

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1	
LA DIPENDENZA PATOLOGICA	5
1.1 DEFINIZIONI E CRITERI DIAGNOSTICI.....	5
1.2 LA DIPENDENZA COME FENOMENO BIO-PSICO-SOCIALE.....	7
1.3 LA PERSONA CON DIPENDENZA PATOLOGICA	8
1.4 LE NEW ADDICTION.....	11
1.5 LE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE	12
1.6 DIFFUSIONE E CONSUMO DI SOSTANZE: LA SITUAZIONE ATTUALE IN ITALIA ED IN EUROPA	13
CAPITOLO 2	
IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO-SANITARIO ALL'INTERNO DEL SERVIZIO PUBBLICO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE (SER.D)	17
2.1 IL SERVIZIO PUBBLICO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE	17
2.2 CHI È L'EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO-SANITARIO.....	21
2.3 L'EDUCATORE PROFESSIONALE NEL SER.D.....	24
2.4 LE COMPETENZE COMUNICATIVE ED IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE	27
2.5 LA RIDUZIONE DEL DANNO.....	30
2.6 LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE.....	32
CAPITOLO 3	
IL LAVORO DI RETE: LA COSTRUZIONE DI UNA RETE TERRITORIALE E IL REINSERIMENTO SOCIALE	35
3.1 IL CONTESTO SOCIALE NELLA RIABILITAZIONE.....	35
3.2 CARATTERISTICHE, TEORIE E DEFINIZIONI DEL CONCETTO DI RETE	39
3.3 IL LAVORO DI RETE	47
CAPITOLO 4	
L'INTERVENTO EDUCATIVO PROGETTUALE	54
4.1 L'ASSESSMENT.....	54

4.2 LA PROPOSTA PROGETTUALE: FINALITÀ E OBIETTIVI.....	56
4.3 LE ATTIVITÀ E LE RISORSE.....	57
4.3.1 L'ÉQUIPE.....	58
4.3.2 LA FAMIGLIA	59
4.3.3 I GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO (AMA)	60
4.4 VERIFICHE E VALUTAZIONI FINALI.....	61
CONCLUSIONE.....	63
BIBLIOGRAFIA	64
SITOGRAFIA	66

INTRODUZIONE

Le dipendenze patologiche rappresentano una delle sfide più complesse e pervasive della società contemporanea, incidendo profondamente sulla vita degli individui, delle famiglie e delle comunità.

Questa tesi si propone di esplorare tale fenomeno, partendo dalle definizioni fondamentali e dalle classificazioni, evidenziando divergenze e similitudini tra dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali, per poi analizzare la situazione attuale in Italia e in Europa, ponendo particolare attenzione agli aspetti bio-psico-sociali che caratterizzano tale problematica. La dipendenza viene infatti intesa come un problema multifattoriale, le cui cause e conseguenze si estendono ben oltre il singolo individuo, coinvolgendo anche le persone a lui vicine e il contesto territoriale in cui vive.

Sarà dedicata particolare attenzione al Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.), esplorandone brevemente la storia, l'impostazione, gli interventi offerti e la composizione multiprofessionale dell'équipe.

In questo contesto, volto alla presa in carico globale della persona, emerge la figura dell'Educatore Professionale, cruciale nel percorso di riabilitazione del paziente grazie alla sua formazione poliedrica. Vi sarà perciò un approfondimento in merito a questa figura professionale, sottolineandone le peculiarità, le competenze e le prestazioni che la rendono una presenza imprescindibile all'interno di un ambito complesso come quello delle dipendenze patologiche.

Il lavoro si concentrerà poi sul concetto di riabilitazione, evidenziando come il contesto sociale e i fattori ambientali influenzino il percorso di recupero dell'individuo. La riabilitazione sarà quindi intesa come l'opportunità per una guarigione sociale, che richiede un approccio olistico e integrato.

Successivamente, si analizzerà il concetto di rete, presentando le principali definizioni e teorie, per poi discutere dell'importanza di un lavoro di rete efficace, delineandone le caratteristiche fondamentali, insieme a quelle proprie degli operatori che attuano interventi in tali prospettive e dimensioni.

Infine, verrà presentato un intervento educativo progettuale realizzato durante il tirocinio presso il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STDP) di Porto

Sant'Elpidio, attraverso il quale si metterà in evidenza la necessità di un approccio integrato e collaborativo, sottolineando l'importanza di considerare la persona nella sua interezza e complessità, al di là della mero sintomo clinico, affinché si possa incidere significativamente sul miglioramento della qualità di vita della persona.

Questa tesi si propone quindi di offrire una visione ampia e consapevole delle dipendenze patologiche, invitando a una riflessione profonda sulla necessità di approcci innovativi e integrati per affrontare questa problematica in continua evoluzione.

CAPITOLO 1

LA DIPENDENZA PATOLOGICA

1.1 DEFINIZIONI E CRITERI DIAGNOSTICI

L'OMS definisce la dipendenza patologica come: condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione.

In questa definizione rientrano anche le dipendenze senza sostanza, che fanno riferimento ad una serie di comportamenti problematici, le cosiddette new addiction, ad oggi l'unica ad essere inclusa nel manuale diagnostico statistico DSM-V è il Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Altri comportamenti non sono stati inseriti, dal momento che allo stato attuale, non si è in possesso di una letteratura sufficiente al fine di stabilire i criteri diagnostici necessari per un'identificazione di tali condotte come veri e propri disturbi mentali.

Il DSM-V (2013), elimina la distinzione tra abuso e dipendenza, riconoscendo un'unica categoria, quella del Disturbo da Uso di Sostanza (DUS), definito come una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato dalla presenza di almeno 2 degli 11 criteri di seguito elencati, in un arco temporale di 12 mesi.

I criteri sono i seguenti:

1. Assunzione della sostanza in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
2. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
3. Trascorrere una grande quantità di tempo nello svolgimento di attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti;
4. Craving o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza;
5. Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;

6. Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza;
7. Abbandono o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza;
8. Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
9. Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza;
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti criteri: a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione e l'effetto desiderato; b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;
11. Astinenza come manifestata da ciascuno dei seguenti criteri: a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza; b) la stessa sostanza, o strettamente correlata, è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

Questi criteri sono suddivisi in 4 categorie:

1. Perdita del controllo sulla sostanza (criteri 1-4)
2. Compromissione sociale (criteri 5-7)
3. Uso rischioso della sostanza (criteri 8-9)
4. Criteri farmacologici (criteri 10-11)

Vediamo che tra questi 11 criteri, almeno cinque riguardano le implicazioni personali e sociali, con ciò si evince che la condizione di dipendenza ha ripercussioni non solo sulla psiche e sulle funzioni corporee ma anche sulla vita quotidiana. Questi diversi questi fattori contribuiscono a definire la gravità della patologia.

Griffiths (2015)¹ ha definito un modello di addiction in cui le dipendenze con e senza sostanza sono accomunate da 6 elementi che richiamano gli 11 criteri del DSM-V e sono:

¹ Daria Panebianco, *Dipendenza e cultura delle relazioni. Social network analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*. Rubbettino Editore, 2019, I, p.31

- Saliienza, ovvero quando una particolare attività o un particolare comportamento, tendono ad assumere la maggiore rilevanza nella vita della persona, dominando il suo pensiero, i suoi sentimenti e le sue azioni;
- Cambiamento dell'umore conseguente all'uso di sostanze, o alla messa in atto di determinati comportamenti, finalizzati ad un cambiamento nello stato d'animo del soggetto;
- Tolleranza, la necessità dell'intensificarsi del comportamento per poter ottenere effetti di sufficienti;
- Astinenza, sensazioni o effetti fisici spiacevoli in conseguenza all'interruzione di quella particolare attività;
- Conflitto con gli altri o con sé stessi con conseguenze negative nel funzionamento sociale;
- Recidiva, il verificarsi di ricadute nella dipendenza dopo un periodo di astinenza.

1.2 LA DIPENDENZA COME FENOMENO BIO-PSICO-SOCIALE

A partire dagli inizi del XX secolo, con Conrad e Scheneider (1992), a seguito della medicalizzazione della devianza, venne introdotto il modello medico, grazie al quale i consumatori di sostanze non vennero più identificati come criminali ma come malati.

Il disturbo da dipendenza patologica si configura come malattia cronica a carattere recidivante, e per comprenderne le possibili cause è necessario che venga considerata attraverso un paradigma complesso, quello bio-psico-sociale.

La dipendenza non è il problema, è un sintomo di un problema che può essere di varia natura ed avere origini più profonde. Affinché vi sia un miglioramento è importante che vengano identificati i fattori e le modalità che hanno condotto la persona ad avvicinarsi alla sostanza o al comportamento patologico.

Questi fattori possono essere biologici (genetici e biochimici), psicologici e socio-ambientali.

Vi è perciò la necessità di un approccio multidimensionale e di uno strumento, metodologicamente fondato, in grado di valutare la persona nella sua complessità col fine di fornire indicazioni per pianificare interventi mirati a contrastare la disabilità psicosociale, promuovere una migliore qualità di vita e produrre evidenze riguardo l'efficacia degli interventi riabilitativi. Da ciò nasce l'ICF-Dipendenze, basatosi sulla Classificazione Internazionale del Funzionamento e della Disabilità (ICF), emanato dall'OMS nel 2001.

1.3 LA PERSONA CON DIPENDENZA PATOLOGICA

Per l'OMS la salute è definita come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale”.

Si può facilmente notare che questi tre aspetti sono gli stessi precedentemente elencati come fattori di rischio, il che ci porta ad una riflessione importante, ovvero che gli stessi elementi che definiscono la nostra salute, nel caso in cui, siano in qualche modo disfunzionali, saranno i determinanti della nostra malattia, in questo caso specifico, potrebbero essere causa di una condizione di dipendenza patologica che porterà a sua volta a conseguenze dannose proprio sugli stessi aspetti di vita della persona.

A livello *neurobiologico* l'addiction è definita come una malattia complessa, epigenetica e crono recidivante, inizialmente vi è una perturbazione indotta dalla sostanza a livello del sistema della ricompensa, reward system, per poi proseguire con fenomeni di plasticità neuronale dello stesso sistema, fino a coinvolgere progressivamente il cervello nella sua globalità. Il sistema della ricompensa si attiva quando una persona riceve rinforzi positivi, è costituito da una serie di strutture situate nel sistema limbico, la parte più profonda del cervello, e coinvolgendo le vie dopaminergiche, influenza il rilascio della dopamina, generando una sensazione di piacere di intensità variabile, che viene successivamente trasmessa ad altre aree del sistema nervoso centrale, in particolare all'ipotalamo e alle aree motorie, attivando nell'essere umano, il comportamento di ricerca e inducendolo a ripetere l'azione che ha provocato quella sensazione di benessere. Il segnale di attivazione alla ricerca, viene

modulato da zone della corteccia frontale, deputate alla valutazione e alla programmazione, l'insieme di queste aree è detto sistema di controllo, il quale, in condizioni di dipendenza, risulta però inibito.

Con l'utilizzo di una sostanza psicoattiva (o con comportamenti patologici) il rilascio di dopamina aumenta significativamente rispetto alla norma, sovrastimolando il sistema di ricompensa. Questo rende particolarmente sensibili i recettori della dopamina, che nel tempo necessiteranno di un quantitativo sempre maggiore della sostanza per raggiungere lo stesso livello di piacere, favorendo così lo sviluppo di tolleranza e astinenza. L'uso continuato nel tempo provoca modificazioni neuroplastiche stabili, che portano alla perdita di controllo e al craving, ovvero il desiderio compulsivo della sostanza.

Considerando la componente *psicologica*, l'identità di un individuo si costruisce tramite interazioni con la famiglia e le altre realtà interpersonali dell'ambiente. Per far sì che questo avvenga, il processo di individuazione assume un ruolo centrale, questo si sviluppa in due fasi: l'identificazione con l'altro e la differenziazione dall'altro. Tale percorso evolutivo si estende dalla primissima infanzia fino all'estrema vecchiaia, e permette di caratteristiche proprie e distinte dagli altri, costituendo in tal modo la propria identità.

Quando questo processo non si compie correttamente, possono generarsi dei conflitti inconsci e risolversi attraverso modalità estremamente diversificate, più o meno funzionali, tra le quali vi sono i cosiddetti acting out, azioni che non conducono ad una concreta soluzione del conflitto ma utilizzate come meccanismi di difesa, andando a costituire una strategia difensiva, definita coazione a ripetere, che riproduce gli stessi schemi anche se risultano infruttuosi.

Uno dei meccanismi prevalenti risulta essere quello della scissione che consente il trasferimento di un aspetto psichico sul corpo, il benessere ed in generale, ogni tipo di emozione, non passa più per la mente ma viene vissuta esclusivamente attraverso il corpo. Si verifica una dinamica di tipo regressivo da parte del registro mentale in favore di quello comportamentale, da cui si evince la necessità di un agire immediato, quasi impulsivo.

Nel caso di un soggetto affetto da dipendenza patologica il processo di costruzione di identità risulta incompiuto e fragile, il che gli rende difficile orientare il proprio interesse verso persone, situazioni o cose, in modo adeguato e funzionale, come conseguenza di un'evidente incapacità di autoanalisi.

Queste dinamiche possono essere i fattori alla base dell'instaurarsi dei processi di dipendenza e possono anche fungere da rinforzo positivo per i bisogni indotti da questa. I primi mesi di vita sono fondamentali per la strutturazione dell'identità e per la costruzione dell'Io, infatti, tali dinamiche disfunzionali vengono ricondotte all'insufficiente capacità della famiglia, in questo caso, in particolare, della figura materna, di supportare adeguatamente la formazione di presupposti solidi sui quali poter sviluppare la propria identità.

In questo caso l'obiettivo primario di un intervento educativo è proprio quello di una ricostruzione di un'identità per quanto possibile compiuta.

La componente *sociale* risulta determinante nella condizione di dipendenza patologica, in quanto da essa possono scaturire alcuni dei principali fattori di rischio e di protezione.

Tra i cui i principali risultano: il contesto familiare, socioculturale ed economico in cui il soggetto vive; le abitudini dei gruppi amicali; la presenza di reti di sostegno sociale o, al contrario, la solitudine e l'isolamento sociale; l'esistenza di regole e di leggi di controllo in materia di sostanze stupefacenti e comportamenti a rischio; le caratteristiche e la disponibilità delle sostanze nella comunità di appartenenza.

Questi sono solo alcuni degli elementi sociali che possono influenzare notevolmente l'esistenza o meno di una condizione di dipendenza patologica.

Generalmente coloro che agiscono comportamenti di dipendenza, soffrono di una marcata vulnerabilità relazionale, in cui i legami interpersonali risultano deboli o assenti, da ciò conseguono situazioni di isolamento, esclusione e ritiro sociale, che possono essere più o meno volontarie, andando in contro a fenomeni di stigmatizzazione e marginalizzazione.

Allo stesso modo però, il soggetto può mettere in atto condotte criminali, divenendo così un individuo multiproblematico ed essendo egli stesso un fattore di rischio per la società, sia dal punto di vista giudiziario che sanitario, se si pensa ai comportamenti

pericolosi droga-correlati, come la diffusione di infezioni da HIV e da virus epatici causata da rapporti sessuali non protetti o dall'utilizzo di strumentazioni non sterili utilizzate per il consumo di sostanze stupefacenti.

