



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in EDUCAZIONE PROFESSIONALE

L'educatore professionale e
l'accompagnamento
all'inclusione sociale:
dalla Comunità al Territorio

Relatore: Chiar.mo Prof.
Dott. Riccardo Verdecchia

Tesi di Laurea di:
Giorgia Giostra

A.A. 2018/2019

INTRODUZIONE	5
1. LA DIPENDENZA PATOLOGICA.....	7
1.1 La droga e la dipendenza nella società del passato e del presente.....	7
1.2 Concetto di Dipendenza Patologica.....	10
1.3 Profilo della persona affetta da Dipendenza Patologica	12
1.4 Sostanze e comportamenti legali e illegali	15
1.4.1 Sostanze psicoattive e classificazione.....	15
1.4.2 Nuove Dipendenze.....	17
2. RETE SOCIALE ED INCLUSIONE DELLA PERSONA AFFETTA DA DIPENDENZA PATOLOGICA: QUALI RISORSE DEL TERRITORIO?	21
2.1 SerD/ SerT – caratteristiche generali e riferimento alla legge 162/1990.....	21
2.2 DGR Marche 747/2004 – Atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche	22
2.2.1 Organizzazione dei Servizi Territoriali per le Dipendenze Patologiche.....	28
2.2.2 Rete di intervento socio-sanitario riabilitativo.....	29
2.3 Comunità Terapeutiche e socio-riabilitative: storia ed evoluzione, tipologie e percorsi	35
2.4 Gruppi AMA.....	44
2.5 Rete Territoriale socio-familiare.....	46
2.5.1 Tipi di famiglie	47
2.5.2 La famiglia del tossicodipendente.....	47
3. LA COOPERATIVA POLO 9 E LA CT DI MASSIGNANO (AN).....	49
3.1 La Cooperativa POLO 9	49
3.2 La comunità terapeutica di Massignano	50
3.3 Quali risorse ed iniziative a Massignano?	53

3.3.1 Associazione Con...Tatto	53
3.3.2 Rio-Archeo.....	54
4. L'EDUCATORE PROFESSIONALE: DALL'ESPERIENZA DI TIROCINIO	
CURRICOLARE IL PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO	55
4.1 Ruolo dell'educatore professionale all'interno della Comunità Terapeutica	55
4.2 Mario	57
4.3 "Comunità ed inclusione lavorativa", un progetto per il gruppo e il singolo	59
CONCLUSIONI.....	63
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	64

INTRODUZIONE

“L’educatore professionale e l’accompagnamento all’inclusione sociale: dalla Comunità al Territorio” è il titolo di questo elaborato e la sua stesura è stata possibile grazie alla mia esperienza di tirocinio nella Comunità Terapeutica di Massignano di Ancona, svolta durante il terzo anno del corso di laurea di Educazione Professionale.

L’intento di questo lavoro è quello di riportare, grazie anche a questo tirocinio, come l’utente con Dipendenza Patologica viene accompagnato dalla figura dell’educatore professionale verso un’inclusione sociale e una graduale autonomia.

A questo proposito, l’elaborato consta di quattro capitoli, divisi per tematiche.

Il primo capitolo presenta delle linee generali: partendo con una carrellata delle diverse sostanze in voga negli scorsi decenni, si passa al concetto di Dipendenza Patologica per illustrare poi quello che è tendenzialmente il profilo di una persona con Dipendenza.

Il capitolo si conclude con una distinzione tra dipendenza da sostanze psicoattive e dipendenza comportamentale, specificando inoltre che ognuna di queste può distinguere al suo interno sostanze o comportamenti leciti o illeciti.

Nel secondo capitolo si dà una visione di quelle che sono le risorse territoriali che permettono un lavoro di rete e di inclusione della Persona.

Tra queste, spicca il servizio offerto dai SerD/SerT in Italia e, in specifico, l’offerta del Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STDP) nel territorio delle Marche.

Largo spazio viene inoltre dedicato alle Comunità Terapeutiche con un riferimento ai cenni storici, a come poi si sono evolute nel tempo, alle tipologie rispetto ai diversi percorsi che l’utente può intraprendere a seconda dei suoi bisogni.

All’interno di questo capitolo verrà fatto anche un riferimento ai Gruppi AMA (Auto-Mutuo Aiuto): partendo dalla loro origine, verranno illustrate le loro caratteristiche, sottolineandone il loro straordinario contributo e aiuto che possono offrire.

Con un breve spazio lasciato a quella che è la famiglia del tossicodipendente, si chiude questo secondo capitolo.

Il terzo capitolo è dedicato totalmente alla Cooperativa POLO 9 e alla Comunità di Massignano, servizio nel quale ho svolto il tirocinio del terzo anno, come avevo già anticipato. Ho cercato poi di dare una visione delle risorse e delle iniziative proposte da Massignano citandone alcune.

L'ultimo capitolo, che va a chiudere e dare un contorno all'elaborato, è incentrato sulla figura dell'Educatore Professionale, e sul suo ruolo all'interno di un servizio come quello di Massignano; ho deciso poi di inserire un caso incontrato durante l'esperienza formativa di tirocinio: parlerò di Mario, nome di fantasia, e del suo percorso verso l'inclusione sociale.

Il capitolo si conclude con "*Comunità ed inclusione lavorativa*", un progetto rivolto al gruppo e al singolo realizzato come obiettivo dell'attività di tirocinio.

1. LA DIPENDENZA PATOLOGICA

1.1 La droga e la dipendenza nella società del passato e del presente

Le sostanze sono da sempre state presenti nella nostra società: l'uomo ha fin da subito compreso la natura e gli effetti delle sostanze psicoattive e ha iniziato ad utilizzarle, includendole nella tradizione per ogni popolazione; l'uso della sostanza rappresenta una parte rilevante della cultura; in alcuni casi veniva utilizzata abitualmente o nei rituali sacri. (S. Stella, 2002, pag. 8)

Ne parlano diversi autori e poeti e vorrei fare un riferimento a Charles Baudelaire (1821-1867), autore di "Paradisi Artificiali"¹, saggio sugli effetti delle droghe pubblicato nel 1860.

Nei paesi occidentali il consumo di sostanze psicoattive viene fatto risalire agli anni sessanta. Mentre negli Stati Uniti si registrava un consumo di sostanze da parte di gruppi indistinti – giovani in particolare – nei paesi europei le sostanze sono utilizzate da piccole élite di individui in ambienti raccolti. (S. Stella, 2002, pag. 20)

L'evoluzione della dipendenza italiana è chiaramente diversa da quella degli altri paesi del mondo e con la tabella sottostante vorrei riassumere brevemente le sostanze in voga o maggiormente utilizzate negli anni in Italia.

Tabella 1 - Fasi di sviluppo dell'uso di sostanze illegali (R. Pavarin, 2012, pag. 29)

Periodo	Sostanze	Stereotipo	Paradigma dominante	Target	Parola chiave
Anni '60	LSD	Rivoluzione psichedelica	Stati alterati di coscienza	Hippie	Viaggio
Anni '70	Cannabis	Bohemienne	Vizio/moda	Alternativi	Sperimentare

¹ L'autore cerca in questo saggio di rispondere a come "individui semplici" reagiscano nei confronti di queste sostanze o come queste agiscano su menti elette come quelle degli artisti.

L'uso di queste sostanze crea appunto i "paradisi artificiali": l'uomo, spinto dal desiderio di elevarsi e di cercare piacere, viene catapultato nell'abisso.

La condanna che Baudelaire fa è molto attuale nonostante vengano utilizzate argomentazioni pittoresche: l'uomo si vede come un Dio e, attraverso questo "perfetto strumento satanico", può attenuare ogni rimorso o preoccupazione soffocando il suo Io imperfetto. (Ambra Oberti, I paradisi artificiali – la dipendenza secondo Baudelaire, 2018)

Anni '80	Eroina	Tossico di strada/perdente	Devianza/disagio	Sottoproletari	Drogato
Anni '90	Ecstasy/Club drugs	Discotecaro/raver	Sub cultura	Hip/mainstream	Edonismo
Anni '00	Cocaina	Rampante/vincente	Merce/malattia	Ceti medio alti/Trasversale	Prestazionale

Negli anni '60 la sostanza privilegiata era l'LSD, utilizzata principalmente a scopo ricreativo nella cultura hippie, che dà effetti molto simili alle sostanze che andranno poi in voga negli anni '90.

