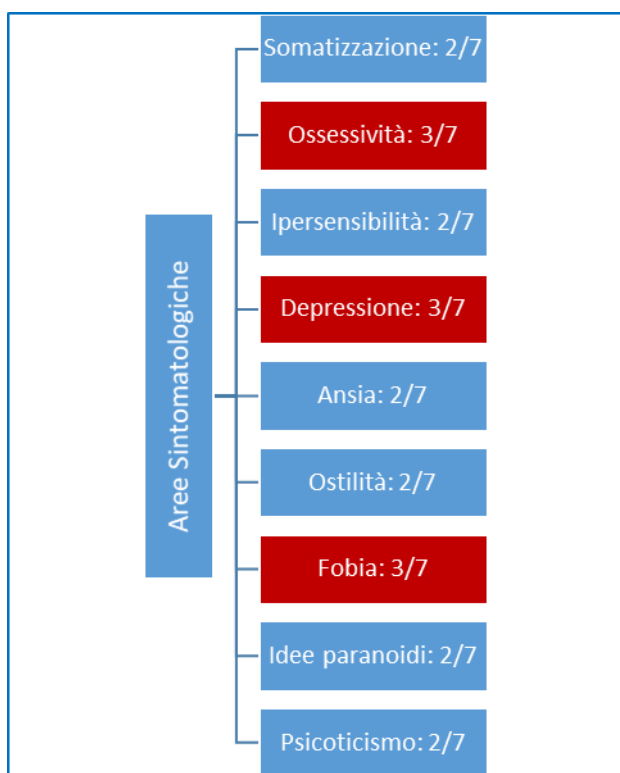
## Variabili relative al trattamento comunitario

Per quanto riguarda le variabili relative all'ingresso in struttura, si può osservare tutte le utenti abbiano fatto accesso a Casa Aurora a seguito di un **decreto** del Tribunale piuttosto che in modo volontario. Questo dato potrebbe segnalare la scarsa consapevolezza delle pazienti rispetto al proprio malessere. Allo stesso tempo, si osserva come tutte le utenti CTRP, al momento dell'ingresso, ricevessero trattamenti farmacologici.



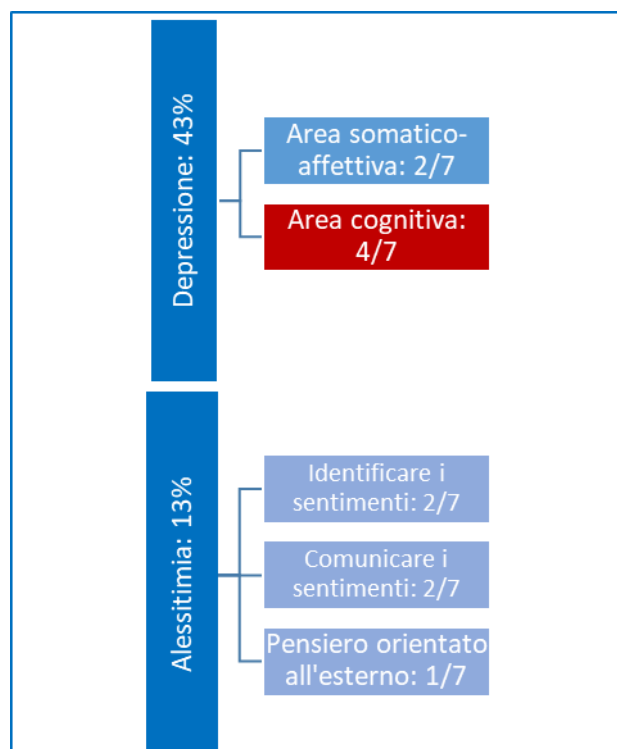
## Sintomatologia psicopatologica nelle utenti CTRP

In linea con i dati di letteratura relativamente all'elevata presenza di malessere psicologico nei pazienti con patologia psichiatrica (Ritsner et al., 2002), Casa Aurora si impegna ad effettuare uno screening approfondito della presenza di sintomatologia psicopatologica in tutte le proprie utenti CTRP al momento dell'ingresso in struttura, in maniera tale da raccogliere una serie di importanti informazioni che consentano di impostare il trattamento e raccogliere una serie di indici prognostici rispetto allo stesso. Come è possibile osservare dalla Figura 7, nel corso del biennio 2019-2020, le utenti di



**Figura 7 – Sintomatologia nelle utenti CTRP**

La presenza di sintomatologia psicopatologica viene valutata attraverso la somministrazione della Symptoms Checklist 90 – Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1975; Sarno et al., 2011), un questionario self-report sviluppato per valutare la presenza di distress psicologico e di un ampio range di sintomatologia psicopatologica. Lo strumento è composto da 90 item che possono essere raggruppati in 9 scale relative a dimensioni sintomatiche: somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo



**Figura 8 – Sintomatologia depressiva e dei tratti Alessitimici nelle utenti CTRP**

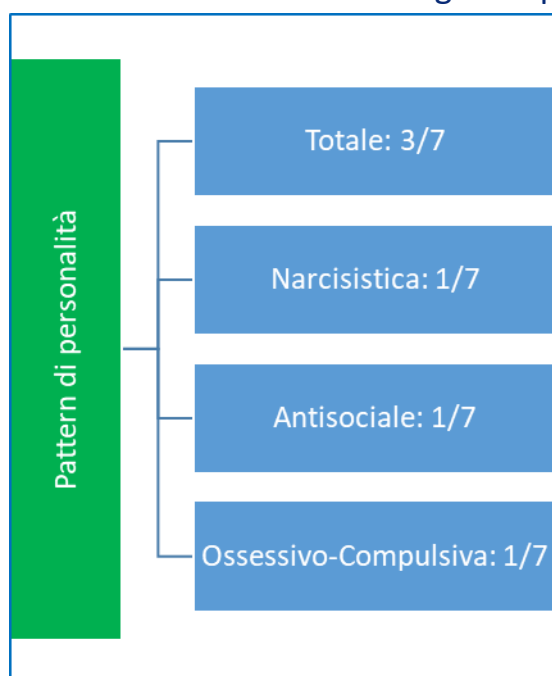
La presenza di sintomatologia depressiva viene valutata attraverso il Beck Depression Inventory – II (BDI-II, Beck et al. 1996 ; Ghisi et al., 2006), uno strumento self-report Il BDI-II è uno strumento self-report che consente di valutare la gravità della sintomatologia depressiva. Il test è composto da 21 item e restituisce un punteggio totale e due punteggi relativi alle aree Somatico-Affettiva, che riguarda le manifestazioni somatiche-affettive della depressione quali perdita di interessi, perdita di energie, modificazioni nel sonno e nell'appetito, agitazione e pianto, e Cognitiva, che riguarda le manifestazioni cognitive quali pessimismo, senso di colpa, autocritica.

La presenza di tratti Alessitimici nelle pazienti viene valutata attraverso la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby et al., 1994; Bressi et al., 1996), un questionario self-report a 20 item che consente di individuare la presenza delle principali dimensioni dell'alessitimia: difficoltà nell'identificare i propri sentimenti, difficoltà nel descrivere i sentimenti, pensiero orientato all'esterno.

