



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in
EDUCAZIONE PROFESSIONALE

**L'IMPORTANZA DEL CONCETTO DI
EMPOWERMENT NEL TRATTAMENTO DELLE
DIPENDENZE PATOLOGICHE: INTERVENTI
PER LA PROMOZIONE DI UN CAMBIAMENTO
POSITIVO**

Relatore: Chiar.mo

Prof. Riccardo Verdecchia

Tesi di Laurea di:

Benedetta Pambianco

Anno Accademico 2019-2020

Indice

INTRODUZIONE	1
--------------------	---

CAPITOLO I

Lo scenario attuale sul fenomeno delle dipendenze patologiche

1.1 Definizione di dipendenza patologica e classificazione nell'attuale DSM-5	4
1.2 Dalla devianza ai comportamenti criminali.....	7
1.3 Il soggetto dipendente come persona	11
1.4 La vulnerabilità individuale: fattori che portano allo sviluppo di una dipendenza patologica	14
1.5 L'influenza del contesto familiare nello sviluppo delle dipendenze patologiche	16
1.5.1 Il legame tra la teoria dell'attaccamento e lo sviluppo di una dipendenza patologica.....	17
1.5.2 La famiglia come risorsa.....	20
1.6 Esclusione sociale: le principali problematiche conseguenti all'instaurarsi di uno stato patologico di dipendenza.....	22
1.6.1 Instabilità della condizione lavorativa, abitativa ed economica	23
1.6.2 L'insorgenza di malattie infettive	24
1.6.3 Il fenomeno di stigmatizzazione	25
1.6.4 La comorbilità psichiatrica.....	26

CAPITOLO II

Le principali politiche di intervento in Italia in materia di dipendenze patologiche

2.1	La nascita di politiche europee di lotta alle sostanze stupefacenti	30
2.2	Interventi legislativi a livello nazionale italiano in materia di sostanze stupefacenti ..	32
2.2.1	Legge 685/75.....	33
2.2.2	Legge 162/90 e TU 309/90	33
2.2.3	Legge 45/99.....	35
2.2.4	Legge 49/2006.....	35
2.2.5	DPCM 20 Giugno 2008	36
2.2.6	Piano di azione nazionale (PAN) 2010-2013.....	37
2.3	Le politiche di riduzione del danno	40
2.4	Gli interventi di prevenzione al gioco d'azzardo patologico.....	44
2.5	Interventi di prevenzione delle dipendenze patologiche direttamente sui destinatari ..	47

CAPITOLO III

Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica

3.1	Il concetto di empowerment	52
3.1.1	Il concetto di empowerment psicologico	55
3.1.2	Il concetto di empowerment nella riabilitazione.....	57
3.2	Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche	59
3.2.1	Il Servizio per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.)	61

3.2.2 La comunità terapeutica	65
3.2.3 I principi educativi di base della comunità terapeutica.....	67

CAPITOLO IV

Un'esperienza sul campo: l'Educatore Professionale nelle dipendenze patologiche

4.1 La figura dell'Educatore Professionale	73
4.1.1 L'Educatore Professionale nella comunità terapeutica.....	80
4.2 La mia esperienza sul campo in comunità terapeutica	81
4.2.1 Descrizione della struttura	82
4.2.2 Finalità della comunità terapeutica.....	83
4.2.3 Organigramma del personale.....	83
4.2.4 Il ruolo e le funzioni dell'Educatore Professionale	85
4.2.5 L'accoglienza in sede e il regolamento della struttura	88
4.2.6 Il percorso terapeutico-riabilitativo	89
4.2.7 Attività della comunità terapeutica.....	91
4.3 Un progetto di prevenzione all'uso di sostanze stupefacenti, alcol e sostanze dopanti	94
4.3.1 Finalità generale	94
4.3.2 Obiettivi specifici	95
4.3.3 Partners coinvolti.....	96
4.3.4 Attività.....	97
4.3.5 Tempi, spazi e costi	97

4.3.6 Verifica	98
4.3.7 Valutazione.....	99
CONCLUSIONE.....	101
BIBLIOGRAFIA	104
SITOGRAFIA	107

Introduzione

Il presente lavoro si focalizza sull'importanza del concetto di empowerment nel trattamento delle dipendenze patologiche come prospettiva per l'attuazione di strategie e metodologie professionali che hanno come obiettivo fondamentale la riabilitazione del soggetto in uno stato patologico di dipendenza: tale prospettiva va a scontrarsi con le logiche assistenzialistiche che spesso stanno alla base dei modelli socio-sanitari e terapeutici che guidano i servizi alla persona.

Il motivo ispiratore della scelta dell'argomento è stato il tirocinio professionalizzante svolto presso la comunità terapeutica "San Cesareo" di Fano la quale accoglie soggetti alcol dipendenti e poliassuntori, in quanto mi ha dato la possibilità di confrontarmi con una realtà difficile che è stata al tempo stesso molto stimolante.

In particolare, la comunità per tossicodipendenti si propone come alternativa ai percorsi di cura che sono sostanzialmente farmacologici, difatti si caratterizza per interventi volti al recupero globale e centrato sullo sviluppo delle potenzialità di ciascun soggetto dipendente. Adeguati percorsi educativi, che vedono coinvolti in primis la figura dell'Educatore Professionale, rappresentano una possibilità di riscatto per tali soggetti ed è compito dei servizi e degli operatori che vi lavorano, credere fortemente nelle capacità di miglioramento della persona, ponendola al centro dei percorsi educativi progettati.

In questo lavoro di ricerca non si farà riferimento solamente alla dipendenza da sostanze, ma verranno prese in considerazione anche le cosiddette dipendenze comportamentali.

L'uso di sostanze è un fenomeno decisamente antico che ha visto un incremento notevole a partire dal secolo scorso, assumendo le dimensioni di un fenomeno planetario estremamente

complesso che ha coinvolto diversi campi quali quello economico, politico, quello della vita sociale e culturale nonché quello dello sviluppo umano.

Il concetto di dipendenze comportamentali è invece un concetto che è stato introdotto più recentemente e non implica l'uso di sostanze stupefacenti: tra le dipendenze comportamentali è incluso il gioco d'azzardo patologico (GAP), lo shopping compulsivo, le dipendenze patologiche da cibo, la dipendenza da internet e dalle tecnologie, la dipendenza dal lavoro, dal sesso, dalle relazioni affettive e dallo sport.

Nel primo capitolo si andrà ad esaminare lo scenario che ruota attorno al soggetto che presenta uno stato patologico di dipendenza, andando a sottolineare i concetti di marginalità, stigma ed esclusione sociale, i fattori che portano allo sviluppo di una dipendenza e l'influenza del contesto familiare nello sviluppo di tali dipendenze nonché le principali problematiche a cui tali soggetti vanno incontro.

Nel secondo capitolo verranno messe in luce le politiche sociali di intervento messe in atto in Italia allo scopo di ridurre quanto più possibile gli effetti negativi connessi all'uso di sostanze stupefacenti nonché la messa in atto di politiche finalizzate alla riduzione dei comportamenti patologici che sono connessi alle dipendenze comportamentali, in particolare quelle indirizzate al gioco d'azzardo patologico.

Verranno dunque illustrati gli interventi legislativi che sono stati promulgati nel corso degli anni e che hanno portato a considerare il soggetto che presenta uno stato di dipendenza patologica non più come un "delinquente", ma piuttosto come un soggetto che presenta una patologia e che come tale necessita di un percorso di cura e riabilitazione all'interno di servizi specialistici.

Nel terzo capitolo verrà affrontato il concetto di empowerment e dunque verranno definite le strategie e gli interventi che vengono messi in atto per prevenire il rischio di assistenzialismo e promuovere piuttosto l'autonomia e la riabilitazione dei soggetti che si trovano nella rete della dipendenza.

Si illustrerà dunque il sistema dei servizi che eroga prestazioni in materia di dipendenze patologiche illustrandone i diversi trattamenti che vengono erogati, ponendo particolare attenzione agli interventi educativi che vengono attuati al fine di riabilitare ciascun soggetto nella sua globalità.

Verrà posta particolare attenzione all'importanza della figura dell'Educatore Professionale e al ruolo che esso svolge all'interno di questi servizi.

Nel quarto capitolo verrà, infine, approfondita la figura dell'Educatore Professionale e il suo operato nel settore in questione. Riporterò inoltre la mia esperienza di tirocinio svolta presso la comunità terapeutica di Fano, illustrandone il progetto che ho avuto modo di seguire.

In questo lavoro dunque, verrà fatto riferimento in particolar modo alle comunità terapeutiche grazie al tirocinio svolto, il quale mi ha permesso di conoscere e sperimentare sul campo.

È stato fondamentale il contatto con tale utenza, ho potuto infatti sperimentarmi nella relazione educativa e applicare tutti quegli strumenti che sono propri della metodologia dell'Educatore Professionale.

Capitolo I

Lo scenario attuale sul fenomeno delle dipendenze patologiche

1.1 Definizione di dipendenza patologica e classificazione nell'attuale

DSM-5

“[...] condizione psichica e talvolta anche fisica, derivante dall’interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e altre reazioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta evitare il malessere della sua privazione¹ [...]”

Questa è la definizione che l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1992) ha fornito sul concetto di “dipendenza patologica”: tale denominazione è andata a sostituire la classica dicitura di “tossicodipendenza”, o “tossicomania”, in quanto denominazioni che via via si stanno utilizzando meno.

Secondo la definizione dell’OMS, infatti con tossicodipendenza si intende *“[...] una malattia a decorso cronico-ricidivante, consistente nell’assunzione compulsiva di sostanze nocive, caratterizzata da un definito stile di vita, sostenuta da cause e portatrice di conseguenze sul piano biologico, psicologico e sociale²[...]”*.

¹ D. Marazziti, S. Presta, M. Picchetti, L. Dell’Osso, *Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici*, in *“Journal of Psychopathology”*, n. 22, 2015, pp. 72-84

² www.salute.gov.it

In sostanza, dalla definizione di tossicodipendenza si evince come il termine “dipendenza”, per diversi decenni, è stato associato in modo quasi automatico all’assunzione di sostanze ad attività psicotropa, tuttavia in tempi più recenti tale termine si è esteso riferendosi anche a sintomatologie provocate dalla messa in atto incontrollabile di attività socialmente accettate quali ad esempio l’uso di internet, il gioco d’azzardo o lo shopping, che dunque non implicano l’assunzione di alcuna sostanza³.

Molto spesso il termine “addiction” viene utilizzato come sinonimo di “dipendenza”, ma con addiction si intende piuttosto “la dipendenza psicologica che spinge l’individuo alla ricerca dell’oggetto di dipendenza, senza il quale la sua esistenza diventa priva di significato: l’oggetto della dipendenza pervade dunque i suoi pensieri ed il suo comportamento⁴”.

Con “dipendenza” si fa riferimento invece a una condizione in cui l’organismo ha bisogno di una determinata sostanza per funzionare e sviluppa una dipendenza fisica e chimica da essa.

L’attuale DSM-5 (2013) omette la parola dipendenza, preferendo parlare di “Disturbo da Uso di Sostanze” facente parte della categoria dei “Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da addiction”, con cui si riferisce ai disturbi che sono definiti sulla base di 10 classi di sostanze: alcool, caffeina, cannabis, allucinogeni (con categorie separate per fenciclidina e altri allucinogeni), inalanti, oppioidi, sedativi/ipnotici/ansiolitici, stimolanti (quali anfetamina, cocaina e altri), tabacco e altre sostanze (steroidi anabolizzanti, farmaci antinfiammatori non steroidei, cortisolo, farmaci antiparkinsoniani, antistaminici...).

³ P. Cardoso, C. Malandrini, E. Romolini, *Le nuove dipendenze, in “Dalla parte dell’uomo”, Rivista Trimestrale, Firenze, Settembre 2013, n. 9, pp. 4-14*

⁴ C. Del Miglio, A. Couyoumdjian, M. Patrizi, *Psicologia Clinica dello sviluppo, Il Mulino, 2005*

Come precedentemente illustrato, in tempi più recenti il concetto di dipendenza non è più correlato solamente all'uso di sostanze stupefacenti ma si è esteso anche alle cosiddette "dipendenze comportamentali": nel 2013, l'American Psychiatric Association (APA) ha aggiunto nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – quinta edizione (DSM-5), il "Disturbo da gioco d'azzardo" nella categoria dei "Disturbi non correlati a sostanze", facente parte della categoria dei "Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da addiction". Nella precedente versione del DSM (DSM-IV-TR), il "Disturbo da gioco d'azzardo" era classificato tra i disturbi del controllo degli impulsi con la denominazione di "Gioco d'azzardo patologico (GAP)".⁵

La decisione presa dall'APA di inserire il gioco d'azzardo patologico tra le dipendenze è stata dettata dal fatto che i gambler (così vengono chiamati i giocatori d'azzardo), presentano alterazioni biochimiche simili a coloro che presentano una dipendenza da sostanze e i comportamenti messi in atto da essi appaiono paragonabili a quelli prodotti dai disturbi da uso di sostanze.

Sono riconosciute anche altre dipendenze comportamentali tra cui le dipendenze tecnologiche (internet, social network, videogiochi, cellulare, TV), lo shopping compulsivo, la dipendenza dal lavoro, la dipendenza dal sesso, la dipendenza dalle relazioni affettive, la dipendenza da sport e la dipendenza da cibo. Ad eccezione del "Disturbo da gioco su internet" che è stato inserito nella categoria degli studi per la successiva inclusione del disturbo, le altre dipendenze comportamentali non sono incluse nel DSM in quanto al momento non ci sono prove scientifiche sufficienti per stabilire i criteri diagnostici e dunque

⁵ K.P. Rosenberg, L.C. Feder, *Dipendenze comportamentali: Criteri, evidenze, trattamento*, Edra, Milano 2015

per identificare tali comportamenti come disturbi mentali⁶. I disturbi alimentari invece, sono inclusi nel DSM-5 ma non sono classificati dal manuale come vere e proprie dipendenze, seppure in stretta relazione con esse.

Alla luce di tale inquadramento sulle dipendenze patologiche, ho voluto iniziare il mio lavoro di ricerca andando ad esplorare la condizione in cui si trovano i soggetti con uno stato patologico di dipendenza, soffermandomi sulla posizione che ricoprono all'interno della società, sul contesto familiare da cui provengono e sulle problematiche a cui vanno incontro, al fine di attuare strategie ed interventi idonei alla loro cura e riabilitazione.

1.2 Dalla devianza ai comportamenti criminali

Nell'attuale contesto storico-culturale, il soggetto che presenta uno stato patologico di dipendenza è considerato un soggetto deviante: la persona dipendente vive unicamente per l'oggetto della sua dipendenza e nulla ha più valore al di fuori di esso.

Tali soggetti dunque in assenza dell'oggetto di dipendenza possono commettere atti illeciti al fine di procurarsi l'oggetto del desiderio.

Con il termine “*devianza*” si intende generalmente un “comportamento non conforme alle norme sociali”⁷ e sono considerati comportamenti devianti anche quei comportamenti che non incorrono in una sanzione penale, ma soltanto in una sociale.

⁶ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edizione (DSM-5), American Psychiatric Publishing, 2013, Washington, DC

⁷ www.treccani.it

Con il termine “*criminalità*” si intende invece un “comportamento che viola la legge⁸”, tuttavia tutto ciò che è criminale è necessariamente anche deviante.

Dunque un soggetto che presenta uno stato patologico di dipendenza, pur non essendo considerato nel nostro sistema un criminale, è sicuramente classificato come soggetto deviante.

Secondo una lettura sociologica nel tempo, É. Durkheim ha introdotto il concetto di “anomia” inteso come “distacco progressivo dalle relazioni sociali”: egli sosteneva che il sistema capitalistico, attraverso la specializzazione dei compiti e la differenziazione dei ruoli, generasse una crisi della solidarietà sociale, andando a produrre a sua volta conflitti ed esponendo i soggetti all’anomia⁹. Sulla base di questo dunque Durkheim afferma che i fenomeni di devianza, quindi anche la tossicodipendenza, derivino dalla presenza di anomia.

Tale concetto è stato poi ripreso da Robert K. Merton¹⁰ il quale ha spiegato la devianza e la criminalità come “risultati della tensione causata dall’insufficienza dei mezzi legittimi a disposizione per raggiungere mete socialmente approvate”¹¹ per cui l’anomia è la conseguenza di un’incongruità fra le mete proposte dalla società e le effettive possibilità di conseguirle.

In sostanza dunque, una società è anomica quando propone delle mete senza offrire i mezzi per poterle raggiungere. Di fronte a una società anomica, gli individui possono adottare diverse modalità comportamentali: accettazione delle mete e dei mezzi da parte del singolo

⁸ A. Bagnasco, M. Barbagli, A. Cavalli, *Corso di sociologia in Devianza e criminalità*, Il Mulino, 2007

⁹ Cfr. P. Barone, *Pedagogia della marginalità e della devianza*, Guerini, Milano 2001, p. 64

¹⁰ R.K. Merton, *Teoria e struttura sociale*, Il Mulino, Bologna 1966

¹¹ F. Lucchini, *La teoria anomica della devianza: riflessioni sull’attualità del pensiero di Robert K. Merton*, Studi di Sociologia, n.3, pp.291-304, 2018

individuo (conformismo), accettazione delle mete rifiutando mezzi legittimi e ricorrendo dunque a mezzi illeciti (innovazione), abbandono del tentativo di raggiungere le mete continuando però a rimanere vincolati alle norme istituzionali (ritualismo), rinuncia sia alle mete che ai mezzi (fuga/rinuncia) e infine rifiuto sia delle mete che dei mezzi con la sostituzione di altre mete e mezzi diversi (ribellione).

Secondo la visione di Merton quindi, i tossicodipendenti sono quelle categorie di soggetti devianti che rientrano tra i rinunciatari in quanto soggetti che rinunciano alla possibilità di conseguire le mete sociali ma che allo stesso tempo non hanno rispetto delle norme.

È ben noto che l'uso di sostanze stupefacenti può portare il soggetto ad attuare comportamenti criminali, soprattutto se si trova in stato di astinenza, ed è proprio l'utilizzo di tali sostanze che portano i soggetti ad entrare in contatto con contesti delinquenti.

Sono numerose le leggi che sono state promulgate nel corso degli anni al fine di tutelare i soggetti che presentano uno stato patologico di dipendenza, tuttavia tale approfondimento verrà trattato nei capitoli a seguire.

Tralasciando le ipotesi di assunzione di sostanze stupefacenti per commettere reati e per il narcotraffico, G. Ponti¹² ha distinto quattro livelli di correlazione tra sostanze e criminalità:

- 1) Criminalità diretta
- 2) Criminalità da sindrome da carenza
- 3) Criminalità indiretta
- 4) Criminalità da ambiente

¹² G. Ponti, *Compendio di Criminologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999, pp. 529-532

Per **criminalità diretta** si intende la commissione di reati in virtù dell'effetto di una droga. Questo riguarda in particolar modo l'uso di cocaina, anfetamine, psicofarmaci e soprattutto alcol, in quanto il loro utilizzo porta alla perdita dell'auto-controllo e dunque alla messa in atto di comportamenti imprudenti come ad esempio la guida in stato di ebbrezza.

La **criminalità da sindrome di carenza** è strettamente connessa alla sindrome astinenziale, ossia all'urgente e non procrastinabile necessità di assumere altra sostanza, e dunque, procurarsi il denaro utile all'acquisto: è in questo caso che il soggetto può commettere rapine, furti o aggressioni. Questo tipo di criminalità si riferisce in particolar modo all'uso di eroina e alcol.

Con **criminalità indiretta** ci si riferisce invece in particolar modo ai consumatori di eroina in quanto la loro vita si riduce ad una continua necessità di assunzione della sostanza e dunque a un continuo bisogno di denaro per procurarsi la sostanza: l'abuso cronico di eroina infatti porta il soggetto a non immaginare più una normale vita sociale e lavorativa. Proprio per il circolo vizioso che si viene a creare, l'eroinomane per procurarsi il denaro è costretto a commettere furti ai familiari, si dedica alla prostituzione, al vagabondaggio o allo spaccio.

Infine, per **correlazione ambientale tra sostanze e criminalità** si fa riferimento a quelle aree urbane dove il consumo di sostanze è più intenso e dunque dove risulta più ampia la confluenza di tossicomani, criminalità e narcotraffico.

Nel caso delle dipendenze comportamentali sono stati individuati aspetti comuni a tutte le dipendenze tra cui perdita di controllo, assuefazione, tendenza ad aumentare progressivamente il tempo di utilizzo e l'esposizione, craving, astinenza, instabilità dell'umore e danni a carico della vita sociale, lavorativa e relazionale del soggetto dipendente. Inoltre tali dipendenze comportamentali, così come la dipendenza da sostanze, sono caratterizzate da impulsività che sfocia in un aumento della rabbia e dell'aggressività. Infatti, nel caso ad esempio dei "gamblers", i comportamenti devianti si traducono in forme di abuso psicologico piuttosto che fisico nei confronti dei familiari o del partner (critiche violente, minacce, irragionevoli limitazioni della libertà del partners...), al fine di operare un controllo economico sui membri del nucleo familiare: tali comportamenti portano il soggetto dipendente a contrarre debiti, a vendere oggetti di valore e/o oggetti con valore affettivo in modo da procurarsi denaro per poter continuare a giocare.

1.3 Il soggetto dipendente come persona

Andando oltre ad una lettura puramente sociologica, il fenomeno delle dipendenze patologiche abbraccia numerose prospettive, da quella medico-biologica a quella psichiatrica, da quella psicodinamica a quella psicosociale: tuttavia quella che più interesserà al presente lavoro è una lettura pedagogica di tale fenomeno.

Tali discipline infatti, escludendo la pedagogia, forniscono una lettura delle dipendenze patologiche cercando di fornire una classificazione e dei modelli universali per la cura di tale patologia.