In molti casi la tossicodipendenza diventa volontà di morte, un progressivo suicidio sociale, paragonabile ad una sorta di morte simbolica all'interno della comunità.

Il fenomeno della dipendenza vede perciò la necessità di un approccio multidimensionale e multiprofessionale, volto al rafforzamento e alla collaborazione delle strutture istituzionale, per contrastare le critiche conseguenze dell'utilizzo di sostanze psicoattive.

1.4 LE NEW ADDICTION

Le nuove dipendenze fanno riferimento a relazioni, attività o comportamenti socialmente accettati, che diventano però patologici nel momento in cui raggiungono un certo livello di eccesso nella modalità in cui si riproducono, divenendo dannosi e pericolosi per la persona che li mette in atto. Le dipendenze comportamentali e quelle da uso di sostanze sono accomunate da 6 componenti: salienza, cambiamento del rumore, tolleranza, astinenza, conflitto, recidiva. Questi elementi sono stati identificati da Griffith nel modello di addiction da lui sviluppato, precedentemente esplicitato nel primo paragrafo del corrente capitolo.

I comportamenti e i processi legati alla dipendenza comportamentale, sono anch'essi volti alla ricerca di piacere, i soggetti dipendenti ricercano gratificazione, attraverso il ricorso a mezzi, che li conducano ad un momentaneo benessere e li estranei dalla vita reale.

Nonostante l'incremento del fenomeno, ad oggi non esiste ancora una classificazione ufficiale che permetta di inquadrare tali comportamenti problematici in categorie diagnostiche definite, infatti, l'unica dipendenza comportamentale inserita nel DSM-V risulta essere il Disturbo da Gioco D'azzardo.

Sebbene l'uso problematico di internet, Internet Addiction Disorder, o disturbo generalizzato da internet (GIA), non sia incluso nel DSM-V, sembrerebbe che l'approccio più diffuso lo consideri un comportamento additivo, nonostante questo, la

comunità scientifica non ha ancora raggiunto una conclusione sui criteri che permetterebbero di sviluppare una definizione standard del disturbo. Questo termine ampio comprende molti tipi di problemi di dipendenza correlati ad una serie di usi specifici di Internet, tra cui gioco d'azzardo online, gioco online, social networking, cybersesso.

La dipendenza da lavoro, workaholism, risulta difficile da diagnosticare essendo il lavoro considerato come un'attività necessaria per vivere ed anche come un mezzo di affermazione sociale che contribuisce allo status individuale. A differenza di altre dipendenze, questa non offre benefici immediati, poiché l'incremento di attività lavorativa genera stress psicofisico, tuttavia, si sviluppano ricompense secondarie, come il piacere derivante dall'impegno lavorativo continua e ripetuto, che rinforzano il comportamento nonostante i suoi effetti negativi.

Altre dipendenze comportamentali note sono: dipendenza da videogiochi, da shopping, affettiva, sessuale, da esercizio fisico.

1.5 LE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE

Il DSM-V le sostanze correlate ai DUS vengono suddivise in 10 categorie:

- alcol;
- caffeina;
- cannabis;
- allucinogeni;
- inalanti;
- oppiacei;
- sedativi/ipnotici/ansiolitici;
- stimolanti;
- tabacco;
- altre sostanze.

Ciascuna sostanza stupefacente altera l'attività del sistema nervoso centrale agendo in modi differenti, possono perciò essere classificate in tale senso come:

- sostanze **deprimenti** come oppiacei, barbiturici, benzodiazepine
- sostanze **stimolanti** come anfetamine, cocaina, caffeina, nicotina;
- sostanze **dispercettive** come LSD, ketamina, funghi allucinogeni, allucinogeni in generale;
- sostanze **deprimenti/stimolanti** come alcol che inizialmente provoca euforia poi lascia posto alla depressione e al sonno;
- sostanze **dispercettive/deprimenti** come i cannabinoidi che ad alte dosi danno luogo ad allucinazioni e a basse creano dispercezioni spazio-temporali;
- sostanze **dispercettive/stimolanti** come l'ecstasy.

1.6 DIFFUSIONE E CONSUMO DI SOSTANZE: LA SITUAZIONE ATTUALE IN ITALIA ED IN EUROPA

Le Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope² sono pubblicate nel sito del Ministero della Salute e vengono aggiornate ogni qual volta lo si ritenga necessario, la versione più recente che troviamo è quella entrata in vigore con il Decreto Ministeriale del 27 giugno 2024.

Vi sono quattro tabelle per le sostanze stupefacenti e una per i medicinali che contengono sostanze psicoattive a scopo terapeutico.

Da definizione dell'OMS (1967), il termine droga viene inteso come “ogni sostanza naturale o artificiale in grado di modificare la psicologia e l'attività mentale degli esseri umani.”

TABELLA I	<ul style="list-style-type: none">• Oppio e derivati oppiacei (morfina, eroina, metadone ecc.)• Foglie di Coca e derivati
-----------	--

² Ministero Salute. (2024). *Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope*. <https://www.pnes.salute.gov.it/portale/medicinaliStupefacenti/dettaglioContenutiMedicinaliStupefacenti.jsp?lingua=italiano&id=3729&area=sostanzeStupefacenti&menu=vuoto&tab=1>

	<ul style="list-style-type: none"> • Amfetamina e derivati amfetaminici (ecstasy e designer drugs) • Allucinogeni (dietilammide dell'acido lisergico - LSD, mescalina, psilocibina, fenciclidina, ketamina ecc.)
TABELLA II	Cannabis
TABELLA III	Barbiturici
TABELLA IV	Benzodiazepine

La Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze³, prevista dal DPR 309/90, rappresenta la principale fonte informativa nazionale per il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA). Questo documento ha l'obiettivo di fornire un quadro, il più possibile accurato, orientando così gli interventi pubblici e le politiche di prevenzione e trattamento del fenomeno in modo efficace e mirato. I dati proposti sono il frutto di una raccolta sistematica proveniente da diverse fonti: amministrazioni centrali e periferiche, centri di ricerca, ed enti del privato sociale competenti in materia.

La pubblicazione del 24 giugno 2024 presenta la panoramica attuale, riferita all'anno 2023, in cui il consumo di sostanze stupefacenti, i reati penali ad esse connessi e la domanda di trattamento, sembrano essere in aumento.

Vi è una crescita del consumo di sostanze psicoattive tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni, in aumento le percentuali di studenti che riferiscono di aver usato almeno una volta nel corso dell'anno cocaina, stimolanti, allucinogeni e nuove sostanze psicoattive, anche se la cannabis rimane la sostanza più usata dai giovani, con una lieve diminuzione della prevalenza rispetto all'anno precedente. Nei minorenni si riscontra un maggiore coinvolgimento non solo nel consumo ma anche nella produzione, nel

³ *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.* (2024).

https://www.governo.it/sites/governo.it/files/relazione-al-parlamento_2024.pdf

traffico e nella detenzione illecita di sostanze. Sono aumentati anche gli accessi in Pronto Soccorso e presso i Servizi pubblici e privati (SerD). Con l'aumento dei progetti di prevenzione, di informazione, comunicazione e sensibilizzazione, sono stati coinvolti quasi la metà degli studenti, i quali mostrano Maggiore consapevolezza sui rischi e minore propensione all'utilizzo di sostanze.

Il mercato delle nuove sostanze psicoattive è in continua evoluzione, solo nel corso dell'ultimo anno, sono state inserite all'interno delle tabelle ministeriali, 48 nuove sostanze stupefacenti. Sono costituite da composti sintetici che sfuggono facilmente ai controlli, in quanto, essendo in continuo sviluppo, non risultano nelle classificazioni delle sostanze vietate dalla legge.

Con la stessa logica l'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), conduce annualmente un'analisi sul fenomeno della droga in Europa, l'ultimo aggiornamento è relativo al 11 giugno 2024, con la pubblicazione della Relazione europea sulla droga 2024⁴.

L'indagine mostra un'alta disponibilità di sostanze, spesso più potenti o in nuove forme, aumentando i rischi per la salute, inclusi avvelenamenti potenzialmente mortali. Tutti, direttamente o indirettamente, rischiano di subire le conseguenze del consumo di droghe e dell'attività del mercato della droga. Si registrano infatti preoccupazioni per la crescente violenza legata al traffico di droga e lo sfruttamento dei minori. La prevenzione del consumo di sostanze è un obiettivo chiave, e sono necessarie strategie basate su evidenze scientifiche. L'uso di sostanze per via parenterale continua a comportare alti rischi per la salute, risultando connesso alla presenza di diversi focolai di HIV in Europa, rendendo perciò necessarie risposte più mirate e integrate. La cannabis rimane la droga illecita più comunemente consumata nell'Unione europea, con una prevalenza di circa cinque volte superiore a quella della sostanza al secondo posto, la cocaina, pur vedendo sequestrate quantità record di quest'ultima per il sesto anno di fila. Alcuni Stati membri dell'UE hanno cambiato, o stanno

⁴ EUDA European Union Drugs Agency (2024). *Relazione europea sulla droga 2024*. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/drug-situation-in-europe-up-to-2024_it

prendendo in considerazione di cambiare il proprio approccio alla regolamentazione del consumo di cannabis a scopo ricreativo, rendendone possibile un maggior accesso. Gli oppioidi continuano a essere le sostanze più comunemente coinvolte in overdose, spesso in combinazione con altre droghe come benzodiazepine, alcol e cocaina. Questa tendenza di policonsumo sta aumentando, rendendo più complessa la gestione dei rischi per la salute.

CAPITOLO 2

IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO-SANITARIO ALL'INTERNO DEL SERVIZIO PUBBLICO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE (SER.D)

2.1 IL SERVIZIO PUBBLICO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Servizio per le Tossicodipendenze, Ser.T., è stato istituito a partire dal D.P.R. 309/1990, questa normativa è stata varata in conseguenza al dilagante fenomeno della dipendenza da eroina degli anni Settanta e Ottanta, perciò, i servizi si sono inizialmente strutturati per rispondere ai bisogni di quella particolare tipologia di utenza.

Il fenomeno si è progressivamente trasformato in una poliassunzione diffusa, che ha visto, in particolare, un crescente consumo di cocaina, cannabis, alcol e l'avvento delle Nuove Sostanze Psicoattive.

Con l'introduzione del concetto di dipendenza comportamentale, new addiction, è stato necessario un aggiornamento dei servizi, che ha condotto alla trasformazione del nome da Servizio per le Tossicodipendenze a Servizio per le Dipendenze, includendo, in tal maniera, tra le sue competenze, una serie di attività indirizzate principalmente a tabacco, alcol e gioco d'azzardo patologico (GAP) ma anche a tutti gli altri comportamenti patologici, tra cui spiccano le problematiche relative all'utilizzo problematico di internet (GIA).

I servizi ambulatoriali per le dipendenze sono organi del sistema sanitario nazionale (SSN), possono essere pubblici (Ser.T. e Ser.D) o privati (servizi multidisciplinari integrati SMI) e fanno parte dei servizi di secondo livello per le dipendenze patologiche insieme a realtà del Privato Sociale accreditate, i cui obiettivi principali per la promozione e tutela della salute sono prevenzione, cura e riabilitazione.

Nel 2004, la Regione Marche ha adottato la Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 747, che ha modificato la denominazione dei Ser.T in STDP, Servizi per le Dipendenze Patologiche. Questo cambiamento è parte di una riorganizzazione dei servizi per affrontare meglio la complessità delle dipendenze, rafforzando l'approccio

trasversale dei servizi di cura e prevenzione, garantendo un supporto più ampio e integrato ai pazienti affetti da dipendenze, tenendo conto delle evoluzioni del fenomeno e delle esigenze emergenti.

È possibile rivolgersi al Servizio in modo gratuito e libero, non vi è la necessità di prescrizione medica ed è predisposto all'accoglienza di persone con problemi correlati a dipendenze patologiche e ai congiunti degli stessi. Generalmente il responsabile del Ser.D. è un Dirigente Medico e gli operatori che vi operano, vanno a costituire un'équipe multidisciplinare, poiché, dovendo far fronte ad esigenze e percorsi caratterizzati da elevata complessità e mutevolezza, solo così sarà possibile un'adeguata definizione degli obiettivi di trattamento individualizzati, aventi come finalità, il miglioramento della qualità di vita, raggiungendo del miglior livello di integrazione sociale e lavorativa possibile per l'utente, oltre ovviamente allo stato astinenziale del comportamento di abuso. Con il termine integrazione si intende sia la capacità dell'individuo di stare in relazione con sé stesso che con il contesto ambientale. Essendo le regioni dotate di autonomia programmatica sul proprio territorio, a livello nazionale risulta una forte variabilità organizzativa all'interno dei servizi pubblici per le dipendenze.

Il personale risulta essere composto per più della metà da medici e infermieri, e ruoli ricoperti dalla restante parte si suddividono tra psicologi, assistenti sociali, educatori professionali e in minima parte da amministrativi e altri profili professionali. Tutti gli operatori sono tenuti al segreto professionale, la tutela della privacy è essenziale e deve essere garantita, vi è anche la necessità di applicare l'anonimato ai dati anagrafici della persona.

I servizi erogati si articolano in:

- accertamento diagnostico e monitoraggio delle condizioni di dipendenza patologica;
- interventi medici per il raggiungimento il mantenimento dell'astinenza da sostanze psicotrope, con la somministrazione di terapie di disassuefazione, anti-creaving e avversivanti;
- eventuale trattamento farmacologico per psicopatologie correlate;
- trattamenti psicoterapeutici individuali familiari e per coppie;
- gruppi terapeutici per pazienti e loro familiari;

- accompagnamento e inserimento all'interno di comunità terapeutiche per il recupero e l'inserimento sociale;
- supporto ai programmi di inserimento sociale lavorativo;
- interventi in regime di ricovero ospedaliero o detenzione carceraria per la cura delle dipendenze con programmi alternativi alla detenzione;
- visite e certificazioni per la commissione patenti, accertamenti di dipendenza per mansione del rischio.

Tutti queste prestazioni sono fornite direttamente dal servizio ambulatoriale, ma ve ne sono di ulteriori che si articolano in collaborazione con altri enti pubblici e privati e con le risorse territoriali come:

- la collaborazione con i gruppi di auto mutuo aiuto presenti nel territorio;
- interventi di informazione, orientamento, prevenzione ed educazione sanitaria in tema di dipendenza, alle istituzioni scolastiche e alla popolazione in generale.

Tutto ciò, oltre ai rapporti con il tribunale e le carceri, con gli amministratori e i politici degli enti locali, con associazioni di volontariato e con le altre strutture sociosanitarie, in particolare con la psichiatria, dato il notevole incremento di pazienti con doppie diagnosi.

Affinché gli interventi siano efficaci, una sufficiente motivazione al cambiamento e una stabilizzazione a livello psicofisico, sono prerequisiti necessari dell'utenza in carico.