Nel decennio successivo la sostanza in voga è la cannabis e il consumatore è un bohémien, il quale considera il consumo di sostanze come uno stile di vita. Il fine ultimo di questo tipo di consumatori è quello di sperimentare diverse forme di realtà per sfuggire ai problemi di vita quotidiana. (R. Pavarin, 2012)

Dagli anni '70, caratterizzati da un consumo di cannabis elitario, si è passati ad un consumo elevato di eroina negli anni '80.

Oltre a cambiare la tipologia di sostanza, cambia anche il paradigma dominante: se negli anni '70, l'uso di cannabis stava a simboleggiare il conflitto contro la società, negli anni '80 è simbolo di emarginazione e disagio, espresso attraverso comportamenti di negazione. Centrale è lo stereotipo del *“tossico di strada, eroinomane, delinquente, spacciatore e malato di AIDS. È una vittima della società, rifiuta la famiglia e il lavoro [...]”* (R. Pavarin, 2012).

Dalla figura del tossicodipendente degli anni '80 vengono poi istituite le prime comunità, argomento che verrà trattato nelle prossime pagine, e programmi di prevenzione della riduzione del danno.

I *“tossicodipendenti storici”* giustificano il consumo dell'eroina come un *“modo di rifiutare il sistema”* o perché *“avevano delle idee”*. Tendenzialmente hanno un atteggiamento distaccato al contrario del tossicodipendente della fase successiva. Sono persone *“poco disposte ad aggregarsi per un'azione collettiva, a paragone di altri gruppi emarginati o discriminati.”*

Il consumo delle sostanze viene giustificato dal fatto che l'alterazione dello stato mentale e il viaggio onirico sono una possibile soluzione per distaccarsi dalla realtà sociale, fondata sulle regole. (S. Stella, 2002, pag. 26-27)

Nel decennio '80 - '90 si assiste ad un profondo cambiamento nei comportamenti dei giovani, nei loro stili di vita e nel consumo di nuove sostanze psicoattive, tra cui l'ecstasy.

Le nuove droghe – ecstasy e “club drugs” – diventano una vera e propria attrazione per i giovani che le utilizzano con il gruppo dei pari durante i momenti associati al divertimento, nei fine settimana, nelle discoteche, le quali rappresentano il punto di passaggio per un'evoluzione dell'adolescente: il ragazzo rimane fuori fino a tardi insieme al suo gruppo di pari e cerca così di raggiungere l'autonomia rispetto alla “tirannia familiare”, alle negazioni dei genitori. (R. Pavarin, 2012)

Gli effetti che queste sostanze danno richiamano il decennio '60 - '70 e l'ambiente psichedelico.

Si preferiscono effetti come euforia alle “sensazioni sedative, catartiche e pacificatrici” proprie degli oppiacei, in particolar modo dell'eroina. (S. Stella, 2002, pag. 43)

Con il consumo di queste sostanze, i giovani ricercano sfida o un semplice rifugio da quelle che vengono considerate ansie e preoccupazioni date dalla società.

Con questa nuova sostanza prende forma una “nuova figura di consumatore”, il quale non si definisce né “drogato”, né “tossicodipendente”.

La popolazione preferisce di gran lunga il consumo di droghe sintetiche, perché la sua assunzione, rispetto ad altre sostanze, è più “sicura”: l'assunzione per bocca è considerata una modalità d'assunzione più facile ed innocua a differenza del “complesso rito preparatorio dell'eroina” e delle conseguenze in cui si può incorrere.

Oggi le abitudini di consumo sono cambiate radicalmente: si preferiscono sostanze prestazionali o un “nuovo utilizzo” di sostanze legali come alcol e farmaci come alternativa o in combinazione con sostanze illegali. I soggetti coinvolti sono adolescenti, donne, trentenni che tendenzialmente assumono più sostanze contemporaneamente, comportamento che può essere meglio definito con il termine di poliassunzione.² (R. Pavarin, 2012, pag. 102)

L'equilibrio tra droga e società, tipico delle società più antiche, risulta oggi assente e temi come quello della droga o della dipendenza vengono considerati complessi e di preoccupazione sociale;

² L'assunzione di più sostanze contemporaneamente prende il nome di “poli/tossicodipendenza”: “l'individuo dipendente è sì legato a filo doppio alla sua droga “primaria” ma raramente fa uso solo di quella [...] una sostanza apre il varco alle altre, [...] il traffico clandestino con i suoi spacciatori piccoli e grandi è assai abile nel riempire le piazze delle sostanze [...] sostituendole poi con altre, e inducendo così i clienti a rifornirsi di ciò che trovano lì per lì sul mercato.” (S. Stella, 2002, pag. 35)

gli interessi commerciali forzano le abitudini o le tradizioni di una determinata cultura, trasformando così il consumo moderato in un consumo epidemico.

Secondo P. Arlacchi, il traffico costituisce una novità moderna e ne fa un puro oggetto di consumo.³

1.2 Concetto di Dipendenza Patologica

“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.”⁴

È così che l’OMS, L’Organizzazione Mondiale della Sanità, descrive la dipendenza patologica.

Viene definita “dipendenza”, in quanto compromette la libertà di scelta, la capacità della persona di decidere quando e quanto ricorrere all’alterazione che le sostanze producono. (S. Stella, 2002)

Gli effetti causati dalla sostanza vengono definiti “psicoattivi” e tutte le sostanze, seppur diverse tra loro per effetti e per considerazione nella società, hanno la capacità di alterare gli stati di coscienza e il sistema nervoso, inducendo così una dipendenza psicofisica.

Da quest’ affermazione, l’OMS ha proposto quattro tabelle per le sostanze stupefacenti e una per i medicinali, aggiornate quando si ritiene opportuno con l’inserimento di nuove sostanze.

Le tabelle per le sostanze stupefacenti⁵ (4) sono collegate al sistema sanzionatorio per gli usi illeciti e poste sotto il controllo internazionale e nazionale.

³ Pino Arlacchi, (S. Stella, 2002, pag. 10-12).

⁴ Giulia Calamai, dipendenze patologiche – IPSICO, Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, 2018

⁵ Tabella 1: oppio e derivati oppiacei (morfina, eroina, metadone ecc.), foglie di coca e derivati, amfetamina e derivati amfetaminici (ecstasy e designer drugs), allucinogeni (dietilammide dell’acido lisergico - LSD, mescalina, psilocibina, fenciclidina, ketamina ecc.)

Tabella 2: cannabis

Tabella 3: barbiturici

Tabella 4: benzodiazepine (Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope, Ministero della Salute, 2019)

Nella tabella per i medicinali⁶ sono elencati tutti quei farmaci che contengono sostanze psicoattive, utilizzati a scopo terapeutico.

Non c'è un confine preciso e delimitato tra chi consuma sostanze "lecite" e chi consuma sostanze "illecite": c'è al contrario un continuum. (S. Stella, 2002, pag. 15)

Sempre l'OMS, nel 1967, dà una definizione del termine droga, inteso come "ogni sostanza naturale o artificiale in grado di modificare la psicologia e l'attività mentale degli esseri umani."

La dipendenza può essere causata da sostanze o da non sostanze che a loro volta possono essere, legali o illegali. (S. Stella, 2002, pag. 13)

Per ogni sostanza, legale o illegale, esiste un uso lecito, un uso tollerato ed un uso condannato. (R. Pavarin, 2012, pag. 43)

Tabella 2 - Uso lecito, tollerato, condannato (Young, 1971)

Sostanza/Usò	Lecito	Tollerato	Condannato
Anfetamine	X	X	X
Alcol	X	X	X
Oppiacei	X		X
Tabacco	X		
Marijuana		X	X

La Tabella 2 indica per quali sostanze è possibile un uso lecito, tollerato o condannato: la sostanza viene approvata se il suo uso comporta un miglioramento nel lavoro o nelle relazioni; viene condannata, al contrario, se usata solo con fini edonistici.

Alcune sostanze, in alcuni paesi del mondo, sono consumate abitualmente dalla popolazione anche se contengono sostanze psicoattive. Un esempio sono gli alcolici e le sigarette, ormai parte della tradizione della maggior parte dei paesi occidentali. (S. Stella, 2002, pag. 16)

La nostra società, infatti, tollera l'alcol come forma di socializzazione in quanto fa parte della nostra tradizione; il suo uso viene condannato solo nel momento in cui risulta problematico e dannoso per il soggetto e per gli altri.

⁶ La tabella dei medicinali comprende farmaci contenenti sostanze psicoattive, utilizzati a scopo terapeutico. Ne fanno parte: medicinali a base di morfina e sostanze analgesiche oppiacee, medicinali di origine vegetale a base di Cannabis, barbiturici, benzodiazepine (diazepam, flunitrazepam, lorazepam ecc.)