Casa Aurora hanno riportato la presenza di disagio clinicamente significativo in diverse aree psicopatologiche, tra cui soprattutto: **ossessività, depressione e ansia fobica**. Rispetto agli aspetti depressivi, si rileva come il disagio maggiormente significativo sembri emergere principalmente dalle componenti cognitive della depressione. Allo stesso modo, si può riscontrare in Figura 8 come una minima percentuale delle utenti CTRP riporti disagio clinicamente significativo rispetto ai tratti alessitimici, soprattutto nelle competenze relative a identificare i sentimenti.

## Caratteristiche di personalità nelle utenti CTRP

Sebbene in letteratura vengano spesso considerati in maniera distinta, nella pratica



clinica la presenza di un disturbo psichiatrico, come ad esempio depressione o disturbi psicotici, si presenti spesso in comorbidità con un disturbo di personalità. Inoltre, determinati tratti di personalità sono stati individuati come fattori di vulnerabilità allo sviluppo di altre forme di psicopatologia. Tale aspetto è clinicamente importante dato il suo impatto sul decorso e sull'outcome del disturbo psichiatrico associato (Alnaes, & Torgersen, 1997; Farmer, & Nelson-Gray, 1990; McDermt, & Zimmerman, 1997). Come è possibile osservare dal grafico, nel corso del biennio 2019-2020, il 43% delle utenti di Casa Aurora ha riportato la presenza di un concomitante disturbo di personalità. Nello specifico, come osservabile in Figura 9, emerge la presenza di pattern di personalità clinica nelle seguenti aree: **narcisistica (1/7), antisociale (1/7) e ossessivo-compulsiva (1/7)**.

**Figura 9 – Problematiche di personalità nelle utenti CTRP**

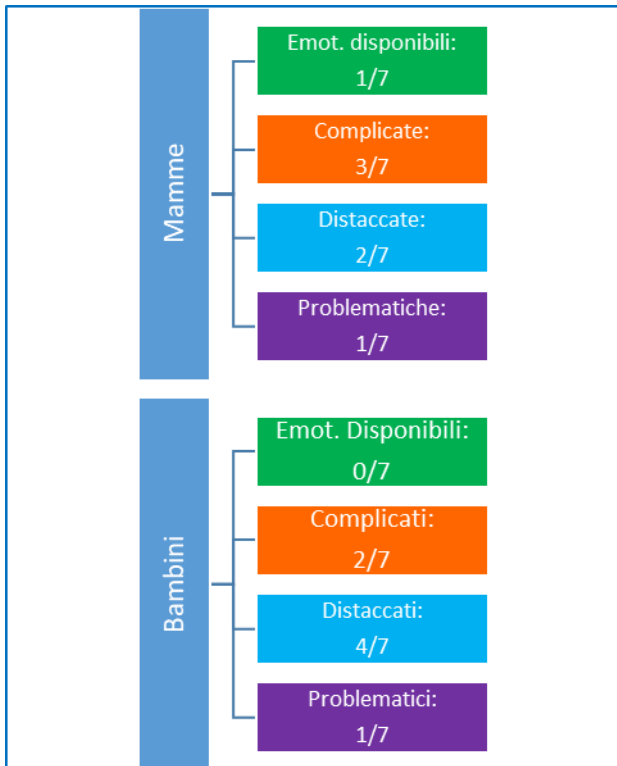
La presenza di caratteristiche di personalità disfunzionali viene valutata attraverso l'utilizzo del Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-III, Millon et al 1992; Zennaro et al., 2008) uno strumento clinicamente orientato per la valutazione dei disturbi di personalità. La struttura del MCMI-III corrisponde a quella del DSM. Il test è composto da 175 item a risposta dicotomica vero/falso, che permettono di valutare diverse aree di personalità lungo un continuum che va da tratti funzionali alla presenza di tratti francamente disfunzionali. Nello specifico, lo strumento consente di avere informazioni rispetto ai tratti di personalità: schizoide, evitante, depressiva, dipendente, istrionica, narcisistica, antisociale, sadica, ossessivo-compulsiva, negativistica, masochistica, schizotipica, borderline e paranoide.

---

## **Funzionamento neuropsicologico delle utenti CTRP**

Diverse evidenze empiriche evidenziano come i pazienti affetti da patologia psichiatrica, abbiano maggiori probabilità di mostrare concomitanti deficit neuropsicologici, sia che si tratti di problematiche psicotiche (Barnett et al., 2005) che di problematiche depressive (Fossati et al., 2002). La letteratura evidenzia la necessità di identificare e monitorare tali danni, dal momento che alterazioni a livello di aree quali la memoria di lavoro, la pianificazione o la flessibilità cognitiva potrebbero incrinare ulteriormente pratiche di parenting, già di per sé difficili. E' inoltre sempre più evidente come le difficoltà a livello di funzionamento cognitivo possano essere trasmessi a livello intergenerazionale di genitore in figlio. In linea con tali dati, da anni Casa Aurora si occupa di effettuare in maniera sistematica una batteria di screening neuropsicologico sulla propria utenza CTRP, in modo da individuare e intervenire in maniera tempestiva sulla presenza di eventuali danni. Per quanto riguarda il biennio 2019-2020, ben 4 utenti su 7 presenta difficoltà a livello di funzionamento neuropsicologico, con performance al di sotto dei valori normativi in diverse aree del funzionamento cognitivo.

## Caratteristiche della relazione/funzione genitoriale



**Figura 10 – Caratteristiche relazionali nelle utenti CTRP**

La qualità dei comportamenti genitoriali e della relazione madre bambino è stata valutata attraverso le Emotional Availability Scales (EAS; Biringer, 2008), uno strumento osservativo volto a valutare il contributo dell'adulto e del bambino, classificando madre e bambino in quattro diverse aree di funzionamento interattivo: diadi emotivamente disponibili, diadi complicate, diadi distaccate, diadi problematiche.

Diversa letteratura evidenzia come la presenza di problematiche psichiatriche nel genitore possa costituire un serio fattore di rischio per il benessere del bambino, impattando sulla qualità delle pratiche di cura e sugli esiti di sviluppo nel breve e nel lungo termine (Ramchandani & Stein, 2003). Alla luce di tali dati, Casa Aurora si impegna ad effettuare un attento monitoraggio della qualità delle cure e della relazione adulto-bambino anche all'interno della sua utenza CTRP. Per ciò che concerne le mamme, si può osservare in Figura 10 come, nel biennio 2019-2020, la maggior parte delle utenti presentasse una modalità di cura complicata con il proprio bambino, caratterizzata da aspetti di calore affettivo ma anche di incoerenza ed inconsistenza nella qualità degli scambi affettivi e nella percezione e risposta alle comunicazioni dei propri bambini. In percentuale minore si riscontrano invece le mamme emotivamente disponibili, le mamme distaccate e le mamme che manifestano comportamenti francamente problematici

con i propri bambini, caratterizzati da marcate ostilità ed inversione di ruolo. Per quanto riguarda i bambini, invece, si osserva come, al pari delle mamme, la maggior parte di loro mostri delle caratteristiche relazionali "distaccate", caratterizzate da una maggiore propensione verso le attività autonome e l'evitamento dell'ingaggio affettivo con la propria mamma. In secondo luogo, si osserva una discreta percentuale di bambini "complicati", che all'interno della relazione manifestano aspetti di eccessiva dipendenza e ambivalenza all'interno delle esperienze affettive con la propria madre. Infine una percentuale maggiormente ridotta di bambini figli delle utenti CTRP mostra la presenza di comportamenti problematici all'interno degli scambi affettivi con il proprio adulto di riferimento, caratterizzati da aspetti di confusione e disorganizzazione. Importante

---

notare come rispetto alle utenti CTRP del biennio preso in considerazione nessuno dei bambini si mostrasse emotivamente disponibile e sicuro nella relazione con la propria mamma al momento dell'ingresso.