Quando una persona arriva a rivolgersi al Servizio, spesso lo fa sollecitato da pressioni esterne, in particolare dei familiari, oppure spronato da motivi socioeconomici o di forte malessere personale, pretendendo di ottenere una risposta e una soluzione in tempi brevissimi.

È invece fondamentale che vi sia una corretta analisi della domanda, affinché possa essere messa in atto un'adeguata progettazione, il che comporterà tempi che potrebbero risultare sproporzionati all'utenza, soprattutto se consideriamo che il lavoro non sarà condotto da un singolo professionista ma da un'équipe multidisciplinare, che

necessiterà di tempo per potersi confrontare durante le riunioni di équipe, momento in cui avviene la discussione dei casi e ci si raffronta sul trattamento da attuare.

È importante che il Ser.D non venga inteso come luogo di controllo, il che risulterebbe ancor più stigmatizzante e punitivo, ma come un servizio di aiuto e cura a cui ci si possa rivolgere con fiducia in caso di bisogno; perciò, è fondamentale che i servizi si adeguino ai continui cambiamenti del fenomeno, attraverso modalità proattive, orientate in direzione delle esigenze degli utenti. Per far sì che ciò accada, il ruolo che riveste la formazione continua rivolta agli operatori, è imprescindibile. Non solo affinché vi sia un costante incremento delle competenze, consentendo in tal modo prestazioni più efficaci e pertinenti alle richieste e ai bisogni dell'utenza, ma anche per fornire sostegno, supporto e motivazione all'équipe, diminuendo la probabilità di burn-out.

Si vede inoltre necessario il potenziamento delle funzioni di sanità territoriale dei Ser.D., affinché siano garantite valide prestazioni di integrazione sociosanitaria. In tal senso, il Budget di salute assume un ruolo di centrale importanza, che imporrà una traduzione degli interventi in specifiche scelte operative, aventi come finalità l'incremento del benessere e la riduzione dei fattori di rischio.

Secondo i dati raccolti dal Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND)⁵ nel 2023, sono attivi sul territorio nazionale 570 Servizi ambulatoriali pubblici per le Dipendenze (SerD) dedicati alla cura delle persone con disturbo da uso di sostanze illegali, articolati in 614 sedi.

Nel corso degli anni, si è registrato un progressivo invecchiamento degli utenti in trattamento presso i SerD: la quota degli assistiti con un'età superiore a 39 anni, sale al 63% e parallelamente cala la quota degli utenti più giovani.

In base alla sostanza primaria di trattamento, il 58% dell'utenza risulta in carico per l'eroina.

⁵ *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.* (2024).

https://www.governo.it/sites/governo.it/files/relazione-al-parlamento_2024.pdf

2.2 CHI È L'EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO-SANITARIO

L'Educatore Professionale è un professionista che opera nell'ambito sociale e sanitario, in collaborazione con équipe multiprofessionali, individuato dal DM 520/98 che ne riconosce il profilo sociosanitario. Per l'acquisizione del titolo è previsto un percorso formativo universitario triennale, all'interno della facoltà di Medicina, rientrando tra i professionisti sanitari della riabilitazione SNT2.

Le aree di intervento dell'Educatore Professionale sono varie e diversificate, ma accomunate da caratteristiche quali:

- il lavoro sulla quotidianità, condiviso con l'utente, rivolto alla globalità della persona, finalizzato alla valorizzazione delle sue risorse;
- il reinserimento o inserimento sociale, favorendo la partecipazione attiva dell'utente e del contesto di vita nell'ottica di produrre un cambiamento non solo nel singolo ma anche nella realtà che lo circonda;
- la prevenzione del disagio e il contenimento dello stesso, limitandone i danni e le conseguenze negative.

L'attività svolta dall'educatore può essere distinta in quattro categorie:

- con l'utenza, nel rapporto diretto con la persona;
- per l'utenza, con il lavoro indiretto per l'organizzazione degli interventi;
- per il servizio, con attività di progettazione;
- per il territorio, con il tentativo di migliorare la qualità di vita di tutta la comunità dei cittadini e non solo della singola persona presa in carico.

I principi alla base del lavoro educativo sono⁶:

- la coscientizzazione (Paulo Freire) si ricollega al concetto di educazione come mezzo per la liberazione e la crescita della consapevolezza individuale attraverso cui è possibile un processo di trasformazione interiore, che permette

⁶ Bono A., *L'Educatore Professionale e le ferite dell'esistenza*. Prospettive Sociali e Sanitarie. (2011).
https://prospettivesocialiesanitarie.it/materiali/Bono_pss1104-5.pdf

una presa di coscienza della propria condizione e dei propri limiti che derivano dall'ambiente, dalla società o dalle sue esperienze personali.

- L'unità dell'individuo (Moravia), considerato in termini olistici, come composto da corpo e mente, in continua interazione con l'ambiente in cui vive.
- Il colloquio e la relazione umana, non solo quella terapeutica, vengono visti come fonte primaria di sostegno per il paziente e la parola assume un ruolo chiave, considerata come lo strumento principale dell'intervento attuato (Borgogna).
- L'idea di uno stato sociale che sappia garantire la sicurezza di base di cui tutte le persone, ed in particolare quelle più deboli, necessitano (Castel).

Rispetto alle altre professioni di aiuto, quella dell'Educatore Professionale, si caratterizza per la vicinanza all'utente, intesa sia in senso relazionale che fisico. Il professionista accompagna la persona attraverso le sue vulnerabilità, ascoltando sé e l'altro, nella dimensione interiore e nella mediazione con il reale, permettendo alla persona di percepire, costruire o ricostruire la propria esistenza.

Spesso, tra i due attori della relazione, si costituisce una coppia, la diade primaria in cui, secondo la definizione di Bronfenbrenner⁷, quando uno dei membri attraversa una fase di cambiamento, evoluzione o sofferenza, questo stato non si limita a riguardare solo il singolo, ma influisce inevitabilmente anche sull'altro, istaurandosi così un processo di reciproca influenza che non si verifica solo quando i membri della coppia sono fisicamente vicini, ma anche quando sono lontani.

In questa professione vi è un grande investimento emotivo ed empatico e di conseguenza c'è un forte rischio di scivolare in una relazione non più terapeutica ma amicale. In tal senso è importante che la relazione educativa, in quanto professionale, venga costituita e mantenuta in modalità asimmetrica, in cui i ruoli sono ben distinti e definiti, ciò non significa che uno sia migliore dell'altro, semplicemente che si trovano su due piani differenti, questo è fondamentale per non causare ambiguità. Secondo il quinto assioma della comunicazione di Watzlawick "Tutti gli scambi di comunicazione

⁷ Onorina Gardella, *L'Educatore Professionale. Finalità, metodologia, deontologia*, Franco Angeli, 2007, V, p.57

sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza”.

Il tripode su cui si appoggia questa professione è costituito dall'intersezione di tre aspetti fondamentali che devono essere adeguatamente sviluppati affinché si arrivi ad una formazione professionale completa e versatile:

- il sapere, ovvero l'insieme delle conoscenze teoriche acquisite;
- il saper fare, legato alle competenze pratiche, alle abilità tecniche e professionali che permettono l'effettivo svolgimento delle attività;
- il saper essere che corrisponde alle capacità e caratteristiche personali, emotive e sociali del professionista che definiscono la modalità in cui egli si adatta alle situazioni e si pone nell'interazione con gli altri.

Il lavoro educativo è connotato da intenzionalità e concretezza, niente è mai lasciato al caso, ogni scelta è valutata e ponderata con attenzione ed ogni attività è improntata dal principio della fattibilità, in cui la persona viene considerata in modo concreto, all'interno del proprio contesto sociale e relazionale.

L'educatore accompagna la persona nel percorso, attraverso la relazione, l'osservazione e l'ascolto attivo, maieutico. Il suo lavoro è assimilabile a quello del metodo socratico, attraverso il quale Socrate guidava le persone nella ricerca della conoscenza, stimolando il dialogo e la riflessione e spronando gli interlocutori a esplorare le proprie idee e "partorire" la loro verità. Infatti, il termine educare, dal latino "ex-ducere", significa letteralmente "tirare fuori", e viene interpretato come l'intervento volto a far emergere le potenzialità delle persone che vanno curate e nutrite, procedendo attraverso un percorso di scoperta e valorizzazione delle capacità individuali.

2.3 L'EDUCATORE PROFESSIONALE NEL SER.D

La formazione poliedrica e complessa degli educatori, unita al lavoro in équipe multiprofessionali, ha permesso lo sviluppo di un linguaggio comune e l'acquisizione di competenze, in grado di gestire la complessità dei contesti sociosanitari, come quelli legati alle dipendenze patologiche.

L'educatore è in grado di operare in ognuno dei tre aspetti in cui può essere considerata la malattia ovvero:

- disease (la malattia fisica vera e propria), offrendo supporto al trattamento sanitario;
- illness (la personale percezione della malattia da parte del malato stesso), sostenendo l'elaborazione e il vissuto individuale della malattia;
- sickness (la percezione sociale della malattia), riconoscendo l'impatto che determinati disturbi e sindromi possono avere nella società.

All'interno dei servizi per le dipendenze, l'educatore gioca un ruolo fondamentale soprattutto in quest'ultimo aspetto della malattia, ovvero la sickness, ponendo una particolare attenzione agli interventi relazionali, i quali costituiscono il fulcro del lavoro educativo.

Il Ser.D, svolge un ruolo cruciale nella gestione delle dipendenze, offrendo un approccio olistico volto a trattare non solo i sintomi evidenti ma anche le radici profonde dei disturbi, contesto nel quale, l'inserimento della figura dell'Educatore, ha rappresentato un passo cruciale nella progettazione centrata sulla persona.

Sebbene l'approccio medico rimanga predominante, l'educatore favorisce l'apporto fondamentale del valore umano al percorso di cura.

Tra le competenze fondamentali, spiccano quelle legate alla comunicazione e alla capacità relazionale, insieme alla capacità di stabilire e mantenere relazioni positive e significative. L'empatia svolge un ruolo cruciale, consentendo all'educatore di comprendere a fondo le sfide e le esperienze degli utenti e favorendo un ambiente di supporto e comprensione, volto al superamento di giudizi e pregiudizi.

Altra competenza chiave è la predisposizione al problem solving, la gestione delle dipendenze è un processo complesso che richiede soluzioni flessibili e mirate a

specifiche situazioni. L'educatore deve essere in grado di affrontare le difficoltà in modo creativo, sviluppando strategie personalizzate che favoriscano il percorso di riabilitazione. Questa tipologia di approccio consente di andare oltre la semplice gestione dei sintomi, ponendo al centro il percorso di crescita personale e il recupero di competenze essenziali per una vita equilibrata.

L'educazione offre all'utenza una nuova prospettiva, incentrata sulla comprensione dei meccanismi che regolano il comportamento e sull'acquisizione di strumenti pratici per fronteggiare le sfide quotidiane.

L'azione educativa si estende, inoltre, al contesto sociale delle comunità coinvolte, attraverso la formazione e la sensibilizzazione sulla complessità del fenomeno della dipendenza. Ciò contribuisce alla creazione di ambienti più inclusivi e solidali, oltre a ridurre lo stigma e favorire una maggiore consapevolezza dei segnali precoci con cui la malattia si manifesta.

Tutto ciò è possibile grazie ad una progettazione articolata in diversi step:

- L'*assessment*, viene effettuato prima di qualsiasi altra azione e consente l'acquisizione di informazioni personali dell'utente, tra cui dati anamnestici, fattori di rischio e protezione, eventuali risorse, interessi e capacità, rendendo così possibile una valutazione iniziale, ricostruendo il quadro socio-familiare e funzionale del soggetto, analizzando i suoi bisogni e quelli del contesto in cui vive.
- Nella fase di progettazione vera e propria avviene la definizione del contratto terapeutico che va condiviso non solo con il resto dell'équipe ma anche con il destinatario stesso del progetto, che ne diventa coautore collaborando con i professionisti nella determinazione di obiettivi, tempi e spazi, così da rafforzarne l'alleanza terapeutica e l'empowerment.
- La valutazione in itinere ha lo scopo di monitorare costantemente lo stato di avanzamento dell'intervento, confrontando i risultati di percorso ottenuti con gli obiettivi intermedi previsti. Questo monitoraggio continuo permette di individuare eventuali criticità o aree di miglioramento, consentendo, se necessario, la riprogettazione.

- La valutazione finale, mira a verificare se gli obiettivi complessivi e finali dell'intervento siano stati raggiunti. In questa fase è essenziale tenere conto di due indicatori chiave, l'efficacia e l'efficienza, il primo rappresenta il grado di corrispondenza tra gli obiettivi prefissati e i risultati effettivamente ottenuti, valuta la reale utilità e l'impatto dell'intervento in termini di raggiungimento degli obiettivi; il secondo oltre ai risultati, tiene in considerazione anche i costi sostenuti, valutando l'economicità del progetto e la sua capacità di utilizzare le risorse in modo produttivo, ponendo l'attenzione sulle prestazioni.
- A conclusione del programma possono essere previsti interventi di follow-up, finalizzati a monitorare lo stato di salute e di benessere del soggetto seguito, verificando la persistenza degli effetti positivi ottenuti e l'eventuale necessità di ulteriori interventi.

Gli interventi educativi all'interno dei Servizi per le Dipendenze spaziano dai percorsi ambulatoriali, alle attività di prevenzione, fino agli interventi di prossimità nell'ambito della Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi (RdD/LdR), questi ultimi sono riconosciuti tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Queste azioni condividono un orientamento centrato sulla responsabilizzazione⁸, che pone le sue fondamenta sulla prevenzione sociale, la repressione dello smercio e della distribuzione di sostanze e la solidarietà civile.

Sebbene questo approccio ammetta l'uso di misure repressive, esse sono rivolte esclusivamente verso coloro che partecipano alla criminalità connessa al fenomeno della dipendenza. Al contrario, il soggetto affetto da questa patologia viene considerato con rispetto e comprensione, riconoscendo la sua dignità umana e il suo potenziale di recupero e miglioramento.

Questo approccio si fonda, infatti, su valori di tolleranza, educazione e solidarietà, sollecitando la fiducia reciproca e richiedendo un cambiamento collettivo della società.

⁸ Lucio Pinkus, *Tossicodipendenza e intervento educativo*, Edizioni Erickson, Trento, 1999, VIII, p.166

Al contrario, l'orientamento puramente repressivo, si basa sulla concezione che inculcando paura e terrore, si possano ottenere guarigione e benefici. Questo metodo è stato ampiamente smentito, dimostrando che, se applicato nei confronti di chi presenta una personalità fragile e gravi carenze nella socializzazione, tale espediente può innescare una reazione contraria, producendo un rinforzo positivo, gratificante che porterà ad una riaffermazione del comportamento patologico, incentivato dal desiderio di ribellione.

2.4 LE COMPETENZE COMUNICATIVE ED IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Una comunicazione efficace sembra essere di importanza strategica per il miglioramento della compliance del paziente, ovvero della sua adesione terapeutica. Non si comunica solo con il linguaggio verbale, lo si fa anche, anzi soprattutto, attraverso quello paraverbale e non verbale, modulando la voce, con il corpo e con le espressioni facciali.