L'abuso viene disapprovato e il soggetto affetto da dipendenza, oltre a riscontrare danni alla salute, perde di "credibilità sociale".

Nella società odierna si tende a separare le sostanze in "cattive" e "buone", dove le prime sono le uniche a causare danni alla persona e agli altri. (S. Stella, 2002)

Le sostanze legali vengono quindi considerate con indulgenza, come se fossero sostanze innocue ed accettabili; possiamo dire che c'è un rifiuto da parte della società di accettare che tra una sostanza legale come l'alcol e una illegale come l'eroina c'è qualcosa in comune: entrambe causano danni alla salute e dipendenza, anche se in modo diverso. (S. Stella, 2002)

Una sostanza viene classificata come illegale in base alla sua tossicità, ovvero la capacità della sostanza di indurre dipendenza psicofisica. Seguendo questo criterio, anche tabacco e alcol nel lungo periodo e con determinati dosaggi, sono intossicanti.

Il consumo di sostanze legali non viene distinto come per le sostanze illegali: *"per l'opinione pubblica un bevitore di birra è una persona normale mentre un fumatore di marijuana è automaticamente un tossicodipendente. Di fronte alla legge inoltre il bevitore di birra o vino non esiste neppure – ragionevolmente – mentre sia i semplici consumatori sia i tossicodipendenti di sostanze illecite costituiscono un'unica categoria indistinta da perseguire."* (S. Stella, 2002)

1.3 Profilo della persona affetta da Dipendenza Patologica

Dal punto di vista più tecnico possiamo definire la dipendenza e, di conseguenza, l'individuo che ne è affetto, seguendo i criteri diagnostici proposti dal DSM V (2013).

Secondo il manuale, la dipendenza è una modalità patologica d'uso della sostanza che comporta disagio o compromissione della persona significativi. Il soggetto, secondo i criteri diagnostici, deve manifestare almeno due delle condizioni sottoelencate entro un periodo di dodici mesi.

Gli undici criteri proposti sono divisi in raggruppamenti: compromissione del controllo dell'uso della sostanza (1-4), compromissione sociale (5-7), uso rischioso della sostanza (8-9), criteri farmacologici (10-11).

- I. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- II. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;

- III. Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla. In alcuni casi di disturbi più gravi, tutte le attività quotidiane dell'individuo ruotano intorno alla sostanza stessa;
- IV. Craving: desiderio intenso o irresistibile per la sostanza che può verificarsi in qualsiasi momento, molto probabilmente in un ambiente dove la sostanza veniva procurata o usata in precedenza;
- V. L'uso ricorrente della sostanza causa il fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola o a casa;
- VI. Uso continuativo della sostanza nonostante l'individuo abbia persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza;
- VII. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative possono essere abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza: l'individuo può ritirarsi dalle attività familiari e dagli hobby allo scopo di usare la sostanza;
- VIII. L'individuo utilizza in modo ricorrente la sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso;
- IX. L'individuo continua ad usare la sostanza nonostante riconosca di avere problemi fisici o psicologici persistenti o ricorrenti, i quali, molto probabilmente, sono causati o esacerbati dalla sostanza stessa;
- X. Tolleranza: avere bisogno di dosi marcatamente aumentate della sostanza per ottenere l'effetto desiderato o da un effetto marcatamente ridotto quando si consuma la dose abituale. Il grado in cui si sviluppa la tolleranza varia notevolmente tra individui e sostanze; può comportare una varietà di effetti sul SNC;
- XI. Astinenza: sindrome che si verifica quando le concentrazioni di una sostanza nel sangue o nei tessuti declinano in un individuo che ha mantenuto un pesante e prolungato uso della sostanza stessa.

Dopo aver sviluppato i sintomi dell'astinenza, l'individuo tende a consumare la sostanza per attenuare i sintomi.

I sintomi di astinenza variano fra le classi di sostanze e sono previsti alcuni set di criteri separati per l'astinenza nelle diverse classi. Si registrano marcati segni fisiologici di astinenza, facilmente misurabili, con alcol, oppiacei, sedativi, ipnotici, ansiolitici.

Possono essere presenti segni e sintomi di astinenza con stimolanti (amfetamine, cocaina), tabacco, cannabis.⁷

“Il consumatore non è un soggetto passivo, inerte, succube allo spacciatore, bensì si muove, chiede, sceglie, decide.” (M. Ravenna)

È questa una delle tante affermazioni sul profilo del consumatore e possiamo comprendere come non sia solo la disponibilità della sostanza a causarne la diffusione del consumo ma anche il comportamento delle persone. Pertanto, la diffusione delle sostanze nei vari contesti non ha trascinato completamente le persone. (S. Stella, 2002, pag. 22)

È difficile dare un numero certo dei tossicodipendenti in Italia: questo perché non tutti si rivolgono ai servizi pubblici o privati per chiedere aiuto.

Tutti i consumatori e i tossicodipendenti che non cercano alcun tipo di aiuto fanno parte della “parte invisibile della popolazione”, ovvero del “sommerso”. (S. Stella, 2002, pag. 44)

Sappiamo della loro esistenza grazie alle segnalazioni della polizia alle prefetture e dalle unità di strada, le quali aiutano chi è in difficoltà, andando direttamente nelle zone interessate. (S. Stella, 2002, pag.44)

Generalmente un soggetto si avvicina alle sostanze a causa di una serie di motivazioni ed è importante tenere conto della storia personale e dei rapporti che la persona ha con sé stessa.

Il soggetto si avvicina alla sostanza e comincia a farne uso perché magari vorrebbe modificare gli stati di coscienza, sperimentare nuove sensazioni, intense ed insolite, sfuggire dalla realtà quotidiana. Il consumo di sostanze viene visto come un possibile mezzo che favorisce comportamenti più disinvolti nelle relazioni con gli altri. In alcuni casi rappresenta per l'individuo una nuova fase di vita o uno strumento per superare esperienze che causano disagio nel soggetto. (R. Pavarin, 2012)

In seguito, la dipendenza potrebbe causare nel soggetto un impoverimento del senso della sua vita. Quest'impoverimento viene percepito nel momento in cui il beneficio dato dall'assunzione della sostanza scompare. Il beneficio si riduce con un uso ricorrente della sostanza che, appunto, viene ricercata sempre più spesso.

⁷ American Psychiatric Association, DSM 5 – Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2013

Il tempo tra un consumo e l'altro non è più sereno: l'individuo con dipendenza prova un malessere se il suo organismo viene privato della sostanza. (S. Stella, 2002, pag. 72)

Il bisogno del tossicomane di assumere la sostanza è causato dal “porre fine di stare male” e non dal desiderio di “stare bene”; la sostanza a questo punto diventa l'oggetto privilegiato, insostituibile con qualsiasi altra cosa: tra il soggetto e la sostanza si forma un rapporto di amore-odio. (S. Stella, 2002, pag. 73)

Il soggetto, ricercando ossessivamente la sostanza, perde lentamente tutte quelle attività quotidiane, le sue energie e le sue capacità: prova un senso di indifferenza verso abitudini care che inizialmente davano piacere ed erano uno degli interessi del soggetto. (S. Stella, 2002, pag. 73)

L'individuo percepisce un senso di privazione sociale umiliante nel momento in cui è consapevole di non riuscire più a fare ciò che faceva prima: il soggetto inizia così a mentire alle figure più significative e vicine e ciò gli è possibile grazie all'impovertimento delle capacità affettive. (S. Stella, 2002, pag. 73)

Con il tempo, attorno alla figura del tossicodipendente, si forma un vuoto dovuto alla stigmatizzazione sociale e “all'auto distruttività passiva del soggetto stesso dall'altro.” (S. Stella, 2002, pag. 43)

1.4 Sostanze e comportamenti legali e illegali

Prima di passare al prossimo paragrafo con un'analisi più dettagliata delle sostanze psicoattive e delle nuove dipendenze, vorrei precisare che è possibile parlare di dipendenza da sostanze, distinte in legali o illegali e di dipendenza comportamentale, distinta anch'essa in legale ed illegale.

1.4.1 Sostanze psicoattive e classificazione

Come ho già accennato, la dipendenza può essere causata da una sostanza, legale o illegale.

Tra le sostanze legali troviamo l'alcol, il tabacco e gli psicofarmaci. Alcol e tabacco non sono sottoposti ad alcun controllo, diversamente dagli psicofarmaci sottoposti al controllo medico. Tra le sostanze illegali abbiamo la canapa indiana, gli oppiacei, la cocaina, le amfetamine e gli allucinogeni.