## **Benessere dei bambini figli delle utenti CTRP**

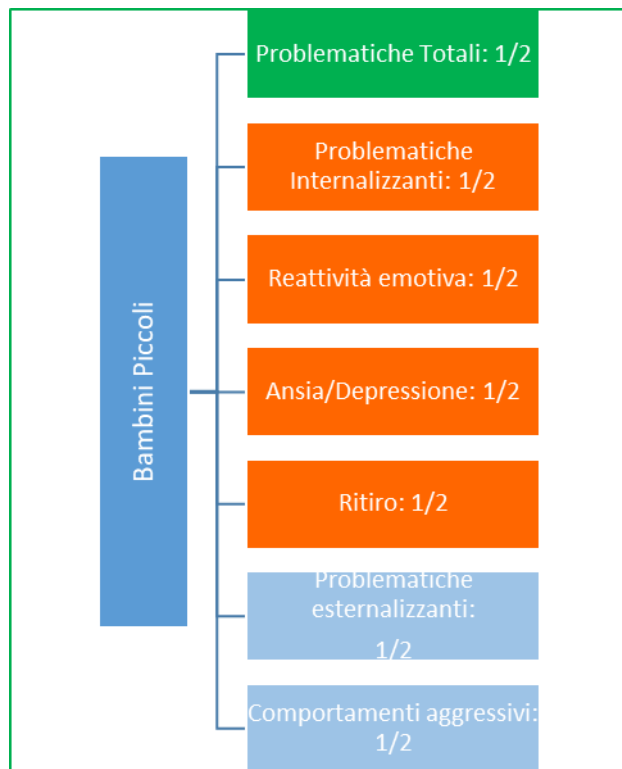
Dalla letteratura nazionale e internazionale si possono ricavare ricerche che indagano la relazione tra genitorialità e adattamento e temperamento dei bambini ed è stato dimostrato come la psicopatologia genitoriale possa essere un fattore di rischio per lo sviluppo di comportamenti problematici nei figli e come temperamento del bambino è significativamente correlato alla qualità delle interazioni madre-figlio. (Webster-Stratton et al., 1982; Rettew et al., 2006; Hobson et al., 2009; Lee et al., 2015). Nello specifico, secondo la teoria dell'attaccamento, essere avere un attaccamento sicuro con il proprio caregiver primario all'inizio della vita è correlato ad uno sviluppo di una personalità più solida in età adulta (Young et al., 2019). È nella prima infanzia che i bambini iniziano il processo della scoperta di sé e, in questo senso, sono importanti le prime percezioni che hanno di loro stessi. La percezione di sé e del proprio temperamento si svilupperebbe a partire da influenze interpersonali e sociali e dall'interazione genitore-figlio e, lo sviluppo della personalità dei bambini è influenzato dalle relazioni familiari (Thompson & Goodvin, 2005; Brown et al., 2009).

Aspetti positivi (quali presenza, struttura di personalità solida, affetti positivi) e aspetti negativi (quali ostilità, invadenza e affettività negativa) del comportamento genitoriale influisce sul modo in cui i bambini percepiscono se stessi e la propria personalità (Brown et al., 2009). In particolare, viene osservato come una possibile psicopatologia della madre possa influire sulle prestazioni dei domini che includono abilità cognitive (capacità di problem solving), la comunicazione (linguaggio recettivo ed espressivo), le abilità motorie fine e grossolane, le competenze adattive (vestirsi, mangiare, utilizzo del bagno..) e le competenze personali-sociali (Fihrer et al., 2009).

Per quanto concerne la psicopatologia della madre, è stato osservato come la depressione materna sia correlata con affetti negativi ed eventuali problemi comportamentali del bambino e con una difficoltà nel suo sviluppo cognitivo e motorio (Fihrer et al., 2009; Hobson et al., 2009; Brenning et al., 2011). Bambini che hanno avuto almeno un genitore con Disturbo Depressivo rischiano di sviluppare a loro volta sintomi depressivi con una percentuale quasi triplicata rispetto ai bambini del gruppo di controllo (Rice et al., 2002). Inoltre, una correlazione è stata rilevata anche tra la sintomatologia ansiosa della madre e i problemi comportamentali dei figli (Lee et al., 2015). In



particolare, uno stile genitoriale materno iperprotettivo viene rilevato in bambini con difficoltà nella sfera del comportamento internalizzante e, figli di genitori ansiosi, hanno una probabilità di sviluppare disturbi d'ansia dalle tre alle 5 volte superiori rispetto a figli dei genitori del gruppo di controllo (Coplan et al., 2009; Klein, 2009).