La pedagogia al contrario, guarda al soggetto dipendente come persona unica e irripetibile che, trovandosi intrappolato nella rete della dipendenza, ha bisogno di una qualsiasi forma di aiuto. È proprio in quest'ottica che la pedagogia guarda in primis la persona al di là del suo stato patologico di dipendenza e che come tale ha una dignità umana che è necessario valorizzare costantemente.

Ci si chiede dunque se ci sono i presupposti per considerare i soggetti con uno stato patologico di dipendenza come persone educabili.

Secondo una riflessione condotta da Nosari, *“L'essere dell'uomo si può ritenere per sua stessa natura, un essere educabile. In ragione del suo essere in-divenire, l'uomo è un soggetto che si fa: il suo prender forma è un'attività che raccoglie la formazione in un unitario movimento dell'educare e dell'educere. In ragione del suo essere in-relazione, poi, quello stesso uomo prende-forma nell'incontro con l'altro [...] In ragione del suo essere in-persona, infine, l'uomo è chiamato a compiersi in una forma dove divenire e relazione sono tenuti insieme da un'attività che, secondo le modalità della scelta e della responsabilità, dà una precisa direzione al prender-forma. Impossibile, quindi, per l'essere umano darsi 'fuori' dall'educazione¹³”*.

Questa riflessione ci permette di capire come il soggetto dipendente sia prima di tutto una persona aperta al divenire, attraverso un continuo incontro con l'altro e come persona attiva e responsabile aperta alla realizzazione del sé.

¹³ S. Nosari, *L'educabilità*, La scuola, Brescia 2002, p.88

La pedagogia quindi risponde all'interrogativo guardando al soggetto dipendente come¹⁴:

- a) Persona capace di scelta
- b) Persona aperta al miglioramento di sé
- c) Persona in grado di costruire una propria identità
- d) Persona in grado di riscattare la sua libertà ed essere autonomo
- e) Persona che ha diritto/dovere di dare un senso alla sua esistenza

Sulla base di queste implicazioni pedagogiche, dunque il soggetto dipendente come “persona educabile” necessita di percorsi di cura e riabilitazione all'interno di servizi specialistici come occasione di cambiamento e riscatto personale.

Si parla di una pedagogia che ha tra i suoi principi il concetto di “empowerment”, ovvero che ha come obiettivo quello di fornire ai soggetti gli strumenti necessari a promuovere la loro capacità di diventare risorsa e di diventare protagonisti del proprio percorso di costruzione dell'identità, autonomia e progettualità¹⁵.

In tutto questo gli operatori che operano all'interno dei servizi, in primis gli Educatori Professionali, attuano progetti educativi individualizzati che prendono in considerazione non solo quelle che sono le criticità, ma soprattutto quelle che sono le potenzialità intrinseche di tali soggetti.

¹⁴ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, Franco Angeli, Milano 2004, pp. 51-58

¹⁵ M. Fabbri, *Empowerment e nuove tecnologie. Nuove sfide per la prevenzione e la riabilitazione della dipendenza* in *Ricerche di Pedagogia e Didattica*, 2009

1.4 La vulnerabilità individuale: fattori che portano allo sviluppo di una dipendenza patologica

Sono numerosi i fattori che portano all'utilizzo di sostanze stupefacenti e all'adozione di comportamenti problematici ed è soprattutto durante il periodo dell'adolescenza che si viene a contatto con questa realtà. È importante sottolineare che non tutti coloro che iniziano ad assumere sostanze stupefacenti arrivano a sviluppare una dipendenza in quanto il loro utilizzo può limitarsi ad un "consumo occasionale".

Tuttavia la vulnerabilità individuale, dovuta a suscettibilità neurologica o psicologica, può favorire lo sviluppo di una dipendenza: l'uso di sostanze stupefacenti in età adolescenziale infatti, a causa dell'im maturità evolutiva del cervello, costituisce una vulnerabilità ai cambiamenti neurologici perché tali cambiamenti, in un periodo così delicato, concorrono a ridurre le capacità cognitive dell'individuo di superare la dipendenza, a differenza di quanto accade a coloro che ritardano l'uso di sostanze fino alla prima età adulta.

L'utilizzo di sostanze nella fase adolescenziale comporta una forte interferenza con i processi di maturazione e sviluppo cerebrale, andando ad intaccare diverse funzioni tra cui l'apprendimento, la memorizzazione, il coordinamento e i sistemi di gratificazione¹⁶.

Dunque in seguito a numerose osservazioni epidemiologiche e dagli studi sociologici si è visto come non tutti gli individui sviluppano una dipendenza, che sia da sostanze o comportamentale, ma sono presenti anche individui che per caratteristiche individuali, ambientali, familiari o sociali, sviluppano una condizione di maggiore vulnerabilità.

¹⁶C. Sorio, C. Cenacchi, *Consumo problematico e dipendenze patologiche*, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, Azienda USL di Ferrara, Rapporto 2014

I fattori che concorrono all'instaurarsi di una dipendenza patologica possono essere fattori biologici, fattori psichici, fattori sociali o fattori ambientali.

La predisposizione biologica è un importante fattore di rischio in quanto una volta che l'organismo entra a contatto con la sostanza, si viene ad innescare un processo metabolico che lega progressivamente la persona alla sostanza psicoattiva: ad essere coinvolto è principalmente il *circuito della ricompensa* o della *gratificazione* in quanto viene alterata la produzione di neurotrasmettitori endogeni, specialmente la dopamina, per cui una volta provata l'esperienza piacevole generata dalla sostanza, il soggetto è portato a replicarla finché lo stesso circuito della ricompensa non risponde più a stimolazioni cosiddette "naturali" per cui ha bisogno continuamente della sostanza stupefacente per essere attivato¹⁷.

Altri fattori che concorrono all'instaurarsi di una dipendenza patologica possono essere la situazione socio-economica in cui il soggetto vive (svantaggio economico, povertà); la compresenza di disturbi mentali per cui il soggetto utilizza le sostanze per gestire le emozioni; fattori ambientali come ad esempio la facilità di reperimento delle sostanze; l'esposizione a eventi traumatici o stressanti come ad esempio un abuso infantile o una situazione familiare problematica; fattori sociali come ad esempio l'influenza del gruppo dei pari.

Le dipendenze comportamentali invece, così come le dipendenze da sostanze, possono essere lette secondo l'ottica del *modello biopsicosociale*, in quanto anch'esse interessano più fattori: da quelli biologici (predisposizioni genetiche, effetti sul cervello conseguenti alle

¹⁷ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op.cit., pp. 27-28

addiction, a quelli psicologici (fattori emotivi, comportamentali e cognitivi), ma anche quelli socio-culturali (influenza della famiglia, degli amici e dell'ambiente culturale)¹⁸.

1.5 L'influenza del contesto familiare nello sviluppo delle dipendenze patologiche

La famiglia ricopre un ruolo centrale nella cura e riabilitazione dei soggetti con problemi di dipendenza, tuttavia oltre a proporsi come una risorsa nel trattamento, può al contrario essere, se connotata da problematicità, una delle cause dell'inizio del percorso di dipendenza del soggetto.

Gli interventi educativi che vengono messi in atto all'interno dei servizi specialistici per le dipendenze patologiche devono tener conto del contesto nel quale la persona è inserita ed è necessario dunque che si valuti anche se il contesto familiare da cui proviene il soggetto si presenta come una risorsa o piuttosto come una problematicità.

Innanzitutto è necessario sottolineare il fatto che la presenza di una o più persone con problemi di dipendenza all'interno della famiglia, può rappresentare un fattore di rischio nell'insorgenza di uno stato patologico di dipendenza anche nei figli in quanto è maggiormente esposto a possibili conflitti e violenze familiari.

Qualora non siano presenti problemi di dipendenza all'interno del nucleo familiare, la famiglia può rappresentare comunque una delle cause che portano il figlio ad avvicinarsi al vincolo della dipendenza.

¹⁸ K.P. Rosenberg, L.C. Feder, *Dipendenze comportamentali: Criteri, evidenze, trattamento*, Edra, Milano 2015

I più frequenti fattori di rischio provenienti dal contesto familiare che espongono i figli all'insorgenza di comportamenti patologici sono¹⁹:

- a) Mancanza di un legame tra genitori e figli
- b) Mancanza di una relazione significativa con un adulto di riferimento
- c) Genitorialità inefficace
- d) Ambiente domestico caotico
- e) Abuso di sostanze, malattie mentali, coinvolgimenti in attività criminali da parte dei genitori e dei figli maggiori
- f) Isolamento sociale

1.5.1 Il legame tra la teoria dell'attaccamento e lo sviluppo di una dipendenza patologica

Nel corso del secolo scorso, si sono svolti numerosi studi sul tipo di relazione che intercorre tra il bambino e la figura d'attaccamento. A partire dal 1900 infatti si sono susseguite numerose teorie sul ruolo dell'attaccamento nello sviluppo psico-fisico del bambino, fino ad arrivare agli studi di John Bowlby (1951, 1958, 1979), che applicando i principi dell'etologia e della psicologia, è arrivato a formulare la teoria dell'attaccamento.

Secondo Bowlby infatti, il bambino ha una predisposizione innata a sviluppare relazioni di attaccamento con figure genitoriali primarie ovvero “a partire dalle prime fasi di vita, egli

¹⁹ United Nations Office on Drugs and Crime, *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*, 2009

ha bisogno di mantenere la prossimità e di ottenere l'accudimento di una figura genitoriale che gli fornisce cure a protezione"²⁰: tale figura genitoriale prende il nome di "care-giver". Le interazioni con questa figura, che nella maggior parte dei casi si riferisce alla madre, svolgono un ruolo primario nello sviluppo delle competenze affettive, relazionali e cognitive del bambino infatti come sottolineato da Bowlby (1972), Popper (1974) e Guidano (1987), l'attaccamento umano è fondamentale per lo sviluppo dell'identità del bambino in quanto interviene sulla sua maturazione psico-comportamentale²¹. In sostanza dunque l'attaccamento ha un valore adattivo fondamentale e costituisce un processo dinamico di risposta allo stress.

Come evidenziato da Lambruschi (2016, 2017), dunque lo stato mentale dei genitori è centrale per plasmare i "modelli operativi interni (MOI)" attraverso i quali il bambino si riferisce l'esperienza e la utilizza nella costruzione della sua identità²².

Bowlby nella sua opera "Una base sicura" (1988), in seguito agli studi di Mary Ainsworth (1978), riprende il concetto di "base sicura", sottolineando come il bambino, per esplorare in modo sereno l'ambiente extra-familiare, ha bisogno di sentirsi sicuro di poter ritornare dalla figura accudente "sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato"²³.

²⁰ B. Nardi, *Organizzazioni di Personalità: Normalità e Patologia Psicologica*, Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2017, p.40

²¹ *Ibidem*.

²² *Ivi*, p.42

²³ G. Crocetti, R. Agosta, *Modelli operativi interni e relazioni di attaccamento in preadolescenza a cura di Preadolescenza, il bambino caduto dalle fiabe. Teoria della clinica e prassi psicoterapeutica*, Pendragon, Bologna, 2007, pp.54-77

Nel 1969, Mary Ainsworth in seguito alle teorizzazioni di Bowlby, sviluppa un esperimento che coinvolge la madre e il bambino e che consiste in un'esperienza di separazione e di successivo riavvicinamento che prende il nome di "*strange situation*". Da tale esperimento si sono definiti e sperimentati i diversi stili di attaccamento nel bambino, i quali sono stati revisionati successivamente anche da altri studiosi:

1. Sicuro (Pattern B)
2. Insicuro-Evitante (Pattern A)
3. Insicuro-Ambivalente (Pattern C)
4. Insicuro-Disorganizzato (Pattern D)

In sostanza, un buon attaccamento e dunque un attaccamento sicuro, dipende dalla capacità genitoriale di percepire correttamente i bisogni del bambino e di sintonizzarsi affettivamente ed empaticamente con esso, fornendo risposte adeguate alle risorse e al bene del bambino, soprattutto nelle situazioni di rottura. Da questo ne deriva il concetto di "*parenting*" in riferimento alla funzione genitoriale che è al tempo stesso affettiva ed educativa: il genitore si propone come "base sicura" ed equilibrata quando è responsivo, senza affermare per forza il suo potere e dunque come base sicura autorevole ma non autoritaria.

Al contrario, un attaccamento di tipo insicuro espone il bambino ad esperienze di accudimento negative o trascuranti, che gli impediscono uno sviluppo psico-comportamentale equilibrato.

I bambini emotivamente trascurati quindi, non avendo un riscontro da parte del care-giver, non sviluppano la capacità di rappresentare gli stati mentali propri ed altrui, dunque in età adulta, di fronte a vissuti emotivi dolorosi, non sono in grado di contrastarli efficacemente a causa della presenza di quel deficit, di natura evolutiva, che porta il soggetto a non saper identificare e mentalizzare le emozioni²⁴.

Tutto questo dunque rende più probabile il ricorso a forme di dipendenza patologica in quanto l'oggetto di dipendenza funge da regolatore esterno degli stati affettivi.

In conclusione quindi, uno dei principali fattori delle dipendenze, proviene dalle relazioni problematiche vissute nella prima infanzia.

1.5.2 La famiglia come risorsa

Come negli altri settori che si occupano di fragilità, anche nel settore delle dipendenze patologiche, la famiglia gioca un ruolo fondamentale nel trattamento dei soggetti che presentano uno stato patologico. A tal proposito, il ruolo e il sostegno dei familiari sono decisivi negli esiti di tutte le strategie riabilitative che vengono messe in atto.

La presa in carico del soggetto all'interno dei servizi, prevede l'attuazione di interventi in un'ottica bio-psico-sociale dunque è fondamentale, qualora la famiglia rappresenti una risorsa per il soggetto, il coinvolgimento dei familiari in tutto il processo di cura e riabilitazione che il soggetto va ad intraprendere.

²⁴ V. Caretti, G. Craparo, A. Schimmenti, *Nóos. Aggiornamenti in Psichiatria. Nuove dipendenze. Eziologia, clinica e trattamento delle dipendenze senza droga in Psicodinamica delle dipendenze patologiche*, Vol.14, N.2, 2008, pp.107-116

In questo l'Educatore Professionale svolge un ruolo fondamentale in quanto è suo compito coinvolgere la famiglia negli interventi educativi che va a mettere in atto.

Secondo l'Art.1 del regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Educatore Professionale²⁵:

[...] a) programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;

b) opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità [...].

Il coinvolgimento della famiglia nel percorso di riabilitazione del soggetto con problemi di dipendenza è dunque di fondamentale importanza e la sua mancata partecipazione può rappresentare un grave impedimento per la riabilitazione.

Nella maggior parte dei casi, è proprio la famiglia a spingere il soggetto ad intraprendere un percorso presso servizi specialistici ed è compito dell'equipe multidisciplinare che vi opera supportare la famiglia fin dalle prime fasi del percorso.

La famiglia infatti solitamente prova una condizione di profondo malessere dovuta ai sensi di colpa e di fallimento e può anche provare vergogna per la situazione in cui si trova il

²⁵ Ministero della Sanità, *Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professione*, Decreto n.520 del 08 ottobre 1998

familiare in trattamento. Qualora sussistano tali problematiche è compito degli operatori socio-sanitari supportare la famiglia e ottenere un'alleanza terapeutica con i familiari in quanto possono rappresentare per il soggetto un rinforzo affettivo ed emotivo significativo per il soggetto in trattamento.

1.6 Esclusione sociale: le principali problematiche conseguenti all'instaurarsi di uno stato patologico di dipendenza

Come precedentemente illustrato, la persona che presenta uno stato patologico di dipendenza, è visto come un soggetto deviante: per la società tali soggetti adottano comportamenti “diversi” da quelli che sono normalmente accettati dalla maggioranza.

Da questo ne deriva l'adozione di comportamenti di esclusione da parte dei membri della società nei confronti dei suddetti gruppi di persone: i soggetti che presentano una dipendenza patologica infatti sono considerati tra i gruppi socialmente emarginati.

Nello scenario attuale, il fenomeno dell'esclusione sociale è un tema che si trova al centro di numerosi dibattiti e sono numerose le definizioni che si sono susseguite negli anni.

Sono esclusi socialmente quei gruppi di individui che vivono una situazione di “svantaggio”: rientrano in questo fenomeno i detenuti, gli immigrati, gli individui senza fissa dimora, i lavoratori del sesso, i giovani vulnerabili nonché coloro che appunto presentano uno stato patologico di dipendenza²⁶.

²⁶ EMCDDA, *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, 2003, p.65

Il consumo di sostanze stupefacenti può essere sia conseguenza sia causa di esclusione sociale in quanto il vincolo della dipendenza porta ad un peggioramento delle condizioni di vita, ma allo stesso tempo, sono proprio tali processi di emarginazione che portano gli individui a ricorrere all'uso di sostanze stupefacenti.

Secondo la definizione fornita dall'Unione Europea nel 1995 per esclusione sociale si intende un *“processo attraverso cui gli individui o i gruppi sono completamente o parzialmente esclusi dalla piena partecipazione nella società in cui vivono”*²⁷.

Questo si traduce in una compromissione della capacità degli individui o dei gruppi di partecipare pienamente alla vita economica, sociale, civile, giuridica e politica: questo impedisce ai soggetti di appartenere a reti o gruppi sociali con la conseguente compromissione dell'identità e dunque anche della sfera relazionale.

L'instaurarsi di una dipendenza patologica dunque ha come conseguenza la nascita di una serie di problematiche che vanno ad incidere negativamente sulla qualità di vita dell'individuo.

Si assiste infatti ad un'instabilità della condizione lavorativa, abitativa ed economica, all'insorgenza di malattie infettive e all'instaurarsi del fenomeno di stigmatizzazione sia sociale che relazionale.

1.6.1 Instabilità della condizione lavorativa, abitativa ed economica

In riferimento sia alle dipendenze comportamentali sia a quelle da sostanze, si osserva il coinvolgimento in un'abitudine ripetitiva e persistente che sfocia in una compromissione

²⁷ European Foundation, 1995

significativa della sfera lavorativa, affettivo-relazionale e sociale del soggetto implicato. Per il soggetto dipendente infatti, ciò che conta più di qualsiasi altra cosa è quella di ottenere benessere con l'oggetto del desiderio, trascurando tutti gli altri contesti che lo riguardano. Ne risulta infatti compromessa la sfera lavorativa in quanto si assiste a fenomeni di assenteismo dal lavoro, ritardi, fino ad arrivare alla perdita del lavoro.

La sfera economica risulta gravemente compromessa in quanto grandi somme di denaro vengono spese per ottenere l'oggetto di dipendenza o per continuare a giocare d'azzardo, per cui l'individuo arriva anche a contrarre debiti a cui non riesce a far fronte.

Anche la condizione abitativa risulta compromessa in quanto non si hanno le risorse economiche per poter mantenere un'abitazione a causa appunto della precarietà economica, della disoccupazione e dei debiti contratti. Qualora infatti il soggetto dipendente non ha alcun sostegno da parte del nucleo familiare d'origine o da quello attuale, si ritrova a non avere una "fissa dimora" e dunque si trova a risiedere temporaneamente presso amici, conoscenti o in dormitori pubblici, se non addirittura in strada.

1.6.2 L'insorgenza di malattie infettive

L'insorgenza di malattie infettive è una delle conseguenze primarie di chi presenta una dipendenza da sostanze: tali malattie derivano dai comportamenti messi in atto per l'assunzione, in riferimento ad esempio all'assunzione della sostanza per via iniettiva da cui derivano infezioni conseguenti all'uso di aghi non sterili o scambio di siringhe²⁸.

²⁸ G. Rezza, *Infezioni ed altre cause di mortalità correlate alla tossicodipendenza*, Annale dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2002, pp.297-303

La diffusione di malattie infettive è un argomento che coinvolge in maniera considerevole il nostro sistema sanitario in quanto fenomeno che interessa l'intera salute pubblica e numerose sono infatti le politiche preventive messe in atto al fine di ridurre la diffusione.

Le principali malattie di cui parliamo sono in particolar modo l'HIV, l'epatite B (HBV) e l'epatite C (HCV): si tratta di malattie con cui il soggetto è costretto a convivere in quanto ad oggi sono malattie non guaribili che tuttavia vengono tenute sotto controllo da specifiche terapie farmacologiche.

1.6.3 Il fenomeno di stigmatizzazione

Il termine “stigma”, di origine greca, tradotto significa “puntura, segno” in quanto in tempi passati si riferiva al marchio impresso sulla fronte di malfattori o schiavi²⁹.

Oggi tale termine si riferisce alla discriminazione, basata sul pregiudizio, nei confronti dei soggetti considerati “diversi”. Questo termine è stato rivolto in primis alla malattia mentale investendo poi aspetti sociali (povertà, etnia, genere...) nonché qualsiasi altra forma di patologia.

Il concetto di “stigma” dunque può essere accostato al concetto di “devianza” in quanto esso è rivolto in particolar modo a coloro che si discostano dalla “normalità”.

In sostanza quindi il fenomeno di stigmatizzazione è un fenomeno sociale, basato sul pregiudizio, che porta all'alienazione di determinate categorie di individui e alla loro discriminazione. Questo fenomeno porta tali individui ad essere esclusi dalla società e

²⁹ L. Attenasio, A. Di Gennaro, G. Gabriele, V. Pecchioli, *Dialogo con la follia. Un approccio collettivo al trattamento del paziente grave*, Armando Editore, Roma 2003, p.40

dunque a non aver accesso alle risorse messe a disposizione, andando a compromettere in maniera significativa la loro qualità della vita.

Se quindi lo stigma investe la malattia, anche coloro che presentano una dipendenza patologica, sono oggetto di stigmatizzazione: coloro che presentano uno stato patologico di dipendenza infatti, sono visti in maniera negativa dal punto di vista sociale e possono incontrare difficoltà nell'affermarsi come cittadini portatori anch'essi di diritti e doveri. Lo stigma quindi causa isolamento sociale, compromette le relazioni con gli altri, rende difficile la ricerca di un lavoro, non permette di partecipare pienamente alla vita politica e non permette l'accesso alle risorse messe a disposizione dalla società.