Non c'è una classificazione delle sostanze ben precisa: in questo caso la classificazione viene proposta da Augusto Palmonari sulla base degli effetti sul SNC, sui comportamenti individuali e sui contraccolpi psicologici.⁸

Le sostanze vengono perciò distinte in 4 macrocategorie:

- Sostanze che modificano la funzione percettiva: di questo gruppo fanno parte i cosiddetti allucinogeni.

Un esempio di allucinogeno leggero è la canapa indiana e i suoi derivati, tra cui l'hashish. Il soggetto, una volta assunto questa sostanza, prova un senso di rilassamento, di sonnolenza e un'inclinazione e piacere nel parlare con gli altri.

Tra gli allucinogeni sintetici il più conosciuto è l'LSD, il quale provoca un incremento delle esperienze sensoriali, una particolare percezione dello spazio e dell'ambiente, un sentimento piacevole di irrealtà.

In alcuni casi può provocare anche momenti di dissociazione mentale e di delirio;

- Sostanze che riducono le sensazioni di dolore: all'interno di questo gruppo troviamo gli oppiacei, distinti in naturali (oppio e derivati) e sintetici (morfina, eroina, metadone).

Gli oppiacei riducono la reazione emotiva al dolore, all'angoscia e all'ansia. Provocano inizialmente euforia nel soggetto, seguita poi da una sensazione di tranquillità.

Assunti in alti dosaggi sono dei potenti sedativi e anestetici.

Come ho già detto in precedenza, tra gli oppiacei sintetici c'è il metadone, scoperto dai chimici tedeschi durante il secondo conflitto mondiale.

Attualmente viene utilizzato come sostituto dell'eroina nei servizi pubblici del Sistema Sanitario Nazionale.

Quest'oppiaceo viene considerato uno dei più discussi trattamenti farmacologici, in quanto produce, in modo più attenuato, effetti simili alla droga d'abuso, l'eroina.

Proprio per questo motivo, nel corso degli anni, è stato escluso e reinserito dalle liste dei medicinali autorizzati;

- Sostanze che stimolano il Sistema Nervoso Centrale: fanno parte di questo gruppo sostanze di uso quotidiano nella popolazione, come la nicotina e la caffeina, e sostanze illegali, come cocaina, amfetamine.

⁸ S. Stella, Droghe e Tossicodipendenza, 2002, pag. 50)

Queste sostanze, una volta assunte, attenuano il senso di fatica, di fame, il bisogno di dormire e di riposarsi: il soggetto si sente infatti pieno di energie;

- Sostanze che deprimono il Sistema Nervoso Centrale: di questa categoria fanno parte le bevande alcoliche, i barbiturici e gli ipnosedativi.

In realtà ogni sostanza comporta effetti euforizzanti e sedativi: questi effetti variano da soggetto a soggetto e in base al dosaggio assunto.

Per queste sostanze vengono percepiti i sintomi d'astinenza nel momento in cui viene sospesa, sintomi che possono essere deboli o molto forti a seconda del tipo di sostanza.

Ad esempio, le sindromi d'astinenza più forti sono prodotte dall'eroina; quelle più pericolose dall'alcol.

Per l'astinenza da alcol ed eroina si può intervenire con trattamenti farmacologici appositi.

Queste quattro macrocategorie non sono distinte in modo netto e definitivo. Il tossicodipendente non rispetta i confini di questi gruppi: nonostante il soggetto prediliga una sostanza, non si impone una chiusura nei confronti delle altre.

Per curiosità, bisogno fisico di alterare gli effetti, il soggetto ripiega momentaneamente su una sostanza d'appoggio, ritenuta meno pericolosa.

1.4.2 Nuove Dipendenze

Come avevo già anticipato, la dipendenza non deve per forza coinvolgere una sostanza: in questo caso parliamo di dipendenza comportamentale.

Nelle nuove dipendenze, l'oggetto della dipendenza non è più appunto una sostanza, bensì un comportamento o un'attività in genere accettata e riconosciuta come lecita dalla società, che con il tempo sfugge al controllo del soggetto divenendo anomala.

*“Diventano eccessi, passioni tristi, surrogati di punti di riferimento [...] che non riusciamo più a rintracciare nel nostro quotidiano [...]”*⁹

Dunque, un oggetto o un'azione diventano dipendenza nel momento in cui sfuggono al controllo del soggetto che non può farne più a meno, impiegando così la maggior parte del loro tempo a

⁹ Daniela Capitanucci, Post-modernità e nuove dipendenze, 2006

svolgere quella determinata azione. L'individuo si rifugia in queste azioni in quanto possiedono delle peculiarità con l'oggetto transizionale.

Il doversi rifugiare in un oggetto, un'azione o, nel caso della dipendenza da sostanze, nella droga, è dovuto a una scomparsa di punti di riferimento in una società sempre più frenetica.

Tra i comportamenti legali che possono trasformarsi in vere e proprie dipendenze abbiamo lo shopping compulsivo, il lavoro (workaholism), il gioco d'azzardo patologico, il sesso e le relazioni affettive, cibo, Internet e altre tecnologie.

Al momento l'unico disturbo non correlato a uso di sostanze che trova una collocazione in un sistema di classificazione nosografica è il gioco d'azzardo patologico, inserito nel DSM IV-TR.

Nel 1980, infatti, viene inserito nella categoria "disturbi del controllo degli impulsi non altrove classificati", insieme alla piromania, alla cleptomania, al disturbo esplosivo intermittente, alla tricotillomania e al disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato.

Tra i comportamenti non legali che possono provocare dipendenza, come detto precedentemente, vi sono la cleptomania, la piromania e lo stupro.

I prossimi paragrafi sono incentrati su alcuni di questi comportamenti, con un'attenzione in più sul gioco d'azzardo patologico.

Shopping compulsivo: quello dello shopping compulsivo è un comportamento che riflette pienamente la condizione attuale dell'uomo e della società.

Lo shopping compulsivo diventa "passione triste" nel momento in cui il consumo o l'acquisto sostituisce le relazioni che l'uomo può instaurare con l'altro.¹⁰

Dipendenza dal lavoro (workaholism): anche quella che può sembrare una comune attività che tiene occupato il soggetto e gli permette un sostentamento può diventare una vera e propria dipendenza.

Il lavoro diventa dipendenza, quindi scopo di vita, nel momento in cui l'uomo considera come beni centrali e immancabili il denaro e il potere.¹¹

¹⁰ Daniela Capitanucci, Post-modernità e nuove dipendenze, 2006

¹¹ Daniela Capitanucci, Post-modernità e nuove dipendenze, 2006

Gioco d'azzardo patologico (GAP): il gioco in generale è un'attività che fa parte della vita dell'uomo fin dai suoi primi anni. Secondo il filosofo tedesco Eugen Fink (1905-1975), il gioco è una vera "oasi della gioia", luogo di evasione e "rifugio della mente", rispetto a obblighi, lavoro, cura e responsabilità che richiedono molte energie dell'individuo.

Fin dall'antichità, il gioco d'azzardo rappresentava un momento di intrattenimento e di svago e se ne hanno le prime fonti già dal 4000 a.C.

Dalle fonti scritte a noi pervenute, si evince che già nelle prime civiltà avevano luogo scommesse al gioco dei dadi o alle corse dei carri. Con il passare degli anni, le scommesse si estesero anche alle corse dei cavalli e alle lotterie.¹²

Il gioco d'azzardo viene così definito perché dato dal caso. Può essere effettuata una distinzione tra giochi dalla vincita immediata e giochi dove i tempi di attesa sono più lunghi; una seconda distinzione può essere fatta sulla base del ruolo che il giocatore ha: attivo, in giochi come quello degli scacchi o del poker oppure passivo, nel caso in cui la vincita dipenda solo dall'elemento fortuna, ad esempio i gratta e vinci, le lotterie.¹³

Come ho già anticipato, quello del gioco d'azzardo patologico è l'unico comportamento che è stato inserito all'interno di un sistema di classificazione nosografica, ovvero nel DSM IV-TR (1980).

Secondo i criteri diagnostici, per diagnosticare il disturbo, è necessario che si verifichino entrambi i criteri A e B e, almeno cinque sottocriteri di A.