**Figura 11 – Problematiche emotivo-comportamentali ei bambini figli delle utenti CTRP**

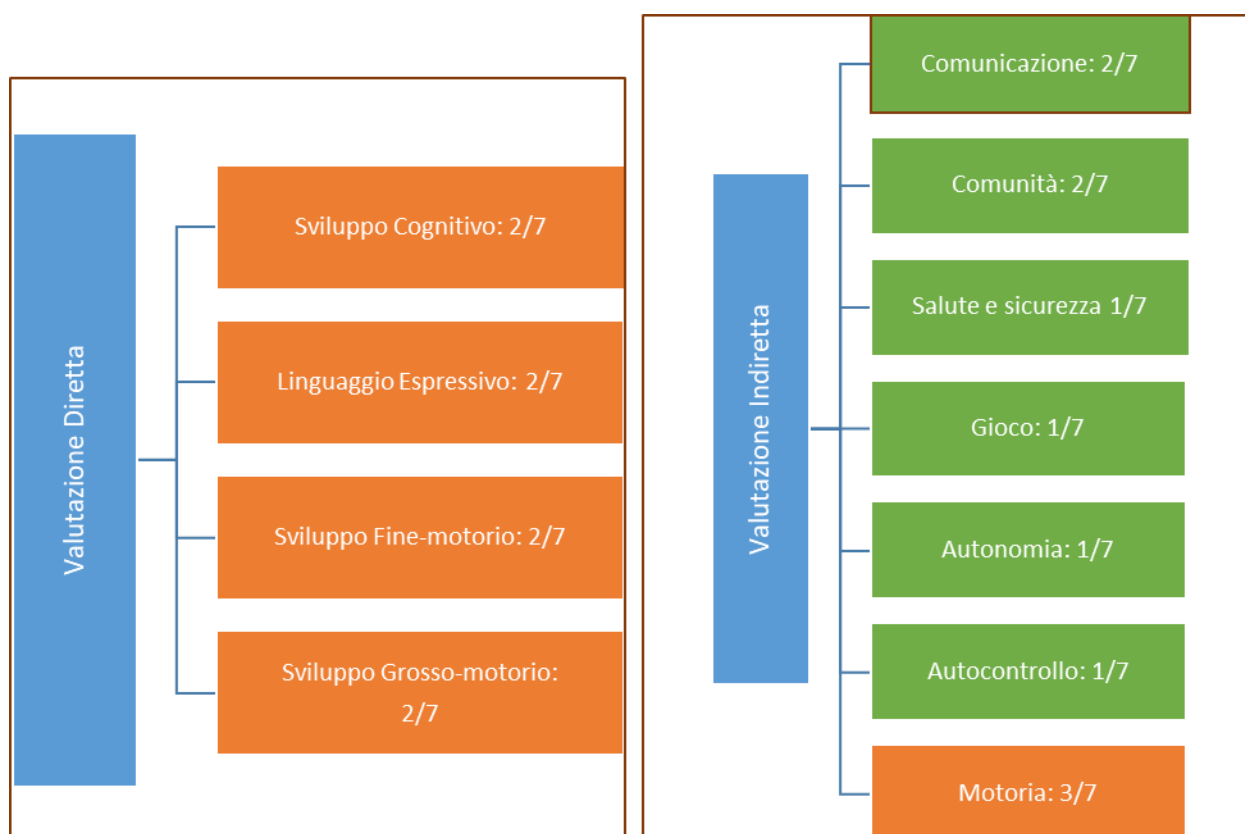
Lo presenza di problematiche emotivo/comportamentali nei bambini è stata valutata attraverso la Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), uno strumento proxy-report che consente di valutare il bambino rispetto ad una serie di scale sindromiche raggruppate in due aree principali relative alle problematiche internalizzanti e a quelle esternalizzanti.

In generale, dalla letteratura è possibile osservare come madri che presentano un'affettività ed emotività negativa sono associate a figli con difficoltà comportamentali esternalizzanti. (Kochanska et al., 1997). Se si considera inoltre, il maltrattamento infantile, l'impatto negativo sul temperamento e sul benessere psicologico dei bambini stessi persiste ed è riscontrabile anche in età adulta. (Collinshaw et al., 2007). Anche i figli di madri con diagnosi borderline di personalità mostrano un discontrollo degli impulsi e difficoltà comportamentali esternalizzanti e risultano avere un più alto livello di rischio nello sviluppo di una psicopatologia. Inoltre, a fronte di un'intrusività maggiore di questo tipo di madri, i bambini risponderebbero distogliendo lo sguardo se in interazione con la madre stessa e sarebbero più a rischio di sviluppare un tono dell'umore basso (Weiss et al., 1996; Hobson et al., 2009).

Dalla letteratura è possibile osservare come bambini con familiarità di disturbi psichiatrici

che hanno sperimentato una genitorialità particolarmente dura e poco calorosa, sono più a rischio di sviluppare sintomi del Disturbo Borderline di Personalità (Belsky et al., 2012; Winsper et al., 2017). Per quanto riguarda il biennio 2019-2020, è possibile osservare in Figura 11 come, dei bambini valutati rispetto alla presenza di problematiche emotivo/comportamentali (in linea con le fasce di età previste dalla testistica impiegata, solo un bambino presentasse aspetti di difficoltà nelle aree internalizzanti ed esternalizzanti.

Per quanto riguarda invece il livello di sviluppo e di funzionamento adattivo, come è possibile osservare in Figura 12, nel corso del biennio considerato, i bambini figli delle utenti di Casa Aurora hanno riportato la presenza di difficoltà clinicamente significative in diverse aree dello sviluppo, tra cui soprattutto: lo sviluppo cognitivo, il linguaggio espressivo, lo sviluppo fine e grosso-motorio per quanto riguarda la valutazione diretta ad opera dello sperimentatore e le i domini riguardante lo sviluppo motorio per quanto concerne la valutazione ad opera della madre.



**Figura 12 – Caratteristiche di sviluppo dei bambini figli delle utenti CTRP**

Lo sviluppo dei bambini è stato valutato attraverso le Bayley Scales of Infant and Toddler Development – III (BSID-III; Bayley, 2006) uno strumento di assessment diretto che consente di valutare i bambini rispetto allo sviluppo: Cognitivo, di Linguaggio (Recettivo ed Espressivo) e Motorio (Grosso e Fine).

Lo strumento prevede anche una parte di valutazione indiretta, in cui attraverso le risposte del caregiver si valutano lo sviluppo Socioemozionale e Adattivo.

---

# Produzione scientifica

## Articoli in rivista

Porreca, A., De Carli, P., Filippi, B., Parolin, M., & Simonelli, A. (2020). Mothers' alexithymia in the context of parental Substance Use Disorder: Which implications for parenting behaviors? *Child Abuse & Neglect*, 108, 104690.

Frigerio, A., Porreca, A., Simonelli, A., & Nazzari, S. (2019). Emotional availability in samples of mothers at high risk for depression and with substance use disorder. *Frontiers in Psychology*

## Abstract in rivista

Filippi, B., Porreca, A. (2019) "Neuropsychological Functioning and parent-child interactions in mothers with Substance Use Disorder: a longitudinal study". Proceedings XXI National Congress Italian Psychological Association, Clinical and Dynamic Section Milan – 27-29 September 2019, POSTER SESSION, 59-60. DOI: <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2019.7.2268>

Porreca, A., Filippi, B., De Palo, F., Capra, N., De Carli, P. (2019). "Maternal alexithymia and quality of parenting behavior in mothers with Substance Use Disorder". Proceedings XXI National Congress Italian Psychological Association, Clinical and Dynamic Section, Milan-27-29 September 2019, SYMPOSIUM SESSION, 236-237. DOI: <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2019.7.2267>

## Presentazioni a convegni

Filippi, B., Porreca, A., De Palo, F., Capra, N., Simonelli, A. (2020) "Impatto di un trattamento residenziale psicodinamico sulla qualità dei comportamenti genitoriali e delle interazioni precoci madre-bambino in donne con Disturbo da Uso di Sostanze" Poster accepted at III International Multidisciplinary Conference Brazelton. Con i genitori: Processi di regolazione reciproca nello sviluppo. Ricerca, Clinica, Interventi e Politiche, December 18-19, 2020, online

Porreca, A., Parolin, M., Filippi, B., De Palo, F., Capra, N., & Simonelli, A. (2019). Neuropsychological functioning, psychopathology, and parenting behaviors in the context of Substance Use Disorder: which are the implications for treatment? Short Oral

Presentation accepted at Lisbon Addictions 2019 – HIRD European Conference on Addictive Behaviours and Dependencies – Lisbon (Portugal), 23-25 October 2019.