Nel contesto di cura, la comunicazione corporea può assumere una notevole rilevanza, il cosiddetto healing touch, tocco curativo, rappresenta un esempio significativo di come il contatto fisico possa esprimere empatia e sostegno. Un contatto delicato e non invasivo può essere carico di empatia, permettendo una connessione umana autentica.

Le emozioni del paziente vanno riconosciute, legittimate, parlandone apertamente e dando loro uno spazio adeguato. Non vanno ignorate le preoccupazioni, piuttosto affrontate ponendo domande aperte, creando in tal modo un dialogo trasparente e costruttivo. Deve essere concesso al paziente il giusto tempo per reagire, senza che venga interrotto, solo così si possono intercettare in modo più dettagliato i suoi bisogni.

Ascoltare attivamente, con tranquillità e attenzione, è essenziale, così come lo è riuscire a stare nel silenzio, che può essere anch'esso carico di significato e conforto. Anche la sola presenza fisica quando è percepita come presenza emotiva e partecipata,

rappresenta uno dei più grandi sostegni per il paziente. Non si tratta solo di essere presenti fisicamente, ma anche di trasmettere una vicinanza empatica e comprensione.

Prioritario è lo sviluppo di una motivazione sufficiente affinché aumentino le probabilità di successo del progetto terapeutico. La motivazione può essere considerata come una forma di energia che orienta il comportamento alla soddisfazione di bisogni e desideri, è influenzata dalla storia personale, dal contesto culturale e dalla situazione di urgenza in cui ci si trova, è quindi una forza complessa che emerge dall'interazione di fattori interni ed esterni.

Compito dell'operatore è quello di lavorare sulla motivazione al cambiamento, in modo graduale e consequenziale.

A tal proposito, uno fra gli interventi maggiormente indicati è quello del colloquio motivazionale, una forma di counseling centrata sul paziente, finalizzata ad affrontare e risolvere i conflitti e le ambivalenze che possono emergere nel contesto terapeutico, con l'obiettivo di favorire un cambiamento comportamentale. Questo può variare da una completa resistenza all'adesione terapeutica fino a una piena accettazione del percorso proposto, attraversando una serie di fasi, definite, stadi del cambiamento e sono⁹:

- la precontemplazione, in cui il paziente non è consapevole della propria condizione patologica e può apparire disinteressato e ostile, rifiutando le evidenze mediche poiché non intenzionato a cambiare.
- La contemplazione, in cui il paziente diventa consapevole del problema ma rimane bloccato dalla ambivalenza. In questa fase, pur non opponendo resistenza ed esprimendo consenso al trattamento, non compie alcun passo concreto verso un effettivo cambiamento, dando spesso un'impressione fuorviante di collaborazione.
- La determinazione, caratterizzata dalla decisione del paziente di intraprendere il cambiamento, le resistenze lasciano finalmente spazio a una chiara adesione

⁹ F. Lugoboni, L. Zamboni, *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*, Edizioni CLAD, 2018, III, p.220

al progetto terapeutico. Questo stadio, a differenza dei precedenti, è caratterizzato da una durata molto breve, e perciò fondamentale che venga colto tempestivamente per poter concretizzare l'inizio del processo di cambiamento.

- L'azione, in cui il paziente mette effettivamente in atto le strategie proposte.
- Il mantenimento in cui i nuovi comportamenti diventano parte integrante dello stile di vita del paziente venendo pienamente incorporati nelle sue abitudini.
- Infine, vi è il rischio della ricaduta, che può riportare il paziente alla fase di precontemplazione, costringendolo a ricominciare il percorso da capo.

Esistono tre elementi fondamentali che spingono una persona verso il cambiamento:

- l'autoefficacia, ovvero la fiducia nelle proprie capacità di raggiungere un obiettivo specifico, è strettamente legata all'autostima e al desiderio di prendersi cura di sé.
- La frattura interiore, si manifesta quando una persona percepisce in modo doloroso le contraddizioni tra la propria condizione attuale e i valori o ideali personali. Questo divario tra reale ed ideale può diventare incentivare la spinta al cambiamento.
- La disponibilità al cambiamento, che varia a seconda dello stadio in cui si trova ciascuna persona.

Ci sono degli ostacoli che possono emergere durante il processo comunicativo tra operatore e paziente, chiamati blocchi della comunicazione o trappole. Queste possono far sì che le resistenze del paziente aumentino, portandolo a all'opposizione, piuttosto che alla collaborazione. È facile cadere in queste dinamiche, trasformando una relazione empatica in un confronto conflittuale, è perciò essenziale conoscerle per imparare ad evitarle il più possibile. Bisogna evitare di dare direttive; dare avvertimenti minacciosi; fare paternali; biasimare e criticare; svergognare; cercare di convincere con la logica; interpretare; etichettare; confrontare la negazione; sdrammatizzare e ironizzare.

Strategie che possono invece risultare efficaci sono:

- dare al paziente informazioni che possa facilmente comprendere e che abbiano un'evidenza scientifica, portandolo in tal modo al riconoscimento della propria condizione problematica.
- Facilitare l'adesione e il coinvolgimento rimuovendo eventuali ostacoli e garantendo un intervento precoce.
- Proporre varie opzioni, lasciando libertà di scelta.
- Fare un'analisi dei pro e dei contro, riducendo il più possibile i fattori che rendono desiderabile quel comportamento patologico, esplicandone le conseguenze dannose.
- Limitare la resistenza attraverso l'empatia e l'ascolto attivo.
- Fornire dei feedback.
- Definire obiettivi realistici e raggiungibili, condivisi con il paziente.
- Porsi come fattore attivo, interessato alla riuscita del percorso.

2.5 LA RIDUZIONE DEL DANNO

Questo approccio riconosce la complessità delle scelte personali, evidenziando che imporre l'astinenza non è sempre la soluzione più efficace. La riduzione del danno è finalizzata comunque al cambiamento, focalizzandosi sul miglioramento individuale, incoraggiando le persone ad assumersi responsabilità per le proprie azioni ed a realizzare piccoli mutamenti che possano migliorare sia il loro benessere che quello delle loro famiglie e comunità. Quando l'astinenza risulta difficile o controproducente, moderare il comportamento e controllare l'uso diventano alternative valide per minimizzare i danni.

Gli obiettivi principali di questo intervento sono:

- La tutela della salute e dell'integrazione sociale dell'utente riducendo la mortalità, l'overdose e le patologie correlate all'abuso di sostanze come la trasmissione di HIV ed epatiti virali. L'intervento non è orientato alla guarigione ma alla cura, riconoscendo il diritto umano alla salute,

indipendentemente dalla capacità e dalla volontà della persona di interrompere il consumo di sostanze.

A tale scopo, le possibili azioni sono la distribuzione di materiale sterile gratuito, incentivando la restituzione di quello usato, e di profilattici; colloqui di sostegno; interventi informativi e preventivi sugli effetti e sui rischi, sanitari e legali, associati alle sostanze.

- La difesa sociale, arginando gli effetti prodotti dal consumo di sostanze, all'interno della popolazione, in merito alla salute e all'ordine pubblico, rispettivamente tentando il contenimento della diffusione di patologie infettive e contrastando il fenomeno della macro e microcriminalità associata alla dipendenza. L'intervento è volto al miglioramento delle relazioni sociali e al superamento dell'emarginazione, per favorire l'inserimento della persona dipendente all'interno della collettività
- L'accoglienza indirizzata al recupero, offrendo un sostegno volto alla riscoperta e ristrutturazione della propria identità, tramite il supporto relazionale, stimolando la ricerca di un diverso stile di vita.

Il lavoro educativo di strada, affinché venga accolto dall'utenza, richiede all'operatore che il suo stile d'azione sia compatibile con quello del luogo, non legittimandolo, ma ponendosi come una figura di sostegno e di riferimento, come testimone di un modello relazionale alternativo, in cui poter investire fiducia e affetto. Per far sì che ciò accada, è necessario che l'Educatore Professionale, oltre ad avere un'adeguata formazione, data anche l'assenza dei confini forti di un setting come quello ambulatoriale, posseda:

- un'approfondita conoscenza della cultura del territorio in cui si trova ad agire, per poter cercare, o creare, condizioni di compatibilità che rendano possibile un suo intervento funzionale.
- Una legittimazione reciproca con la popolazione del territorio, in modo che la comunità locale sia una risorsa con cui poter collaborare.
- Una visione consapevole della criminalità presente nel territorio.

Gli operatori che operano in tali contesti, costituiscono l'unità di strada, e lo fanno in strutture fisse, i centri di prima accoglienza (drop-in center) o mobili, automezzi adibiti in modo da consentire incontri e colloqui riservati, oltre alla distribuzione di materiali sanitari. Questi servizi vengono definiti di primo livello, a bassa soglia, e risultano pragmatici ed efficaci nell'affrontare le complessità delle decisioni individuali legati alle dipendenze.

Sono rivolti a persone con breve storia di dipendenza, consentendone un aggancio precoce, o con storie di dipendenza cronica e recidivante che si sono allontanate dai servizi o che non intendono intraprendere percorsi sociosanitari. Ciò che contraddistingue questa tipologia di utenza è il basso grado di consapevolezza del proprio problema di dipendenza.

2.6 LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Sia nella relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2024, che nella relazione Europea per la droga del 2024, il concetto di prevenzione assume un ruolo di particolare rilevanza, dato l'aumento del consumo delle sostanze illegali e dei comportamenti a rischio legati all'uso di internet, al gaming e al gioco d'azzardo, in particolare fra gli adolescenti.

Con il termine prevenzione si fa riferimento all'insieme di strategie, azioni e misure volte a tutelare la salute e il benessere degli individui, limitando l'insorgenza di malattie o condizioni di pericolo nel territorio. Questo approccio mira a contenere l'esposizione a fattori di rischio, sia sul piano individuale che collettivo, ad implementare politiche volte a mantenere l'ambiente sicuro e ad educare la popolazione alla salute.

In tal senso, la prevenzione rappresenta uno strumento fondamentale per la promozione e la salvaguardia della salute pubblica, definita dall'OMS (1998) come “il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute”.

La prevenzione, in particolare nel contesto educativo, ha l'obiettivo di promuovere e valorizzare gli aspetti positivi della persona, sostenendone il completo

sviluppo. Un elemento chiave in questo processo è il concetto di resilienza, inteso come la capacità di affrontare e superare le difficoltà, traendone insegnamenti utili e costruttivi, aumentando l'autostima e rafforzando le risorse che consentiranno di affrontare le avversità in modo efficace e consapevole.

La prevenzione può essere articolata in tre livelli distinti¹⁰, ognuno dei quali mira ad intervenire in fasi diverse del rischio o della patologia:

- la prevenzione primaria, si concentra sull'individuazione precoce delle situazioni di rischio o di disagio, sia a livello psicofisico che psicosociale, con l'obiettivo di impedire l'insorgenza di un disturbo o di una malattia vera e propria.
- La prevenzione secondaria, si attiva quando sono già presenti i sintomi riconoscibili e si concentra sull'utilizzo di strumenti diagnostici e conoscitivi specifici, affinché venga valutata la situazione globale, comprendendo appieno la problematica da affrontare ed il contesto di vita della persona, non solo dal punto di vista medico ma anche psicosociale. L'intervento è poi conseguentemente orientato alla riabilitazione e alla restituzione dello stato di salute.
- La prevenzione terziaria, volta al reinserimento della persona nella vita sociale e lavorativa, cercando di prevenire ricadute o peggioramenti. Questa fase include un importante componente di educazione sanitaria, informando l'individuo sulle possibili strategie da mettere in atto al fine di evitare peggioramenti rispetto alle proprie condizioni di salute.

Un'altra modalità di classificazione della prevenzione, al momento molto utilizzata, è quella proposta inizialmente da Gordon e poi modificata da Mrazek e Haggerty dall'Istitute of Medicine (1994)¹¹, e si ripartisce in:

- La prevenzione universale, rivolta all'intera popolazione, comprende interventi destinati a tutta la comunità, con l'obiettivo di prevenire o ritardare l'adozione di certi comportamenti rischiosi o patologici.

¹⁰ Lucio Pinkus, *Tossicodipendenza e intervento educativo*, Edizioni Erickson, Trento, 1999, VIII, p.46

¹¹ Crisafulli Fabio, *La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale*, Maggioli Editore, VIII, p173

- La prevenzione selettiva, si concentra su sottogruppi della popolazione esposti a rischi maggiori rispetto alla media. L'obiettivo è quello di rafforzare i fattori di protezione e modificare atteggiamenti potenzialmente dannosi nei gruppi considerati.
- La prevenzione indicata, rivolta a persone identificate in potenziale pericolo, che mostrano segni premonitori di comportamenti ad alto rischio. L'intervento è mirato a prevenire il peggioramento della situazione, intervenendo tempestivamente.

Nel lavoro con gli adolescenti molti modelli di prevenzione si focalizzano sullo sviluppo della capacità critica dell'individuo, promuovendo e valorizzando il cambiamento. Tra i principali troviamo:

- la Peer Education, educazione tra pari, che si basa sulla teoria dell'apprendimento sociale e si applica principalmente nei contesti adolescenziali, in cui i ragazzi, supportati da adulti competenti, agiscono come protagonisti, valorizzando la funzione educativa del gruppo e rafforzando le competenze cognitive e relazionali dei singoli. Generalmente, i giovani coinvolti in questi interventi, vengono maggiormente accettati dai loro coetanei, poiché questi, si identificano più facilmente con loro rispetto agli adulti, evitando così atteggiamenti difensivi ed ostili nei loro confronti.
- Le Life skills, l'insieme di competenze sociali e relazionali, permettono ai giovani di affrontare con efficacia le sfide quotidiane, migliorando la fiducia in sé stessi. Queste attività sono orientate a potenziare le capacità di fronteggiare situazioni difficili, di resistere alle pressioni del gruppo e ad aumentare autostima e assertività, rendendo i ragazzi più consapevoli e resilienti nelle relazioni interpersonali.

CAPITOLO 3

IL LAVORO DI RETE: LA COSTRUZIONE DI UNA RETE TERRITORIALE E IL REINSERIMENTO SOCIALE

3.1 IL CONTESTO SOCIALE NELLA RIABILITAZIONE

La riabilitazione non si limita alla guarigione fisica, rappresenta un percorso complessivo cui il paziente “guadagna salute” e viene considerato una persona con diritti piuttosto che un semplice malato. Pertanto, questo approccio olistico non tiene conto solo degli aspetti medici ma anche delle condizioni di vita del paziente, includendo determinanti come l'abitazione, le relazioni sociali e familiari, l'autosufficienza economica.

L'Osservatorio Europeo sulle Droghe sottolinea come il solo trattamento volto al raggiungimento o al mantenimento dell'astinenza o della riduzione del consumo, non sia sufficiente a prevenire l'esclusione sociale, per cui è fondamentale includere interventi di integrazione e riabilitazione psicosociale già dalle prime fasi del percorso, aumentando la disponibilità degli stessi, sviluppando linee guida sugli interventi efficaci e considerando la reintegrazione sociale tra gli obiettivi principali del trattamento.