Criterio A: persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattivo, come indicato da cinque (o più) dei seguenti:

- I. È eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (ad esempio, il soggetto è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare);
- II. Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
- III. Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;

¹² A. Lucchini, P. Cicerone, Oltre l'eccesso – quando internet, shopping, sesso, sport, lavoro, gioco diventano dipendenza, 2011

¹³ La Barbera, La Cascia, il gioco d'azzardo patologico, 2008

- IV. È irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- V. Gioca d'azzardo per sfuggire a problemi o per alleviare un umore disforico (sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione);
- VI. Dopo aver perso al gioco, torna in seguito per giocare ancora;
- VII. Mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
- VIII. Ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo;
- IX. Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
- X. Fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

Criterio B: il comportamento d'azzardo non è meglio attribuibile ad un episodio maniacale.¹⁴

Internet Addiction Disorder: la nascita e lo sviluppo di Internet – in particolar modo dei social – e delle nuove tecnologie ha comportato notevoli vantaggi. Anche questo mezzo però, se usato in modo anomalo, può essere considerato una vera e propria dipendenza.

IAD o, più comunemente Internet Addiction Disorder, è un'espressione introdotta nel 1995 da Ivan Goldberg, psichiatra americano, il quale voleva definire i criteri diagnostici per la sindrome da dipendenza da Internet.

Nonostante la dipendenza da Internet non abbia ancora una collocazione all'interno di uno dei sistemi di classificazione delle malattie, i sintomi e i criteri diagnostici sono simili a quelli della dipendenza da sostanze: sono presenti infatti effetti come craving, tolleranza e astinenza.¹⁵

Internet è “*senza confini, senza limiti: né di spazio, né di tempo.*” Questo potente strumento diventa una “passione triste” nel momento in cui va a sostituire le relazioni reali che posso instaurare all'interno di una società:¹⁶ avendo paura di un coinvolgimento emotivo e non riuscendo più a stare a contatto con gli altri, l'unico rifugio è nella tecnologia. Stando dietro ad uno schermo sono in contatto con tutti senza dover uscire e costruisco, attraverso i social, una mia nuova identità non veritiera rispetto a quella reale.

¹⁴ American Psychiatric Association, DSM IV-TR - Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 1980

¹⁵ La Barbera, La Cascia, Le psicotecnologie e l'internet addiction disorder, 2008

¹⁶ Daniela Capitanucci, Post-modernità e nuove dipendenze, 2006

2. RETE SOCIALE ED INCLUSIONE DELLA PERSONA AFFETTA DA DIPENDENZA PATOLOGICA: QUALI RISORSE DEL TERRITORIO?

Dopo un primo capitolo dove spero di aver dato delle informazioni generali ma necessarie su quello che è all'incirca il profilo della persona con Dipendenza Patologica, le diverse sostanze utilizzate in Italia nei vari anni, vorrei concentrarmi adesso su quella che oggi è l'offerta dei servizi in Italia per le tossicodipendenze.

2.1 SerD/ SerT – caratteristiche generali e riferimento alla legge 162/1990

Gli ex SerD vengono istituiti ufficialmente con la legge 162/1990¹⁷. Vengono considerati il servizio più capillare della sanità pubblica per il trattamento della tossicodipendenza.

Questi servizi, pubblici e gratuiti, svolgono attività di prevenzione primaria, cura e prevenzione di altre patologie, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo. Queste attività vengono svolte

¹⁷ La legge 162/1990 viene anche definita Legge Vassalli/Russo Jervolino, ministri che la proposero. La legge 162 condannava lo spaccio e il consumo di sostanze stupefacenti sul piano amministrativo. Sul piano penale, veniva condannato il possesso di sostanze, se superava i limiti della dose media giornaliera, fissati da un decreto ministeriale.

anche collaborando con le diverse Comunità del Territorio, a cui è stato dedicato un intero paragrafo di questo capitolo.

Spesso sono gli stessi SerD che inviano i propri utenti alle comunità, anche fuori regione. (S. Stella, 2002, pag. 90-91).

Quella del SerD è un'equipe multiprofessionale costituita da figure professionali come medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri e altro personale di supporto¹⁸.

Generalmente ci si rivolge nel momento in cui è presente uno stato di dipendenza occasionale, abituale o quotidiano.

2.2 DGR Marche 747/2004 – Atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche

Con la DGR¹⁹ 747 del 29/06/2004, modificata poi dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1534 del 11/11/2013, avviene un riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche.

Nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2006²⁰ infatti, la Regione Marche ha cercato di proporre nuove iniziative o programmi per la prevenzione e la cura delle dipendenze patologiche, con la

¹⁸ I SerD e i Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimento per le politiche antidroga.

¹⁹ Deliberazione della Giunta Regionale

²⁰ Il Piano Sanitario Regionale 2003-2006 aveva stabilito determinati obiettivi prioritari del sistema:

- Potenziamento degli interventi di prevenzione primaria, in particolar modo la prevenzione dei rischi e la prevenzione del danno fisico e sociale in luoghi frequentati molto spesso dai giovani;
- Cercare un contatto precoce con quei soggetti consumatori di nuove o vecchie droghe che però non abbiano ancora sviluppato una dipendenza;
- Contrastare la cronicizzazione dello stato di tossicodipendenza;
- Aumentare il numero di utenti con dipendenza presi in carico dai diversi servizi;
- Elaborazione di profili di assistenza integrati medico/farmacologici, psicologici e sociali;
- Assicurare una risposta esauriente ai soggetti che richiedono aiuto (comorbilità psichiatrica, poliassuntori)
- Assicurare la presenza di servizi per soggetti con dipendenza da alcol;
- Potenziamento delle opportunità di reinserimento sociale, lavorativo, scolastico, abitativo.

collaborazione di figure professionali e cittadini: viene promosso così un sistema socio-sanitario integrato che offre risposte adeguate al consumo e alla domanda di servizi.

Essendo quello delle dipendenze patologiche un settore vasto, complesso ed in continuo evolversi, per elaborare un programma di prevenzione e riabilitazione, è necessario che più professioni, metodiche ed organizzazioni si incontrino.

Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche è organizzato su un livello regionale e un livello dipartimentale.

A livello regionale spettano le funzioni di programmazione ed indirizzo, eseguite dal Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità (DSPC) e coordinamento, svolte dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR).

A livello dipartimentale vengono svolte le funzioni di decisione operativa, programmazione locale, coordinamento e definizione degli indirizzi gestionali delle Unità Operative (UO), delle attività e degli interventi.

Negli organi del Dipartimento e nei Distretti viene realizzata l'integrazione socio-sanitaria tra le Zone Territoriali dell'ASUR, gli Ambiti Territoriali, i soggetti del terzo settore e i "servizi di vicinanza".

Le attività di progettazione operativa, gestionale, decisionale e il coordinamento delle unità operative vengono affidate al Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP), presidio pubblico del Sistema Sanitario Regionale.

Per assicurare alla persona tutte le opportunità, questo servizio pubblico raccoglie al suo interno diverse figure professionali e servizi, costituendo così un sistema complesso a livello funzionale, dove i diversi sottosistemi sono accomunati dalla stessa *mission*.

Il DDP opera nel territorio di sua competenza svolgendo diverse azioni e di queste ne citerò solo alcune:

- programmazione specifica;

- realizzazione, monitoraggio e verifica degli interventi sulle dipendenze e sui fenomeni di consumo e abuso di sostanze legali e illegali. Attività di prevenzione ed inclusione lavorativa;
- coordinamento con i centri accreditati del Territorio coinvolti nel settore della dipendenza;
- coordinamento e conduzione di attività territoriali nell'ambito di monitoraggio dei fenomeni di abuso e di dipendenza;
- verifica del raggiungimento degli obiettivi, la valutazione degli interventi e dei risultati raggiunti.

Da come si può intendere, il Dipartimento è un organismo complesso, articolato in diversi organi come il Coordinatore, il Comitato, l'Assemblea, l'Ufficio di Staff, le Unità Operative Territoriali.

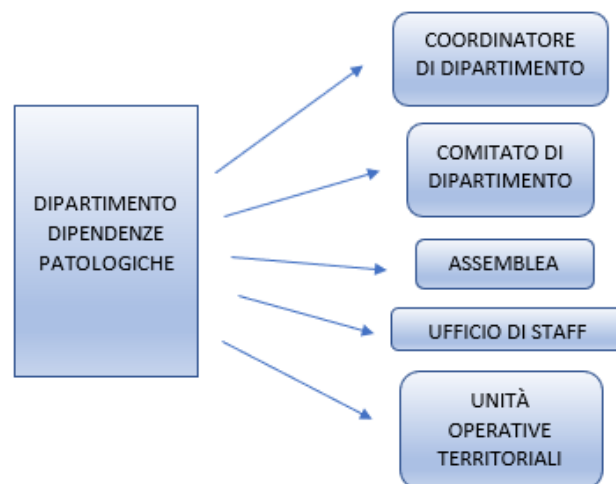


Figura 1 - Organizzazione Dipartimento Dipendenze Patologiche

Nel caso del **Coordinatore**, si preferisce che almeno per la fase iniziale coincida con il Dirigente responsabile dell'Unità Operativa complessa Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STDP).