Porreca, A., De Carli, P., Filippi, B., De Palo, F., Capra, N., & Simonelli, A. (2019). The impact of maternal alexithymia on parenting behaviors in the context of Substance Use Disorders. Oral Presentation accepted at Lisbon Addictions 2019 – HIRD European Conference on Addictive Behaviours and Dependencies – Lisbon (Portugal), 23-25 October 2019.

Filippi B., Porreca A. (2019). Neuropsychological functioning and parent-child interactions in mothers with substance use disorder: a longitudinal study. Poster Presentation accepted for the XXI National Congress of AIP 2019 – Section of Clinical and Dynamic Psychology, Milan, Italy, 27-29 September 2019

Porreca A., Filippi B., De Palo F., Capra, N., De Carli P. (2019). Maternal alexithymia and quality of parenting behaviors in mothers with substance use disorder. Oral Presentation accepted for the XXI National Congress of AIP 2019 – Section of Clinical and Dynamic Psychology, Milan, Italy, 27-29 September 2019.



**Al dr. Alessio Porreca va tutto il nostro ringraziamento per il suo impegno volto alla divulgazione scientifica del nostro lavoro e alla produzione dei Report delle nostre attività.**

**Alla dr.ssa Bianca Filippi e alla dr.ssa Marta Vecchiato la nostra stima per l'instancabile attività di ricerca.**

**Alla Professoressa Alessandra Simonelli la gratitudine per la sua presenza, la costante supervisione, il suo immutato entusiasmo.**

---

# PROGETTI IN CORSO

---

## Acquamotricità neonatale

Il progetto Acquamotricità neonatale prevede incontri a cadenza settimanale che si svolgono 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 consente 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

Il progetto di Massaggio neonatale si svolge attraverso incontri programmati a cadenza settimanale e svolti in piccoli gruppi.

Obiettivo del progetto è quello migliorare la comunicazione con il proprio bambino. Il massaggio del bambino è un efficace strumento attraverso cui rafforzare la relazione con il proprio bambino; non si tratta quindi di imparare una tecnica ma di affinare un'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.

Le sedute di massaggio sono gruppali, dirette da educatrici che hanno conseguito il titolo di formazione e vi possono partecipare mamme e bambini fino all'anno di età.

---

## Progetto Equilibrato “Gruppo Motion”

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.

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.

Inoltre, sono state proposte delle sedute di yoga svolte in ambiente esterno alla comunità, sia rivolte alle singole pazienti che alle pazienti insieme ai loro figli, soprattutto i bimbi sotto l’anno d’età.

Si proporrà in modo diverso a:

1. Le pazienti adulte della comunità per 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 mamma-bimbo) 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.

3. Alle coppie mamma-bambino, per l'attività di yoga, i cui bimbi hanno meno di 1 anno.

---

## Laboratorio Arteterapico

### “Progetto Intrecci”

Le problematiche connesse al consumo di sostanze emergono generalmente entro un funzionamento di tipo borderline, in cui vi è un pattern generale di instabilità sul piano emotivo, relazionale ed identitario.

E' centrale la difficoltà nella regolazione delle proprie emozioni legata ad un fallimento nella capacità di mentalizzazione, intesa come capacità di comprendere ed interpretare i propri ed altrui comportamenti in termini di stati mentali come bisogni, credenze, convinzioni, aspettative o intenzioni.

La compromissione della capacità di mentalizzazione si riflette in una difficoltà nel descrivere il proprio mondo interiore e nel regolare i propri stati affettivi.

Il laboratorio si rifà ad un approccio di tipo arteterapico, con cui si definisce a livello teorico l'utilizzo, in un contesto di relazione orientato alla cura, di un canale di comunicazione non verbale, attraverso la riscoperta o la scoperta della creatività, per prevenire l'insorgere di comportamenti antisociali, per facilitare la socializzazione, per tentare il recupero di abilità perdute o per indurre modificazioni.

Si va ad utilizzare l'arte, in questo caso di tipo plastico-pittorica, con la creazione di manufatti, per esprimersi ed esprimere le proprie emozioni: si utilizza un canale inconscio ed immediato che bypassa quello verbale.

In arteterapia si vanno ad utilizzare i materiali, i quali chiedono di essere agiti per prendere una forma, per potercisi rispecchiare, per guardarla, per riconoscersi e per attivare un processo di cambiamento. L'atto creativo che viene stimolato diviene la possibilità per ripartire proprio da un movimento, da un'azione che genera una modificazione della materia, un cambiamento che acquisisce un significato soggettivo, cambiamento che dal simbolico (il manufatto) si potrà inscrivere nel reale. L'oggetto creato, diviene una sorta di “oggetto transizionale” in cui vengono proiettate e riprodotte parti di sé e vissuti emotivi, gettando uno spiraglio di luce tra sé e il proprio vissuto, il quale può essere osservato ed approfondito, favorendo un lavoro di alfabetizzazione emotiva.

Lavorare mediante l'arteterapia permette a questo tipo di utenti di sfruttare una modalità già da loro impegnata nella gestione delle proprie emozioni e vissuti, ovvero l'agito, la dimensione comportamentale, nella costruzione e creazione dell'opera. Ma il valore aggiunto riguarda proprio la possibilità successiva di conservare traccia di

---

quanto agito, di avere tra le mani quell'emozione o quei significati, familiarizzando con essi in una forma diversa da quella verbale, in cui a volte non si trovano le parole per esprimere quello che si sente, andando invece a "metterlo in forma", proprio osservando l'oggetto creato. In questo senso si può andare a stimolare quella funzione riflessiva e di mentalizzazione, grazie alle riflessioni sull'opera creata, avendo l'occasione di vedersi "attraverso" l'opera, conoscersi e riconoscersi.

Da una dimensione di agito autodistruttivo, ad un agito che diventi costruttivo.

L'attività arteterapica verrà preceduta e succeduta da un lavoro centrato sul Perché corporeo, in particolare dedicato al rilassamento Yoga. È noto, infatti, come questo tipo di esperienze possano modificare provvisoriamente o permanentemente la risposta dell'organismo al suo ambiente, innescando l'alterazione di meccanismi fisiologici e biologici. In generale, le diverse tipologie di Yoga prevedono tutte pratiche di respirazione(pranayama), posizioni ed allungamenti (asana) e meditazione, e si distinguono per l'intensità e l'importanza che attribuiscono a queste componenti.

#### OBIETTIVI ATTIVITA' DI YOGA iniziale e finale

- riuscire a concentrarsi sul respiro, notando il suo ritmo e la sua velocità o contando il numero di respiri che si eseguono in una posizione.
- eseguire poche e semplici posizioni, cercando di concentrarsi sulla percezione del proprio corpo e di quali muscoli si attivano, piuttosto che sulla correttezza dell'esecuzione
- le sequenze creano un ritmo in cui si alternano stati di tensione e rilassamento, intesi come qualcosa di importante da imparare a percepire nel quotidiano
- favorire la mindfulness, al posto della meditazione vera e propria, incoraggiando a prendere consapevolezza di sé e della realtà nel "qui e ora" e in maniera non giudicante.