1.6.4 La comorbilità psichiatrica

Innanzitutto per “comorbilità o comorbidità” si intende la presenza in contemporanea di più patologie diverse in uno stesso individuo: con tale termine ci si riferisce a più patologie che sono presenti simultaneamente, ma in maniera indipendente l'una dall'altra, oppure patologie che esordiscono secondariamente all'insorgenza di una già presente patologia di fondo.

Nel caso delle dipendenze patologiche infatti, la correlazione con i disturbi mentali può derivare da tre diversi tipi di associazione³⁰:

- sono i disturbi mentali a causare il ricorso a una forma di dipendenza patologica.

³⁰ V. Manna, *Alla ricerca di fattori patogenetici comuni tra dipendenze e disturbi mentali: disedonia e comorbidità psichiatrica*, Articolo del Giornale Italiano di Psicopatologia, n.12, Roma 2006, p.72-84

- l'insorgenza di disturbi mentali è conseguente a uno stato patologico di dipendenza.
- c'è un'associazione casuale tra i disturbi mentali e lo stato patologico di dipendenza.

Tuttavia, sul piano diagnostico resta ancora difficile definire in maniera specifica in che modo una dipendenza patologica concorre allo sviluppo di un disturbo psichiatrico e viceversa.

Secondo le ricerche e la raccolta dei dati, la presenza di comorbilità psichiatrica tra gli utenti in carico nei servizi specialistici, è un fenomeno frequente tanto da rappresentare la condizione clinica più diffusa.

Secondo la “Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2019 (dati 2018)”, il 6,2% degli utenti in trattamento presso i Ser.D. presentano almeno una patologia psichiatrica: la maggioranza presenta disturbi della personalità e del comportamento, in misura minore presentano sindromi nevrotiche e somatoformi nonché schizofrenia e altre psicosi funzionali ed infine, in percentuali ancora minori, presentano depressione, manie, disturbi affettivi bipolari e disturbi neurocognitivi³¹.

In riferimento invece alle dipendenze comportamentali, soprattutto per quanto riguarda il Disturbo da gioco d'azzardo, è presente allo stesso modo un alto tasso di comorbilità con altri disturbi mentali come il disturbo da uso di sostanze, disturbi depressivi, disturbi d'ansia e disturbi della personalità. Tali disturbi possono essere presenti già in precedenza dell'insorgere del disturbo da gioco d'azzardo oppure insorgere conseguentemente all'instaurarsi della dipendenza patologica³².

³¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per Politiche Antidroga, “*Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*”, 2019, p.159

³² American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edizione (DSM-5), op. cit., p.589

In sostanza dunque, il trattamento di tali soggetti con comorbilità psichiatrica presuppone una presa in carico che vede coinvolti sia i servizi specialistici per le dipendenze sia i servizi di salute mentale.

Alla luce di questa prima panoramica, si evince come i servizi specialistici per le dipendenze, siano chiamati a rispondere ai bisogni dell'utenza in un'ottica biopsicosociale: è necessario infatti che i servizi si pongano come obiettivo il miglioramento della qualità di vita di tali soggetti, inteso come potenziamento delle abilità e delle capacità dei singoli individui, prendendo in considerazione anche il contesto nella quale la persona è inserita.

L'OMS ha definito i “determinanti di salute” come l'insieme di fattori personali, sociali, economici ed ambientali, i quali concorrono a determinare lo stato di salute degli individui. Compito dei servizi è dunque quello di promuovere attività di prevenzione primaria, di prevenzione delle patologie correlate, cura, riabilitazione nonché reinserimento sociale e lavorativo, al fine di creare le condizioni per condurre il soggetto ad assumere il controllo della propria vita.

In tutto questo, la figura dell'Educatore Professionale è una presenza fondamentale all'interno dei servizi in quanto è chiamato a rispondere a tutti i bisogni dell'utenza, sulla base delle potenzialità presentate da ciascun soggetto.

Nel successivo capitolo verranno illustrate le principali politiche sociali di intervento messe in atto in Italia al fine di ridurre quanto più possibile le problematiche connesse al fenomeno delle dipendenze patologiche.

Capitolo II

Le principali politiche di intervento in Italia in materia di dipendenze patologiche

Facendo una ricostruzione storica riguardo al consumo di sostanze stupefacenti, seppure erano utilizzate fin dai popoli antichi, in Italia si è registrato un notevole aumento a partire dagli anni '50 e '60 dove le sostanze, in prima battuta, venivano utilizzate da una cerchia d'élite ristretta non necessariamente giovanile, per poi diffondersi tra gli anni '60 e '70 ai giovani appartenenti a qualsiasi status sociale³³.

A partire da quegli anni, in primo luogo si assiste alla diffusione di psicofarmaci facilmente reperibili, per poi giungere all'uso di hashish, LSD nonché anfetamine come strumento di aggregazione e opposizione giovanile; gli anni '70 e '80 sono contraddistinti dall'uso di eroina e successivamente negli anni '80 e '90 si passa dall'eroina alla cocaina in quanto si diffonde la paura di contrarre l'HIV. Infine, a partire dagli anni '90 si assiste alla diffusione delle cosiddette “nuove droghe”, tra cui la più conosciuta è l'ecstasy³⁴.

In riferimento alle dipendenze “senza sostanza”, seppure la storia parla di gioco d'azzardo e di dipendenza sessuale già in tempi lontani, le dipendenze comportamentali rappresentano un concetto nuovo nella psichiatria americana. Le dipendenze comportamentali infatti sono state indagate da un punto di vista clinico soltanto da pochi anni in quanto si riferiscono a comportamenti socialmente accettati che assumono una valenza patologica solo nel momento in cui incidono sul funzionamento dell'individuo.

³³ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op. cit., p.19

³⁴ *Ivi*, pp.19-20

Alla luce di tutto questo, l'Italia è stata chiamata a rispondere con interventi e strategie volte a tenere sotto controllo la diffusione di tale fenomeno.

2.1. La nascita di politiche europee di lotta alle sostanze stupefacenti

Seppure in precedenza sono state emanate leggi in materia di sostanze stupefacenti, è stato il Presidente francese Mitterrand a proporre, nel 1989, l'idea di istituire un osservatorio europeo della droga con lo scopo di fornire una base informativa comparabile e attendibile sul fenomeno della droga, sia a livello nazionale che internazionale, ponendo l'accento sulla prevenzione³⁵. Il presidente proponeva dunque la realizzazione, da parte dei Dodici Stati membri e della Comunità, di un programma d'azione in 7 punti, tra cui appunto l'eventuale creazione di un osservatorio europeo sulla droga.

A tal proposito, il 1° Dicembre 1989 è stato istituito il CELAD (Comitato Europeo di lotta alla droga), che nel 1990 ha approvato e inviato al Consiglio Europeo i primi orientamenti per il Piano europeo di lotta contro la droga, il quale scopo era quello di adottare un programma sul piano nazionale e comunitario che prevedeva azioni per i diversi aspetti socio-sanitari e dunque riduzione del consumo e lotta contro il traffico.

Nel 1993 è stato istituito l'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT) e contemporaneamente si è assistito alla nascita della Rete Europea d'informazione sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (REITOX), ossia uno strumento per raccogliere dati che collega i sistemi nazionali d'informazione sulle droghe: tale rete infatti costituisce la

³⁵ Commissione europea, *"Creazione dell'osservatorio europeo della droga e delle tossicodipendenze"*, 1993, www.ec.europa.eu

modalità principale di cui l'OEDT dispone per scambiare dati e informazioni metodologiche sulle droghe e sulle tossicodipendenze.

È poi nel 1994 che è stato elaborato il “Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 1995-1999”.

Con la successiva strategia dell'Unione Europea in materia di droga (2000-2004) si sono individuati cinque obiettivi principali: l'*informazione* ovvero la raccolta di informazioni affidabili in merito alle dimensioni e alla natura del consumo di droga; *azioni volte a ridurre la domanda* dunque la diminuzione del consumo di droga da parte dei giovani nonché del numero dei deceduti a causa delle sostanze stupefacenti; la *riduzione del traffico di sostanze stupefacenti*; la *messa in atto di azioni internazionali* allo scopo di realizzare politiche e programmi integrati anche nei paesi non appartenenti all'Unione Europea; il *coordinamento e il coinvolgimento di tutte le istituzioni* e gli organi dell'Unione Europea per quanto riguarda le questioni relative alla tossicodipendenza.

In riferimento alle azioni volte a ridurre la domanda si è data massima priorità alle iniziative in materia di sanità, istruzione, ricerca e formazione nonché agli strumenti per combattere l'emarginazione sociale³⁶.

Questi obiettivi si sono poi ulteriormente rinforzati con le successive strategie dell'UE ossia quella 2005-2012 che ha previsto due piani d'azione: 2005-2008 e 2009-2012, fino ad arrivare all'attuale strategia 2013-2020 che prevede due piani d'azione: il piano d'azione 2013-2016 e il piano d'azione 2017-2020.

³⁶ “Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento Europeo relativa a un piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2000-2004)”, Bruxelles, 1999, www.politicheantidroga.gov.it

Ciò che però interesserà più a questo lavoro di ricerca sono i cambiamenti che tali politiche europee hanno determinato a livello nazionale italiano.

2.2 Interventi legislativi a livello nazionale italiano in materia di sostanze stupefacenti

In Europa si è assistito a diverse tipologie di interventi per affrontare il problema delle sostanze stupefacenti: ci sono stati infatti paesi tra cui l'Olanda e la Svizzera che hanno adottato interventi permissivi nei confronti di questa problematica, mentre l'Italia ha adottato interventi decisamente repressivi³⁷.

In Italia infatti, sul piano legislativo, la prima normativa in materia di sostanze stupefacenti è stata la legge n. 1041 del 1954, la quale conteneva norme sulla *disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti*: tale legge però predisponendo norme a carattere repressivo e sanzionatorio penale nei confronti della detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti, non considerando alcun intervento preventivo o riabilitativo³⁸. Questa legge dunque considerava coloro che abusavano di sostanze come criminali ed erano quindi soggetti da punire con le stesse modalità con cui venivano sanzionati penalmente i trafficanti o gli spacciatori.

A questa prima normativa si sono poi susseguite numerose leggi che hanno portato al quadro normativo vigente in materia di sostanze stupefacenti.

³⁷ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op. cit., p.21

³⁸ Cfr. M. G. Cancrini, S. Mazzoni, *I contesti della droga*, Angeli, Milano 2002, p.131

2.2.1 Legge 685/75

Con la legge n. 685 del 1975, la figura del tossicodipendente viene differenziata da quella del trafficante/spacciatore e dunque non viene più considerato come un criminale, ma lo si riconosce come soggetto che presenta una patologia e che come tale necessita di un percorso di cura e riabilitazione. Con questa legge infatti si cominciano a muovere i primi passi verso l'istituzione di servizi specialistici in tutto il territorio italiano³⁹.

I primi servizi che vennero istituiti presero delle denominazioni diverse a seconda delle differenti regioni italiane tra cui NOT (Nuclei Operativi Tossicodipendenze) o GOT (Gruppi Operativi Tossicodipendenze) o SAT (Servizio Assistenza Tossicodipendenti), dove il trattamento avveniva per la maggior parte con farmaci sostitutivi, ossia con il metadone, in quanto l'utenza era costituita per la maggior parte da eroinomani⁴⁰.

2.2.2 Legge 162/90 e TU 390/90

A rappresentare una svolta decisiva in materia di sostanze stupefacenti è stata però la successiva legge n. 162 del 1990, detta legge *Vassalli-Russo Jervolino*, che condusse alla stesura del Testo Unico n. 309 del 1990 (DPR 9.10.1990, n. 309) il quale decreta leggi in materia di *disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cure e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*.

³⁹ A. Berti, *Politiche di intervento sulle dipendenze*, Agenzia Regionale di Sanità (ARS Toscana), 2015, p.14, www.ars.toscana.it

⁴⁰ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op. cit., p.22

In primis, è con questa legge che vengono istituiti i Ser.T.⁴¹ (Servizio per le Tossicodipendenze), che oggi prendono il nome di Ser.D. (Servizio per le Dipendenze Patologiche). Inoltre nel TU 309/90, gli articoli contenuti nel Titolo XI, hanno previsto *interventi preventivi, curativi e riabilitativi* per i soggetti che presentano una dipendenza da sostanze.

Con la legge 162/90 si ritorna però a un carattere repressivo nei confronti del consumatore in quanto l'art. 72 proibisce l'uso personale di qualsiasi sostanza illecita e sottopone ad una sanzione penale il consumo e la detenzione di sostanze stupefacenti.

Continuano dunque a permanere le sanzioni penali e amministrative per i consumatori e per gli spacciatori di sostanze stupefacenti, seppure viene introdotta la non punibilità penale, ma solamente amministrativa non detentiva, per il consumo e la detenzione per uso personale, di un quantitativo di stupefacente che non supera la cosiddetta *dose media giornaliera*⁴². Questa legge prevedeva anche la distinzione tra droghe cosiddette "leggere" e droghe pesanti attraverso delle tabelle pubblicate dal Ministero della Salute, per cui le sanzioni cambiavano a seconda del tipo e della quantità di stupefacente posseduto.

Tuttavia con il successivo referendum del 1993, l'art.72 viene abrogato così come il concetto di "dose media giornaliera" prevedendo sanzioni amministrative per il consumatore e lasciando, a discrezione degli organi giurisdizionali, il compito di determinare la quantità destinata ad uso personale⁴³.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, Decreto del Presidente della Repubblica 9 Ottobre 1990, n. 309, www.gazzettaufficiale.it

⁴³ S. Piccone Stella, *Droghe e tossicodipendenza*, Il Mulino, Bologna, 1999, p.97

2.2.3 Legge 45/99

Nel 1999 la legge n. 45 ha definito le *Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze*: questa legge ha modificato ulteriormente il TU 309/1990 e ha suddiviso i compiti tra le varie istituzioni andando ad orientare il sistema d'intervento verso i bisogni del territorio e verso le emergenze di più rilevanza.

È stato dunque con la legge 45/99 e con il conseguente accordo Stato-regioni del 1999 per la *riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*, che si sono definiti i servizi preposti all'intervento riabilitativo nell'ambito della tossicodipendenza⁴⁴.

Tuttavia il sistema dei servizi che eroga prestazioni in materia di dipendenze patologiche verrà illustrato nel successivo capitolo di questo lavoro di ricerca.

2.2.4 Legge 49/2006

Se fino al 2006 è stato il TU 309/90 a regolamentare la questione delle sostanze stupefacenti, è con la legge n.49 del 2006, nota come *Fini-Giovanardi*, che viene stravolta la normativa in riferimento a questo ambito. Viene infatti modificato il DPR 309/90 conferendogli una natura ancora più repressiva: viene rivisitata la disciplina sanzionatoria, penale e amministrativa e viene abolita anche la distinzione tra droghe pesanti e droghe leggere portando alla reintroduzione della punibilità da un punto di vista penale anche per la

⁴⁴ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op. cit., p.23

semplice detenzione di stupefacenti⁴⁵. Tra le numerose conseguenze, tale legge ha portato ad un sovraffollamento spropositato delle carceri italiane.

Nel febbraio del 2014 con la legge 79 la Corte Costituzionale però ha dichiarato illegittima la legge 49/2006, non a causa del suo contenuto, bensì per il modo in cui era stata approvata (violazione dell'art. 77 della Costituzione). Attraverso la legge 79/2014 le tabelle pubblicate dal Ministero della Salute diventano cinque: le tabelle I e III raggruppano le droghe pesanti, le tabelle II e IV riguardano quelle leggere, mentre la tabella V è dedicata ai medicinali (a sua volta suddivisa nelle sezioni A-B-C-D).

2.2.5 DPCM 20 Giugno 2008

A rappresentare un importante passo in avanti è stata l'istituzione del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) con il DPCM 20 Giugno 2008, integrato poi nelle strutture generali permanenti della Presidenza del Consiglio dei Ministri con il DPCM 29 Ottobre 2009⁴⁶.

I compiti svolti dal DPA sono numerosi in quanto rappresenta la struttura di supporto per la promozione e il coordinamento dell'azione di Governo in materia di politiche antidroga:

- Promuove e coordina le azioni di Governo atte a contrastare il diffondersi dell'uso di sostanze stupefacenti, delle tossicodipendenze e delle alcoldipendenze correlate.
- Promuove e realizza attività in collaborazione con le pubbliche amministrazioni competenti nello specifico settore, con le associazioni e con i servizi specialistici per

⁴⁵ A. Berti, *"Politiche di intervento sulle dipendenze"*, Agenzia Regionale di Sanità (ARS Toscana), 2015, p.14, www.ars.toscana.it

⁴⁶ *"Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)"*, www.politicheantidroga.gov.it

le dipendenze patologiche provvedendo alla raccolta della documentazione sulle tossicodipendenze.

- Cura la definizione del piano di azione nazionale antidroga seguendo i principi degli indirizzi europei in materia nonché concertando al contempo le strategie di intervento con le Regioni, le Province autonome e le organizzazioni del privato sociale accreditato.
- Cura l'attività di informazione e comunicazione istituzionale del Governo in materia di politiche antidroga.
- Provvede al controllo epidemiologico delle caratteristiche delle sostanze d'abuso in circolazione nonché dei comportamenti di abuso in modo da individuare precocemente i rischi e le possibili conseguenze più significative per la salute della popolazione.
- Provvede alla stesura della "Relazione annuale al Parlamento" in materia di dipendenze.
- Assicura la presenza del Governo nelle istituzioni internazionali competenti in materia di politiche antidroga, coordinando i rapporti con gli altri paesi europei ed extraeuropei nonché con gli organismi internazionali e comunitari.

2.2.6 Piano di azione nazionale (PAN) 2010-2013

In riferimento alle politiche dell'UE in materia di lotta contro la droga di cui si è parlato precedentemente, l'obiettivo generale delle politiche attuate era quello del miglioramento della qualità di vita dei soggetti vulnerabili.

Per far sì che gli interventi siano efficaci è necessaria la cooperazione tra i piani europei e quelli nazionali. A tal proposito sulla base dei principi forniti dal Piano di Azione dell'UE in materia di lotta contro la droga 2013-2020, è stato elaborato un Piano di Azione Nazionale (PAN) delle droghe 2010-2013. Quest'ultimo deriva dalle indicazioni Europee e delle Nazioni Unite in materia, adattate alla realtà italiana. Il PAN, elaborato dal Dipartimento Politiche Antidroga, è stato approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 29 Ottobre 2010 e le principali aree di intervento su cui si è posta l'attenzione sono⁴⁷:

1. **Prevenzione:** informazione precoce, prevenzione universale e selettiva, diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti (early detection) e approccio educativo
2. **Cura e diagnosi delle tossicodipendenze:** contatto precoce, pronta accoglienza, diagnosi e terapie appropriate e contestuale prevenzione delle patologie correlate.
3. **Riabilitazione e reinserimento:** sociale e lavorativo.
4. **Monitoraggio del fenomeno e valutazione degli esiti:** criterio di finanziabilità.
5. **Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile:** sia sul territorio che sulla rete internet.

Queste cinque aree indicate concorrono agli obiettivi di riduzione della domanda e riduzione dell'offerta.

Ognuna delle aree di intervento prevede delle azioni trasversali che rappresentano delle indicazioni di azione che vanno perseguite al fine di migliorare l'efficacia generale del piano:

⁴⁷ *Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe*, Dipartimento Politiche Antidroga, 2010, www.politicheantidroga.gov.it

coordinamento, cooperazione (UE, Regionale), sensibilizzazione dell'opinione pubblica (informazione), valutazione degli esiti e dei costi, ricerca scientifica e raccolta dati, formazione e infine organizzazione.

In sostanza dunque i principi generali del PAN sono quelli di protezione delle future generazioni dalle dipendenze patologiche; fornire un approccio integrato e bilanciato nel pieno rispetto delle libertà fondamentali e dei diritti umani; contrastare le forme di discriminazione e stigmatizzazione dei soggetti portatori di una dipendenza patologica e favorire piuttosto il loro accesso alle cure, alla riabilitazione e al reinserimento sociale e lavorativo; riduzione del consumo; fornire un approccio coordinato con le indicazioni fornite dall'UE nonché con gli approcci regionali, nazionali ed internazionali.

Attualmente, la disciplina in vigore in materia di sostanze stupefacenti è ancora dettata dal DPR 309/90, seppure è il risultato di una serie di cambiamenti normativi che si sono succeduti negli anni, anche in tempi piuttosto recenti.

Spostandoci da un excursus sul piano legislativo a uno più sociale, è importante porre l'accento sulle politiche sociali di intervento messe in atto Italia al fine di affrontare il fenomeno delle dipendenze patologiche con un approccio più pratico. Questo fenomeno infatti è stato oggetto di numerosi studi ed è a partire dagli anni '80 che si è cercato di trovare delle soluzioni che mirano a ridurre quanto più possibile gli effetti connessi all'uso⁴⁸.

⁴⁸ L. Fazzi, A. Scaglia, *Tossicodipendenza e politiche sociali in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2001, p.14

Nel nostro Paese si è iniziato a rispondere a questo fenomeno con interventi tardivi e improvvisati seppure progressivamente ha ricevuto sempre più considerazione e si è cercato di adattare le politiche alle diverse fasi storiche e alle domande emergenti.

2.3 Le politiche di riduzione del danno

Sul finire degli anni '80 si è iniziato a rispondere al fenomeno della tossicodipendenza con le cosiddette *politiche di riduzione del danno*: in Italia tale approccio è entrato già dapprima ma ha ricevuto una legittimazione istituzionale attraverso i primi finanziamenti stanziati nel 1994⁴⁹.

Nell'accordo Stato-Regioni del 1999 relativo alla *riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti* si afferma che:

"[...] Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la persona quale soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da una effettiva richiesta di "intervento terapeutico"- ancor meno dalla possibilità di effettuare un trattamento "drug-free" - e dalla disponibilità a recarsi presso la sede del servizio⁵⁰ [...]".