Tra le diverse funzioni che svolge, ne cito solo alcune:

- convoca e presiede l'Assemblea;
- promuove riunioni del personale ed elabora proposte di interventi, formazione ed aggiornamento;
- presenta una relazione annuale al Comitato di Dipartimento sullo stato di attuazione del progetto generale d'intervento.

Il **Comitato di Dipartimento** è un organo con funzione decisionale, di programmazione, di coordinamento e di indirizzo delle attività e degli interventi. È costituito da un Coordinatore, il responsabile dell'Unità Operativa complessa STDP, un responsabile di organizzazione del privato sociale accreditato, un Coordinatore d'Ambito sociale, due nominativi designati dall'Assemblea, un Direttore di Distretto designato dal Direttore della Zona Territoriale dell'ASUR.

Compito del Comitato è quello di elaborare un progetto di intervento, considerando le linee di indirizzo della Regione, dell'ASUR, delle Zone, dei Distretti e degli Enti Locali competenti.

Pluralità, trasparenza e pari diritti tra i vari organi devono essere garantiti da quest'organo.

Convocato mensilmente, secondo uno specifico regolamento, può essere articolato in gruppi tematici e funzionali, o gruppi riferiti ad Ambiti Territoriali o Distretti specifici.

L'**Assemblea** è un organo con funzione di consultazione ed elezione del Dipartimento. All'Assemblea prendono parte per votare diverse figure, tra cui: responsabili delle U.O complesse STDP, responsabili delle U.O semplici STDP, responsabili delle U.O trattamenti residenziali, cooperazione sociale, volontariato, associazioni di promozione sociale, Direttori dei Distretti, Ministero della Giustizia e Prefetture.

All'Assemblea prendono inoltre parte istituzioni con funzione consultiva, senza diritto di voto come gli enti locali, le scuole, il Dipartimento di Salute Mentale, i referenti degli Uffici di Promozione Sociale e degli Sportelli della Salute distrettuali, un responsabile per ogni associazione familiare che opera nel territorio del Dipartimento, un rappresentante per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, i Dipartimenti Materno Infantili.

L'Assemblea si tiene almeno due volte l'anno e viene presieduta dal Coordinatore del Dipartimento.

L'**Ufficio di Staff** ha funzione di supporto per il Dipartimento, è subordinato dal Coordinatore del Dipartimento e svolge attività tecnico-amministrative, di raccolta, elaborazione ed analisi dei dati,

attività gestionali e di coordinamento del sistema informativo. Le seguenti attività sono necessarie al funzionamento del Dipartimento

Le *Unità Operative territoriali* svolgono diversi compiti tra cui: realizzazione di processi diagnostici e terapeutici, realizzazione di obiettivi di budget, proposta al Comitato di Dipartimento di obiettivi da inserire nella programmazione, rispettando comunque quanto deciso dall'Assemblea.

Ogni responsabile delle U.O è tenuto a partecipare alle attività del Comitato, dirigere il lavoro degli operatori, proporre e negoziare il budget dell'unità operativa con il coordinatore.

Il DDP opera in un determinato territorio che, tendenzialmente, coincide con quello del Dipartimento di Salute Mentale.

Il Dipartimento viene diviso in Unità Operative complesse e Unità Operative semplici ed entro i primi sei mesi dall'avvio è compito della Regione e dell'ASUR definire dei criteri rispetto agli

standard minimi di prestazione e al bacino di utenza, al fine di istituire le U.O (semplici e complesse) e regolare i futuri rapporti tra queste.

Una volta che questi criteri sono stati formulati e rilasciati, il DDP organizza le U.O.

Presso ogni Dipartimento possono essere attivate diverse U.O, ad eccezione di quelle deputate alla detossificazione, aventi valenza provinciale. Citiamone alcune:

- U.O complessa Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche (STDP);
- U.O complessa trattamenti residenziali e semiresidenziali;
- U.O alcologia e sostanze legali;
- U.O territoriali/distrettuali;
- U.O provvedimenti amministrativi, giudiziari e penali;
- U.O detossificazione in degenza.

Le U.O semplici sono generalmente articolazioni della U.O complessa STDP. A sua volta, l'U.O complessa STDP deve essere articolata almeno con le sottostanti U.O:

- amministrazione e gestione;
- provvedimenti amministrativi, giudiziari e penali, nel caso in cui sia presente una struttura penitenziaria;
- centro di detossificazione in degenza ospedaliera, almeno una per provincia;
- ambulatorio tossicologico;
- ambulatorio territoriale/distrettuale, almeno uno per DDP.

Il DDP permette di accedere con percorsi terapeutici e riabilitativi individualizzati a seconda della valutazione delle risorse attivabili, del tipo di problematica o patologia presentati dalla persona e dal contesto di riferimento.

È possibile accedere ai servizi dipartimentali tramite strutture e servizi, pubblici e privati.

La certificazione dello stato di tossicodipendenza è compito del servizio pubblico attraverso l'unità operativa complessa Dipartimentale STDP. (Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche)

Compito delle strutture e dei servizi del DDP è informare la persona con dipendenza e i suoi familiari sull'eventuale natura e gravità dei problemi, indirizzandoli verso il trattamento che più è adatto alla persona, tenendo in considerazione i suoi bisogni.

Viene così a crearsi una fiducia, sulla quale andrà poi a basarsi la relazione educativa tra l'educatore professionale e l'utente.

Il primo accesso o la presa in carico della persona sono da notificare obbligatoriamente all'Ufficio di Staff del DDP.

Le strutture ospitanti le Unità Operative e i servizi del Dipartimento devono essere costruite senza perdere di vista il principio di dignità per l'utente e gli operatori che vi lavorano all'interno: il fine ultimo è quello di integrare perfettamente il servizio all'interno del territorio.

L'ubicazione ed altri elementi da tenere in considerazione per la persona dovranno essere poi controllati da enti specifici periodicamente.

Vorrei sottolineare che qualsiasi sistema o servizio del territorio, per poter funzionare correttamente, deve rispondere ai concetti di flessibilità, accessibilità, aggiornamento.

2.2.1 Organizzazione dei Servizi Territoriali per le Dipendenze Patologiche

In breve, il Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche (STDP) svolge attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento, aspetti che verranno approfonditi maggiormente nel prossimo paragrafo, incentrato sull'intervento socio-sanitario riabilitativo.

Questo servizio coinvolge al suo interno diverse aree con diverse figure professionali che vanno così a costituire l'équipe multiprofessionale: psichiatri, infermieri, psicologi, assistenti sociali,

educatori professionali e operatori di strada collaborano e lavorano insieme per garantire le attività sopraelencate.

2.2.2 Rete di intervento socio-sanitario riabilitativo

L'utente può essere accompagnato dalla prima accoglienza alla fase di reinserimento grazie ad una presa in carico globale ed omogenea e con l'introduzione del "referente del caso", figura professionale del servizio che segue l'utente.

Le varie offerte dei servizi vengono strutturate attraverso il progetto, distinto in individuale o di rete, in base al destinatario.

Esistono diversi livelli d'intervento, all'interno dei quali viene articolata l'offerta del servizio:

- **Livello 1:** promozione della salute, riduzione della domanda, intercettazione del disagio inespresso;
- **Livello 2:** a) contatto precoce, intercettazione del disagio nelle sue prime evidenze e primi interventi; b) riduzione del danno;
- **Livello 3:** accoglienza, diagnosi, analisi della domanda, progetto terapeutico, sostegno alle famiglie;
- **Livello 4:** trattamenti ambulatoriali, diurni, residenziali, detossificazione in regime protetto;
- **Livello 5:** inclusione sociale e lavorativa;
- **Livello 6:** prevenzione delle ricadute.

A questi livelli, fanno riferimento dei macrosettori:

- a) Prevenzione (livello 1 e 2);
- b) Cura e riabilitazione (livello 3 e 4);
- c) Inclusione sociale e prevenzione delle ricadute (livello 5 e 6);

d) Interventi in contesti specifici o in settori trasversali (tutti i livelli).

Per avere una maggiore chiarezza di quanto appena detto, nella tabella sottostante sono indicati i macrosettori con i loro livelli di riferimento.