Solo negli ultimi anni, grazie anche all'adozione del modello concettuale proposto dall'ICF (Classificazione Intenzionale del Funzionamento e della Disabilità), la riabilitazione psicosociale viene considerata una disciplina basata sull'evidenza.

Il percorso riabilitativo, per essere efficace, deve essere personalizzato, adattandosi alle caratteristiche individuali e ambientali del paziente, proponendo interventi che ne rispettino le attese e le capacità, volti allo sviluppo di abilità concretamente applicabili nella vita reale, con verifiche periodiche che consentano di monitorare e apportare eventuali modifiche al progetto.

I concetti chiave che caratterizzano questo approccio sono:

- funzionamento, inteso come la capacità della persona di interagire con l'ambiente integrandosi positivamente;

- empowerment, ovvero processo di crescita e consapevolezza di sé e della propria malattia, basato su autostima, autoefficacia, autodeterminazione;
- qualità di vita, “la percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita, nel contesto dei sistemi culturali e dei valori di riferimento nei quali è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard interessi” (OMS 1997);
- recovery, definita come guarigione funzionale, in contrapposizione al concetto di guarigione clinica, fa riferimento alla capacità di condurre una vita soddisfacente dal punto di vista personale e sociale, senza la scomparsa della malattia.

La riabilitazione si realizza in forma collettiva, comporta la necessità di considerare la molteplicità dei bisogni del paziente e la multidisciplinarietà delle risposte, non è perciò possibile che un solo operatore risponda a tutte le necessità del paziente, né che il paziente investa le sue risorse su un singolo operatore, nonostante l'importanza di un'eventuale relazione privilegiata, che deve essere necessariamente sostenuta dal resto dell'équipe.

Due figure fondamentali sono quella del case manager e dell'operatore di riferimento, si distinguono in quanto la prima può fungere da regista, coordinando gli interventi senza necessariamente sviluppare un rapporto personale con il paziente, mentre la seconda diviene un oggetto di investimento relazionale e affettivo per l'utente, espletando una funzione di vicinanza e supporto emotivo, e nel fare questo è necessario che l'operatore stesso riceva sostegno dal gruppo con cui collabora.

Un approccio non giudicante e collaborativo è cruciale per garantire che gli obiettivi riabilitativi, concordati con il paziente, vengano raggiunti. La riabilitazione si concentra sull'opportunità, promuovere la responsabilità e l'autonomia dell'utente, piuttosto che sull'accentuarne il controllo.

Il contesto riabilitativo si basa su relazioni di rispetto, comprensione e partecipazione, è un nodo all'interno della rete costituita dai servizi terapeutico assistenziali e la sua efficacia dipende dalla relazione con questi ultimi e dal sostegno da parte della comunità in cui vive il paziente.

La famiglia e i caregiver giocano un ruolo centrale nel processo, essendo possibili risorse e coautori del trattamento, necessitando a loro volta di sostegno, e a volte, essendo coinvolti nella patogenesi multifattoriale della malattia stessa. La riabilitazione ha infatti una natura psicologica che si realizza tramite oggetti concreti, definiti mediatori, questi possono essere anche persone, inserite nel percorso con uno scopo terapeutico in momenti e modi opportuni.

Nel modello biopsicosociale proposto dall'OMS, il concetto centrale è il funzionamento definito come “la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo” (OMS, 2002).

Questo approccio sottolinea la necessità di abbandonare una visione unicamente medica della cura, per adottare invece un paradigma più complesso e aderente alla realtà globale della persona, integrando risorse e collaborazioni presenti nell'ambiente di vita dell'individuo al fine di intervenire efficacemente su quei fattori ambientali che ne influenzano in modo determinante il funzionamento.

Questo cambiamento di prospettiva permette, non solo un miglioramento della sua capacità di funzionamento ma anche della sua qualità di vita. L'obiettivo non è solo curare la malattia, ma garantire una vita dignitosa e soddisfacente, tenendo conto dell'interazione di aspetti fisici, psicologici e sociali. Solo attraverso questa visione olistica e integrata si può realizzare un intervento realmente efficace e orientato al benessere complessivo della persona.

È fondamentale comprendere l'interazione tra le diverse componenti che influenzano la salute di un individuo, considerando come parametro di benessere complessivo, le sue attività nelle varie aree della vita e il suo livello di partecipazione e inclusione sociale, senza trascurare le sue strutture e funzioni corporee. "L'attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. La partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita" (OMS, 2002).

I fattori contestuali contribuiscono nella valutazione dello stato di salute di una persona, si suddividono in fattori personali e fattori ambientali.

I primi rappresentano il bagaglio individuale di un soggetto e possono influenzare significativamente il suo funzionamento. Includono elementi come il genere, l'etnia, lo stato socioeconomico, l'età, lo stile di vita, l'educazione, l'autostima e i valori.

I secondi, riguardano il contesto fisico e sociale in cui la persona vive, incluse le norme e le politiche che regolano la società, oltre agli atteggiamenti delle persone che la circondano.

L'OMS ha individuato cinque macrocategorie per classificare questi fattori, ognuno dei quali può agire come facilitatore o barriera per la partecipazione e l'autonomia dell'individuo, rappresentando un'area di intervento rilevante nell'ambito della riabilitazione, e si articolano in:

- prodotti e tecnologia;
- ambiente naturale e cambiamenti effettuati dall'uomo;
- relazioni e sostegno sociale;
- atteggiamenti;
- servizi, sistemi e politiche.

Nella valutazione della condizione globale di una persona è importante sottolineare la distinzione tra capacità e performance. La capacità si riferisce all'abilità intrinseca dell'individuo di eseguire un compito, eliminando l'influenza dei fattori esterni. La performance, invece, include i fattori ambientali che possono influenzare la riuscita o meno di un'azione.

Perciò una persona potrebbe avere la capacità di svolgere un'attività, ma le barriere ambientali possono limitare la performance, o viceversa facilitatori ambientali possono migliorarne l'esecuzione.

Se il mondo interiore del paziente può essere talvolta difficile da raggiungere o influenzare, il suo contesto di vita offre invece un terreno di intervento più accessibile e facilmente modificabile, poiché gli aspetti su cui agire sono molteplici e variabili. Questa prospettiva operativa è supportata dalla constatazione che agire sui fattori ambientali può aumentare la motivazione del paziente al trattamento rendendo più profonda la sua adesione al percorso di cura in tutti i suoi aspetti.

Pensare in termini di facilitatori da inserire o barriere da rimuovere spinge gli operatori a superare i limiti dell'ambito clinico e ad aprirsi a nuove prospettive, loro non sono gli attori del progetto, sono piuttosto i registi che attivano o disattivano altre risorse e soggetti esterni.

Questo approccio invita a sviluppare creatività sia negli operatori che nei pazienti, cercando soluzioni inedite ed eliminando ostacoli spesso sottovalutati.

La comunità stessa può divenire una vera e propria miniera di risorse relazionali, ricreative, culturali e occupazionali in grado di rispondere ai bisogni di funzionamento della persona in modo più ampio e inclusivo rispetto a quanto potrebbe fare un singolo servizio o una rete di servizi istituzionali. Diventa quindi fondamentale esplorare opportunità al di fuori dei contesti istituzionali, coinvolgendo anche i singoli cittadini come risorse in percorsi riabilitativi personalizzati.

L'integrazione della comunità territoriale in una collaborazione attiva è essenziale nei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze. Solo attraverso questa sinergia con il territorio, si può creare un ambiente favorevole al cambiamento e alla crescita del paziente, strutturando così un intervento più efficace e sostenibile nel lungo termine.

3.2 CARATTERISTICHE, TEORIE E DEFINIZIONI DEL CONCETTO DI RETE

Aristotele definisce l'uomo come un animale sociale, sottolineando la natura intrinsecamente relazionale degli esseri umani. Le persone si affidano quotidianamente alle proprie reti sociali per soddisfare sia i bisogni materiali che quelli socio-emotivi. Queste connessioni possono offrire numerosi benefici, contribuendo alla salute dell'individuo, ma possono anche determinare conseguenze negative, compromettendo l'autonomia e il benessere personale.

L'analisi e l'azione sulle reti sociali rivestono un ruolo cruciale per il successo dei trattamenti terapeutico-riabilitativi proposti e attuati dai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

Fondamentale incentivare interventi che si focalizzino sulla cura delle relazioni, riconoscendone l'impatto significativo nel percorso di recupero, dal momento che le relazioni sociali rappresentano un fattore di rischio comune alle diverse forme di dipendenza. In alcuni casi, i legami compromessi possono essere considerati la causa di comportamenti problematici, mentre in altri possono essere il risultato di condotte che isolano l'individuo.

Il supporto sociale gioca un ruolo centrale nel favorire la gratificazione personale e nella trasmissione di valori e capacità di giudizio, che possano tutelare il soggetto dall'adozione di comportamenti a rischio, sostenerne il cambiamento e promuovere nuove opportunità di vita.

Risulta perciò necessaria la promozione di una cultura delle relazioni, stimolando una visione attiva, che coinvolga tutti gli *stakeholders*, i soggetti interessati nel fenomeno della dipendenza, ognuno con il proprio ruolo e la propria competenza, fornendo contributi differenziati ma orientati nella stessa direzione, permettendo una condivisione della responsabilità.

Le risorse e i sistemi di aiuto possono distinguersi in:

- formali, costituite da istituzioni e operatori di vario genere che erogano servizi e prestazioni professionali, usufruendo delle competenze e delle tecniche in loro possesso, instaurando con l'utenza relazioni asimmetriche;
- informali di cui fanno parte parenti, amici, colleghi e chiunque abbia una relazione significativa con la persona, divenendo una risorsa preziosa, un *natural helper*, senza possedere alcuna conoscenza specifica o ruolo strutturato. Sono in grado di rispondere non solo ai bisogni di aiuto concreto ma anche a quelli psicologici di rassicurazione e accettazione. Proprio per questo risultano particolarmente efficaci quando vi è la necessità di un supporto affettivo.

Facendo riferimento al contenuto delle relazioni sociali, ovvero a ciò che viene scambiato attraverso di esse, Wellman (1981) ha individuato cinque tipologie di supporto¹²:

¹² Daria Panebianco, *Dipendenza e cultura delle relazioni. Social network analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*. Rubbettino Editore, 2019, III, p.89

- gli aiuti simbolici consistono nel dare consigli e nell'offrire rassicurazione e conforto in momenti di difficoltà;
- i piccoli servizi comprendono il prestito e il dono di oggetti, beni o favori di piccola entità;
- i servizi più dispendiosi includono azioni che richiedono maggiore impegno come prendersi cura della casa o della salute di qualcuno;
- gli aiuti finanziari si manifestano sotto forma di regali, denaro, prestiti di vario tipo, fino ad un sostegno economico importante;
- la companionship si riferisce alla condivisione di idee e attività, creando legami attraverso le esperienze svolte in comune.

Il lavoro dei Servizi pubblici e privati deve svilupparsi in un'ottica di integrazione, concentrando e coordinando le risorse disponibili, affinché il disagio sociale non si trasformi in esclusione, stimolando l'azione congiunta dei servizi istituzionali e delle relazioni di aiuto formali e informali.

La costruzione di legami sani e la ricostruzione di relazioni reciproche e gratificanti, diventano gli obiettivi principali all'interno di un percorso di trattamento condiviso e concordato con la persona affetta da dipendenza patologica.

Il lavoro di rete vede coinvolti attori eterogenei come i Ser.D, le unità operative socio-sanitarie, il volontariato, le associazioni del territorio, le cooperative e la comunità in generale, che si distribuiscono in tre principali categorie:

- le reti primarie includono la famiglia, gli amici ed in generale tutte le relazioni dirette in cui la persona è coinvolta. Sono caratterizzate dal principio della reciprocità e dal carattere bidirezionale del supporto, ossia da un dare e avere bilanciato fra le parti. Generalmente, in situazioni di disagio, sono le prime ad attivarsi, in quanto, se costituite da legami solidi e concreti, rappresentano una risorsa fondamentale, sono la prima fonte di supporto e assistenza.
- Le reti secondarie informali comprendono gruppi di volontariato, di auto mutuo aiuto e associazioni. Gli scambi in queste reti sono guidati dal principio

della solidarietà, in cui le persone offrono aiuti e supporti volontariamente, senza aspettarsi nulla in cambio.

- Le reti secondarie formali sono strutturate e formalizzate, costituite da istituzioni che offrono servizi e prestazioni basate su normative specifiche. Comprendono enti pubblici, servizi sociali e organizzazioni regolamentate, in cui gli interventi seguono regole e procedure prestabilite.

L'organizzazione delle reti è fondamentale affinché si strutturino e mantengano collegamenti attraverso diversi servizi o professionisti. I livelli in cui la rete può essere articolata sono due:

- il livello micro, come intervento a favore delle singole persone, riguarda gli operatori che andranno a costituire un network di professionisti, un'équipe multidisciplinare, consentendo una collaborazione organica, attraverso l'utilizzo di strumenti e competenze differenziate, in cui le scelte saranno orientate dalla persona incaricata responsabile del caso, il *case manager*.
- Il livello macro risponde all'esigenza di creare una rete integrata di servizi sul territorio, fondandosi sulla loro collaborazione, con lo scopo di garantire una risposta coordinata e completa ai bisogni delle persone, favorendo la sinergia tra le diverse risorse disponibili a livello locale.

C'è una differenza fondamentale tra “lavoro di rete” e “lavoro in rete”¹³. Spesso, quando gli operatori dei servizi parlano di lavoro di rete, si riferiscono al fatto che un singolo utente viene seguito non solo da loro, ma anche da altri professionisti con competenze diverse. Questo suggerisce una disponibilità alla collaborazione interprofessionale, che è certamente positiva, ma non rappresenta appieno il lavoro di rete.

Quando assistenti sociali, psicologi, educatori, medici ecc., operano nel proprio ambito e svolgono le loro mansioni, tenendo conto delle prestazioni altrui, partecipano a un lavoro in rete. Tuttavia, il lavoro di rete è qualcosa di diverso, va oltre: è un'attività

¹³ Fabio Folgheraiter, *Interventi di rete e comunità locali. La prospettiva relazionale nel lavoro sociale*, Edizione Centro Studi Erikson, 1994, I, p38

concettuale e pratica che si occupa della supervisione e della manutenzione della rete stessa. In questo senso, chi si dedica al lavoro di rete adotta un ruolo quasi manageriale, aiutando a coordinare le diverse professionalità affinché operino in sinergia.

Spesso, il lavoro di rete viene visto in modo limitato, come un mero coordinamento di servizi ed operatori professionali, attivando una rete esclusivamente formale, oppure, come supporto alle relazioni personali, coinvolgendo le reti informali. In realtà, entrambe le dimensioni devono essere considerate contemporaneamente, comprendere il lavoro di rete in modo completo significa operare su entrambi i fronti, gli operatori devono riconoscere che la massima professionalità si raggiunge attraverso un approccio decentralizzato, dove ogni attore della rete contribuisce in modo integrato.