È sulla base di tale principio che si è cercato di rispondere con soluzioni che tutelino la salute in un'ottica biopsicosociale nel rispetto della dignità umana e si precisa come i servizi che si occupano di tossicodipendenza siano chiamati a tutelare la salute sul piano fisico, psichico

⁴⁹ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op. cit., p.24

⁵⁰ Ministero della Sanità, *"Linee guida sulla Riduzione del Danno"*, Novembre 2000, p.6, www.emcdda.europa.eu

e relazionale al fine di condurre la persona al raggiungimento di un equilibrio personale accettabile.

Tuttavia non di minore importanza sono la riduzione dei rischi sanitari e sociali con interventi appunto detti di “riduzione del danno”: tali interventi oltre a migliorare la condizione dei soggetti che presentano uno stato patologico di dipendenza, nascono dalla necessità di trovare una soluzione alla diffusione delle malattie infettive, in particolare AIDS ed epatite, in quanto problematica emergente di quegli anni.

Dagli anni '80 la riduzione del danno è entrata a far parte sia delle strategie che dei piani di azione comunitari sulle droghe diventando un pilastro fondante delle politiche dell'Unione Europea.

Come affermato dall'EMCDDA la riduzione del danno (R.d.D) è un approccio, una politica e un sistema di interventi che mira a ridurre le conseguenze negative del consumo di sostanze stupefacenti, sia legali che illegali, sul piano sanitario, sociale ed economico, senza ridurre necessariamente il consumo di sostanze: esso è dunque indirizzato ai singoli ma anche a tutta la comunità.

Certamente la riduzione del danno si configura sia come forma di prevenzione primaria, se ci si riferisce alla prevenzione della diffusione di malattie infettive, sia come prevenzione secondaria e terziaria, se ci si riferisce all'uso di sostanze in generale.

La nascita di queste politiche ha portato a numerose controversie e scambi d'opinione tra proibizionisti e antiproibizionisti: se da un lato infatti gli antiproibizionisti sono a favore della legalizzazione delle droghe “leggere” in quanto a loro parere sono proprio le politiche repressive a portare i giovani ad entrare in contatto con le sostanze stupefacenti di taglio

pesante e ad adottare comportamenti criminali, dall'altro lato invece i proibizionisti considerano naturale il passaggio dalle droghe "leggere" alle droghe "pesanti"⁵¹.

Le politiche di riduzione del danno tuttavia non implicano l'accettazione del principio di legalizzazione anche se i sostenitori di tali politiche spesso si schierano in una posizione favorevole alle politiche di legalizzazione in quanto porre il consumo di sostanze su un piano di "normalità" evita l'insorgere di fenomeni devianti connessi all'uso di sostanze⁵².

Andando nello specifico i tre principali obiettivi della R.d.D. definiti dall'OMS in riferimento alle *Linee guida sulla riduzione del danno* (2000) sono⁵³:

- **Tutela della salute e dell'integrazione sociale del tossicodipendente:** inteso come riduzione della mortalità sia da overdose che da malattie infettive mediante un sostegno terapeutico sia preventivo che curativo; contenimento degli effetti negativi connessi all'uso di sostanze con lo scopo di migliorare lo stato di salute globale della persona.
- **Difesa sociale:** mira alla sensibilizzazione dei membri della comunità riguardo al fenomeno delle dipendenze patologiche al fine di prevenire l'emarginazione di tali soggetti; mira anche a contenere la diffusione di malattie infettive e arginare la micro-criminalità.
- **Accoglienza indirizzata al recupero:** lo scopo è quello di stimolare il soggetto a formulare una richiesta d'aiuto come occasione di miglioramento personale.

⁵¹ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op. cit., p.26

⁵² L. Fazzi, A. Scaglia, *Tossicodipendenza e politiche sociali in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2001, p.16

⁵³ B. Cavarzan, A. Noventa, *Mission: periodico trimestrale della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerd)*, Anno V, 2006, n.18, Franco Angeli, Milano, p.41

Tutti questi obiettivi si traducono con un obiettivo fondamentale che è il miglioramento della qualità di vita di questi soggetti.

Gli interventi di riduzione del danno hanno dato luogo a dimostrazioni di efficacia e di rilevante importanza sono stati i cosiddetti interventi di strada (*“outreach work”*) i quali sono nati prevalentemente per limitare la trasmissione dell’HIV: le Unità di strada si sono infatti rapidamente diffuse anche con l’aiuto dei servizi pubblici e privati.

Tali interventi di strada prevedono “interventi di comunità” (*community based*) cioè caratterizzati da un’operatività diversa da quella di tipo istituzionale: si tratta di interventi mirati più “sulla quotidianità” in riferimento quindi alle relazioni sociali ed interpersonali connesse al consumo e alla vita sociale dei consumatori; ci possono essere anche interventi propriamente “di strada” dove vengono raggiunti i consumatori nei luoghi di consumo, dell’acquisto o dell’aggregazione (*detached outreach*); ma anche interventi dove i consumatori vengono raggiunti nei centri di somministrazione del metadone, nelle carceri, nei luoghi ludici o ricreativi, nei dormitori ecc. nonché interventi domiciliari mirati ai singoli o al gruppo.

La riduzione del danno dunque ha previsto numerose pratiche che vanno dalla distribuzione di siringhe, aghi e profilattici così da contenere la diffusione di HIV ed epatite, alla creazione di centri a bassa soglia dove si eliminano le soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti sia dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità...) sia dal punto di vista della presa in carico, fino ad arrivare alla somministrazione della terapia sostitutiva soprattutto metadone.

Di particolare importanza sono anche gli interventi rivolti alla dimensione grupale dove si fa leva sul supporto e sull'educazione tra pari (*peer support* e *peer education*) al fine di innescare meccanismi autoregolativi da parte degli attori stessi.

È comunque solamente con il DPCM 12 Gennaio 2017 relativo alla “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*”, che la riduzione del danno viene inserita per la prima volta tra le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale deve assicurare ai cittadini.

In sostanza dunque con la riduzione del danno si è voluto dimostrare come negli anni precedenti al '90 dove si puntava all'astinenza del consumo, in realtà è possibile migliorare la qualità di vita anche in presenza di un uso delle sostanze stesse.

Tutte queste pratiche naturalmente devono sempre porre al centro la persona e inserirli all'interno di percorsi riabilitativi che li conduca ad un cambiamento e ad un miglioramento della loro vita sulla base dei bisogni di ciascun individuo.

È importante infatti eliminare ogni forma di pregiudizio così da stimolare e accompagnare il soggetto in un percorso di cambiamento.

2.4 Gli interventi di prevenzione al gioco d'azzardo patologico

Nel corso degli anni in Italia, il fenomeno del gioco d'azzardo ha assunto una rilevanza crescente e i dati raccolti circa i miliardi di euro spesi dalla popolazione italiana per il gioco d'azzardo sono in forte crescita: tali dati si riferiscono sia al gioco d'azzardo “fisico” dunque

quello che avviene all'interno degli esercizi commerciali, sia quello "a distanza" ossia il gioco on-line.

A tal proposito nel Dicembre 2013 su proposta e supervisione tecnico-scientifica del Dipartimento Politiche Antidroga, è stata elaborata una strategia di azione tradotta in un *Piano d'Azione Nazionale (PAN) 2013-2015* rivolto proprio alla prevenzione delle problematiche connesse al gioco. Questo piano rappresenta uno strumento utile per integrare gli interventi su tutto il territorio nazionale in maniera coordinata con le amministrazioni centrali, regionali e delle province autonome, comuni e organizzazioni del privato sociale⁵⁴. Sono diversi i tipi di prevenzione previsti in questo piano : si ha infatti una *prevenzione di tipo universale* ovvero indirizzata alla popolazione generale con un'impostazione informativa/comunicativa sul rischio di dipendenza da gioco; una *prevenzione di tipo ambientale* ossia indirizzata al territorio e agli ambienti in cui si concentra il rischio (sale, ambienti di intrattenimento, bar, internet...); infine una *prevenzione di tipo selettiva e indicata* ovvero indirizzata alle persone vulnerabili e ai soggetti con gioco d'azzardo problematico⁵⁵.

Entrando nel dettaglio della sua articolazione si tratta, in particolare, di creare un "Network nazionale di Help Line" con aree di operatività regionale, istituite presso strutture pubbliche, con punti di primo ascolto sia telefonicamente che attraverso il web.

Un secondo obiettivo è quello di realizzare e diffondere materiali di prevenzione sul gioco patologico (poster permanenti, dépliant...), indirizzati alla popolazione generale (scuole, insegnanti, famiglie/genitori, centri anziani), anche attraverso Internet e social network.

⁵⁴ *Gioco d'Azzardo Patologico, Piano d'Azione Nazionale 2013-2015*, www.salute.gov.it

⁵⁵ *Piano d'Azione Nazionale 2013-2015: Gioco d'Azzardo Patologico (G.A.P)*, Dipartimento Politiche Antidroga, Dicembre 2013

Un terzo obiettivo è quello di regolamentare la pubblicità pro-gioco e l'accesso alle slot machine, VLT, lotterie istantanee e scommesse sportive attraverso la definizione degli orari di apertura e di chiusura dei punti gioco nonché attraverso la definizione di indicazioni per ridurre l'impatto pubblicitario incentivante il gioco sulla popolazione vulnerabile.

Il piano si articola anche nella realizzazione e diffusione di spot su tv e radio, sia su reti locali che su reti nazionali.

È prevista, infine, l'attivazione di studi e ricerche sul GAP ossia testing di software per l'identificazione dei giocatori problematici durante il gioco e si prevede anche la realizzazione di un'unità mobile per laboratorio in vivo per ricerche comportamentali su slot machine e VLT al fine di ottenere sistemi sempre più efficaci di prevenzione.

In riferimento invece alla legislazione regionale, la maggior parte delle Regioni ha approvato specifici provvedimenti, accanto alle misure contenute nei piani sanitari, volti a prevenire la diffusione dei fenomeni di dipendenza dal gioco. La Regione Marche ad esempio ha approvato il 31 gennaio 2017 le *norme per la prevenzione ed il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network* nella quale si pone il divieto di installazione di apparecchi e congegni per il gioco in luoghi ubicati, in raggi definiti, dai cosiddetti "luoghi sensibili" come ad esempio istituti universitari, scuole di credito, sportelli bancomat, uffici postati ecc. Tale normativa ha predisposto anche limitazioni temporali all'esercizio del gioco definendo fasce orarie giornaliere; ha disposto il divieto assoluto di pubblicità sull'apertura ed esercizio delle sale da gioco e ha predisposto la promozione di loghi "no slot" con incentivi per gli esercenti.

Tutte queste misure adottate quindi concorrono all'obiettivo di prevenire l'adozione di comportamenti problematici legati al gioco d'azzardo patologico in difesa soprattutto della popolazione vulnerabile e delle future generazioni.

2.5 Interventi di prevenzione delle dipendenze patologiche direttamente sui destinatari

Accanto alle politiche tradizionali che si basano per la maggior parte sulla diffusione di informazioni, è necessario il passaggio ad un approccio che prevede il coinvolgimento diretto dei destinatari degli interventi. Si è dimostrato infatti che lo sviluppo di una dipendenza patologica è una delle conseguenze di un disagio vissuto durante l'infanzia.

A tal proposito il modello della cosiddetta *Life Skills Based (LSBE)*, che tradotto sta per "educazione basata sulle competenze per la vita", si è dimostrata essere un approccio che fornisce agli adolescenti un "percorso" alternativo rispetto a quello della dipendenza. Questo modello è fortemente sostenuto dall'OMS in quanto stimola la formazione di competenze e comportamenti adattivi e positivi che permettono al soggetto di diventare competente e di fronteggiare con autonomia ed efficacia le situazioni a rischio a cui andrà incontro, evitando così di intraprendere la strada della dipendenza⁵⁶.

Le emozioni risultano essere un pilastro fondamentale di questo modello in quanto interventi sulle emozioni rappresentano una modalità efficace per prevenire l'incontro con qualsiasi forma di dipendenza.

⁵⁶ A. Taranto, Calamo-Specchia A., V. Laforgia, *Interventi di prevenzione delle dipendenze patologiche*, Manuale critico di sanità pubblica, Rimini 2015, p.829

Sulla base di ciò si sono infatti attivati progetti rivolti agli istituti scolastici in cui si è attivata una sorta di “educazione alle emozioni” affianco alle tradizionali attività didattiche.

In riferimento invece al Piano d’Azione Nazionale (PAN) delle droghe 2010-2013 di cui si è parlato precedentemente, è stato attivato un progetto di prevenzione nazionale denominato *“Diagnosi precoce dell’uso di droghe e intervento precoce dei minori”* in cui si ha l’obiettivo di individuare il più precocemente possibile i minori che fanno uso di sostanze stupefacenti al fine di attuare misure di intervento precoci.

Anche progetti di prevenzione attraverso lo sport si sono dimostrati essere efficaci nella prevenzione di comportamenti a rischio: lo sport infatti rappresenta uno strumento per la promozione del benessere in quanto utile per il rafforzamento di competenze relazionali e di abilità sociali: l’attività sportiva rappresenta dunque un elemento importante sia dal punto di vista educativo sia per quanto riguarda la costruzione di una personalità equilibrata.

È con il coinvolgimento in attività sportive e con un costante supporto educativo e psicologico che si possono attuare interventi che facciano leva sul concetto di resilienza intesa come capacità di affrontare in maniera positiva gli eventi e di riorganizzarsi positivamente di fronte alle difficoltà.

In definitiva quindi non è possibile affrontare il fenomeno delle dipendenze patologiche senza tenere conto del contesto di riferimento entro cui esse si sono sviluppate ed è importante che gli interventi messi in atto rispondano ai reali bisogni dei soggetti a cui essi sono indirizzati.

Di seguito a questi primi due capitoli in cui si sono affrontate diverse tematiche in merito al fenomeno delle dipendenze patologiche, nel successivo capitolo si farà luce sul sistema dei

servizi che eroga prestazioni in materia di dipendenze patologiche ponendo particolare attenzione alla metodologia professionale che viene utilizzata nella riabilitazione, il cui scopo principale è il raggiungimento del più alto livello possibile di funzionamento della persona in relazione ai bisogni di cui esso è portatore, con un'ottica di reale empowerment.

Capitolo III

Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica

A partire dalla metà degli anni '70 si è iniziato a guardare al soggetto con una dipendenza come una persona che necessita di aiuto all'interno di servizi specialistici. A tal proposito si è cominciato a definire il sistema dei servizi su tutto il territorio italiano con lo scopo di offrire un percorso di cura e riabilitazione a questi soggetti. Ad oggi infatti, sono numerosi i servizi ufficialmente preposti all'intervento riabilitativo nel campo delle dipendenze, ciascuno designato ad erogare specifiche prestazioni.

Il fenomeno delle dipendenze patologiche è stato affrontato da numerose discipline e senza dubbio di fondamentale importanza è anche il contributo offerto dalla pedagogia, la quale ha come oggetto d'indagine l'educazione⁵⁷. Caratteristica distintiva della pedagogia è quella di guardare alla persona al di là della patologia di cui è portatore, considerando ogni soggetto come "persona educabile" attraverso adeguati percorsi educativi e riabilitativi.

A seguito del progresso circa la concezione del dipendente patologico come persona aperta al divenire alla realizzazione di sé, l'educazione si propone come diritto e come dovere del soggetto che presenta la problematica.

Oggi a rappresentare il più recente riferimento ufficiale in tema di riabilitazione è il *Piano d'indirizzo per la riabilitazione* approvato dalla Conferenza Regioni nel Febbraio del 2011: questo documento che fa riferimento al modello introdotto dall'OMS con la *Classificazione del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (ICF, 2002), può essere utilizzato anche

⁵⁷ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op. cit., p.40

nella riabilitazione delle dipendenze patologiche in quanto seppure centrato sulla disabilità, la condizione di dipendenza viene considerata come disabilità psicosociale.

In un'ottica bio-psico-sociale infatti la dipendenza deriva da una relazione discordante tra la persona e il suo ambiente per cui il processo di cura e riabilitazione deve mirare al miglioramento della qualità di vita della persona con interventi che tengano conto anche dei fattori esterni al soggetto⁵⁸.

Nel 2016 si è assistito alla stesura dell'*ICF-Dipendenze* il quale si compone di diversi item circa le strutture e le funzioni corporee e di altrettanti item circa il funzionamento nelle nove aree di vita che riguardano le *attività* (capacità) e la *partecipazione*.

Questo modello si propone come strumento di osservazione degli operatori utile ad ottenere una valutazione circa il grado di funzionamento degli utenti in stato di dipendenza.

Tale modello si compone anche di un questionario di autovalutazione per l'utente, caratterizzato dagli stessi item di cui si avvalgono gli operatori, ma riferendosi unicamente alle performance: questo modo di operare permette lo sviluppo di quell'empowerment dell'utente che oggi viene considerato come condizione fondamentale della *recovery*⁵⁹.

Addentrando con più precisione sul trattamento dei soggetti con problemi di dipendenza, risulta di fondamentale importanza il concetto di "empowerment", il quale ha assunto molteplici definizioni in numerosi campi. È infatti a partire dagli anni '60 che negli Stati Uniti si è iniziato ad utilizzare questo termine.

⁵⁸ L. Pasqualotto, C. Bernardi, A. Cazzin, *et. al.*, "La classificazione internazionale del funzionamento (ICF) e le dipendenze: verso un inquadramento "dinamico", Periodico trimestrale della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerd), Anno XI, 2013, n.38, p.56

⁵⁹ L. Pasqualotto, A. Cazzin, E. Perrelli, M. Cibir, "ICF-Dipendenze: per una riabilitazione basata sulle evidenze", Rivista on-line Educare.it, Vol.16, n.11, Novembre 2016, p.102

Nei paragrafi a seguire verrà dunque illustrata l'importanza del concetto di empowerment per la buona riuscita della riabilitazione dei soggetti.

3.1 Il concetto di empowerment

Nel corso degli anni, il concetto di “empowerment” ha assunto molteplici trasformazioni ed è stato utilizzato in numerosi ambiti, dalle scienze politiche alle scienze dell'educazione, dal management alla psicologia del lavoro e delle organizzazioni, dalla medicina alla psicologia di comunità.

A partire dagli anni '60, specialmente negli Stati Uniti, il termine “empowerment” è stato utilizzato nell'azione per i diritti dei cittadini di colore, per l'emancipazione delle donne o in riferimento ai malati psichiatrici: tale termine si riferiva dunque ai gruppi svantaggiati che intendevano rivendicare i loro diritti.

Si deve a Rappaport (1977) una prima definizione del concetto di empowerment che letteralmente significa “acquisizione di potere” inteso come incremento delle capacità delle persone di controllare attivamente la propria vita⁶⁰.

Proprio perché a partire dagli anni '70 il concetto di empowerment è stato utilizzato da numerose discipline e molteplici sono le definizioni fornite dagli autori, nel presente lavoro ci concentreremo sul concetto di empowerment come prospettiva per la riabilitazione dei soggetti con dipendenza patologica.

⁶⁰ B. Zani, *Psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*, Carocci Editore, Roma 2012

Nel 2012 l’OMS ha cercato, nell’ambito della promozione della salute, di fornire una definizione condivisibile a questo concetto, come⁶¹:

“processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute”

L’empowerment infatti può essere un processo sociale, culturale, psicologico o politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e di intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che consenta loro di soddisfare tali bisogni⁶².

Viene inoltre fatta una distinzione tra *empowerment degli individui* il quale si riferisce alla capacità del singolo individuo di prendere decisioni e assumere il controllo della propria vita e *empowerment di comunità* dove invece ci si riferisce agli individui che agiscono a livello collettivo per riuscire a influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità della vita nella propria comunità⁶³.

Rappaport nel 1987 aveva già sottolineato il fatto che l’empowerment non è solo un costrutto psicologico individuale, ma è anche organizzativo, politico, sociologico, economico e spirituale.

⁶¹ World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe, 2012

⁶² “*Health Promotion Glossary*”, World Health Organization (WHO), 1998

⁶³ *Ibidem*.

Un contributo importante è stato offerto da Marc Zimmerman (2000) il quale ha definito tre concetti fondamentali che stanno alla base della teoria dell'empowerment⁶⁴:

- **Controllo:** si riferisce alla capacità di influenzare le decisioni.
- **Consapevolezza critica:** si riferisce alla comprensione di come operano le strutture del potere, di come vengono prese le decisioni e di come gli agenti causali sono influenzati e le risorse mobilitate.
- **Partecipazione:** si riferisce alla tendenza ad attivarsi per far accadere le cose e per ottenere i risultati auspicati.

Questi tre concetti possono essere applicati a tre livelli di analisi⁶⁵:

- Livello individuale
- Livello organizzativo
- Livello comunitario

I sopraelencati livelli sono mutualmente interdipendenti e correlati tra loro in rapporti di causa-effetto.

In un'ottica più completa, l'empowerment è dato dall'azione combinata tra empowerment psicologico e empowerment oggettivo-ambientale ossia tra il senso di padronanza e di

⁶⁴ D. Francescato, M. Mebane, R. Sorace, *et.al*, *EMPO: Una scala di misurazione dell'empowerment personale e politico*, *Giornale Italiano di Psicologia*, 2007, p.256

⁶⁵ B. Zani, *Psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*, op. cit.

controllo del soggetto su ciò che riguarda la relazione con parte del mondo e tra le risorse e le possibilità fornite dall'ambiente⁶⁶.

Tuttavia, ciò che interesserà più a questo lavoro di ricerca sarà il livello individuale denominato da Zimmermann *empowerment psicologico* o *self-empowerment*.