Tabella 3 - Articolazione dell'offerta per macrosettori e livelli d'intervento (DGR 747/2004)

Prevenzione	Livello 1 - Promozione della salute - Riduzione del danno	Interventi in contesti specifici o settori trasversali
	Livello 2-a - Contatto precoce - Intercettazione del disagio e primi interventi	
	Livello 2-b - Riduzione del danno	
Cura	Livello 3 - Accoglienza, analisi della domanda - Diagnosi, progetto terapeutico - Sostegno alle famiglie	
	Livello 4 - Trattamenti ambulatoriali, diurni, residenziali - Detossificazione in regime ospedaliero	
Inclusione sociale	Livello 5 - Inclusione sociale e lavorativa - Prevenzione delle ricadute	

Il macrosettore della prevenzione è chiaramente un aspetto chiave del sistema.

“Fare prevenzione” è possibile attraverso diverse attività: favorire la crescita responsabile della persona, diminuire la domanda di droghe, diminuire l’esordio di patologie correlate all’abuso di sostanze e il numero di decessi.

Gli interventi da poter attuare per il macrosettore prevenzione si sviluppano su due livelli:

- la rete di promozione della salute e la riduzione del danno, possibili attraverso interventi di comunità;
- il contatto precoce, l’intercettazione del disagio per agire poi immediatamente con i primi interventi per ridurre il danno.

Con il primo livello, ovvero quello della promozione della salute, è possibile potenziare le abilità residue dell'individuo e modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche per evitare che queste influiscano troppo sulla vita della persona.

In un settore complesso ed articolato come quello delle dipendenze patologiche per la promozione della salute è necessaria una collaborazione tra le diverse istituzioni del territorio.

La promozione della salute è possibile attraverso interventi di comunità²¹, interventi di supporto sociale²², interventi diretti²³.

Il secondo livello prevede un contatto precoce, l'intercettazione del disagio, seguita poi dai primi interventi di prevenzione: ciò è possibile in quanto sono presenti servizi che hanno la capacità di identificare il problema e il consumo di droga attraverso screening, individuare la struttura ideale per l'utente e accompagnarlo nel passaggio da un servizio all'altro.

I servizi attraverso cui è possibile intervenire sono ad esempio i centri di ascolto, il consultorio per i più giovani, altre organizzazioni socio-assistenziali.

Per organizzare qualsiasi intervento sono necessari accordi con Ambiti Territoriali sociali, Comuni, Scuole, Enti, Istituzioni e Associazioni per far sì che gli interventi vengano concordati tra loro.

Passando poi al macrosettore della cura e della riabilitazione, gli interventi possibili vengono organizzati su un unico livello: nella fase iniziale sono previste una prima valutazione iniziale, la presa in carico e l'elaborazione di quello che sarà poi il progetto terapeutico²⁴.

²¹ Gli interventi di comunità prevedono in generale la riqualificazione del tessuto sociale, la diffusione di modelli culturali più adeguati. È previsto un contatto e una collaborazione con le diverse istituzioni presenti nel territorio.

²² Per interventi di supporto sociale si intendono iniziative il cui intento è quello di sostenere i processi di educazione e socializzazione, favorendo così una maggiore conoscenza sui problemi o sulle patologie correlate all'abuso di sostanze. È possibile educare e formare il singolo o un'intera comunità attraverso centri di informazione, punti di ascolto, campagne informative e preventive.

²³ L'intervento diretto è possibile grazie ad azioni specifiche per rintracciare immediatamente il problema e cercare così un contatto con quel tipo di utenza che al momento ancora non abusa della sostanza, oppure consulenze specifiche circa le iniziative presenti.

²⁴ All'interno del Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) troviamo gli obiettivi della persona (a lungo, medio o breve termine), le risorse o gli strumenti operativi, i tempi, i luoghi e gli indicatori.

All'interno del progetto troviamo le terapie, le attività svolte in luoghi e con tempi definiti in precedenza. Le attività verranno costantemente monitorate e verificate.

Durante la fase iniziale di presa in carico, è importante coinvolgere quelle che sono le persone significative e più vicine all'utente: in alcuni casi è importante ascoltare e contattare anche la famiglia dell'utente, di cui parleremo maggiormente in uno dei prossimi paragrafi.

Il ruolo della famiglia, come vedremo, è rilevante anche nella fase iniziale di presa in carico, quando l'educatore professionale o altri operatori coinvolti cercano di ricostruire l'anamnesi dell'utente.

Durante questa fase iniziale, è necessario definire anche le responsabilità e le competenze del Referente di Caso (RC), qualsiasi figura professionale dell'équipe multidisciplinare che farà da tramite per il progetto terapeutico o altri trattamenti.

Il Referente di Caso ha il compito di monitorare che le attività del progetto terapeutico rispondano ai reali obiettivi della persona presa in carico.

Durante il percorso terapeutico, diviso in fasi per ogni obiettivo del PTI da raggiungere, è possibile un passaggio dell'utente da un servizio all'altro: in ogni caso il Referente di Caso deve stabilire dei momenti di verifica in équipe o in itinere sull'andamento del percorso e del progetto.

È importante che i servizi dichiarino quali sono i trattamenti reali che possono fornire: per ognuno di questi trattamenti va specificato il target, i criteri di accessibilità, gli obiettivi e il tempo di trattamento.

Tabella 4 - Tipologia dei servizi (DGR 747/2004)

Tipologia	Servizi
Territoriale – distrettuale	Servizio Territoriale per le Dipendenze patologiche cioè U.O complessa SerT, con servizi dedicati all'area del rischio, consumo e abuso (ambulatorio territoriale) ed alla gestione

	della dipendenza attiva acuta e sub-acuta (ambulatorio tossicologico)
Ospedaliera	Centro di Detossificazione Ospedaliero direttamente connesso all'U.O complessa SerT
Intermedia Senza Soglia – Bassa Soglia/Accoglienza	<p>⇒ Unità Mobile di Riduzione del danno</p> <p>⇒ Centro Crisi</p> <p>⇒ Comunità di Accoglienza a bassa soglia: diurna, residenziale, notturna, <i>drop-in center</i></p>
Servizi Terapeutici specialistici generali	<p>⇒ Comunità diurna</p> <p>⇒ Comunità semiresidenziale solo per alcuni gg. la settimana</p> <p>⇒ Comunità Residenziale</p> <p>⇒ Comunità breve</p>
Servizi Terapeutici specializzati (Residenza breve – Residenza per disassuefazione)	<p>⇒ Comunità residenziale e semiresidenziale di accoglienza, orientamento, diagnosi</p> <p>⇒ Comunità residenziale e semiresidenziale per soggetti con comorbilità psichiatrica</p> <p>⇒ Comunità residenziale e semiresidenziale per alcol dipendenti</p> <p>⇒ Comunità residenziale per genitori con figli, coppie, nuclei familiari</p> <p>⇒ Comunità residenziale e semiresidenziale per adolescenti</p>

Per quanto riguarda il quinto ed ultimo livello, l'inclusione sociale e lavorativa è uno degli obiettivi a lungo termine: quello dell'inclusione è un obiettivo che troviamo quindi durante tutto il percorso terapeutico e al termine di questo.

L'inclusione sociale e lavorativa permette all'utente di raggiungere un certo grado di autonomia e di ridurre il rischio di ricaduta. Nel caso in cui il soggetto ricada, l'inclusione sociale e lavorativa riduce il rischio di cronicizzazione e la perdita di capacità o abilità acquisite.

Il reinserimento socio-lavorativo è un processo graduale e continuo: ad appoggiare l'utente in questa fase, oltre al Referente di Caso, viene inserito anche un Tutor.

Quest'ultima tappa del percorso può essere realizzata in diversi tipi di strutture o servizi e tra questi abbiamo: servizi residenziali a breve termine, strutture di alloggio o di accoglienza post-cura, progetti di orientamento, formazione al lavoro, sostegno sociale, gruppi di auto-mutuo aiuto e gruppi di famiglie.

Durante il percorso terapeutico l'utente può accedere a diversi tipi di strutture: comunità alloggio per tossicodipendenti-alcolodipendenti, centro di accoglienza per ex detenuti, casa famiglia, comunità alloggio per adolescenti, centro di pronta accoglienza per adulti, alloggio sociale per adulti in difficoltà, comunità familiare.

L'inserimento in una delle strutture sopraelencate e il programma di permanenza verrà effettuato dai Servizi Sociali e dal DDP inviante.

I progetti per l'inclusione socio-riabilitativa prevedono attività, rivolte al singolo o al gruppo, di sostegno, come ad esempio la psicoterapia; monitoraggio e prevenzione della ricaduta, miglioramento delle abilità residue culturali e lavorative dell'individuo.