Le principali caratteristiche che definiscono la struttura e la composizione di una rete sociale sono¹⁴:

- l'ampiezza, rappresentata dal numero di relazioni dirette che la persona mantiene. Può variare in base alla domanda posta al soggetto nell'analisi della sua rete, se piccole, in situazioni particolari possono offrire grande sostegno ma sono poco funzionali nell'indurre un cambiamento, al contrario, le reti ampie possono indicare un buon adattamento ed un'adeguata integrazione sociale.
- La densità indica l'intensità media delle relazioni tra i membri della rete. Viene spesso misurata come il rapporto tra i legami effettivamente attivi rispetto al numero massimo possibile di questi, senza considerare il tipo di relazione tra il soggetto e i suoi contatti. Non può essere calcolata in reti con meno di due membri.
- L'eterogeneità fa riferimento alla diversità tra i membri della rete. Reti eterogenee offrono una maggiore varietà di risorse e prospettive, e la loro misurazione dipende dal numero dei membri della rete individuato.
- La reciprocità è la proporzione di legami reciprocamente riconosciuti dai membri della rete. Questo aspetto riflette la qualità delle relazioni, misurando quanto siano equi e simmetrici i legami. Relazioni reciprocate contribuiscono

¹⁴ Daria Panebianco, *Dipendenza e cultura delle relazioni. Social network analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*. Rubbettino Editore, 2019, III, p.87

al benessere della persona, rafforzando la sua autostima e l'autoefficacia, poiché si basano su interazioni non esclusivamente orientate al bisogno.

Questi elementi forniscono informazioni fondamentali sulla disponibilità di risorse, sul grado di integrazione sociale, sul supporto e la partecipazione dell'individuo ai diversi aspetti della vita sociale, influenzandone la condizione di salute complessiva.

Per sviluppare un modello di intervento sulla dipendenza che sia focalizzato sulle reti di supporto sociale del soggetto, è fondamentale riflettere sulle dinamiche di queste e agire attraverso di esse, tenendo in considerazione anche gli aspetti culturali. È utile interrogarsi su come e dove nascano nuove idee e quali fattori possano condurre a un cambiamento.

Le principali teorie che offrono preziosi strumenti per interpretare i processi e i meccanismi operanti all'interno delle reti sociali, aiutando a comprenderne la correlazione a specifici esiti sono: la teoria della forza dei legami deboli, la teoria dei buchi strutturali e la teoria della chiusura della rete.

Nella teoria della forza dei legami deboli (Granovetter, 1973), l'autore vuole dimostrare come l'analisi delle reti sociali possa gettare un ponte tra le relazioni individuali e i fenomeni sociali a livello macro, come l'organizzazione politica e la coesione sociale. Granovetter distingue i legami in:

- forti, caratterizzati da comunicazioni frequenti, intimità e reciprocità tra soggetti che risultano simili per vari aspetti, come valori, esperienze e condizioni sociodemografici;
- deboli, contraddistinti da comunicazioni meno frequenti e da un basso grado di intimità, spesso costituiti tra individui appartenenti a gruppi differenti e con caratteristiche eterogenee.

Il principio centrale della teoria è che i legami deboli sono in realtà di grande importanza, poiché fungono da ponti tra gruppi sociali altrimenti separati, permettendo l'interazione e la trasmissione di informazioni e opportunità nuove, che non circolerebbero all'interno di reti sociali chiuse, caratterizzate da legami forti e omogeneità.

Granovetter spiega questa dinamica con il concetto di omofilia, ossia la tendenza delle persone a formare legami più forti con individui simili a loro. Questo fenomeno crea reti sociali relativamente chiuse, in cui la circolazione di informazioni e possibilità resta confinata all'interno del gruppo.

Al contrario, i legami deboli rappresentano canali di connessione con altri gruppi, consentendo agli individui di accedere a risorse e influenze esterne, favorendo così una maggiore integrazione sociale, collegando gli individui a contesti sociali differenti, garantendo il funzionamento della società in modo più coeso e dinamico. In un contesto di dipendenza, tali legami possono facilitare l'accesso a nuovi contatti, offrendo opportunità di cambiamento e supporto.

La teoria dei buchi strutturali di Burt sottolinea come alcune caratteristiche delle reti sociali possano avvantaggiare i loro membri. Poiché l'accesso alle informazioni dipende fortemente dai contatti che un individuo ha nella propria rete, è fondamentale che questa sia ampia e diversificata, in modo da favorire l'apporto di eventuali risorse utili per la persona.

Per massimizzare i benefici, è importante che l'individuo abbia nodi nella sua rete a cui è direttamente connesso che fungano da ponte verso altre persone altrimenti inaccessibili. Indipendentemente dal fatto che le relazioni siano forti o deboli, esse genereranno vantaggi solo se colmeranno i buchi strutturali, connettendo parti della rete che altrimenti rimarrebbero isolate. L'individuo deve quindi sforzarsi di aumentare il numero di contatti non ridondanti. Inoltre, una rete ricca di connessioni utili rende il soggetto più attraente per gli altri, che potrebbero desiderare di collegarsi a lui, creando così ulteriori benefici.

Nel contesto della dipendenza, tale teoria suggerisce che facilitare connessioni tra gruppi sociali diversi potrebbe aumentare il supporto per il soggetto in trattamento.

Infine, la teoria della chiusura della rete di Coleman (1988) dimostra come legami forti tra i membri di un gruppo contribuiscano all'accumulo di capitale sociale e al raggiungimento di obiettivi comuni. La "social closure" è una caratteristica della rete che promuove fiducia, norme, autorità e sanzioni, proteggendo il gruppo da influenze esterne. Reti dense e chiuse, in cui tutti i membri si conoscono e hanno

relazioni significative, incentivano determinati comportamenti attraverso meccanismi come la rapida diffusione delle informazioni e la minaccia di espulsione.

Tale caratteristica aumenta la probabilità che il comportamento di un membro sia facilmente monitorato e, se non in linea con le aspettative del gruppo, venga in qualche modo punito. Inoltre, ogni membro si aspetta di ricevere supporto in caso di necessità, facendo affidamento sulle competenze degli altri, che sono messe a disposizione di tutti.

Tuttavia, la chiusura della rete può anche limitare l'accesso a nuove informazioni o prospettive. Nelle dipendenze, reti chiuse possono fornire supporto emotivo, ma potrebbero necessitare di un'apertura per introdurre nuove risorse e strategie di cambiamento.

Le teorie menzionate, sebbene enfatizzino prospettive diverse, promuovendo sia legami deboli per accedere a nuove opportunità, sia connessioni che riducano i buchi strutturali, senza trascurare l'importanza delle reti coese che garantiscono un sostegno emotivo stabile e duraturo, spiegano come certe caratteristiche della struttura delle relazioni sociali influenzino il comportamento degli attori che ne fanno parte e rappresentano le fondamenta del paradigma della social network analysis.

Il concetto di capitale sociale è costituito dall'insieme delle risorse immateriali e materiali derivanti dalle relazioni sociali degli individui, che contribuiscono nel migliorarne la qualità di vita. Grazie alle connessioni che sviluppano, le persone con legami sociali più forti hanno maggiori probabilità di ottenere benefici, investono perciò su questi con l'aspettativa di ottenere vantaggi che non sarebbero altrimenti disponibili in caso di isolamento.

Un ulteriore aspetto da considerare è la dimensione culturale nel contesto delle reti sociali. McLean (2017) definisce la cultura come un insieme di strumenti e pratiche che le persone utilizzano per gestire le proprie reti. Essa guida le relazioni sociali che si instaurano, influenzando le opportunità di accesso al capitale sociale in base al capitale culturale disponibile. La cultura non è solo una caratteristica individuale o un

fattore esterno che condiziona pensieri e comportamenti, ma è incorporata nelle reti come un insieme di significati che influenzano le interazioni sociali e le dinamiche di rete.

3.3 IL LAVORO DI RETE

Per promuovere il coinvolgimento e la sensibilizzazione della comunità, in un'ottica di *community care*, è cruciale un intervento finalizzato al miglioramento dell'attenzione volta alle cure informali e alla loro qualità. L'obiettivo è potenziare e incrementare le possibilità offerte dalla comunità nel qui e ora, facendo leva su interventi specifici che si sviluppano attraverso quattro macro-funzioni interconnesse¹⁵:

- incentivare la percezione collettiva dei problemi assistenziali, attraverso l'identificazione di aree problematiche o categorie di utenza che necessitano di maggiori attenzioni e supporti, ma anche attraverso l'individuazione di persone isolate nella comunità che non ricevono gli aiuti di cui avrebbero bisogno, al fine di organizzare nuove risposte a tali necessità.
- Stimolare l'ideazione collettiva di soluzioni, incentivando la partecipazione attiva degli interessati al problema, dei loro familiari e di tutti coloro che possono contribuire, coinvolgendo persone sensibili al tema, volontari e professionisti di vari settori per elaborare soluzioni sia a livello micro che macro.
- Favorire la responsabilizzazione cercando di coinvolgere il maggior numero di persone, stimolando nuove sensibilità e disponibilità a livello locale. Si favorisce una redistribuzione equilibrata delle responsabilità tra tutti gli attori coinvolti, garantendo al contempo l'efficacia operativa e la gratificazione personale di chi partecipa.
- Promuovere la valorizzazione istituzionale delle esperienze di successo, incoraggiando il passaggio di esperienze e iniziative di successo verso le istituzioni e le amministrazioni locali, in modo che queste possano diventare

¹⁵ Fabio Folgheraiter, *Interventi di rete e comunità locali. La prospettiva relazionale nel lavoro sociale*, Edizione Centro Studi Erikson, 1994, IV, p109

un patrimonio stabile della comunità, garantendo continuità e miglioramento nel tempo.

Il compito fondamentale del lavoro sociale si basa sulla comprensione delle reti sociali degli individui e sull'intervento mirato a promuovere cambiamenti laddove si riscontrino disfunzioni, con l'obiettivo di integrare e migliorare i servizi alla persona.

Il ruolo dell'operatore sociale è cruciale nel facilitare il flusso di risorse all'interno della rete dell'utente e nello sviluppare non solo le capacità del soggetto, ma anche quelle delle persone a lui connesse. Questo approccio mira ad aiutare l'individuo ad affrontare il problema attraverso la collaborazione tra tutti i membri della rete.

Uno degli aspetti chiave dell'intervento è la costruzione o ricostruzione di una rete di supporto intorno al soggetto, promuovendo la partecipazione a gruppi di sostegno e pianificando diverse attività che ne stimolino il coinvolgimento.

Perciò, in particolare nel contesto di un trattamento riabilitativo per persone con dipendenze patologiche, l'obiettivo principale, oltre al mantenimento o raggiungimento dell'astinenza e alla creazione di condizioni di vita migliori e stabili, è il supporto all'integrità della rete sociale, che avviene attraverso il coinvolgimento attivo dei membri della rete nel trattamento e la programmazione di incontri specifici anche per loro, in modo che possano sostenere il soggetto durante il percorso.

Questo approccio olistico, che integra la rete sociale e un programma strutturato, garantisce una continuità e un supporto costante, accompagnando la persona nel suo percorso, volto al raggiungimento di condizioni di salute ottimali.

Per ricostruire e rafforzare una rete di sostegno attorno a un individuo con problemi di dipendenza, è fondamentale coinvolgere parenti e amici emotivamente vicini, nel progetto terapeutico concordato con la persona stessa, mentre è necessario creare una rete che possa funzionare come una fonte efficace di supporto, per coloro che non hanno collegamenti a cui rivolgersi in caso di bisogno, al fine di superare l'isolamento.

Nel primo caso il ruolo dell'operatore sociale è quello di fornire strategie di coping sia all'utente sia ai membri della sua rete, i quali non devono essere considerati solo durante il trattamento, ma anche dopo la sua conclusione.

Il professionista diventa così un agente di cambiamento, attivamente coinvolto nella gestione e nel lavoro con i nodi della rete. È fondamentale che l'operatore consideri ogni aspetto dell'intervento, mirando a incrementare il supporto della rete e sviluppare le competenze sociali dell'utente, questo aiuterà a promuovere relazioni positive e a ridurre quelle problematiche.

L'intervento può essere articolato in quattro fasi:

1. identificazione e diagnosi della rete, definendo l'ampiezza, che indica il numero di membri coinvolti; la densità, che riflette l'intensità delle relazioni tra di essi; l'eterogeneità, che misura la diversità dei membri della rete. È fondamentale analizzarne la composizione, considerando le caratteristiche dei suoi membri, poiché nel caso in cui fosse, ad esempio, composta prevalentemente da familiari, potrebbe essere utile ampliarla includendo persone appartenenti a cluster diversi, per garantire l'accesso a una gamma più ampia di risorse, al contrario, se ne fanno parte membri con problematiche simili, è importante evitarne o diminuirne la presenza.

Le informazioni sulle relazioni del soggetto sono cruciali, poiché permettono di identificare la presenza di legami forti e deboli, i primi sono spesso più indicati per fornire supporto emotivo, mentre i secondi possono offrire nuove opportunità altrimenti irraggiungibili. Inoltre, queste informazioni aiutano a comprendere le risorse che la rete può mobilitare.

Questa prima fase non solo aumenta la consapevolezza del soggetto riguardo alla propria rete di sostegno, ma orienta anche il professionista nella definizione degli obiettivi del programma di recupero, avviando una riflessione sulle eventuali debolezze e punti di forza.

2. Costruzione e attivazione della rete, volta al raggiungimento di una visione condivisa tra tutti i membri riguardo alle problematiche e ai bisogni della persona al centro del percorso. L'operatore deve lavorare per instaurare un clima di riflessione collettiva, promuovendo una comunicazione non conflittuale tra i nodi della rete e facilitando un confronto costruttivo riguardo alla dipendenza del soggetto, al fine di concordare una strategia comune di supporto.

Allo stesso tempo, la persona deve imparare, con l'aiuto del professionista, a relazionarsi positivamente con gli altri. È fondamentale che partecipi ad attività piacevoli e gratificanti, che possano fungere da alternative alla dipendenza. Queste esperienze, unite allo sviluppo di maggiori competenze per la gestione delle attività quotidiane e del tempo libero, possono ampliare il suo network di contatti e migliorare l'integrazione sociale.

3. Valutazione in itinere, confrontandosi sugli obiettivi raggiunti rispetto ai cambiamenti complessivi che si sono generati nella vita e nella rete dell'utente, rilevando eventuali criticità che necessiteranno di una ridefinizione condivisa del programma messo in atto, al fine di favorirne la riuscita.
4. Riflessione sugli obiettivi raggiunti e preparazione per il futuro, valutando i risultati conseguiti in termini di benefici e cambiamenti, per poi avviare una pianificazione del futuro, assicurando che il supporto continui anche dopo la conclusione del trattamento.

L'obiettivo è quello di creare una rete sociale ampia e diversificata, che faciliti l'integrazione dell'individuo in attività comunitarie e relazioni equilibrate, fornendo all'utente un capitale sociale relazionale che lo aiuti a evitare la dipendenza dalle istituzioni, promuovendo la connessione con gruppi diversi. È essenziale lavorare sulla paura del rifiuto, migliorare l'autostima e ridurre lo stress in situazioni sociali nuove, oltre a favorire la conoscenza di spazi che possano promuovere relazioni, il tutto deve avere come prerogativa la motivazione a intraprendere un importante cambiamento di vita.