3.1.1 Il concetto di empowerment psicologico

A livello individuale, con “empowerment psicologico” ci si riferisce al processo che consente ai soggetti di essere responsabili delle proprie azioni e di essere parte attiva nei processi decisionali e nella risoluzione delle problematiche: è componente dell'empowerment psicologico anche l'assunzione di consapevolezza del proprio contesto socio-politico di appartenenza.

Diversi autori hanno sottolineato come alla base dell'empowerment psicologico ci sia la tendenza a sperare che il futuro abbia anche degli aspetti positivi e la credenza che si possa esercitare un certo controllo sull'evoluzione degli eventi che ci riguardano⁶⁷.

Questa tendenza positiva è definita da Zimmerman come *learned hopefulness* in quanto non riguarda solo un tratto di personalità, ma è qualcosa che può essere appresa o disappresa dal contesto ambientale.

Al contrario, la tendenza negativa e quindi il *disempowerment*, è caratterizzato dal pessimismo e dalla mancanza di speranza di poter avere un controllo su alcuni aspetti della propria esistenza.

⁶⁶ C. Piccardo, *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995

⁶⁷ D. Francescato, M. Mebane, R. Sorace, *et.al*, *EMPO: Una scala di misurazione dell'empowerment personale e politico*, art. cit., p.256

Dunque una persona è *empowered* sia quando è capace di sperare, porsi obiettivi e compiere azioni per raggiungerli, sia quando è consapevole di come i fattori socio-politici incidono sulla sua esistenza e attivarsi per partecipare alle iniziative.

Seppure gli studi sul self-empowerment sono partiti da Zimmermann e Rappaport, è stato Massimo Brusaglioni a sviluppare in Italia l'approccio del self-empowerment, applicandolo però alla cultura organizzativa delle aziende.

Per i primi due psicologi, l'empowerment è una caratteristica individuale innata, mentre Brusaglioni ha approfondito la tematica con l'obiettivo di approfondire la possibilità di poterla accrescere all'interno della persona. La teoria di Brusaglioni è stata però criticata in quanto colpevolizzata di porre l'attenzione sullo sviluppo di competenze al solo scopo di un benessere individuale, senza tener conto dell'interazione tra l'individuo e l'ambiente, prospettiva presa invece in considerazione da Zimmerman.

In sostanza, l'approccio di self-empowerment ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità individuali in quanto il potenziamento delle risorse del soggetto contribuisce allo sviluppo di competenze permettendo alla persona di fronteggiare una complessità in maniera positiva.

Questo concetto è basilare nel campo della riabilitazione: gli interventi rivolti a soggetti fragili devono infatti porre sempre l'attenzione sulle potenzialità piuttosto che sulle criticità. Attraverso la prospettiva dell'empowerment quindi la soggettività del singolo può trovare il suo spazio per la ri-costruzione di sé stesso, avvicinandosi il più possibile ad un proprio progetto di vita.

3.1.2 Il concetto di empowerment nella riabilitazione

La cultura dell'empowerment applicata in prima battuta nel campo della psichiatria in seguito alla chiusura dei "manicomi", ha permesso il suo sviluppo anche negli altri ambiti di intervento tra cui le dipendenze patologiche.

L'empowerment infatti si propone come una metodologia di intervento rivolto agli utenti nonché ai familiari, il cui scopo è quello del miglioramento del grado di autonomia e il potenziamento delle risorse di cui sono portatori i soggetti: tali interventi hanno come comune denominatore una matrice relazionale, la presa in carico dell'utente e la condivisione dei trattamenti.

L'obiettivo generale è dunque il miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi allo scopo di ottenere un alto grado di qualità dei trattamenti nonché soddisfazione da parte dell'utente.

Seguendo quest'ottica quindi si è passati da una condizione di passività dell'utente caratterizzata da mancanza di iniziativa, bassa capacità relazionale e di accesso alle risorse, ad una condizione di self-efficacy (autoefficacia) intesa come capacità di padroneggiare gli eventi (Bandura, 1995).

Affinché gli interventi terapeutico-riabilitativi siano efficaci, è necessario partano dall'individuo stesso: è di fondamentale importanza dar voce al soggetto come parte attiva del suo processo riabilitativo.

La chiave fondamentale per il cambiamento è dunque la partecipazione dell'utente.

Il soggetto che presenta una dipendenza patologica infatti trova benessere solo con l'oggetto della sua dipendenza ed è proprio in questo caso che l'ottica dell'empowerment permette

all'individuo di prendere consapevolezza del proprio valore e delle sue potenzialità inesprese.

L'empowerment dunque pone l'attenzione sulle risorse e sulle potenzialità dei soggetti piuttosto che sulle criticità di cui sono portatori.

È compito degli operatori che operano all'interno dei servizi incrementare nell'individuo quel concetto di self-empowerment in quanto l'assunzione consapevole di un ruolo attivo da parte del soggetto nel suo processo di guarigione e di miglioramento, rappresenta una condizione per far sì che si sviluppi un cambiamento in un'ottica positiva.

All'interno dei servizi, l'operatore che più contribuisce alla valorizzazione delle potenzialità intrinseche del soggetto è l'Educatore Professionale in quanto è la figura preposta alla stesura dei progetti educativo-riabilitativi individualizzati, in accordo e condivisione con l'équipe che vi opera, ma soprattutto in maniera condivisa con l'utente stesso.

Nella stesura del progetto, proprio in accordo con i principi dell'empowerment, si parte con un'assessment ossia con una valutazione consistente la raccolta di informazioni riguardanti l'utente (dati anagrafici, storia psicopatologica, condizioni che influenzano il soggetto, situazione familiare...) nonché una valutazione delle abilità così da avere un quadro sulle potenzialità e sulle aree deficitarie dell'utente. È poi a partire dalle potenzialità intrinseche che si procede con la stesura di un progetto educativo-riabilitativo che valorizza le risorse del soggetto e che rafforza quelle aree più problematiche.

Tutti gli interventi che vengono progettati sono ovviamente condivisi con l'utente nel pieno rispetto della persona e delle sue caratterizzazioni ontologiche.

Questo modo di operare ha consentito il superamento di una visione esclusivamente clinica e sanitaria in quanto non considera solo la patologia, ma permette un'analisi delle risorse del soggetto, della sua storia di vita e del suo bisogno di relazione.

È proprio il superamento di una partecipazione passiva dell'utente ad una attiva riguardo il suo percorso di riabilitazione, che permette lo sviluppo di quella motivazione al cambiamento che gli consente di elaborare un proprio progetto di vita. Ciò che è importante è che nulla sia lasciato al caso o all'improvvisazione perché potrebbe essere causa di perdita di motivazione da parte dell'utente.

In seguito a questa parte in cui si sono approfonditi i principi che stanno alla base della riabilitazione, si illustrerà la rete dei servizi che erogano prestazioni in materia di dipendenze patologiche ponendo particolare attenzione al Servizio Pubblico per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.) e alla comunità terapeutica.

3.2 Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche

Il fenomeno delle dipendenze è diventato negli anni sempre più articolato e complesso per cui ci si è ritrovati a dover risponderne con un elevato grado di specializzazione ma anche con un'organizzazione adatta alle varie forme di dipendenza che non comprendono solo quelle da sostanze.

A tal proposito si è cercato di fronteggiare, in termini preventivi, riabilitativi e terapeutici, tutte le varie forme di dipendenza. Da anni si cerca di dare vita ai Dipartimenti delle

Dipendenze, distinte da quelle dedicate alla psichiatria, tuttavia ad oggi nonostante l'atto di intesa Stato-Regioni, tali strutture sono state realizzate in pochissime regioni d'Italia⁶⁸.

Sono numerosi i servizi che erogano prestazioni in materia di dipendenze patologiche, tra cui⁶⁹:

- **Servizio pubblico per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.)**
- **Servizi di accoglienza:** in precedenza erano chiamati centri di prima accoglienza, i quali accolgono utenti, in particolari situazioni di emergenza, per un periodo non superiore ai 90 giorni con lo scopo di indirizzarli presso servizi a loro idonei (quali comunità terapeutiche, centri diurni...).
- **Servizi terapeutico-riabilitativi:** ossia le cosiddette comunità terapeutiche nelle quali i soggetti seguono un programma comunitario terapeutico e personalizzato.
- **Servizi pedagogico-riabilitativi:** in cui si segue un percorso comunitario di natura sostanzialmente pedagogico-riabilitativi per un periodo non superiore a trenta mesi.
- **Servizi di trattamento specialistici:** in cui si segue un percorso terapeutico rivolto a persone con problemi di dipendenza specifici o associati a situazioni cliniche e personali particolari. Tra questi sono compresi servizi di trattamento per coppie, soggetti con figli o nuclei familiari, servizi di trattamento per utenti in comorbilità psichiatrica e infine servizi di trattamento per alcol e polidipendenti.
- **Servizi di tipo multidisciplinare integrato (S.M.I.):** i quali erogano prestazioni riconducibili a quelle offerte dai Ser.D.

⁶⁸ Dipartimento Politiche Antidroga, *Il Dipartimento delle Dipendenze: linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi*, Novembre 2011, Roma

⁶⁹ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op. cit., p.23

Ciascuno di questi servizi è preposto all'erogazione di prestazioni riabilitative specifiche a seconda dei bisogni assistenziali e di cura e in base alla tipologia dei soggetti: tali strutture possono avere carattere residenziale oppure semi-residenziale a seconda del percorso più appropriato per il soggetto in seguito all'invio da parte del Ser.D.

3.2.1 Il Servizio per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.)

Come precedentemente illustrato, con la legge 162/90 sono stati istituiti i Ser.T., ad oggi definiti Ser.D., ossia Servizio pubblico per le Dipendenze Patologiche, inserito nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

A questo servizio sono demandate le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione delle patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo⁷⁰.

I Ser.D. dovrebbero essere inseriti nei Dipartimenti delle Dipendenze e non essere inglobati nei Dipartimenti di Salute Mentale, in quanto dovrebbero godere di autonomia tecnico-gestionale ed avere un proprio assetto organizzativo autonomo e di tipo strutturale, tuttavia ad oggi questo non si è ancora verificato.

In tutto il territorio italiano sono in azione numerosissimi Ser.D. attivi all'interno delle ASL, ossia assegnati ad ogni Distretto Sanitario. Tali servizi si compongono di molteplici figure professionali che vanno dai medici, agli psicologici, agli Educatori Professionali, agli infermieri, agli assistenti sociali, agli amministrativi fino ad arrivare ad altro personale di supporto.

⁷⁰ *I Ser.D. e Dipartimenti delle Dipendenze*, Dipartimento per le Politiche Antidroga, www.politicheantidroga.gov.it

I Ser.D. si occupano dunque di promuovere la salute, di prevenzione nonché della cura e della riabilitazione dei soggetti con problemi di dipendenza, che sia da sostanze o dipendenze comportamentali, attraverso un'equipe multidisciplinare.

Essi si compongono di un ambulatorio tossicologico e di uno alcologico. Si occupano anche di quelle forme di dipendenza che non prevedono l'uso di sostanze tra cui il Disturbo da gioco d'azzardo e dipendenze da nuove tecnologie e social network.

Tra i principali servizi offerti si hanno⁷¹:

- Pronta accoglienza e diagnosi
- Attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze
- Attività di riabilitazione
- Reinserimento sociale e lavorativo
- Attività di sostegno e "counselling":
- Trattamenti farmacologici specifici
- Psicoterapie individuali, familiari e di gruppo
- Servizio di unità mobile

Si tratta dunque di un servizio pubblico pienamente gratuito a cui possono accedere tutti i soggetti che ritengono di avere problemi di dipendenza, coloro che necessitano di controllare il proprio stato di salute rispetto ai propri comportamenti a rischio oppure coloro che vogliono informazioni circa le sostanze che stanno assumendo.

⁷¹ Accordo Stato-regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti", 1999

Possono accedervi anche familiari o persone vicine a chi potrebbe avere problemi di dipendenza al fine di ottenere una forma di aiuto in prima persona o in maniera indiretta nonché scuole, associazioni, enti locali, istituzioni pubbliche o private che voglio avviare attività di prevenzione o percorsi di formazione.

Per legge, nessun trattamento può essere svolto all'insaputa o contro la volontà dell'utente in quanto ciascuna decisione presa deve essere concordata con la persona in questione che è libera di accettare o meno la proposta di trattamento definita dall'équipe multidisciplinare che opera all'interno del Ser.D.

È inoltre garantito il diritto all'anonimato qualora richiesto dall'utente e gli operatori che vi operano sono vincolati dal segreto professionale (comma 7 art. 120 della legge 309/90). Diverso è invece per le persone minorenni dove è necessario far riferimento a chi esercita la potestà genitoriale⁷².

Per i soggetti che accedono a questo servizio si prevede una prima fase di accoglienza in cui si svolge un colloquio finalizzato all'esposizione della problematica da parte del soggetto: la diagnosi e dunque la valutazione della situazione verrà poi effettuata dall'équipe multidisciplinare, comprendente anche l'Educatore Professionale, al fine di definire il programma da attuare sulla base dei bisogni dell'utente.

Alla presa in carico dell'utente con dipendenza patologica si procede con l'elaborazione di un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato che può prevedere interventi di vario tipo che vanno dalla somministrazione farmacologica (metadone a scalare o di mantenimento, alcover, buprenorfina, farmaci sintomatici...), a colloqui di sostegno

⁷² "I Ser.D. e Dipartimenti delle Dipendenze", Dipartimento per le Politiche Antidroga, www.politicheantidroga.gov.it

psicologico o psicoterapia, al supporto socio-educativo alla persona o alla sua famiglia fino ad arrivare, qualora sia necessario, all'invio in comunità terapeutica o in un centro diurno. Seppure non presenti in tutte le regioni, i Ser.D. offrono anche unità mobili come servizi di prevenzione rivolti a gruppi giovanili a forte rischio o a persone con dipendenza patologica i quali vengono intercettati in strada o nei luoghi di consumo. Questo servizio ha come obiettivo quello di prevenire le patologie correlate all'uso di sostanze attraverso programmi di scambio di presidi sanitari (siringhe, aghi, profilattici...) e programmi di orientamento ed accompagnamento ai servizi di cura, con l'obiettivo del miglioramento della qualità di vita di tali soggetti nonché la riduzione dei rischi e dei danni correlati all'uso di sostanze.

In tutto l'operato dei Ser.D., l'Educatore Professionale risulta essere una figura di fondamentale importanza in quanto partecipa attivamente a tutto il percorso terapeutico-riabilitativo che la persona decide di intraprendere: esso infatti svolge i colloqui di accoglienza al Servizio, si occupa della gestione dei contatti con il Tribunale ordinario e con quello per i Minorenni, con la Prefettura e con il UEPE⁷³, gestisce i rapporti con le comunità terapeutiche e con le altre strutture del territorio, svolge visite domiciliari, gestisce e attiva Tirocini di Inclusione Sociale (TIS), svolge attività di prevenzione nonché fornisce sostegno educativo attraverso colloqui motivazionali.

⁷³ UEPE sta per "Uffici Locali per l'Esecuzione Penale Esterna" e si trattano di uffici periferici del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità i quali si occupano di trattamento socio-educativo delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà, svolgendo il compito di favorire il reinserimento sociale delle persone che hanno subito una condanna definitiva

3.2.2 La comunità terapeutica

Le strutture accreditate gestite dagli Enti del privato sociale, ovvero le comunità terapeutiche, garantiscono insieme ai Ser.D., i servizi accreditati sul territorio regionale per il trattamento dei soggetti che presentano una dipendenza patologica. Tra gli interventi riabilitativi infatti, la comunità, soprattutto a regime residenziale, rappresenta un'occasione di cambiamento e di crescita personale per il soggetto che decide di formulare una richiesta d'aiuto.

L'origine delle comunità terapeutiche per dipendenti da sostanze stupefacenti è attribuibile a Maxwell Jones, il quale trasformò l'ospedale Henderson di Londra nella prima comunità terapeutica di matrice psichiatrica. Jones sosteneva che il potere autoritario e distaccato del medico nei confronti del paziente, rappresentasse un ostacolo nello sviluppo delle potenzialità inesprese dei soggetti⁷⁴: è dunque a partire da questo momento che si comincia a lavorare per l'istituzione di comunità terapeutiche, non solamente nell'ambito psichiatrico ma estendibile anche ad altri settori, quali appunto la tossicodipendenza.

In Italia, le prime sperimentazioni di comunità terapeutica sono state attivate da Franco Basaglia, il quale con la legge 180/78 (detta "*Legge Basaglia*"), ha predisposto la chiusura definitiva dei cosiddetti "manicomi", a favore dell'istituzione di luoghi di cura non più reclusivi.

L'obiettivo principale era quello di creare un luogo in cui i soggetti hanno la possibilità di esprimersi liberamente ed essere soggetti attivi nella gestione del loro percorso riabilitativo. A partire da quel momento, si assiste alla diffusione progressiva di comunità terapeutiche

⁷⁴ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op. cit., p.83

sempre più organizzate anche a livello strutturale ed è negli anni '90 che si è raggiunta la totale legittimazione legislativa degli interventi comunitari come luoghi di cura, riabilitazione e prevenzione delle dipendenze patologiche.

Sul piano relazionale innanzitutto non si parla più di relazione medico-paziente asimmetrica, ma piuttosto si ha una relazione paritaria in cui le regole sono condivise e rispettate da tutti allo stesso modo e dove l'obiettivo è quello della libera espressione delle emozioni in rapporto alle relazioni interpersonali e al vissuto quotidiano⁷⁵.

Sulla base di questa linea di pensiero, si vengono a definire le comunità terapeutiche come “contesto educativo” in cui si favorisce un processo di crescita della persona come essere unico e irripetibile e come soggetto aperto all'incontro con l'altro⁷⁶.

Flores d'Arcais, parlando della relazione con il tu, afferma che:

*[...] si determina una relazione biunivoca, onde io e tu reciprocamente si fanno tu ed io, così collegandosi e così costituendo quel primo vincolo comunitario [...]*⁷⁷

Sempre d'Arcais afferma come la dimensione della socialità è costitutiva della persona: questo sottolinea come noi essere umani siamo per natura aperti alla relazione e come il nostro io si costruisce attraverso il tu.

Maslow inoltre afferma che al di là del bisogno di sentirsi persone, abbiamo bisogno di entrare in relazione con gli altri al fine di ottenere solidarietà, aiuto e sostegno⁷⁸.

⁷⁵ M. La Guaita, *La comunità terapeutica. Origine storiche. Interventi attuali in Italia*, Edizioni Universitarie Jaca, Milano 1988

⁷⁶ D. Costantini, S. Mazzoni, *La comunità terapeutica per tossicodipendenti*, Nuova Italia Scientifica, Roma 1984, pp.12-13

⁷⁷ G. Flores d'Arcais, *Le “ragioni” di una teoria personalistica dell'educazione*, La Scuola, Brescia 1985, p.129

⁷⁸ A.H. Maslow, *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973

Fin dai tempi lontani, l'accezione di comunità stava ad indicare un luogo di solidarietà, di condivisione e di aiuto reciproco tra le persone che vi appartenevano.

Questo per dire che anche la comunità terapeutica si propone come un luogo sicuro e accogliente in cui poter sperimentare solidarietà, condivisione, libertà di espressione e come occasione di crescita di persone che condividono le stesse problematiche e che, attraverso il sostegno reciproco, possono intraprendere insieme un percorso riabilitativo che li condurrà al cambiamento.

Anche la comunità terapeutica segue i principi dell'empowerment ossia attua interventi riabilitativi che superano quella visione esclusivamente clinica, privilegiando la partecipazione attiva dell'utente come persona artefice del suo percorso in comunità.

La comunità terapeutica dunque si propone come dimensione protetta dalla realtà esterna in cui, soprattutto se a carattere residenziale, tutto è in comune, dagli spazi ai tempi, e dove si ha la possibilità di operare una riflessione attraverso l'incontro con sé stessi e con l'altro.

3.2.3 I principi educativi di base della comunità terapeutica

Seppure è ancora acceso il dibattito sul fatto che la comunità terapeutica sia di matrice educativa o terapeutica, sembra che la connotazione più esatta sia quella di carattere educativo. L'educazione infatti si caratterizza per essere di costituzione un fatto relazionale e la comunità rappresenta appunto un luogo in cui avviene l'incontro tra persone.

*[...] La comunità terapeutica come organizzazione ha una funzione sociale educativa
prima ancora che terapeutica [...]*⁷⁹

⁷⁹ D. Costantini, S. Mazzoni, *La comunità terapeutica per tossicodipendenti*, op. cit., p. 84

È proprio la comunità terapeutica a proporsi come un luogo in cui considerare il processo di cambiamento come una “crescita”, piuttosto che come una patologia ed è il fenomeno delle dipendenze patologiche a rappresentare un problema pedagogico ed educativo, ancor prima che un problema sanitario.

In sostanza dunque, se dobbiamo individuare gli elementi educativi costitutivi la comunità terapeutica si sottolinea:⁸⁰

- **La dimensione e l'organizzazione del tempo:** il tempo viene vissuto dal soggetto con una dipendenza patologica come un tempo frammentato, il cui suo unico scopo è quello di ottenere l'oggetto del suo desiderio. La comunità terapeutica dunque si propone come un luogo in cui si dà la possibilità di dare un significato al tempo personale attraverso un'organizzazione della vita quotidiana, tra momenti gruppali, momenti individuali ma anche momenti di tempo libero. L'obiettivo è quello di favorire nel soggetto un agire dotato di una finalità, di recupero del senso e delle priorità, nonché del senso di responsabilità e di rispetto verso sé stessi e gli altri. È proprio nella percezione di un tempo, sia individuale che sociale, che affiorano e vengono vissuti i sentimenti e le emozioni. Anche il tempo libero rappresenta uno spazio fondamentale per il soggetto in quanto è in quel tempo che la persona può sperimentarsi nella gestione del suo tempo: questo tempo non è organizzato da altri, ma è il soggetto ad esercitare il proprio controllo.
- **La dimensione e organizzazione dello spazio:** lo spazio organizzato in maniera non rigida, ma piuttosto adattato ai bisogni delle persone che si trovano all'interno della

⁸⁰ G. Magro, *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, op. cit., pp. 95-102

comunità, rappresenta uno spazio in cui favorire la comunicazione interpersonale e il raccoglimento riflessivo su sé stessi e sugli altri. L'organizzazione spaziale infatti contribuisce a favorire la crescita della persona in quanto rappresenta un'occasione per la libera espressione dei soggetti. È compito quindi dell'Educatore Professionale organizzare lo spazio in risposta ai bisogni degli utenti ed è sempre suo compito saper cogliere i messaggi più rilevanti che emergono da chi occupa quello spazio. Allo stesso tempo i soggetti che occupano quello spazio hanno la possibilità di leggere il suo e lo spazio altrui, organizzandolo e armonizzando la propria autonomia e libertà di espressione con le regole della vita comunitaria.