Infine, laddove sul nostro corpo siano impressi stati emotivi estremamente dolorosi e traumatici, pratiche di questo tipo possono aiutare a "liberare" e "rilassare" punti in cui emozioni e ricordi dolorosi sono particolarmente racchiusi. Le persone traumatizzate, infatti, hanno spesso bisogno di sentirsi al sicuro nel proprio corpo e, aumentando la consapevolezza sensoriale, possono avvicinarsi con minor timore alle proprie esperienze interne. Inoltre, questo tipo di consapevolezza aiuta a modificare la percezione del tempo.

---

Dal punto di vista temporale, il trauma disgrega la consequenzialità e la linearità che caratterizzano l'esistenza umana, determinando la perdita del senso del "protendersi" dal passato al futuro. Si resta bloccati, ancorati ad un eterno presente. Rispetto a ciò, lo Yoga è fluire, è dinamismo; genera sensazioni che aumentano fino a raggiungere un picco per poi decrescere. Questo senso di sicurezza può rappresentare anche una base per iniziare a verbalizzare i ricordi più dolorosi.

#### OBIETTIVI ATTIVITA' ARTETERAPICA

- lavorare sull'espressione delle proprie emozioni e sulla possibilità di un processo di alfabetizzazione emotiva
- alimentare un lavoro sul piano simbolico
- favorire processi di condivisione emotiva e rispecchiamento con l'altro (favorire processo di mentalizzazione)
- aumentare l'autostima e il senso di autoefficacia legati al "saper-fare" che la pratica creativa permette di percepire, insieme alla possibilità di costruirsi un'immagine positiva di sé
- lavorare sul contatto con i propri limiti, con la creazione di confini sul piano concreto della realizzazione dell'oggetto, che si possono tradurre anche sul piano intrapsichico
- favorire un processo di rilassamento legato alla manipolazione del materiale, che per le sue caratteristiche di flessibilità, rigidità ha un'azione miorilassante.

#### METODOLOGIA DI INTERVENTO

Ogni incontro, a cadenza settimanale della durata di un'ora e mezza, si articolerà in più momenti:

- 1) Rilassamento Yoga
- 2) Introduzione della tematica

Possiamo definire questo momento iniziale come "Racconto di parole".

In questa fase si apre l'incontro e si mettono a proprio agio le partecipanti e si introduce l'argomento, usando anche uno strumento facilitatore (es. presentazione di un ciondolo e descrizione del processo creativo e di riflessione alla sua base). E' il momento della scintilla creativa, del vuoto creativo in cui tutto è possibile, in cui nulla ha ancora una forma perché non è ancora avvenuto l'incontro con i materiali.

E' il momento dello svelamento e il momento della domanda, alla quale solo nel secondo step, con il materiale artistico, si cercherà di dare una risposta lasciando agire la voce narrante dei materiali.

---

Viene definito il punto di partenza e il punto a cui si tende; spetta poi alla singolarità di ogni persona creare il proprio percorso, ovvero dare vita al processo creativo che anima la messa in forma delle narrazioni manipolative.

### 3- “Narrazioni Manipolative”

Vengono presentati i materiali e le tecniche legate alla manipolazione degli stessi. Si lascia poi alle partecipanti la possibilità di immergersi nel processo creativo: infatti, lavorando il materiale, narrano nella sua messa in forma parti di sé e vissuti propri.

### 4- “Racconto delle parole smarrite”

E' il momento finale in cui vi è la condivisione e il racconto dell'esperienza, di ciò che è emerso e dei vissuti, così come delle tecniche utilizzate, delle difficoltà nella manipolazione del materiale ecc.. In sintesi è il racconto verbale (oppure no, anche semplicemente presentando agli altri la propria opera senza aggiungere nulla) dei molteplici processi coinvolti.

È il momento del distanziamento dall'opera e del mettersi in suo ascolto.

Se nel punto precedente hanno fatto da guida le sensazioni, l'agire, ora domina il pensiero e la riflessione che poi verranno tradotti in parola.

L'opera prodotta durante lo step che precede può essere vista come una sorta di contenitore di emozioni non elaborate, il cui obiettivo è quello di favorire una maggiore capacità rappresentativa delle immagini. Abbiamo davanti un vero e proprio contenitore di emozioni non elaborate. In questo step si favorisce un processo evoluto volto a intrecciare, tessere e legare, ove possibile, le immagini (rappresentazioni) alle parole e trovarne un senso costruendo connessioni.

In questo step si incontra il gruppo, da cui ci si era distaccati, immersi nel proprio processo creativo individuale, e il proprio lavoro finito e definito da sé, nel momento in cui viene presentato agli altri, può essere “decostruito” dal gruppo che lo analizza, riflettendoci, in modo puntuale.

E' questo il passaggio in cui si stimola nella persona l'apertura ad un discorso altro rispetto a quell'unico costruito da lei rispetto alla sua opera, gli viene offerta una prospettiva innovativa. Si permette alla persona di avere l'occasione di liberarsi dai vincoli di un'unica visione di sé e della propria esperienza per concepire ed accogliere eventualmente nuovi discorsi.

### 5- Fase finale di ricomposizione

Rilassamento finale per riportare l'attenzione su di sé e rielaborare a livello corporeo tutte le emozioni e processi scatenati dall'attività creativa, per lasciare il gruppo con un senso di sé integrato, mediato dall'integrazione delle sensazioni corporee.





---

## Ricette per il futuro

### Progetto formativo e di cura attraverso la cucina

Questo progetto nasce a seguito di osservazioni e valutazioni emerse all'interno della Comunità Casa Aurora durante il periodo di confinamento domiciliare dovuto alla pandemia da Sars Cov-2.

In questa particolare situazione si è evidenziato come le dimensioni del pasto e del cibo, con il necessario lavoro in cucina, rappresentino spazi complessi da gestire, organizzare e vivere.

Per l'uomo la dimensione del pasto nella quotidianità riveste un ruolo fondamentale come insieme di atteggiamenti e comportamenti ai quali sottendono processi psicosociali e processi di tipo simbolico.

È venuta confermandosi così la complessità delle dinamiche interne al gruppo e l'importanza del momento del pasto come punto di ritrovo e condivisione genuina. Tuttavia sembra che non tutte le ospiti riescano a viverlo in questa forma, rischiando spesso di ricorrere a modalità evitanti, di fuga o attivandosi in maniera conflittuale.

Sin dall'inizio del loro percorso terapeutico è emerso come la dimensione alimentare fosse spesso disfunzionale in quanto priva o povera degli aspetti relazionali e normativi che caratterizzano il pasto e la sua preparazione.

Il contesto sembra quindi evidenziare la mancanza di un'esperienza sufficientemente buona sia nello spazio cucina, inteso come dimensione organizzativo-lavorativa, sia nello spazio della convivialità del pasto, nella sua articolazione interumana, all'interno della quale ricade anche la relazione madre-bambino.