Superare la dipendenza implica lasciare un contesto di vita patologico, ma che ha rappresentato una parte importante dell'esistenza dell'individuo. Questo richiede un consolidamento delle competenze degli operatori che si occupano di dipendenze, seguendo una logica relazionale. È fondamentale aiutare la persona a costruire una nuova identità, acquisire risorse e abilità e ricostruire relazioni per un reinserimento efficace nella società. Le persone possono cambiare, ma spesso si sentono sole perché manca una rete di supporto che sostenga il loro progresso.

In questo approccio l'utente diventa il responsabile del proprio percorso, mentre l'operatore ha il compito di motivarlo, guidarlo e accompagnarlo verso uno stile di vita

autonomo, aiutandolo a costruire insieme un piano d'azione volto al soddisfacimento dei suoi bisogni.

Affinché il lavoro di rete sia efficace, l'educatore deve favorire l'empowerment, ovvero attivare il potere d'azione dell'utente e delle persone a lui vicine, aiutandole a diventare competenti e responsabili all'interno della loro rete sociale e più in generale nella loro vita. In contesti di intervento più ampi, come quelli di sensibilizzazione e di prevenzione, questa stessa modalità di approccio deve applicarsi ad un livello per certi versi più complesso.

L'operatore deve avere la capacità di decentrarsi, facendo in modo che il suo massimo livello di professionalità coincida con la capacità di lasciare spazio agli altri. È cruciale che operi in stretta collaborazione con altre figure, condividendo una metodologia comune, tecniche simili e un continuo scambio di valutazioni e decisioni. La coerenza tra la sfera personale e quella professionale dell'operatore è fondamentale, affinché i suoi messaggi siano chiari e privi di ambiguità.

In sintesi, l'educatore deve essere un catalizzatore di sviluppo e crescita collettiva, collaborando attivamente con persone e altri professionisti per creare reti di supporto solide e funzionali, e per fare ciò deve essere capace di:

- analizzare e rappresentare la rete di supporto del soggetto con dipendenza, descrivendone graficamente la struttura;
- identificare e coinvolgere i membri e i nodi potenziali della rete di supporto, collaborando con gli stessi per accompagnare il soggetto nel percorso di recupero;
- individuare spazi relazionali nella comunità che rispecchiano gli interessi e le inclinazioni del soggetto, favorendo la creazione di contatti utili per arricchirne la rete sociale;
- supportare non solo il soggetto, ma anche la sua rete, fornendo formazione ai membri su come costituire un ambiente di sostegno positivo e aiutare la persona nell'adozione di strategie comportamentali efficaci per affrontare situazioni problematiche;
- generare un clima di riflessività collettiva, incoraggiando la motivazione e la partecipazione di tutti i nodi della rete;

- rafforzare la rete di supporto, intervenendo sulla struttura, composizione, forza dei legami e sulle risorse mobilitate, favorendo la costruzione di capitale sociale.
- agire come coordinatore della rete, coinvolgendo altri professionisti quando necessario e garantendo una comunicazione fluida e priva di conflitti all'interno del gruppo.

Due dispositivi che integrandosi permettono la concreta realizzazione del lavoro di rete sono¹⁶:

- Il *budget di salute*, il quale non corrisponde esclusivamente alle risorse economiche a disposizione, ad esse si aggiungono anche le risorse professionali e umane, il capitale sociale e relazionale necessari a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione della persona.

Si tratta di un sistema organizzativo e gestionale concepito per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla salute, tramite l'attuazione di interventi sociosanitari integrati, può creare un legame tra sistema di cura e sistema di comunità, mirando un utilizzo appropriato delle risorse di entrambi.

È caratterizzato da un'elevata flessibilità e pone al centro l'attenzione ai determinanti sociali della salute legati ai contesti sociali, economici, lavorativi, relazionali e valoriali delle singole persone, per le quali è necessario garantire risposte efficaci, attraverso lo sviluppo di un sistema fortemente integrato tra servizi sanitari e sociali, in grado di garantire continuità e adeguatezza negli interventi.

- L'*accreditamento*, ovvero il processo mediante il quale un Ente pubblico riconosce a un soggetto non pubblico la capacità e l'efficienza necessarie per gestire determinati servizi, stabiliti e finanziati dallo stesso ente pubblico. Questo riconoscimento avviene tramite una qualificata concorrenza pubblica tra i potenziali erogatori a parità di condizioni. Il processo si avvia attraverso

¹⁶ Andrea Canevaro (et al.) *L'accompagnamento nel progetto di vita inclusivo*. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A, 2021, V, pp.80-84

un avviso, che invita gli enti a partecipare documentando il possesso dei requisiti normativi richiesti per l'accreditamento e la disponibilità a cogestire i servizi. I soggetti che soddisfano tali requisiti acquisiscono il ruolo di co-gestori all'interno del territorio di competenza.

Attraverso tale strumento si realizza il principio di sussidiarietà, ossia la possibilità e necessità di delegare la gestione di interventi a un livello più vicino ai cittadini, consentendo di valorizzare le risorse informali di cura presenti nelle comunità e di promuovere il cambiamento sociale e culturale nei contesti locali, favorendo il benessere delle persone all'interno del loro ambiente di vita.

CAPITOLO 4

L'INTERVENTO EDUCATIVO PROGETTUALE

In seguito ai concetti teorici presentati nei capitoli precedenti, quest'ultimo offrirà una concretizzazione di tali nozioni attraverso l'esperienza diretta del progetto di tirocinio svolto presso il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STDP) di Porto Sant'Elpidio (FM).

Saranno analizzate le varie fasi progettuali, con un focus particolare sul lavoro di rete e sul coinvolgimento delle risorse, formali e informali, che hanno partecipato attivamente al percorso dell'utente. Verranno esplorate le interazioni tra le risorse territoriali, i servizi sociosanitari e la comunità, evidenziando il ruolo fondamentale dell'educatore professionale nel facilitare questi collegamenti.

4.1 L'ASSESSMENT

Come esposto nel secondo capitolo, la prima fase che rende possibile l'attuazione di un progetto educativo, è l'assessment, un processo di raccolta sistematica e organizzata di informazioni rilevanti che permette la valutazione iniziale della condizione globale dell'utente.

Si compone di due dimensioni, una invisibile, attraverso strumenti informali quali l'osservazione, e una visibile, attraverso gli strumenti della diagnostica educativa: scheda educativa, contesti narrativi, scheda delle abilità, scheda degli interventi e diario educativo.

Questa procedura mi ha permesso una conoscenza più approfondita del paziente M.M., analizzando adeguatamente la situazione di partenza e stabilendo con lui gli obiettivi da perseguire, tenendo in considerazione i suoi bisogni e le sue volontà. Il tutto è stato possibile attraverso:

- Colloqui con l'utente, tenuti in modo strutturato, all'interno di un *setting* ben definito in tempi, spazi e regole, date le caratteristiche ambulatoriali della struttura di tirocinio.

- Colloqui formali e informali con i familiari, in particolare con la madre
- La consultazione della cartella clinica, in cui ho potuto approfondire principalmente gli aspetti diagnostici e della storia clinica del paziente.
- Il costante confronto con il mio Tutor di tirocinio, specialmente nella riflessione e nella rielaborazione delle informazioni da me raccolte e osservate.
- Il raffronto sia con l'équipe interna al Servizio che con quella esterna, della Comunità in cui l'utente aveva da poco concluso il percorso.

I dati sono stati a mano a mano raccolti e sistematizzati nelle apposite schede di valutazione e griglie di osservazione, a partire innanzitutto dalla Scheda Educativa, compilata in modo schematico, inserendo: i dati anagrafici; il titolo di studio; la situazione lavorativa; il nucleo familiare; l'anno di presa in carico; la modalità di accesso al Servizio; le figure professionali di riferimento; eventuali invalidità (Legge 104) o borse lavoro (TIS, tirocini a inserimento lavorativo).

Successivamente, in modo più discorsivo, si è proseguito con i Contesti Narrativi, approfondendo la descrizione di varie aree di vita del paziente: familiare; contesto sociale; rete amicale; istruzione; interessi; storia e situazione clinica.

Con la Scheda delle Abilità è stato possibile indagare le capacità e le performance della persona in riferimento ad abilità: di base, individuate nella cura di sé (igiene personale, nutrizione, educazione sanitaria, abbigliamento, percezione psicocorporea...); strumentali (pulire, cucinare, percezione dei tempi; gestione del denaro...); interpersonali; sociali (studio e/o lavoro).

Strumento fondamentale per la riflessione educativa è il Diario Educativo, utile per il professionista nella rielaborazione delle notizie apprese, dei propri stati d'animo, nel monitoraggio dei propri interventi e nelle annotazioni delle osservazioni.

Il quadro emerso dalla valutazione iniziale è quello di una persona di 33 anni con una situazione di dipendenza patologica da alcool, cocaina e gioco d'azzardo (GAP), presa in carico dal Servizio nel 2017 a seguito di una richiesta spontanea con la domanda di trattamento per prevenzione alla ricaduta. Ha intrapreso due percorsi in

comunità ed è ancora in contatto con gli operatori di riferimento di quello conclusosi più recentemente.

Si denotano gravi carenze dal punto di vista relazionale e di integrazione sociale, gli unici rapporti in cui si trova coinvolta sono di breve durata e intensità e sono intrattenuti con persone anch'esse dipendenti.

Possiede il diploma di scuola superiore di secondo grado e ha esperienza nel settore calzaturiero, è disoccupato e sta cercando lavoro, il che sembra essere per lui molto importante ma da attenzionare in quanto la gestione economica risulta fortemente irresponsabile e superficiale.

Le risorse familiari e umane di cui dispone sono la madre, con cui vive, e la sorella, che ha costituito nucleo familiare proprio. Il vissuto familiare emerso è particolarmente complesso e connotato da un susseguirsi di lutti importanti, tra i quali spicca quello del padre.

Ha difficoltà nella gestione della attività quotidiane e del tempo libero, non ha particolari interessi o hobby.

4.2 LA PROPOSTA PROGETTUALE: FINALITÀ E OBIETTIVI

Data la situazione sovraesposta, la finalità progettuale è stata orientata al miglioramento della qualità di vita, focalizzandosi non solo sul raggiungimento dello stato di astinenza o sulla riduzione del consumo, ma principalmente sullo sviluppo di una maggiore integrazione e partecipazione sociale.

A tal proposito gli obiettivi concordati con il paziente sono stati: aumentare la motivazione nel perseguimento del percorso di cura; migliorare la *compliance* al trattamento; potenziare la consapevolezza della propria condizione di dipendenza, intesa come malattia cronica recidivante; perfezionare la gestione della quotidianità e del tempo libero; sollecitare una maggiore partecipazione nelle attività e faccende quotidiane nella sistemazione abitativa; lavorare sulla responsabilizzazione economica e sulla gestione del denaro; favorire un confronto chiaro, evitando triangolazioni; fornire strumenti utili per favorire la ricerca di un impiego; favorire la costruzione di una rete territoriale e amicale.

Nel Servizio operano diverse figure professionali: tre medici psichiatri, tra i quali vi è il direttore; quattro psicologi; quattro infermiere; due assistenti sociali; due operatori di strada; e un solo Educatore Professionale.

Questa disposizione impedisce la possibilità di interventi educativi domiciliari o di accompagnamento nella quotidianità dell'utente, sarebbe altrimenti impossibile per il professionista garantire una continuità nel percorso per tutti i pazienti.

Per tale ragione il progetto si è interamente sviluppato all'interno del Servizio stesso, più precisamente, nella stanza del Dott. Riccardo Verdecchia, nei giorni e negli orari concordati con l'utente e si è protratto per la durata di cinque mesi con verifiche e valutazioni in itinere a cadenza mensile.

4.3 LE ATTIVITÀ E LE RISORSE

A questo proposito le attività proposte ed attuate sono state:

- Colloqui educativi, motivazionali e di supporto, tenuti con l'utente a cadenza settimanale;
- colloqui con i familiari;
- colloqui con i familiari e l'utente;
- colloqui integrati insieme all'équipe di riferimento del STDP;
- interventi sulle *life skills* (competenze emotive, cognitive e relazionali);
- educazione alla salute e prevenzione delle ricadute, per sensibilizzare il paziente sui rischi della sostanza, motivare la *compliance* farmacologica e fornire strumenti per gestire situazioni ad alto rischio di ricaduta;
- contatto e attivazione di risorse esterne come associazioni di volontariato, laboratori di attività pratiche, organizzazioni sportive e gruppi di auto mutuo aiuto;
- sostegno nella ricerca di lavoro fornendo un supporto pratico e un orientamento nella compilazione del curriculum, favorendo contatti con agenzie interinali e

centri per l'impiego e organizzando incontri con il SIL, Servizio Inserimento Lavorativo, per l'attivazione di eventuali tirocini.

Le attività svolte all'interno di questo progetto educativo rappresentano un approccio integrato e multidimensionale, mirato a sostenere il paziente nel suo percorso di recupero e reinserimento sociale. Attraverso i colloqui periodici e le collaborazioni con professionisti e risorse esterne, si è costituito un ambiente favorevole alla crescita personale e al miglioramento delle competenze relazionali ed emotive del paziente. Inoltre, il supporto nella ricerca di lavoro e l'attivazione di risorse locali hanno fornito al paziente strumenti concreti per un reinserimento socio-lavorativo efficace.

Il lavoro di rete territoriale, che unisce le competenze di diversi professionisti e le risorse della comunità, si conferma come un elemento chiave nel favorire l'integrazione sociale e la costruzione di un percorso di vita sostenibile per il paziente.

Questo percorso riabilitativo è stato perciò condotto nell'ottica di restituire al paziente la possibilità di essere protagonista della propria vita, contribuendo attivamente al tessuto sociale e lavorativo della comunità.

Si andranno adesso ad analizzare più nello specifico le risorse, i principali attori della rete che hanno contribuito all'attuazione di questo progetto e quali sono state le modalità legate a ciascuno di questi interventi.

4.3.1 L'ÉQUIPE

La prima forma di lavoro di rete è rappresentata dal "lavoro in rete" dell'équipe, come abbiamo approfondito nel secondo paragrafo del terzo capitolo, poiché costituisce il nucleo operativo e strategico per gestire e organizzare il progetto personalizzato, in cui ogni membro collabora coordinando attività educative, terapeutiche e sociali.

Questo è essenziale per garantire un approccio integrato, dove ogni professionista apporta le proprie competenze specifiche per rispondere ai bisogni del

paziente, ed è possibile grazie ad una comunicazione costante e una visione condivisa degli obiettivi da raggiungere.

All'interno del Servizio, le riunioni d'équipe si tengono una volta a settimana, ogni giovedì mattina, dalle 9 alle 12, momento in cui gli operatori si riuniscono per discutere dei casi clinici, confrontandosi sulla situazione e procedendo con l'elaborazione un piano di intervento che viene condiviso e aggiornato periodicamente in base ai progressi del paziente.