- **L'accoglienza:** il momento dell'accoglienza e dunque della presa in carico dell'utente rappresenta un momento fondamentale per il soggetto che viene accolto all'interno della comunità. È un momento delicato in quanto è in quel tempo che il soggetto dipendente sperimenta un'accoglienza libera da pregiudizi, solidarietà e comprensione. Al momento dell'arrivo dell'utente è necessario illustrargli il programma e le regole offerte da quella comunità ed è importante anche presentare ed integrare nel miglior modo quell'utente con il restante gruppo dei residenti. L'accoglienza dell'altro dunque rappresenta un momento di fondamentale importanza in quanto il calore di un gruppo di professionisti e di persone che condividono la stessa problematica, suscita nella persona un senso di sicurezza, comprensione e sostegno che lo aiuteranno ad intraprendere il suo percorso verso il cambiamento.
- **Le regole di vita comunitaria:** il rispetto delle regole che vengono imposte dalla comunità, rappresentano una dura prova per l'utente in quanto prima dell'inizio del

suo percorso in comunità, la ricerca dell'oggetto del desiderio era per il soggetto l'unica regola da dover rispettare. Il rispetto di queste regole può contribuire all'indebolimento della motivazione dell'utente ad intraprendere il percorso di riabilitazione, tuttavia imparare a rispettarle e ad interiorizzarle fino a diventare stile di vita, permette alla persona dipendente di fare chiarezza in sé stessa e di sperimentare i confini del suo agire. Se in un passato non lontano, la vita del soggetto era sregolata e discontinua, all'interno della comunità egli può sperimentare cosa significa avere punti di riferimento e valori assoluti.

- **La dimensione del gruppo:** il gruppo rappresenta uno strumento molto efficace nel trattamento dei soggetti con problemi di dipendenza, così come in tutti gli altri interventi rivolti alle “fragilità”. È il gruppo infatti a rappresentare il luogo in cui potersi rispecchiare con l'esperienza altrui e in cui poter trovare sostegno, rassicurazione, protezione, scontro e forza per continuare ad andare avanti. Il gruppo quindi permette di sperimentare un sano stato di dipendenza, per arrivare poi a raggiungere uno stato equilibrato di interdipendenza.
- **La relazione con gli educatori:** a differenza delle altre figure professionali che operano all'interno della comunità (medico, psicologo, responsabile della struttura...), è l'educatore professionale a rappresentare la figura che affianca quotidianamente l'utente. La relazione educativa tra educatore e utente è caratterizzata da ascolto empatico e accettazione incondizionata ed è questa caratteristica che fa sì che l'Educatore Professionale si proponga come figura di riferimento e come “mentore” nel percorso educativo che il soggetto intraprende. La relazione con tali figure professionali rappresenta dunque per l'utente un canale di

riflessione, condivisione, incontro/scontro, sostegno e contenimento: è questo che conferisce al percorso dell'utente la motivazione e la speranza per il futuro.

- **L'attività lavorativa:** compito delle comunità terapeutiche è anche quella di favorire il reinserimento socio-lavorativo degli utenti e a tal proposito è necessario si attivino progetti e tirocini professionalizzanti che offrano opportunità formative professionali all'utenza di riferimento. L'attività lavorativa infatti rappresenta un'occasione per il soggetto dipendente di sperimentarsi nell'impegno, nella regolarità e nella responsabilità, al fine di riacquisire fiducia nelle sue capacità e prepararsi al ritorno all'interno della società. Il lavoro acquista valenza educativa nel momento in cui permette al soggetto di riacquisire il valore delle cose e di ottenere soddisfazione del risultato finale.
- **Il reinserimento nella società:** altro compito della comunità terapeutica è quella del reinserimento sociale nonché professionale dell'utente. È fondamentale, durante il percorso, far acquisire al soggetto un certo grado di autonomia nonché fornirgli gli strumenti necessari che gli permettano di fronteggiare gli ostacoli della vita esterna alla comunità, senza l'apporto diretto e immediato del gruppo dei pari o del gruppo degli educatori. La realtà esterna infatti rappresenta un luogo fatto di pregiudizi e questo può essere causa dell'insorgenza del timore di essere rifiutati dalla società: compito della comunità è quello di portare l'utente ad imparare a fare leva sulle sue capacità interiori, con la consapevolezza che la comunità terapeutica rappresenta una "base sicura" al quale affidarsi e nel quale trovare conforto e rassicurazione.
- **Il lavoro con le famiglie:** come precedentemente illustrato, la famiglia qualora funzionale, rappresenta uno strumento efficace e costruttivo per la buona riuscita del

percorso educativo del familiare in trattamento. La collaborazione della famiglia è dunque una risorsa di cui la comunità terapeutica può servirsi per permettere all'utente in trattamento di riflettere sulle proprie responsabilità e progettare così un percorso di riconciliazione.

- **La verifica e valutazione del percorso educativo:** è di fondamentale importanza operare una verifica individuale e di gruppo quotidiana del percorso educativo da rimandare agli utenti in quanto permette alla persona di fermarsi temporaneamente per analizzare il presente e per progettare il suo futuro. Questo dunque permette all'utente di operare una riflessione circa il proprio agire in vista di un costante miglioramento personale. Anche la valutazione finale del percorso comunitario del soggetto rappresenta un momento fondamentale di valenza educativa: il riconoscimento dei successi raggiunti dalla persona ormai non più "dipendente", gli consente di riflettere e di apprendere dal suo percorso affinché egli possa progettare responsabilmente la sua vita futura.

Alla luce di questa panoramica circa i principi che stanno alla base degli interventi riabilitativi ed educativi nonché i principali servizi che erogano prestazioni nel settore delle dipendenze patologiche, nel quarto e ultimo capitolo di questo lavoro di ricerca, verrà approfondita la figura dell'Educatore Professionale e il suo operato nel settore in questione. Racconterò inoltre la mia esperienza di tirocinio svolta presso la comunità terapeutica "San Cesareo" di Fano, illustrandone il progetto che ho seguito nel corso dei mesi di permanenza nella comunità.

Capitolo IV

Un'esperienza sul campo: l'Educatore Professionale nelle dipendenze patologiche

4.1 La figura dell'Educatore Professionale

La figura dell'Educatore Professionale ha ottenuto un riconoscimento giuridico ufficiale solamente con il Decreto del Ministero della Sanità 8 Ottobre 1998 n.520. Con questo decreto infatti si sono chiariti il ruolo e le funzioni ricoperte da tale figura professionale e ha ufficializzato l'inserimento dell'Educatore Professionale nell'area della riabilitazione, ponendolo al pari delle altre figure professionali sanitarie.

Nell'art.1 comma 1 del DM 520/90, l'Educatore Professionale è inquadrato come *“operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà”*.⁸¹

⁸¹ Ministero della Sanità, *Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professione*, Decreto 08 ottobre 1998, n. 520

A seguire sono poi riportate le funzioni svolte dall'Educatore Professionale, tra cui:

[...] a) programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;

b) contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato;

c) programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;

d) opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;

e) partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati [...]

L'Educatore Professionale dunque svolge la sua attività professionale in strutture e servizi socio-sanitari e socio-educativi pubblici o privati, sul territorio, nonché in strutture sia residenziali che semi-residenziali.

Questa figura in sostanza si occupa di soggetti in difficoltà e trova impiego in numerosi settori: dalla disabilità fisica, psichica e sensoriale alle dipendenze patologiche, dalla salute mentale agli anziani, e dai minori agli istituti di pena.

L'intervento educativo dell'Educatore Professionale ha come caratteristica il lavorare *con* la persona, e non *per* la persona, allo scopo di produrre un cambiamento.

È proprio in questa finalità che risiede la differenza tra lavoro educativo ed assistenza: affinché questo avvenga però è necessario che il cambiamento sia ricercato anche dall'utente.

Nello svolgere il suo compito, l'Educatore Professionale infatti non si propone come risolutore dei problemi, sostituendosi alla persona, ma piuttosto si avvicina all'utente accettandolo, comprendendolo e favorendo processi educativi utili al cambiamento che gli permetteranno una crescita personale positiva, un'inclusione sociale più vasta possibile, un benessere e una qualità di vita a cui tutti gli esseri umani hanno diritto⁸².

Nel suo operato attua interventi che possono essere rivolti all'individuo, al gruppo, alla famiglia prendendo in considerazione anche il contesto sociale dell'utente così da favorire il suo reinserimento nella comunità.

In sostanza, l'Educatore Professionale si propone all'utente come sostegno nella vita quotidiana, garantendogli un aiuto secondo un'ottica globale: gli interventi che egli mette in atto devono essere dotati di intenzionalità educativa e devono essere progettati nel rispetto dei suoi diritti e della sua fragilità, in quanto persona portatrice di una particolare storia e visione del mondo che la caratterizzano come soggetto unico e irripetibile.

Gli obiettivi educativi che vengono definiti devono essere sempre condivisi e concordati con l'utente in quanto l'Educatore Professionale si avvale di un modello condiviso che implica uguaglianza e responsabilità per cui l'utente deve proporsi come soggetto attivo nella relazione.

⁸² Associazione Nazionale Educatori Professionali, *Codice Deontologico dell'Educatore Professionale*, 2015

Sono l'autenticità, la considerazione positiva e incondizionata dell'utente, l'ascolto attivo e la comprensione empatica, le principali qualità che contraddistinguono la figura dell'Educatore Professionale.

Nel 2002 è stato approvato dall'Assemblea Nazionale dell'ANEP il primo Codice Deontologico dell'Educatore Professionale, successivamente aggiornato aggiungendone la parte sanzionatoria: tale codice ha l'obiettivo di determinare e di garantire la qualità della pratica professionale degli Educatori Professionali.

Nel Codice sono riportati i principi etici e i valori che sono implicati nella relazione educativa e si individuano le responsabilità, i doveri e gli impegni, applicabili nell'esercizio della professione⁸³. Esso è articolato in sei sezioni in cui sono riportate le responsabilità nei confronti della propria professione, nei confronti dell'utente, nei confronti delle famiglie, nei confronti dell'équipe, nei confronti del datore di lavoro nonché nei confronti della società.

Non ci addentreremo nel particolare delle responsabilità, tuttavia illustrerò i principi di base della deontologia dell'Educatore Professionale⁸⁴:

- **Lavora attraverso relazioni educative personalizzate e professionali:** il lavoro educativo dell'Educatore Professionale è sempre di natura relazionale in quanto è la relazione educativa a contraddistinguere l'operato di questa figura rispetto alle altre. La relazione educativa infatti è il principale strumento della metodologia professionale dell'educatore. Nel momento in cui il soggetto in difficoltà cerca aiuto,

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ O. Gardella, *L'Educatore Professionale. Finalità, metodologia, deontologia*, Franco Angeli, Milano 2016

l'Educatore Professionale risponde a tale bisogno con responsabilità, ossia con la presa in carico dell'utente. Ciò che caratterizza la relazione educativa è l'incontro con l'altro ed è proprio questo incontro che permette un processo di crescita di entrambi i soggetti coinvolti, sia educatore che educando.

“L'incontro tra educatore ed educando è perciò incontro di esistenze... nel corso del quale ciascuno impara non solo più cose dall'altro, ma, soprattutto, più cose su di sé”⁸⁵

Si parla di relazione educativa personalizzata in quanto il lavoro educativo che viene organizzato è pianificato a partire dai bisogni di ciascuna persona, sulla base della sua particolarità e irripetibilità.

Quando parliamo di relazione educativa parliamo anche di una relazione che è connotata da professionalità: è infatti importante definire i confini della relazione per far sì che non si vengano a creare relazioni “pericolose” che possono danneggiare sia l'educatore che l'educando.

- **Lavora per progetti:** l'Educatore Professionale non è guidato dalla spontaneità, dall'improvvisazione o dal buon cuore, ma piuttosto lavora per progetti nei quali si definiscono obiettivi, attività, risorse, tempi, spazi che vanno verificati valutati e trasmessi. Ciascun intervento educativo messo in atto dall'Educatore Professionale deve essere dunque intenzionale, metodico, definito, qualificato e finalizzato ad

⁸⁵ D. Demetrio, *Educatori di professione. Pedagogia e didattiche del cambiamento nei servizi extrascolastici*, La Nuova Italia, Firenze 1990

obiettivi educativi ben chiari. Il progetto educativo è dunque uno degli strumenti principali della metodologia dell'Educatore Professionale e la finalità del lavorare per progetti è quella di rendere l'azione educativa mirata a degli obiettivi specifici, sulla base dei bisogni reali del soggetto. L'E.P. nella stesura del progetto deve mirare ad obiettivi concreti e raggiungibili, deve essere condiviso e fatto per l'utente nonché deve essere discusso e confrontato con l'equipe multidisciplinare con cui opera. Ovvio è che, prima della sua stesura, è necessario effettuare un assessment ossia una valutazione circa la situazione presentata dal soggetto che si è preso in carico al fine di raccogliere le informazioni riguardanti l'utente (dati anagrafici, storia psicopatologica, situazione familiare...), ma soprattutto finalità dell'assessment è quella di individuare quelle che sono le potenzialità del soggetto, così come le aree problematiche affinché si possa impostare e monitorare un progetto educativo fatto ad hoc per l'utente in questione.

- **Assume il metodo dell'osservazione partecipante:** l'Educatore Professionale prima di intervenire osserva partecipando in maniera attiva. L'utente infatti va osservato così da individuare le risorse di cui è portatore nonché quelle della rete in cui è inserito in modo tale da elaborare al meglio un progetto educativo individualizzato. L'osservazione partecipante infatti si distingue dalle altre indicazioni metodologiche con impostazione medico-diagnostica, per essere indirizzata a valorizzare le risorse personali e la sua rete naturale di relazioni. Nel momento in cui l'educatore opera un'osservazione mette in gioco le sue emozioni, i suoi pensieri e i suoi punti di vista: la scientificità dell'osservazione partecipante

risiede proprio nel saper raccogliere elementi utili in maniera accurata, senza mescolare ciò che realmente si osserva in quel momento, con dati che derivano da studi o esperienze professionali e personali. La scelta di operare un'osservazione partecipante, che può avvalersi sia di griglie di osservazione sia di osservazioni libere, è coerente con la scelta di coinvolgersi personalmente nella relazione educativa attraverso tutte le sue capacità di natura affettiva, emotiva, razionale seguendo comunque una precisa professionalità. L'osservazione partecipante ha dunque l'obiettivo di individuare le relazioni tra il soggetto e gli altri nei vari ambienti cercando di individuare risorse, problemi e dinamiche che permettono la progettazione di interventi educativi e di cogliere segnali e comunicazioni verbali e non verbali, i quali sono comprensibili solo attraverso la risonanza emotiva che producono negli osservatori.

Da tenere in considerazione è anche il fatto che il rapporto d'osservazione è sempre reciproco: mentre noi osserviamo l'altro per individuare bisogni, risorse e comportamenti, anche il soggetto osservato fa altrettanto. Sulla base delle osservazioni che l'educando fa sull'educatore, l'utente imposterà la sua relazione di vicinanza o distanza.

- **Pratica l'autosservazione:** l'Educatore Professionale pratica l'autosservazione come metodo per la conoscenza dell'altro attraverso la conoscenza di sé. Una qualità che deve avere l'Educatore Professionale è quella d'individuazione ossia la capacità di saper riconoscere i propri bisogni, attitudini emotive e problemi per poter mantenere un equilibrio personale e professionale di fronte ai forti stati d'animo che

ci vengono trasmessi dall'utente. Di fondamentale importanza è anche il saper riconoscere i propri stati d'animo rispetto a quelli dell'altro per non attribuire i propri stati d'animo all'utente in modo arbitrario. È proprio l'autenticità dell'Educatore Professionale, con la propria personalità, pregi e difetti, risorse e limiti, il primo strumento di lavoro di cui l'educatore dispone.

Importante è che l'educatore prima di tutto abbia compiuto un percorso di autoaccettazione e di consapevolezza di sé stesso in modo tale da non cadere in meccanismi di difesa mentale che lo possono portare a una difficile gestione di situazioni impegnative.

“Solo attraverso un processo di osservazione e di ascolto basato anche sul proprio sentire è possibile fornire un intervento che effettivamente risponda alle richieste e alle necessità dell'Altro”⁸⁶

4.1.1 L'Educatore Professionale nella comunità terapeutica

Come ampiamente proposto precedentemente, l'Educatore Professionale svolge la sua attività professionale anche nel settore delle dipendenze patologiche ed è anche in questo settore che egli mette in campo tutti i suoi saperi e tutti i principi di base del suo operato. Il fine ultimo dell'Educatore Professionale è sempre quello di produrre un cambiamento e per fare questo è necessario motivare la persona al cambiamento aiutandolo a trovare strategie diverse per non ricorrere più nei vecchi meccanismi distruttivi della dipendenza.

⁸⁶ P. Costella, A. Furia, M. Lanti, a cura di *DIGNITAS Manuale Operativo per ridurre le vulnerabilità e promuovere le risorse nel sistema d'asilo*, Unione Europea, Ministero dell'Interno, 2009

L'educatore dunque crede fortemente nelle potenzialità della persona dipendente ed è sulla base di esse che progetta interventi educativi.

La comunità terapeutica consente un'elaborazione a livello simbolico di esperienze interpersonali che, rielaborate a livello intrapsichico e dato a tali esperienze un significato diverso, portano il soggetto ad una presa di coscienza della propria identità⁸⁷.

La relazione educatore-utente è dunque il principale strumento che favorisce il processo di cambiamento del soggetto: tale relazione è contraddistinta sempre da una simmetria tra le parti basata sulla negoziazione degli obiettivi educativi che si vogliono raggiungere.

Per far sì che il soggetto ricostruisca la propria identità, è necessario che ripercorra e rielabori la sua storia passata affinché egli possa costruirsi un progetto futuro più funzionale.

L'educatore Professionale dunque è la figura che più di tutte le altre affianca gli utenti durante il quotidiano ed è colui che coglie i diversi stati d'animo degli utenti e le diverse espressioni delle emozioni durante il vivere quotidiano della comunità.

Per illustrare più nel pratico l'operato dell'Educatore Professionale all'interno della comunità terapeutica, riporterò la mia esperienza di tirocinio svolta durante il mio percorso universitario.

4.2 La mia esperienza sul campo in comunità terapeutica

Durante il mio percorso universitario ho avuto la possibilità di svolgere il tirocinio presso la comunità terapeutica di "San Cesareo" di Fano, appartenente alla cooperativa sociale Polo9, la quale è un'impresa sociale che vede la fusione di tre cooperative.

⁸⁷ L. Pinkus, *Tossicodipendenze e intervento educativo*, Erickson, Trento 1999

La comunità in cui ho svolto il mio tirocinio è una struttura a regime residenziale volta all'osservazione, alla diagnosi e alla definizione di un progetto personalizzato, con il conseguente trattamento, cura e riabilitazione di soggetti con dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcol.

La struttura accoglie anche soggetti con problemi di gioco d'azzardo patologico che partecipano a gruppi per la dipendenza da gioco nella vicina comunità "Nuove Dipendenze" di Fenile, struttura appartenente sempre alla cooperativa Polo9.

La comunità di "San Cesareo" può accogliere un numero massimo di 30 utenti maggiorenni, di entrambi i sessi, anche in trattamento farmacologico (compresi farmaci sostitutivi ed antagonisti), con diagnosi di malattie correlate o meno all'uso di sostanze nonché soggetti con obblighi di legge (affidamento, arresti domiciliari...).

Si può accedere al servizio sia tramite l'invio da parte del Ser.D. sia in forma privata.

4.2.1 Descrizione della struttura

La struttura si trova a Cuccurano (PU) e rimane isolata rispetto al centro della città. Si compone di un ampio giardino, di un campo da pallavolo, di un terreno con orto, piante da frutto e ulivi e di un'area dedicata all'apicoltura.

La zona residenziale della struttura è distribuita su tre edifici a più piani e una torretta. Suddivisi nei vari edifici troviamo una cucina, una sala da pranzo e una dispensa, un ampio salone per le attività ludiche, educative e terapeutiche, laboratori per piccoli lavori di bricolage e per attività ergoterapiche, una piccola palestra, una sala équipe con biblioteca, una lavanderia, una stireria nonché bagni e camere distribuite tra i vari piani.

Nell'edificio centrale sono poi presenti l'ufficio degli operatori, quello del responsabile e quello del coordinatore.

4.2.2 Finalità della comunità terapeutica

Come in tutte le altre strutture, la comunità terapeutica opera secondo i principi di efficacia, qualità e sicurezza delle cure, garantendo la centralità del soggetto e il rispetto della sua dignità, assicurando livelli di assistenza e di cura adeguati.

La comunità terapeutica dunque eroga trattamenti terapeutico-riabilitativi finalizzati principalmente a:

- Indipendenza dall'uso di sostanze
- Recupero del livello di autonomia più alto possibile per l'utente
- Recupero delle capacità inesprese dell'utente
- Prevenzione alla ricaduta
- Reinserimento sociale e lavorativo

4.2.3 Organigramma del personale

L'équipe multidisciplinare si compone di figure professionali con diversi ruoli e funzioni: si ha un Responsabile della struttura, un Coordinatore di sede, uno psicologo-psicoterapeuta, diversi Educatori Professionali e un socio-volontario che segue l'attività di apicoltura. Nel servizio inoltre sono presenti volontari, giovani in Servizio Civile nonché tirocinanti universitari. Una volta alla settimana, si recano in struttura anche lo psichiatra e il medico di base.