La proposta è pensata come progetto integrativo all'interno dei percorsi terapeutici in atto.

Il progetto mira a recuperare quella dimensione culturale, ritualistico-simbolica, alla base anche della relazione madre-bambino, che il cibo e il mangiare possiedono. Ciò attraverso la creazione di una base significativa per sperimentarsi nel cucinare e nel condividere il pasto come momenti di apertura e di dono, superando lo scoglio terapeutico di un percorso spesso vissuto come imposizione più che come scelta personale.

Agganciandosi a queste riflessioni il progetto vuole essere promotore di un benessere sia individuale che collettivo

---

Ciò che si vuole proporre è un approccio esperienziale spendibile nella vita futura delle donne coinvolte, sia in un'ottica individuale-relazionale che eventualmente lavorativo-organizzativa.

## OBIETTIVI

Rispetto al gruppo delle pazienti partecipanti al progetto:

- sperimentare il lavoro in brigata all'interno di dinamiche di gruppo;
- affrontare situazioni di tensione durante le preparazioni e saper chiedere aiuto nel mediare i conflitti;
- riconoscere il momento di difficoltà del compagno di lavoro e intervenire a suo sostegno.

Rispetto alla persona:

- utilizzare un abbigliamento adeguato alla cucina;
- integrare il progetto nel proprio percorso terapeutico e nella propria routine quotidiana;
- acquisire competenze professionali rispetto alla cucina;
- mantenere l'impegno per tutta la durata del progetto;
- costruire un ricettario personale da poter poi riutilizzare;
- condividere il significato dell'esperienza e trasmettere al resto del gruppo un'idea di cucina;
- sperimentare la dimensione di dono e cura, gli aspetti simbolici e culturali legati alla cucina e al pasto.

Rispetto al gruppo casa:

- creare un menù condiviso saper mediare con le richieste del gruppo (diete, preferenze, cotture);
- sviluppare interesse rispetto al pasto e alla sua ritualità, condividendo lo stare a tavola con i propri figli;
- favorire il coinvolgimento del resto del gruppo stimolando l'aiuto nel servizio.

## AZIONI

Si lavora per fasi, ciascuna propedeutica all'altra e con diversi focus da sviluppare sia durante lo spazio progettuale, sia nei giorni successivi all'interno del lavoro di gruppo.

Fase 0: consiste nella proposta del progetto al gruppo allargato che attraverso una serie di domande (un questionario compilativo) vuole delineare come le varie persone interpretino e interagiscano con il cibo e la dimensione del pasto.



---

Fase 1: in questa fase si delinea il gruppo di lavoro, tenendo conto delle aspettative e ambizioni, della coerenza con il progetto terapeutico, della capacità di sapersi ritagliare uno spazio rispetto alla relazione con i figli, della propensione al cambiamento e della motivazione iniziale

Fase 2: questa è la fase operativa che si articola in 10 incontri settimanali nell'arco di 3 mesi. In ogni incontro si preparerà dalle ricette della giornata (pranzo e cena) e si cercherà di suddividere le preparazioni alle due brigate.



---

## Progetto “Svezzamento”

### Non solo quanto ma soprattutto come

Lo svezzamento è un momento importante perché rappresenta un cambiamento nella relazione madre-bambino.

Le pazienti di Casa Aurora, per le proprie storie personali e per il rapporto che loro stesse hanno spesso con il cibo, tendono ad investire il momento dell’inizio dello svezzamento di emozioni e messaggi a volte controproducenti e contraddittori. Per alcune viene vissuto come il primo momento di separazione vera e propria, anche solo dovuto alla posizione da tenere, il figlio non è più in braccio ma sono uno davanti all’altra.

Per questo l’equipe degli educatori è molto attenta a questo delicato momento della relazione m-b e cerca di supportare la mamma e il bambino nel vivere questa tappa dello sviluppo rispettando i bisogni di ognuno.

Lo svezzamento inizia appena il pediatra di riferimento indica di iniziare e il bimbo riesce a stare seduto in modo autonomo e riesce a portare un oggetto verso la bocca, questo perché si senta sicuro e possa avere un ruolo attivo e non solo passivo.

Destinatari diretti: coppie di mamme e bambini dai 4 ai 12 mesi

Destinatari indiretti: comunità, equipe, territorio

#### OBIETTIVO GENERALE

- sostenere la relazione madre-bambino nel percorso dello svezzamento

#### OBIETTIVI SPECIFICI

- Informare la mamma sulle indicazioni del SSN rispetto allo svezzamento, modalità e tempi
- Valutare insieme alla mamma se il bambino è pronto, se sa stare seduto se porta un oggetto alla bocca
- Riorganizzare con la mamma gli orari e il ritmo della giornata del figlio con l’introduzione di orari fissi dei pasti, soprattutto se il bambino è stato allattato a richiesta
- Fornire alla mamma competenze pratiche per la preparazione delle pappe, come da indicazioni del SSN
- Riflettere con la mamma sulle emozioni che madre e figlio potrebbero vivere durante questo cambiamento
- Aiutare la mamma a creare un clima favorevole e dedicato per i primi pasti
- Sostenere la coppia madre-bambino nei possibili momenti di criticità

- 
- Permettere al bambino di maneggiare direttamente il cibo, soprattutto quando vengono introdotti i cibi solidi, questo permette al bimbo di sviluppare manualità e coordinazione

#### METODOLOGIA:

Il percorso prevede un primo colloquio con l'educatore su come si preparano le pappe, come vengono inserite in una routine di pasti e orari già presente e sugli aspetti emotivi che potrebbero emergere.

L'educatore affianca la mamma e il bambino nei primi giorni, aiutando a preparare il cibo, osservando la modalità della mamma, la reazione del bimbo, cercando di supportare la coppia nel creare un buon clima e affrontando insieme i cambiamenti. Concorda con la mamma, a seconda di come reagisce il bambino, tutti i passaggi e i cambiamenti, il rallentamento o l'accelerazione delle tempistiche, l'introduzione di nuovi cibi e consistenze e l'inserimento in fine dei cibi da "adulti".

Spesso i tempi sono lunghi e l'andamento a spirale dove la progressione e la regressione si alternano.

Uno strumento usato è la videoregistrazione dei primi pasti e dei momenti di passaggio e di cambiamento che viene rivista con la mamma sia per trovare strategie ad eventuali difficoltà sia per mostrare l'evoluzione del processo e per lasciarle un ricordo di questi momenti.

---

## Progetto “Shiatsu”

Lo Shiatsu (shi: dita atsu: pressione) nasce e viene codificato in Giappone con un'impronta fisico-anatomico-fisiologica e poi si sviluppa con l'influenza della medicina tradizionale cinese, la quale unisce la parte più psico-emotiva e spirituale, vedendo la persona come unica entità energetica: fisica, mentale-psicologica, emotiva e spirituale. Ricordiamo la definizione di salute dell'OMS che non parla di assenza di malattia ma ben si di benessere psico-fisico della persona nell' ambiente sociale in cui è inserito.