La capacità di lavorare all'interno dell'équipe crea una base solida per il singolo operatore che trova supporto e sostegno attraverso di essa, costruendo un terreno di incontro in cui continuare a formarsi e poter misurare le proprie competenze. Inoltre, questo consentirà di espandere poi la rete verso l'esterno, coinvolgendo altre istituzioni, enti e servizi del territorio.

4.3.2 LA FAMIGLIA

La famiglia ha un ruolo cruciale nella condizione di dipendenza del paziente, potendo rappresentare sia un fattore di rischio che un fattore di protezione, a seconda delle dinamiche e delle relazioni che si instaurano all'interno del nucleo familiare. In entrambi i casi il coinvolgimento della famiglia nel percorso riabilitativo è essenziale per favorire la realizzazione di un progetto terapeutico efficace che abbia effetti duraturi.

In questo caso specifico, la sorella, e soprattutto la madre si sono rivelate risorse fondamentali e sono state pienamente coinvolte nel percorso di recupero dell'utente, attraverso diversi interventi¹⁷:

- *Family training*, per mezzo dell'approccio psicoeducativo, volto alla spiegazione dei meccanismi della dipendenza, al riconoscimento dei segnali di allarme delle ricadute e all'insegnamento di tecniche di prevenzione e competenze più complesse, come la gestione dello stress, le abilità di comunicazione efficace e il problem solving.

¹⁷ Fabio Folgheraiter, *Interventi di rete e comunità locali. La prospettiva relazionale nel lavoro sociale*, Edizione Centro Studi Erikson, 1994, II, p57

Questa strategia si basa sul principio che l'ambiente di vita rappresenti un contesto cruciale per l'apprendimento, in cui le persone più vicine possono diventare anch'esse insegnanti delle abilità apprese dal paziente durante i colloqui educativi, così da rafforzare il lavoro fatto con il professionista, incentivando, supportando e consolidando il cambiamento della persona.

- Terapia familiare o *family therapy*, fondamentale per migliorare le dinamiche relazionali all'interno della famiglia nel suo complesso. Avviene principalmente attraverso sessioni di psicoterapia, in cui i familiari imparano a comunicare in modo efficace, a gestire i conflitti e a sostenere il paziente nel suo percorso di recupero.

4.3.3 I GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO (AMA)

Sono contraddistinti da un approccio comunitario in cui i partecipanti condividono esperienze e supporto reciproco per affrontare la condizione patologica. Seguono il programma dei 12 passi, a partire dal riconoscere l'impotenza di fronte alla dipendenza, fino a raggiungere un "risveglio spirituale" per poi trasmettere il messaggio ad altri, aiutando loro e sé stessi. Ogni gruppo è autogestito e indipendente, e l'anonimato è un principio centrale per garantire la privacy e la sicurezza dei partecipanti.

Nel caso del corrente progetto, l'utente è stato supportato nella partecipazione agli incontri dei gruppi degli AA, alcolisti anonimi, e degli NA, narcotici anonimi, non solo per offrirgli un'ulteriore possibilità sostegno, ma anche per poter imparare ad esporsi e relazionarsi, rielaborando e condividendo le proprie emozioni all'interno di un ambiente protetto, sperimentando il valore terapeutico del gruppo, incrementando così la fiducia in sé stessi, riducendo il peso dello stigma e sviluppando maggiori competenze sociali.

Importante è anche la figura dello *sponsor*, una persona che ha già attraversato i 12 passi e guida un nuovo membro nel percorso di recupero, offrendo supporto emotivo e pratico, rendendosi reperibile anche al di fuori degli incontri.

Si è rivelato perciò di notevole aiuto per l'utente, specialmente in momenti di particolare difficoltà in cui vi è il rischio di una ricaduta.

4.4 VERIFICHE E VALUTAZIONI FINALI

Tenendo in considerazione gli indicatori di verifica quantitativi (presenza ai colloqui; puntualità; effettiva iscrizione al centro per l'impiego e alle agenzie interinali; adesione al trattamento farmacologico; monitoraggio degli esami tossicologici delle urine; partecipazione ai gruppi di auto mutuo aiuto e ad organizzazioni sportive o di volontariato) e qualitativi (motivazione; partecipazione durante i colloqui; coinvolgimento ed interesse), è stato possibile attuare delle verifiche e delle valutazioni in itinere, a cadenza mensile, che hanno consentito di seguire con attenzione l'andamento del percorso, potendo in tal modo attuare determinate modifiche e avere contezza del perseguimento o meno di determinati obiettivi.

Dalla verifica finale è emerso che il paziente ha seguito il progetto in modo discontinuo, assentandosi per periodi prolungati dai colloqui educativi, in particolar modo nei mesi di dicembre e maggio. Ha dimostrato costanza nella presenza allo sportello infermieristico per sottoporsi agli esami tossicologici, pur riscontrando, nella maggior parte dei casi, risultati di positività alle sostanze. Prosegue con la regolare assunzione della terapia farmacologica. Partecipa in modo assiduo ai gruppi di auto mutuo aiuto ed è in contatto con uno sponsor. Ha intrapreso un'attività di volontariato presso la Croce Verde e sembra essere intenzionato a proseguire. Si è effettivamente iscritto al centro per l'impiego e alle agenzie interinali ma nonostante abbia trovato ed intrapreso diversi percorsi lavorativi, attualmente è disoccupato e non sembrano esserci miglioramenti rilevanti per quanto riguarda la gestione economica.

In ultima analisi, attraverso la valutazione finale, si può evincere quale sia la situazione complessiva raggiunta. La presenza saltuaria ai colloqui educativi, in concomitanza ai continui risultati di positività alle sostanze emersi dai controlli urinari, ha denotato il mancato raggiungimento dell'obiettivo di remissione del sintomo, a

manifestazione di un'ancora immatura consapevolezza del problema e di una scarsa motivazione nell'affrontarlo concretamente.

Le risorse familiari si sono dimostrate attente alle esigenze e alle problematiche del paziente, partecipando attivamente durante i colloqui e migliorando nelle strategie di supporto e comunicazione ma vi sono ancora in atto dinamiche poco funzionali al raggiungimento di alcuni obiettivi, come quello della responsabilizzazione economica.

Esiti migliori sono stati ottenuti per quanto riguarda la partecipazione alle attività domestiche e la *compliance* alla terapia farmacologica. Importanti, inoltre, i progressi nella gestione della quotidianità, così come nell'integrazione sociale e nella costruzione di una rete, grazie all'attivazione delle risorse esterne precedentemente esposte.

CONCLUSIONE

In forza di quanto esposto, attraverso questo lavoro si è voluto porre l'attenzione sul fenomeno delle dipendenze, cercando di ampliare la prospettiva e di andare oltre la condizione patologica, focalizzandosi piuttosto sul contesto di vita, mettendo al centro la persona, non la dipendenza. Spesso la società tende a dimenticare che, dietro alla diagnosi, c'è un individuo con storie, emozioni e potenzialità che meritano di essere riconosciute e valorizzate.

L'esperienza di tirocinio mi ha offerto l'opportunità di osservare e comprendere come il saper costruire e muovere i fili della rete sociale sia una competenza fondamentale per poter attuare un qualsiasi tipo di intervento concretamente significativo e funzionale.

Questo lavoro, complesso e impegnativo, richiede non solo cura e attenzione, ma anche una formazione specializzata e, al contempo, una visione ampia che permetta di affrontare le diverse esigenze della persona con dipendenza.

Il lavoro di rete, in tutte le sue forme, si è rivelato imprescindibile per affrontare la complessità di tale fenomeno, infatti, come dimostrato dal progetto di tirocinio, l'intervento principale sta nel promuovere e costruire relazioni sociali, favorendo la formazione di un ambiente che stimoli il paziente a cercare valide alternative alla dipendenza.

In definitiva, il nostro obiettivo deve essere quello di collaborare per costruire una rete solida e inclusiva, capace di supportare ogni individuo nella sua lotta contro la dipendenza, restituendo dignità e opportunità a chi, troppo spesso, viene relegato ai margini della società. Solo così potremo davvero contribuire a un cambiamento significativo e duraturo nel trattamento delle dipendenze patologiche.

BIBLIOGRAFIA

Barban D., Sacchetti C., Verdecchia R., Saccani A., Martano F. (2018). *La valutazione nell'area delle dipendenze patologiche*. In F. Crisafulli (a cura di), *La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale* (pp. 166-201). Maggioli Editore

Canevaro A., Callegari L., Zoffoli R. (2021). *PRIMA PARTE. Virgilio: l'accompagnatore*. A. Canevaro (et al.) *L'accompagnamento nel progetto di vita inclusivo*. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.

Cibin M., Saccon D., Pasqualotto L. (2018). *La Riabilitazione Psicosociale nei Disturbi da Uso di Sostanze*. In F. Lugoboni, L. Zamboni, *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*. Edizioni CLAD.

Fava E., Viganò C., Ba G. (2003). *L'assessment*. In G. Ba, *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli.

Folgheraiter F. (1994). *Interventi di rete e comunità locali. La prospettiva relazionale nel lavoro sociale*. Edizione Centro Studi Erikson.

Gardella O. (2007). *L'Educatore Professionale. Finalità, metodologia, deontologia*. (pp.44-63). Franco Angeli.

Guerriero K. (2023). *Il lavoro sulle dipendenze da gioco d'azzardo*. In F. Crisafulli (a cura di), *I fondamentali per l'educatore professionale. Leggere il setting per impostare l'intervento di aiuto*. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.

Ivaldi F. (2023). *Il lavoro sulle dipendenze da sostanze*. In F. Crisafulli (a cura di), *I fondamentali per l'educatore professionale. Leggere il setting per impostare l'intervento di aiuto*. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.

Lugoboni F. (2018). *L'approccio motivazionale con il paziente affetto da disturbo di uso di sostanze*. In F. Lugoboni, L. Zamboni, *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*. Edizioni CLAD.

Nizzoli U. (2018). *Definizione del Disturbo da Uso di Sostanze*. In F. Lugoboni, L. Zamboni, *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*. Edizioni CLAD.

Panebianco D. (2019). *Dipendenza e cultura delle relazioni. Social network analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*. Rubbettino Editore.

Pasqualotto L. (a cura di) (2016). *ICF-Dipendenze. Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche*. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.

Pinkus L. (1999). *Tossicodipendenza e intervento educativo*. Edizioni Erickson, Trento.

SITOGRAFIA

Ministero della Salute. (2024). *Dipendenze e problemi correlati*.

<https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5763&area=prevenzione&menu=obiettivi2020>

Ministero Salute. (2024). *Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope*.

<https://www.pnes.salute.gov.it/portale/medicinaliStupefacenti/dettaglioContenutiMedicinaliStupefacenti.jsp?lingua=italiano&id=3729&area=sostanzeStupefacenti&menu=vuoto&tab=1>

PNRR Salute. (2022-2025). *“I disturbi da Addiction nelle dipendenze non legate all’uso/abuso di sostanze”*.

https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3313_allegato.pdf

Istituto A.T.BECK. *La dipendenza da sostanze: caratteristiche, cause, terapie*

<https://www.istitutobeck.com/psicoterapia-disturbi-psicologici-terapie/la-dipendenza-da-sostanze>

Istituto A.T.BECK. *Le Nuove Dipendenze – New Addictions*.

<https://www.istitutobeck.com/psicoterapia-disturbi-psicologici-terapie/le-nuove-dipendenze>

Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction (DSM-5)

https://youtu.be/F2pjj_XKuHc?si=d9nllv3Ws8zOfabx

Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. (2024).

https://www.governo.it/sites/governo.it/files/relazione-al-parlamento_2024.pdf

EUDA European Union Drugs Agency (2024). *Relazione europea sulla droga 2024*. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/drug-situation-in-europe-up-to-2024_it

EUDA European Union Drugs Agency. (2021). *Action framework for developing and implementing health and social responses to drug problems*.

https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/action-framework-for-developing-and-implementing-health-and-social-responses-to-drug-problems_en

Dipartimento per le politiche antidroga. *Ser.D*

<https://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-sul-territorio/serd/>

Dipartimento per le politiche antidroga. *Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche.*

<https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3183/instat-book-tavolo-tecnico-3.pdf>

Regione Marche. Giunta Regionale (2004). *Atto di riordino del Sistema Regionale dei Servizi per le Dipendenze Patologiche (DGR 747 del 29/06/04).*

https://www.ambito20.it/Public/normative/allegato/29_DGR-747-04-Riordino-Dipendenze.pdf

FeDerSerD. (2006) *Testo aggiornato del DPR 309/90 Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, recante: "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".*

https://www.federserd.it/files/download/drp_309_9-10-90_aggiornato.pdf

Educare.it (2011). *L'Educatore professionale in un ambulatorio per le tossicodipendenze.* <https://www.educare.it/j/temi/devianze-dipendenze/dipendenze-patologiche/304-leducatore-professionale-in-un-ambulatorio-per-le-tossicodipendenze>

Educare.it (2011). *Il programma dei dodici passi. Una proposta operativa con l'aiuto dei Peanuts.* <https://www.educare.it/j/temi/devianze-dipendenze/dipendenze-patologiche/1327-il-programma-dei-dodici-passi-una-proposta-operativa-con-laiuto-dei-peanuts>

Bono A., *L'Educatore Professionale e le ferite dell'esistenza. Prospettive Sociali e Sanitarie.* (2011).

https://prospettivesocialiesanitarie.it/materiali/Bono_pss1104-5.pdf

Di Paolo N., (2023). *L'Educatore al SERD: un ruolo cruciale nella gestione delle dipendenze.* <https://gnothiseautondotblog.com/l-educatore-al-serd-un-ruolo-cruciale-nella-gestione-delle-dipendenze/>

Publiedit (2022). *Ruolo dell'Educatore Professionale nell'area delle Dipendenze Patologiche: Servizi Pubblici e Privato Sociale accreditato.*

<https://publieditweb.it/app-data/articoli/2edf0ba4-6b50-417e-a6e1-39aae855967a/evento-info-22-06-2022.pdf>

Il colloquio motivazionale per affrontare le dipendenze. (2022).
<https://lamenteemeravigliosa.it/il-colloquio-motivazionale-per-affrontare-le-dipendenze/>

Igiene e cultura medico-sanitaria. (2014). *Il sociale che lava in “rete”*. Franco Lucisano Editore
<https://online.scuola.zanichelli.it/igienekulturamedicafiles/Il%20sociale%20che%20lavora%20in%20rete.pdf/>

Gli interventi di rete per il recupero dalle dipendenze. (2022).
<https://sociologicamente.it/gli-interventi-di-rete-per-il-recupero-dalle-dipendenze/>

Dipartimento per le politiche antidroga. *Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico.*
<https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3185/instat-book-tavolo-tecnico-5.pdf>

Mirabella M. (2015). *Il lavoro di rete nel servizio sociale.*
<https://assistentesocialenelmondo.wordpress.com/2015/11/10/il-lavoro-di-rete-nel-servizio-sociale/>

Jones K., (2021). *Alcoholics Anonymous: The 12 Steps Explained.*
<https://www.addictionresource.net/alcoholics-anonymous/>