Il Responsabile della struttura si occupa della gestione manageriale del servizio nonché del piano terapeutico dell'utenza: esso infatti organizza il servizio in tutte le sue articolazioni e gestisce il personale che vi opera sia nella selezione che nei compiti che essi svolgono, si occupa della relazione del Piano Terapeutico Individualizzato e delle relazioni ai servizi di riferimento (Ser.D., UEPE, Magistrati, Servizi sociale per minori, Tribunale ordinario e Tribunale per minori), si occupa della supervisione e del monitoraggio dei progetti ergoterapici, delle attività culturali e ricreative, effettua supervisione degli operatori e mantiene i contatti con i Ser.D. di provenienza dell'utenza.

Nel servizio troviamo anche un Coordinatore di sede il quale si occupa della gestione delle risorse umane (ad esclusione dei tirocinanti), cura la selezione del personale in collaborazione con il Responsabile, si occupa della gestione della sicurezza e della salute sul luogo di lavoro nonché dell'igiene alimentare effettuando formazione agli operatori e all'utenza, gestisce il budget di sede e collabora con l'esterno per progetti da attivare sul territorio.

Fa parte dell'équipe anche lo psicologo-psicoterapeuta il quale effettua colloqui individuali psicoterapici, conduce gruppi psicoterapici rivolti a determinati utenti selezionati dall'équipe e si relaziona con il Responsabile riguardo all'andamento della relazione con l'utente e riguardo l'andamento dei gruppi che sono stati attivati.

Le riunioni d'équipe hanno cadenza settimanale e sono condotte dal Responsabile della Comunità: nella riunione si discute dell'andamento dei programmi terapeutici individuali, si scambiano osservazioni, aggiornamenti e informazioni, si definisce l'organizzazione e la programmazione settimanale del servizio, le diverse attività da svolgere e i diversi incontri con servizi e familiari, si discute dei nuovi ingressi, si propongono nuove attività e nuovi

progetti da attivare e si prendono provvedimenti d'équipe per i comportamenti disfunzionali tenuti dall'utenza.

Ogni 15 giorni vengono effettuate, da uno psicologo esterno al servizio, delle supervisioni educative rivolte agli operatori in cui si dà la possibilità di confronto sulle problematiche e sulle difficoltà che incontrano nel loro operato.

4.2.4 Il ruolo e le funzioni dell'Educatore Professionale

È l'Educatore Professionale ad affiancare l'utenza nel quotidiano, sia nel diurno che nel notturno. Tra i numerosi compiti che è chiamato a svolgere, l'educatore:

- Effettua la programmazione della giornata in coerenza con le linee decise dall'équipe operativa.
- Segue l'utenza nelle attività giornaliere e ne verifica la regolare realizzazione.
- Conduce ed effettua incontri di gruppo e gruppi specifici concordati con il Responsabile, effettuando ad ogni incontro una relazione circa l'andamento.
- Effettua relazioni quotidiane circa l'andamento della giornata.
- Accompagna l'utenza nelle uscite settimanali esterne alla comunità.
- Supervisiona le attività di sede, l'utenza e le altre figure operanti in sede quali tirocinanti, volontari e giovani in Servizio Civile.
- Collabora con il Coordinatore per la tutela della salute, della sicurezza e dell'igiene alimentare.
- Collabora per la realizzazione di progetti di attività ergoterapiche e/o culturali.

- Svolge colloqui individuali di sostegno con gli utenti che gli sono stati assegnati dal Responsabile, seguiti da una relazione.
- Partecipa attivamente e affianca l'utenza nelle attività che vengono svolte in comunità, ponendo particolare attenzione alle dinamiche interpersonali e di gruppo: egli dunque interviene sui fatti quotidiani e raccoglie elementi al fine di effettuare una valutazione successiva in maniera condivisa con l'équipe.
- Collabora con il Responsabile nella progettazione di percorsi socio-educativi, monitorando l'andamento del progetto attraverso la redazione di contratti terapeutici e verifiche periodiche, in cui si stabiliscono insieme all'utente gli obiettivi da raggiungere e le attività da seguire per il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel Piano Terapeutico Individualizzato (PTI).
- Si occupa dell'accoglienza dei nuovi ingressi nonché della compilazione della modulistica per quanto riguarda gli ingressi, le dimissioni, i trasferimenti ecc.

Al di là del suo operato circa l'organizzazione della struttura, ciascun Educatore Professionale si propone come guida e sostegno nelle attività quotidiane dell'utenza. È la relazione educativa che si viene a creare tra educatore ed utente, a rappresentare il principale strumento di cui l'operatore dispone per proporsi come punto di riferimento per l'utente.

A ciascun utente, all'ingresso in struttura, viene assegnato un operatore di riferimento con il quale potrà svolgere colloqui individuali e con il quale stilerà in maniera condivisa un "contratto terapeutico". Tale contratto ha valore simbolico di "impegno di lavoro" da parte dell'utente e sarà il mezzo utile per la definizione di obiettivi e attività a cui l'utente dovrà partecipare, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati dal PTI. I contratti terapeutici sono scanditi da una scadenza e nel momento in cui si raggiunge il fine ultimo, l'educatore

effettuerà insieme all'utente una valutazione circa il raggiungimento o il non raggiungimento degli obiettivi, per proseguire eventualmente con la definizione di un nuovo contratto terapeutico.

Dunque l'Educatore Professionale nella comunità terapeutica è colui che più di tutte le altre figure professionali, tocca con mano le fragilità e il sentire interno dei soggetti.

Tra le numerose attività terapeutico-riabilitative che svolge, sia individuali che di gruppo, l'educatore ha come principali obiettivi quelli di:

- Far acquisire all'utente una maggiore consapevolezza della propria realtà e delle problematiche personali nonché delle proprie capacità e abilità.
- Affrontare le fragilità personali dell'utente che possono essere stata causa ed effetto della situazione di dipendenza.
- Rafforzare il sé dell'utente analizzando le dinamiche emotive e relazionali.
- Migliorare l'autonomia personale e la gestione della quotidianità dell'utente.
- Imparare all'utente a riconoscere e gestire le sue emozioni.
- Incrementare nell'utente la motivazione al cambiamento.
- Far sviluppare all'utente un proprio progetto di vita.

Durante la mia esperienza di tirocinio ho infatti potuto osservare come la figura dell'educatore rappresenti per l'utente un punto fermo a cui poter esporre le loro paure, le insicurezze, gli ostacoli, le emozioni, gli stati d'animo e le loro preoccupazioni, senza aver timore di essere giudicati. Il sentirsi accolti e compresi, instaurando una relazione di fiducia reciproca, è infatti lo strumento più efficace che permette al soggetto dipendente una rielaborazione delle esperienze interpersonali passate, al fine di trovare grazie alla vicinanza

dell'educatore, gli strumenti necessari che gli consentano di rispondere a tali ostacoli con soluzioni più funzionali a quelle utilizzate in precedenza.

Compito dell'educatore infatti non è quello di fornire all'utente delle soluzioni immediate, piuttosto funzionale è indurre l'utente ad operare una sua riflessione circa la problematica che lo affligge, al fine di aiutarlo a trovare quella che è la sua soluzione al problema piuttosto che una soluzione che è frutto della soggettività dell'educatore. Solo operando in questo modo è possibile aiutare l'utente ad affrontare autonomamente le sfide che la vita reale gli propone con risposte più funzionali che non includono l'uso della sostanza come soluzione al malessere.

4.2.5 L'accoglienza in sede e il regolamento di struttura

Al momento dell'ingresso dell'utente in struttura, si prevede un periodo iniziale di accoglienza per la conoscenza reciproca e per l'integrazione dell'utente nella convivenza quotidiana con il gruppo ospiti e con l'équipe operativa.

L'utente che entra in comunità è tenuto a sottoscrivere il Consenso informato al trattamento e il regolamento della sede.

Il Consenso informato è espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto ed è un diritto della persona: l'operatore infatti ha l'obbligo di fornire all'utente in modo chiaro ed esauriente tutte le informazioni e le spiegazioni sul trattamento sanitario-riabilitativo volontario in regime residenziale, sulle conseguenze del percorso e/o dell'interruzione del percorso, al fine di metterlo in condizione di compiere una scelta consapevole. Tuttavia il Consenso informato può essere revocato dall'utente in qualsiasi momento qualora decidesse di interrompere il percorso.

L'utente dunque è tenuto a collaborare positivamente al programma personalizzato che gli viene proposto: questo si traduce in una serie di diritti e di doveri a cui l'utente deve attenersi sia nei confronti degli altri residenti sia nei confronti degli operatori, in un'ottica di rispetto reciproco e nel rispetto della dignità della persona.

La giornata è scandita da fasce orarie che prevedono la colazione, il pranzo e la cena e da fasce orarie in cui si alternano attività programmate e momenti di tempo libero.

Nel regolamento inoltre sono riportate indicazioni circa l'uso di sigarette, caffè o altri generi voluttuari, così come il denaro a disposizione. Le sigarette, il caffè o altri generi voluttuari (spese per il vestiario, spese farmaceutiche, spese per l'igiene della persona...) non sono infatti compresi nella retta di ricovero in regime di convenzione dunque tali spese vengono ricoperte personalmente dall'utente.

Per quanto riguarda il denaro a disposizione, ciascun ospite dispone di un budget personale, che viene alimentato da sé stesso o dalla famiglia. Il budget a disposizione viene concordato con l'operatore per cui l'utente gestisce personalmente e giornalmente le spese effettuare per far fronte alle varie esigenze.

Generalmente non è consentito l'uso del cellulare da parte degli utenti a meno che non ci sia una decisione da parte dell'équipe all'utilizzo del cellulare in tempi e modalità definiti.

4.2.6 Il percorso terapeutico-riabilitativo

Il trattamento presso la comunità terapeutica consiste in un percorso residenziale educativo-terapeutico volto al trattamento della dipendenza patologica e al raggiungimento di livelli più avanzati possibili di autonomia sia in ambito sociale che lavorativo.

Il fine ultimo della comunità è dunque quello di accompagnare gli utenti verso una maggior conoscenza di sé e verso il miglioramento della qualità di vita.

Il ruolo partecipante dell'utente a tutte le attività della vita quotidiana della comunità offre opportunità di apprendimento attraverso l'assunzione di numerosi ruoli sociali. Il contesto comunitario dunque offre opportunità di apprendimento attraverso l'uso di attività di gruppo, attraverso la condivisione delle esperienze tra pari, attraverso norme e valore condivisi nonché attraverso le relazioni.

La comunità terapeutica quindi prende in carico l'utenza in un'ottica biopsicosociale e propone un approccio alla complessità dell'utente spaziando da un livello sanitario, a uno sociale, fino a quello psicologico.

Per ciascun utente viene definito un Progetto Terapeutico Individuale (PTI) elaborato dall'équipe multiprofessionale, il quale viene concordato con l'utente in questione nonché con il Servizio inviante.

In sostanza, dopo una prima fase di accoglienza, si pone l'attenzione sulle necessità e sui bisogni dell'ospite, al fine di elaborare e condividere con l'utente il PTI e redigere i contratti terapeutici con i quali si concordano gli obiettivi da raggiungere.

Periodicamente si effettuano delle verifiche circa gli obiettivi individuati nel PTI e nei contratti terapeutici.

Come già evidenziato, l'Educatore Professionale svolge colloqui individuali con i propri utenti: essi svolgono colloqui di sostegno per la consapevolezza dei meccanismi personali di dipendenza, colloqui motivazionali per favorire il riconoscimento e la comunicazione delle emozioni ma anche colloqui di elaborazione dei vissuti familiari e di eventi traumatici.

4.2.7 Attività della comunità terapeutica

La comunità terapeutica di “San Cesareo” si sviluppa nella condivisione di uno stile di vita comunitario strutturato con diverse attività che si svolgono sia internamente che esternamente alla struttura e con la diretta partecipazione dell’Educatore Professionale:

- **Attività di gestione del quotidiano:** ossia attività di gestione dei lavori domestici come la pulizia degli ambienti, lavanderia, stireria, preparazione di pasti e manutenzione dei luoghi interni ed esterni.
- **Gruppi psicotrici ed educativi**
- **Attività ergo-terapiche:** quali laboratorio di ceramica, apicoltura e ortocultura.
- **Attività ricreative e culturali:** quali il laboratorio espressivo di cineforum e uscite sul territorio.
- **Attività volte al benessere psico-fisico:** ossia attività sportive sia interne che esterne alla struttura e attività di calcetto che coinvolge anche squadre di altre comunità.

Ciascun Educatore Professionale è inoltre a capo di gruppi psicotrici ed educativi attivati in relazione alle esigenze emerse:

- **Gruppo Orientamento:** si rivolge ai soggetti appena ammessi in struttura e ha lo scopo di accompagnare l’utente nel processo di inserimento nel contesto comunitario, di dare informazioni sul funzionamento della comunità e approfondire il regolamento interno. Tale gruppo ha cadenza bisettimanale e prevede una durata di 10 incontri.

- **Gruppo consapevolezza circa l'uso di sostanze e l'uso di alcol:** ha lo scopo di fornire informazioni circa la dipendenza da sostanze e da alcol e sulle dinamiche di dipendenza fisiche e psicologiche.
- **Gruppo comunicazione efficace, regolazione affettiva e assertività:** si tratta di un gruppo psicoeducativo sulla comunicazione.
- **Gruppo prevenzione alla ricaduta:** ha cadenza settimanale e si pone l'obiettivo di approfondire e confrontarsi sulla propria dinamica di dipendenza, individuandone i fattori di rischio e di protezione per prevenire la ricaduta.
- **Gruppo serale:** prende il nome di "assemblea" e si svolge tutti i giorni nel tardo pomeriggio. Lo scopo è quello di far riunire tutti gli utenti insieme agli operatori per offrire uno spazio dove ogni utente può esprimersi su tematiche personali, relazionali, su vissuti personali, su esperienze personali o su eventuali problematiche della comunità o controversie tra utenti.
- **Incontro contratti terapeutici:** ha cadenza settimanale e si propone di condividere e confrontarsi sugli obiettivi del Piano Terapeutico Individualizzato.
- **Incontro di verifica dei contratti terapeutici:** ha cadenza settimanale e consiste in una valutazione fatta in gruppo circa l'andamento del lavoro del contratto.
- **Assemblea tecnico-organizzativa:** ha cadenza quindicinale e si propone di approfondire e organizzare l'andamento delle attività ergoterapiche.
- **Attività "Momenti comuni":** ha l'obiettivo di "stare insieme" attraverso attività ludiche.
- **Pellegrinaggio:** si tratta di un'esperienza di cammino che coinvolge utenti, operatori, volontari, amici e cittadini e ha una durata di circa una settimana.

- **Gruppo costellazioni:** si tratta di un gruppo terapeutico volto all'ampliamento, al sostegno e all'integrazione del sistema familiare degli utenti.

Inoltre al di là delle normali attività comunitarie, sulla base degli obiettivi concordati nel PTI è possibile accedere alla psicoterapia individuale, ad uscite di verifica sul territorio e nel contesto sociale di provenienza, a progetti di reinserimento sociale, a corsi di recupero scolastico, di formazione e di recupero o acquisizione della patente.

Sono attivi anche progetti finalizzati all'inclusione socio-lavorativa allo scopo di offrire opportunità formative professionali agli utenti.

Un progetto attivo nella comunità di "San Cesareo" è il "Progetto Rio&Archeo" nel quale sono previsti interventi mirati alla cura del verde e del patrimonio archeologico del territorio. Sono presenti anche progetti che prevedono corsi di cucina, bar e sala, con rilascio di relativo attestato di partecipazione e con la possibilità di essere assunti nei ristoranti in cui vengono svolti i corsi.

Il programma terapeutico prevede e incentiva anche il coinvolgimento dei familiari o di figure di riferimento, seppure la decisione di coinvolgerli spetta sempre all'utente in questione. Nel caso di risposta affermativa dell'utente, si fornisce ai familiari o alle figure di riferimento tutte le informazioni sui diritti e sulle responsabilità per gestire correttamente il coinvolgimento nel processo di cura della persona. Trascorso il primo mese di permanenza dell'utente in comunità dunque è possibile previo accordo tra l'équipe e l'utente, programmare contatti telefonici e incontri in comunità con i familiari o con le figure di riferimenti indicate. A questo scopo sono dunque previsti incontri di mediazione familiare, counselling telefonico, visite mensili in struttura e il gruppo multifamiliare mensile.

4.3 Un progetto di prevenzione all'uso di sostanze stupefacenti, alcol e sostanze dopanti

Durante la mia esperienza di tirocinio presso la comunità terapeutica di “San Cesareo”, oltre a vivere la quotidianità comunitaria e a partecipare ai diversi gruppi e attività educative che si svolgono, ho avuto la possibilità di seguire un progetto di prevenzione all'uso di sostanze stupefacenti, alcol e sostanze dopanti, i cui destinatari sono state quattro classi frequentanti due rispettive scuole secondarie di primo grado.

Tale progetto ha appunto come finalità generale quella di prevenire l'uso delle sostanze e dell'alcol nei giovani che, direttamente o indirettamente, vengono a contatto con esse: esso infatti si rivolge alla fascia degli adolescenti in quanto soggetti più vulnerabili. La finalità generale è quindi quella di informare precocemente i giovani sui rischi che incorrono se usano o abusano di stupefacenti o alcol.

Nel progetto sono stati coinvolti 6 utenti della comunità che oltre ad illustrare e descrivere le diverse sostanze, sono stati chiamati a raccontare le loro storie di vita.

È stato un progetto che al di là della finalità generale di prevenzione, ha rappresentato per gli utenti che hanno partecipato un'occasione di crescita personale.

In seguito illustrerò come si è svolto tale progetto e quali sono stati i risvolti positivi conseguenti ad una valutazione.

4.3.1 Finalità generale

Come precedentemente illustrato la finalità generale di questo progetto è quello di prevenire l'uso di sostanze stupefacenti, alcol e sostanze dopanti nei giovani.

Negli incontri che si sono svolti infatti sono state fornite informazioni, con un linguaggio semplice e accessibile ai destinatari, su temi legati al consumo di stupefacenti e alcol e dunque sul significato di uso/abuso, dipendenza, craving, astinenza psico-fisica che ne comporta, gli effetti sull'organismo ma anche le conseguenze che ne derivano a livello sociale (es. perdita di relazioni positive significative, problemi familiari, perdita del posto di lavoro, problemi legali...). A ciascun utente inoltre sono state assegnate una serie di sostanze da esporre illustrandone le caratteristiche, il costo, i luoghi in cui è possibile reperirle, le modalità di assunzione, i tempi utili per la comparsa degli effetti e la durata di tali effetti nonché gli effetti collaterali a breve e lungo termine che l'uso di ciascuna sostanza causa.

4.3.2 Obiettivi specifici

La comunità ha deciso di attivare questo progetto come opportunità per gli utenti di mettersi in gioco in un'esperienza mai provata fino a quel momento.

Il primo obiettivo è stato quello di dare all'utente la possibilità di esplorare il suo mondo interiore attraverso il racconto della sua storia di vita: è con il racconto infatti che il soggetto ha la possibilità di rielaborare il proprio vissuto e di operare una riflessione sugli aspetti che lo hanno portato a fare uso di sostanze. Proprio la rievocazione di esperienze passate può aiutare la persona a riportare alla mente eventi così da poterli ri-connotare con una nuova chiave di lettura. In questo modo l'utente ha quindi la possibilità non solo di riflettere sul proprio passato, ma anche sul presente e sul futuro. Incrementare la consapevolezza sugli aspetti che lo hanno indotto a percorrere la strada della dipendenza rappresenta dunque uno strumento utile per incrementare la motivazione al cambiamento.

Una tappa fondamentale nel percorso riabilitativo è anche quello del riconoscimento e dell'accettazione della propria storia passata in quanto l'accettazione delle scelte e degli errori pregressi rappresenta uno dei requisiti per far sì che il soggetto riesca a riprendere in mano la propria vita.

Altro obiettivo di tale progetto è quello di portare l'utente ad entrare in contatto con le proprie emozioni: il raccontarsi infatti può aiutare la persona ad esprimerle e ad operare una riflessione su di esse. Il saper riconoscere le emozioni che si provano rappresenta infatti un passo in avanti importante perché aiuta la persona a dare un significato a ciò che sente e dunque ad affrontare in maniera più funzionale i momenti negativi della propria vita.

Altro obiettivo ancora è quello di valorizzare l'importanza del gruppo in quanto in un momento così delicato in cui ciascun utente si ritrova a parlare di sé di fronte ad un pubblico, la vicinanza del gruppo rappresenta un elemento fondamentale che aiuta il soggetto a non sentirsi solo.

4.3.3 Partners coinvolti

Nel progetto sono stati coinvolti sei utenti della comunità, due Educatori Professionali, due tirocinanti universitari nonché i docenti che hanno accompagnato gli studenti.

I destinatari sono stati appunto gli studenti di quattro classi frequentanti la scuola media di due rispettivi istituti diversi.

4.3.4 Attività

Il progetto ha previsto tre incontri dove nel primo sono state illustrate dagli utenti tutte le principali sostanze stupefacenti, alcol e sostanze dopanti e le corrispettive conseguenze a cui si incorre; nel secondo incontro ciascun utente ha riportato agli studenti la propria storia di vita; nell'ultimo e terzo incontro invece è stata effettuata una rielaborazione in cui gli studenti della scuola media hanno avuto la possibilità di esporre le loro riflessioni, dubbi, domande e impressioni.