Si tratta di una tecnica manuale, una disciplina evolutiva, che non ha come obiettivo la cura delle patologia ma bensì il riequilibrio psico-fisico-emotivo della persona, ponendo attenzione anche al “sentirsi bene” e non solo allo “stare bene”, quindi vi è una connotazione più soggettiva e introspettiva piuttosto che oggettiva. La pressione ritmata, controllata e profonda esercitata con palmi e pollici dà all'organismo un input al quale esso risponde riequilibrandosi e riadattandosi.

Lavorando con le pressioni sui meridiani energetici e su determinati punti e zone (tsubo e trigger point) ha i seguenti benefici su chi riceve un trattamento: energia, rilassamento, equilibrio, beneficio su dolori, tensioni, ascolto ed autoascolto, propriocezione, centratura. Permette, inoltre, di rendersi conto di possedere delle estremità e dei confini da poter muovere e gestire e sviluppare capacità di consapevolezza e percezione corporea. Dal punto di vista sociale, relazionale, educativo e propriocettivo lo Shiatsu permette di entrare sia in relazione rispettosa con la propria persona che con altre, aiutando a costruire o a ricostruire un rapporto nuovo con sé stessi e col mondo circostante.

Nello specifico di Casa Aurora, lo Shiatsu è uno strumento che permette alle pazienti di “entrare in sé stesse” e quindi sentire loro stesse. Quasi come una meditazione corporea indotta dall'esterno permette loro di restare nel qui ed ora, lasciando alla loro mente la possibilità di vagare fluidamente e leggera, ma poi ritornando sempre in una dimensione di autoascolto. Permette di lavorare molto bene sullo stress, l'ansia e il respiro e anche sulla mente che tende a fissarsi su alcuni fastidiosi pensieri che possono essere poi elaborati con gli educatori e i terapeuti. L'obiettivo è quello di radicare e riequilibrare tutta quell'energia che viene utilizzata dalla mente e dal pensiero “ridistribuendola” in tutto il corpo ed impegnandola” in maniera costruttiva. Per quanto riguarda invece la gravidanza ed il post partum lo Shiatsu accompagna la mamma in tutti quei cambiamenti che questi periodi impongono fisiologicamente, aiutandola ad essere resiliente e ad adattarsi alla nuova situazione, è un buon

---

supporto emotivo ed è un momento che la mamma dedica a sé stessa, soprattutto nel post partum.

Lo Shiatsu, come già specificato, non ha come obiettivo la cura delle patologie e non ha a che vedere con pratiche mediche, fisioterapiche ed estetiche. Inoltre, non presenta limiti di età e condizioni (ad eccezione di casi particolari e specifiche patologie).

Le pazienti ricevono un trattamento di 50' a settimana e condividono poi con l'equipe come si sentono, dopo 1 e più trattamenti ricevuti, elaborando quindi quanto emerge.

---

## Progetto Spagnolo

Titolo: “Yo puedo hablar espanol, porque lo quiero ”

“ lo posso parlare spagnolo, perché lo voglio”

Premessa:

L'apprendimento di una lingua straniera rappresenta uno strumento utile e rilevante per mettersi in gioco, acquisire nuove conoscenze che possono rafforzare il senso d'appartenza, d'autostima, e di relazione. Lo spagnolo è una lingua che negli ultimi anni ha un' ampia diffusione in gran parte del mondo, è una lingua che crea relazione, che trasmette cultura e tradizioni verso una mentalità aperta e globale. Essendo una lingua carica di tradizioni popolari, usi e costumi, accompagna l'utente nel suo percorso terapeutico alla scoperta di una diversa modalità di relazione, alla scoperta dell'acquisizione di nuove competenze e al rafforzamento dei processi d'autostima.

Metodologia:

I corsi sono composti di un totale di 2 ore e mezza a settimana, per un totale di 8 ore al mese, distribuiti in 2 differenti gruppi omogenei per livello d'interesse e motivazione.

L'approccio scelto è di tipo comunicazionale che favorisca i processi di Empowerment dell'utente e del gruppo, con lo scopo di non seguire un modulo grammaticale pre-impostato ma attraverso l'integrazione continua di contenuti culturali, tradizionali di usi e costumi tipici della lingua per incentivare la motivazione, con un approccio ludico e che permetta in breve tempo all'utente di produrre brevi frasi elementari.

Lo spagnolo proposto è moderno, popolare che si avvicina alla comunicazione reale di tutti i giorni, accompagnata da contenuti di letteratura spagnola per interesse e cultura personale. I temi affrontati spaziano da: viaggi, ora, lavoro, casa, luoghi, lessico utile per la vita quotidiana. Tali attività verranno affrontate attraverso moduli teorici ( grammatica base e semplici frasi elementari), ludici ed esperenziali. Le attività esperenziali spaziano da: cucina tipica spagnola, con prodotti tipici prodotti dalle utenti stesse per mettersi in gioco e rafforzare autonomia e creatività, attività di “orieentiring” con uso di vocaboli per dare indicazioni e rafforzare il senso di orientamento spazio temporale ,e, traduzioni di canzoni senza nessuna allusione a contenuti “carichi emotivamente”. Inoltre, per imparare divertendosi, potranno essere organizzate uscite “tandem”, per lo scambio di

---

contenuti linguistici, organizzando dei caffè d'incontro in lingua spagnola con altre persone sempre in presenza dell'educatore.

Accompagnare le attività teoriche a quelle pratiche ludiche incentiva la motivazione, la relazione e il senso d'appartenenza al gruppo, rafforzando e migliorando i processi di "Self-esteem" dell'utente. I lavori all'interno del gruppo favoriscono la dimensione di aiuto, di reciproca forza e di cooperative learning.

Obiettivo generale:

Apprendere le conoscenze base della lingua spagnola, e della cultura tipica per rafforzare il senso d'appartenenza, i processi d'autostima e di empowerment di gruppo.

Obiettivi Pedagogici specifici:

- Insegnare e rendere consapevole l'utente dell'esistenza di una diversità culturale che lo avvicini ad esperienze sane e coinvolgenti.
- Incrementare la motivazione nell'utente di perseguire e mantenere obiettivi a lungo termine, attraverso il riavvicinamento all'apprendimento scolastico.
- Aumentare i processi di autostima grazie all'incremento di Self Skills: quali competenze, apprendimento, sicurezza di sé, miglioramento delle capacità comunicative e relazionali.
- Creare piccoli gruppi all'interno della comunità per rafforzare il senso d'appartenenza e favorire il percorso terapeutico.
- Incrementare le abilità personali spendibili successivamente in un futuro percorso di reinserimento lavorativo, in una città come Venezia che richiede sempre di più l'interfaccia con nuove culture e stili di vita.

Valutazione efficacia ed efficienza del progetto per i risultati:

Ex Ante: attraverso un questionario di gradimento dell'attività e delle aspettative

In itinere: attraverso prove di autovalutazione del proprio apprendimento e continuo aggiornamento all'equipe dell'attività svolta.

Post ante: questionario di gradimento dell'attività e suggerimenti futuri