Come conclusione del progetto è stato poi proiettato un video con foto e musica della comunità di "San Cesareo" per illustrare agli studenti quella che è la vita quotidiana in comunità e dunque le attività che si svolgono, i momenti di condivisione, i momenti ricreativi ecc.

4.3.5 Tempi, spazi e costi

Ciascun incontro ha avuto una durata di circa 4 ore (dalle 9.00 alle 13.00), dove due ore sono state dedicate alle due classi di uno degli istituti mentre le altre due ore sono state dedicate alle altre due classi provenienti dall'altro istituto.

Gli incontri si sono svolti all'interno di una chiesa sconsacrata nella provincia di Pesaro Urbino e non sono state richieste spese a carico della cooperativa.

4.3.6 Verifica

Prima dei tre incontri con le classi, sono stati fatti degli incontri preliminari con gli utenti del progetto per aiutarli nella ricerca e nella preparazione delle informazioni da esporre circa le sostanze da illustrare. Dagli Educatori Professionali sono stati fatti anche altrettanti incontri con l'utenza per confrontarsi insieme su quelle che erano le loro principali paure e timori nell'affrontare tale esperienza, allo scopo di trovare insieme delle strategie per fronteggiarle.

Nella fase successiva agli incontri preliminari ho effettuato una verifica iniziale per valutare quella che è stata la partecipazione degli utenti a tali incontri, l'impegno nella preparazione delle sostanze da esporre nonché il grado di motivazione degli utenti a partecipare a tale progetto.

Da una prima verifica è emerso che seppure la partecipazione fisica degli utenti agli incontri preliminari è stata ottima, l'impegno nella preparazione del materiale da esporre è stato piuttosto scarso. Sulla base di questo dunque l'educatore ha dovuto seguire assiduamente ciascun utente nella preparazione del materiale.

Anche la motivazione a partecipare a questo progetto inizialmente non è stata ottimale in quanto elevata è stata la paura a mettersi in gioco e molto spaventati dall'idea di dover rievocare esperienze dolorose del loro passato. Per questo l'Educatore Professionale è stato chiamato a sostenere l'utenza e a svolgere colloqui individuali di motivazione.

Conclusi gli incontri con le scuole ho effettuato poi una verifica finale del progetto individuando degli indicatori di verifica e assegnando a ciascun indicatore un punteggio da 1 a 5.

Indicatori di verifica	Punteggio da 1 a 5
CHIAREZZA NELL'ESPOSIZIONE DELLE INFORMAZIONI SULLE SOSTANZE	4
CAPACITÀ DEGLI UTENTI DI COINVOLGERE I RAGAZZI DELLE SCUOLE	3
CONCENTRAZIONE	4
PREDISPOSIZIONE DEGLI UTENTI NEL RACCONTARE LE LORO STORIE DI VITA	3
EQUILIBRIO DELLE EMOZIONI NEL RACCONTARSI	3
DETERMINAZIONE E TENACIA NEL RIUSCIRE A PORTARE AVANTI IL RACCONTO	4
COESIONE DEL GRUPPO	5

4.3.7 Valutazione

Da una valutazione effettuata al termine del progetto sono emersi numerosi aspetti su cui poter lavorare. L'obiettivo terapeutico principale di tale progetto era quello dell'esplorazione del mondo interiore di ciascun utente operando una rielaborazione del proprio vissuto, con lo scopo di facilitare la riflessione sugli aspetti che li hanno portati a percorrere la strada della dipendenza.

Dagli incontri che si sono svolti infatti alcuni degli utenti sono riusciti a raccontare vissuti personali che non erano mai riusciti a raccontare in comunità terapeutica, né al gruppo dei residenti né agli operatori. Questo passo in avanti ha permesso agli educatori di cogliere ulteriori aspetti e di impostare un lavoro terapeutico personalizzato che fornisca ai soggetti gli strumenti necessari per gestire quelle fragilità mai affrontate in precedenza.

Certo è che questa esperienza ha mandato in crisi alcuni utenti in quanto la rievocazione di esperienze dolorose della loro vita ha alterato quell'equilibrio raggiunto durante il percorso comunitario. A tal proposito dunque l'Educatore Professionale è stato chiamato a svolgere diversi colloqui individuali per ricostruire il sé frammentato della persona.

La coesione del gruppo degli utenti durante gli incontri è stata ottimale ed è stato proprio il sostegno l'uno con l'altro che ha trasmesso ad ognuno di loro la forza per riuscire a portare a termine l'impegno preso.

In sostanza dunque il feedback avuto dagli utenti riguardo a tale progetto è stato ottimo: è stata infatti per ognuno di loro un'esperienza positiva e significativa in quanto ha permesso loro di superare alcune delle maggiori paure e ha rappresentato un'occasione di crescita personale.

Conclusione

Con questo lavoro ho cercato di definire lo scenario attuale che ruota attorno alle dipendenze patologiche, spostandomi da una lettura medico-biologica, a una sociologica, fino ad arrivare ad una lettura del fenomeno più pedagogica, focalizzandomi sulla cura e riabilitazione del soggetto con uno stato patologico di dipendenza. Carattere distintivo della professione dell'Educatore Professionale è proprio quello di porre al centro del trattamento la persona, al di là della sua patologia. La riabilitazione del soggetto dipendente secondo quest'ottica dunque non si avvale di modelli universali per la cura della patologia, ma piuttosto guarda al soggetto come essere unico e irripetibile. L'Educatore Professionale quindi attua i propri interventi educativo-riabilitativi valorizzando le risorse personali di ciascun soggetto per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia.

Questo lavoro dunque mi ha permesso di esplorare come tali soggetti sono inquadrati nella nostra società, quali sono state le principali politiche di intervento messe in atto in Italia e quali sono stati gli interventi legislativi attuati in materia di dipendenze patologiche, per arrivare poi a definire quello che è il percorso di trattamento che viene fornito a tali soggetti nei diversi servizi.

Ritengo che il percorso di riconoscimento dei soggetti dipendenti come persone che necessitano di aiuto è stato piuttosto lento in quanto è stato a partire dalla metà degli anni '70 che si è cominciato a guardare al soggetto dipendente come una persona che necessita di aiuto all'interno di servizi specialistici ed è stato solo negli anni '90 che si sono cominciati a definire in maniera precisa i servizi che erogano prestazioni in materia di dipendenze patologiche.

A mio parere però permane ancora oggi la visione da parte della società del soggetto dipendente come persona difficile da riabilitare, in quanto ritengo che non ci si soffermi abbastanza sulle quelle che sono le cause che hanno portato quel soggetto ad intraprendere la strada della dipendenza.

Ho deciso di focalizzarmi sul concetto di empowerment in quanto ritengo che sia uno dei principi base della riabilitazione.

È infatti la partecipazione attiva dei soggetti nel loro percorso riabilitativo che permette loro di riprendere in mano le redini della propria vita ed elaborare un loro progetto futuro.

La visione del soggetto dipendente come “soggetto educabile” significa infatti credere nella possibilità di miglioramento della persona ed è proprio la valorizzazione delle potenzialità individuali di ciascun soggetto che contribuisce allo sviluppo di quelle competenze che permettono al soggetto di fronteggiare una complessità in maniera funzionale.

Sulla base di ciò l’Educatore Professionale, come professionista della riabilitazione, elabora progetti educativo-riabilitativi partendo proprio dalle risorse del soggetto piuttosto che dalle criticità.

È dunque quest’ottica che ha permesso il passaggio del soggetto dipendente da una condizione di passività a una condizione di consapevolezza del proprio valore come persona.

Come descritto nell’ultimo capitolo, durante il mio percorso universitario ho avuto la possibilità di svolgere il tirocinio presso una comunità terapeutica, infatti nel presente lavoro è stata posta particolare attenzione ai principi educativi di base di tale servizio.

Questa esperienza è stata per me molto positiva perché mi ha permesso di sperimentare sul campo tutto ciò che ho appreso dallo studio della teoria e ho potuto vedere applicati in maniera ottimale tutti i principi di base della riabilitazione.

Ci tengo a sottolineare questo in quanto a mio malgrado, ad eccezione del tirocinio svolto presso la comunità terapeutica di “San Cesareo”, non ho riscontrato ciò negli altri tirocini che ho svolto presso altri servizi impegnati in altri settori. Ritengo infatti, almeno dalle esperienze avute che, non in tutti i servizi, si svolgono attività educativo-riabilitative che rispondono ai reali bisogni dei soggetti in trattamento.

Dunque, sulla base dell'impostazione professionale che mi è stata fornita dagli studi universitari, di fondamentale importanza è la definizione di attività da parte dell'Educatore Professionale che non cadano nell'improvvisazione o nell'assistenzialismo, in quanto questo potrebbe essere causa della perdita di motivazione da parte dell'utenza in questione.

L'esperienza di tirocinio presso la comunità è stata per me un'occasione di crescita a livello professionale ma anche a livello personale, in quanto è stata un'esperienza molto forte che ha messo a dura prova le mie emozioni. Ritornando infatti al concetto dell'autosservazione dell'Educatore Professionale, è stata proprio questa esperienza di tirocinio che mi ha permesso di riflettere su me stessa e di risolvere alcune delle mie principali difficoltà che fino a quel momento non avevo mai affrontato.

In conclusione dunque il mio lavoro ha voluto proporre una riflessione sul tema della dipendenza in quanto è un mondo che ho sempre voluto approfondire perché molto articolato e complesso, che nel corso del mio tirocinio ho potuto sentire, vedere e mettermi in gioco.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. DSM-5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5[^] ed.), American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2013
- Attenasio L., Di Gennaro A., Gabriele G., Pecchioli V., *Dialogo con la follia. Un approccio collettivo al trattamento del paziente grave*, Armando Editore, Roma, 2003
- Bagnasco A., Barbagli M., Cavalli A., *Corso di sociologia in "Devianza e criminalità"*, Il Mulino, 2007
- Barone P., *"Pedagogia della marginalità e della devianza"*, Guerini, Milano, 2001
- Cancrini M.G., Mazzoni S., *I contesti della droga*, Angeli, Milano, 2002
- Cardoso P., Malandrini C., Romolini E., *Le nuove dipendenze in "Dalla parte dell'uomo"*, Rivista Trimestrale, Firenze, Settembre 2013, n.9
- Caretti V., Craparo G., Schimmenti A., *Nóos. Aggiornamenti in Psichiatria. Nuove dipendenze. Etiologia, clinica e trattamento delle dipendenze senza droga* in *"Psicodinamica delle dipendenze patologiche, Vol.14, N.2, 2008*
- Cavarzan B., Noventa A., *"Mission: periodico trimestrale della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerd)"*, Anno V, n.18, Franco Angeli, Milano, 2006
- Costantini D., Mazzoni S., *La comunità terapeutica per tossicodipendenti*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1984
- Costella P., Furia A., Lanti M., a cura di *DIGNITAS. Manuale Operativo per ridurre le vulnerabilità e promuovere le risorse nel sistema d'asilo*, Unione Europea, Ministero dell'Interno, 2009
- Crocetti G., Agosta R., *"Modelli operativi interni e relazioni di attaccamento in preadolescenza"* a cura di *Preadolescenza, il bambino caduto dalle fiabe. Teoria della clinica e prassi psicoterapeutica*, Pendragon, Bologna, 2007
- Del Miglio C., Couyoumdjian A., Patrizi M., *Psicologia Clinica dello sviluppo*, Il Mulino, 2005

- Demetrio D., *Educatori di professione. Pedagogia e didattiche del cambiamento nei servizi extrascolastici*, La Nuova Italia, Firenze, 1990
- Fabbri M., “*Empowerment e nuove tecnologie. Nuove sfide per la prevenzione e la riabilitazione della dipendenza*” in *Ricerche di Pedagogia e Didattica*, 2009
- Fazzi L., Scaglia A., *Tossicodipendenza e politiche sociali in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Flores d’Arcais G., *Le “ragioni” di una teoria personalistica dell’educazione*, La Scuola, Brescia 1985
- Francescato D., Mebane M., Sorace R., et.al, *EMPO: Una scala di misurazione dell’empowerment personale e politico*, *Giornale Italiano di Psicologia*, 2007
- Gardella O., *L’Educatore Professionale. Finalità, metodologia, deontologia*, Franco Angeli, Milano, 2016
- La Guaita M., *La comunità terapeutica. Origine storiche. Interventi attuali in Italia*, Edizioni Universitarie Jaca, Milano 1988
- Lucchini F., “*La teoria anomica della devianza: riflessioni sull’attualità del pensiero di Robert K. Merton*”, *Studi di Sociologia*, n.3, 2018
- Manna V., “*Alla ricerca di fattori patogenetici comuni tra dipendenze e disturbi mentali: disedonia e comorbidità psichiatrica*”, *Articolo del Giornale Italiano di Psicopatologia*, n.12, Roma, 2006
- Magro G., *La comunità per tossicodipendenti: un progetto pedagogico*, Franco Angeli, Milano, 2004
- Marazziti D., Presta S., Picchetti M., Dell’Osso L., *Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici*, in “*Journal of Psychopathology*”, n. 22, 2015
- Maslow A.H., *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973
- Merton R.K., *Teoria e struttura sociale*, Il Mulino, Bologna 1966
- Nardi B., *Organizzazioni di Personalità: Normalità e Patologia Psicica*, Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2017
- Nosari S., *L’educabilità*, La scuola, Brescia, 2002
- Pasqualotto L., Bernardi C., Cazzin A., et. al., “*La classificazione internazionale del funzionamento (ICF) e le dipendenze: verso un inquadramento “dinamico”*”, *Periodico*

trimestrale della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerd), Anno XI, 2013, n.38

- Pasqualotto L., Cazzin A., Perrelli E., Cibin M., *“ICF-Dipendenze: per una riabilitazione basata sulle evidenze”*, Rivista on-line Educare.it, Vol.16, n.11, Novembre, 2016
- Piccardo C., *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995
- Piccone Stella S., *Droghe e tossicodipendenza*, Il Mulino, Bologna, 1999
- Pinkus L., *Tossicodipendenze e intervento educativo*, Erickson, Trento 1999
- Ponti G., *Compendio di Criminologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999
- Rezza G., *“Infezioni ed altre cause di mortalità correlate alla tossicodipendenza”*, Annale dell’Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2002
- Rosenberg K.P., Feder L.C., *Dipendenze comportamentali: Criteri, evidenze, trattamento*, Edra, Milano, 2015
- Taranto A., Calamo-Specchia A., Laforgia V., *“Interventi di prevenzione delle dipendenze patologiche”*, Manuale critico di sanità pubblica, Rimini, 2015
- Zani B., *Psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*, Carocci Editore, Roma, 2012

Sitografia

- Accordo Stato-regioni per la *“Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti”*, 1999. www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/03/15/099A1737/sg
- Associazione Nazionale Educatori Professionali, *Codice Deontologico dell’Educatore Professionale*, Bologna, 2015.
www.anep.it/anep/allegati/file/Documenti%20ANEP/Codice%20Deontologico,%20Udine%202015.pdf
- Berti A., *“Politiche di intervento sulle dipendenze”*, Agenzia Regionale di Sanità (ARS Toscana), Febbraio, 2015.
www.arsanita.tos.it/files/pubblicazioni/Rapporti_relazioni_sintesi/dipendenze/report_politiche_dipendenze.pdf
- *Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento Europeo relativa a un piano d’azione dell’UE in materia di lotta contro la droga (2000-2004)*, Dipartimento Politiche Antidroga, Bruxelles, 1999. www.politicheantidroga.gov.it
- *Creazione dell’osservatorio europeo della droga e delle tossicodipendenze*, Commissione europea, 1993. www.ec.europa.eu
- Decreto 8 ottobre 1998, n. 520, *Regolamento recante norme per l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’Educatore Professionale, ai sensi dell’articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*. Ministero della Sanità. www.gazzettaufficiale.it
- *Gioco d’Azzardo Patologico. Piano d’Azione Nazionale 2013-2015*, www.salute.gov.it
- *“Health Promotion Glossary”*, World Health Organization (WHO), Ginevra, 1998.
www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua
- *Il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)*, Dipartimento per le politiche antidroga.
www.politicheantidroga.gov.it
- *Il Dipartimento delle Dipendenze: linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l’integrazione dell’offerta e dei servizi”*, Dipartimento Politiche Antidroga, Novembre 2011, Roma. www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Dipartimenti_Dipendenze_web.pdf

- *I Ser.D. e Dipartimenti delle Dipendenze*, Dipartimento per le Politiche Antidroga. www.politicheantidroga.gov.it
- Ministero della Sanità, *Linee guida sulla Riduzione del Danno*, Novembre 2000. www.emcdda.europa.eu
- *Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe (2010-2013)*, Dipartimento Politiche Antidroghe, 2010, www.politicheantidroga.gov.it
- *Piano d’Azione Nazionale 2013-2015: Gioco d’Azzardo Patologico (G.A.P)*, Dipartimento Politiche Antidroghe, Dicembre 2013. www.salute.gov.it
- Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per Politiche Antidroga, “*Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*”, 2019. www.politicheantidroga.gov.it/media/2596/rap_2019-dati-2018.pdf
- Sorio C., Cenacchi C., *Consumo problematico e dipendenze patologiche*, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche, Azienda USL di Ferrara, Rapporto 2014. www.ausl.fe.it
- *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, Decreto del Presidente della Repubblica 9 Ottobre 1990, n. 309, www.gazzettaufficiale.it
- United Nations Office on Drugs and Crime *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*, Vienna, 2009. www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf
- “*Social exclusion and reintegration*”, in EMCDA 2003 *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. www.emcdda.europa.eu
- www.salute.gov.it
- www.treccani.it

Ringraziamenti

Arrivata al raggiungimento di questo mio grande traguardo, ci tengo a ringraziare tutte le persone che mi hanno sempre sostenuto e che continuano incondizionatamente ad essere presenti nella mia vita.

In primis, ci tengo a ringraziare il Prof. Riccardo Verdecchia, relatore di questa tesi, per la disponibilità e per la cortesia avuta nei miei confronti, per aver sostenuto le mie idee e per avermi indirizzato nella stesura di questa tesi.

Desidero ringraziare le mie compagne di università per aver fatto sì che questi tre anni siano stati meno faticosi di quanto sembravano. Ci tengo però a ringraziare in particolar modo, Eleonora, che in un attimo è diventata da compagna di corso ad amica. Grazie per essere stata la mia ancora di salvezza durante le sessioni di esami, grazie per essere entrata a far parte della mia quotidianità e per avermi trasmesso un po' della tua sbadataggine, grazie per aver trasformato giornate di studio pesanti in giornate più leggere e grazie semplicemente per avermi dato la possibilità di esserti amica perché per me sei una bellissima persona.

Ci tengo poi a ringraziare i miei genitori, mamma e papà. Grazie per avermi dato la possibilità di frequentare l'università, per aver creduto in me, per avermi sostenuto in ogni mia scelta e per avermi sempre fatto sentire all'altezza di essere vostra figlia.

Grazie mamma per essere come sei, dolce, premurosa, infinitamente buona e follemente innamorata dei tuoi figli, per emozionarti come una bambina anche per le piccole cose, proprio come faceva nonno, e grazie per farmi sentire sempre la figlia che tutti vorrebbero.

Grazie papà per essere un po' un padre fuori dall'ordinario, grazie per spronarmi a raggiungere sempre più traguardi degni di me, anche se con i tuoi modi un po' burberi, grazie per proteggermi e grazie per essere sempre il mio super eroe.

Grazie mamma e papà, per avermi fatto il dono più bello della mia vita, mia sorella. Un grazie a mia sorella perché senza di lei la mia vita non sarebbe stata ricca come lo è ora. Grazie Arianna per essere il mio più grande rifugio sicuro, per essere il mio punto di riferimento quanto tutto sembra andare per il verso sbagliato. A mia sorella, persona semplice, tra le nuvole, piena di nuove idee e progetti, sognatrice, pura, buona d'animo e sorella incredibile.

Grazie a mio fratello per sostenermi sempre, seppure a suo modo.

Grazie a mia nonna Vera, per essere il mio esempio di vita e per avermi fatto diventare la donna che oggi sono. Grazie per avermi sempre incoraggiato durante questo mio percorso e per continuare a prenderti sempre cura di me.

Grazie a mia nonna Maria, per avermi trasmesso tutto il suo sapere e per avermi fatto passare durante la mia infanzia estati indimenticabili nella nostra casa in campagna.

Grazie a tutti i restanti dei miei familiari per essermi sempre stati accanto in questo mio percorso.

Ci tengo a ringraziare anche la persona che da circa un anno sta al mio fianco. Grazie per sopportare tutti i miei sbalzi di umore e tutti i miei difetti, grazie per aver continuato a starmi vicino nonostante le mie crisi nevrotiche che questo percorso universitario mi ha portato ad affrontare.

Grazie a Roberta, che da mia titolare di lavoro, senza nemmeno accorgermene, è diventata una delle mie più grandi amiche. Grazie per esserci sempre stata nei miei momenti di

maggiore difficoltà, per avermi consigliato come uscirne, per farmi sentire sempre una persona bellissima e grazie per aver accontentato ogni mia richiesta o desiderio.

Un infinito grazie ai miei amici di una vita, alla mia seconda famiglia. Grazie perché mi avete fatto sperimentare il vero significato dell'amicizia e grazie perché è con voi che ho superato i miei più grandi ostacoli. A Gianluca, la persona più bella che io conosca; a Diego, il mio compagno di bravate da sempre; a Giorgia, amica che mi ha sempre capita senza bisogno di parlare; a Beatrice, la salvatrice delle situazioni più disastrose; a Eleonora, la più sfortunata del gruppo ma anche la più fedele compagna di avventure; a Cristina, la giudicatrice del gruppo ma anche l'amica che più mi vizia; a Marta, l'amica più buona d'animo che io conosca; a Giorgia, la persona più saggia; ad Agnese, compagna di classe e di dispetti delle scuole medie; ad Alice, la più diligente di tutti; a Valentina, apparentemente la più impostata ma in realtà la più confusionaria; a Federico, economista in carriera.