2.3 Comunità Terapeutiche e socio-riabilitative: storia ed evoluzione, tipologie e percorsi²⁵

Le prime testimonianze sull'esistenza di strutture simili alle attuali comunità terapeutiche si hanno già più di 2000 anni fa, grazie al ritrovamento di pergamene nelle quali era chiaro che il fine ultimo di queste istituzioni fosse quello di prendere in carico e curare persone "devianti".

In seguito, le comunità che si svilupparono prendevano in considerazione maggiormente la malattia mentale: un primo esempio è il "Ritiro", comunità fondata nel 1796 da William Tuke, su cui però non voglio focalizzarmi per prendere in esame altre comunità.

Nella realtà italiana l'ambiente comunitario si sviluppa molto più tardi e per opera della chiesa cattolica, la quale diede per prima particolare attenzione al problema della droga, percepito come complesso ed articolato che dagli anni '60 iniziava a diffondersi maggiormente.

Non a caso le prime comunità, che vedremo in seguito, vennero fondate da religiosi, che per tradizione o per una forte empatia, cercarono di dare l'aiuto necessario a queste persone in difficoltà.

Nonostante si volesse offrire un aiuto, non c'erano delle buone conoscenze del tema o intenti, nel caso del settore della salute mentale, di voler riformare l'ambito psichiatrico.

Le comunità italiane possono essere divise in due grandi gruppi, a seconda del modello di origine: alcune comunità seguono il modello americano, altre quello europeo. (Schiesaro G., Viola M., 1983)

Le comunità americane si sono sviluppate dopo il secondo conflitto mondiale per risolvere le problematiche riscontrate nei soldati e nel resto della popolazione al termine della guerra e per prevenire il consumo di alcolici ed oppiacei.

L'ambiente comunitario americano, fondato sul comportamentismo²⁶, guarda al sintomo con un trattamento articolato in stadi, rinforzi di tipo positivo o negativo. In America i modelli principali sono tre: Synanon, Day Top, Phoenix House. (M. Guaita, 1988, p. 38)

²⁵M. Guaita, *La comunità terapeutica. Origini storiche. Interventi attuali in Italia* (1988)

²⁶ Il comportamentismo, o psicologia comportamentale, è un approccio alla psicologia che sostiene che il comportamento esplicito di una persona possa essere preso in esame come "unica unità di analisi scientificamente studiabile della psicologia". Padre fondatore del comportamentismo è John Watson, psicologo statunitense. (1878-1958)

Synanon nasce nel 1958 grazie ad un membro del gruppo “Alcolisti Anonimi”, Charles E. Dederich: il suo intento era quello di sconfiggere lo stigma dato dalla società al tossicomane, considerato come se fosse un criminale.

Caratteristiche di queste comunità erano la residenzialità e l’autogestione. Riprese dal gruppo degli alcolisti anonimi il concetto di auto aiuto: ogni persona conosce sé stessa, nei suoi limiti e nei suoi bisogni, meglio di chiunque altro. Attraverso varie fasi, si procede verso la sobrietà e un reinserimento sociale.

Inizialmente Synanon era costituito perlopiù da alcolisti ma con il tempo cominciò ad accogliere soggetti con dipendenza da altre sostanze ed ex detenuti.

Synanon era un modello residenziale non del tutto nuovo: in passato, come abbiamo già visto, erano state istituite strutture simili: seguono poi il Movimento Washington, risalente al 1840, e il Modello Oxford, risalente al 1930.

Il modello di Synanon viene considerato solo durante i primi anni della sua esistenza: attualmente non esiste più. Il fallimento è dovuto a diversi fattori tra cui: il potere assoluto concentrato su un’unica persona, in contrasto con l’attuale modalità, dove l’utente è una parte rilevante della comunità e l’isolamento di questa dalla realtà esterna.

Dal modello di Synanon, si sviluppa nel 1963 a New York Day Top.

Il nome, per alcuni, (N. D’Amico, 1985) è stato ripreso dalle iniziali di Drug Addict Yeld to Persuasion (in italiano “i drogati richiedono persuasione”) o Drug Addict Young Traited On Probation (Giovani drogati trattati in prova) (Cadelli F., Grassi A., 1982).

I fondatori di Day Top sono Daniel Casriel e David Deith, rispettivamente medico ed ex eroinomane. Anche nella comunità di Day Top, l’èquipe degli operatori è costituita da ex-tossicomani.

Tutti i centri Day Top prevedono un percorso diviso in cinque tappe: nella prima (4-6 settimane) l’utente svolge lavori che non richiedono grossi impegni cognitivi; nella seconda tappa, della durata di 5 mesi la vita dell’utente viene scandita da un lavoro dinamico e una vita relazionale coinvolgente. Dalla terza tappa l’utente, trovandosi a metà percorso, può occuparsi dei nuovi

arrivati. Nella quarta tappa questa responsabilizzazione viene verificata con le prime uscite dalla comunità. Infine, con la quinta tappa, avviene il reinserimento nella società.

Da come possiamo notare dal programma, l'organizzazione della vita in questo tipo di comunità è molto precisa.

La giornata è scandita da diverse attività che non permettono al soggetto di isolarsi dagli altri: è invitato a partecipare ai gruppi di discussione che permettono un confronto con gli altri.

Questo tipo di comunità si è convertito in un modello proprio della tossicodipendenza ma, nonostante ciò, nel corso degli anni si sono registrate delle criticità: ad esempio, Day Top venne inizialmente concepita per accogliere solo un'utenza maschile ma con il passare degli anni e l'incremento della popolazione che consuma sostanze, ha dovuto modificare le sue impostazioni per poter accogliere anche l'utenza femminile.

Il trattamento offerto da Day Top risultava essere inefficace sull'utenza femminile e si ipotizzava che la tossicodipendenza femminile fosse più persistente rispetto a quella maschile.

Caratteristica rilevante di Day Top è la duttilità: diversamente da Synanon, riesce ad aggiustare il tiro in base alle esigenze degli utenti, modificando la metodologia del trattamento di volta in volta.

Ultimo modello americano è Phoenix House, sviluppatosi nel 1967 in aree con maggiore abuso di droghe. Il programma terapeutico iniziale era molto simile a quello di Day Top.

Come avevo anticipato, esiste un secondo modello di comunità, il modello europeo, il quale si sviluppa con l'antipsichiatria inglese e francese ed è fondato sul concetto che ogni persona conosce sé stesso meglio di chiunque altro: solo l'individuo stesso può essere fautore del suo cambiamento.

Il termine "comunità terapeutica" ha origine dalla psichiatria inglese dalla psichiatria Maxwell Jones e vuole andare contro le istituzioni dedicate alla malattia mentale.

Lo psichiatra inglese si oppone alla vecchia figura del medico, unica e predominante nel momento terapeutico.

Il paziente diventa perciò soggetto attivo, unico individuo che può dare inizio ad un cambiamento nella sua vita: passiamo così da un modello di comunità custodialistico ad un modello sociale-terapeutico.

Con Jones c'è un superamento del concetto di istituzionalizzazione: il concetto di “manicomio” viene così trasformato in “comunità terapeutica”: fino al 1959, lo psichiatra inglese era il direttore dell'ospedale Henderson che poi si convertì in una delle comunità terapeutiche più prestigiose dell'Inghilterra.

La comunità di Jones si basava sui seguenti punti cardine: tolleranza, sentimento comunitario, democrazia e confronto con la realtà²⁷.

L'organizzazione di Jones venne aspramente criticata dal suo allievo Franco Basaglia, in quanto anche il modello proposto dal suo maestro poteva comportare un'estraneazione del paziente dalla realtà sociale. (Basaglia F., 1968)

Nonostante quella di Maxwell Jones sia stata una figura rilevante, il modello di comunità sviluppato non risulta essere efficace per il trattamento della tossicodipendenza.

Il modello europeo è stato sostituito dal *self help* (auto aiuto) e dai *release groups* (gruppi di liberazione). (M. Guaita, 1988, p. 38)

Troviamo delle differenze tra modello americano e modello europeo:

- Concetto di responsabilità: nelle comunità americane la responsabilizzazione non è un processo immediato; al contrario, nelle comunità europee la responsabilizzazione è il punto di partenza: ad ogni utente viene riconosciuto un certo grado di responsabilità rispetto alle sue azioni e al suo comportamento;
- Visione della capacità individuale: nel modello americano, l'individuo deve adeguarsi all'organizzazione della comunità mentre nel modello europeo, l'utente è accettato globalmente nelle sue risorse e criticità;

²⁷ A. Nettuno, Il lavoro terapeutico di gruppo – La tossicodipendenza tra costruttivismo e psicoanalisi: un approccio integrato, 2003, p.96

- Il principio di realizzazione individuale: nelle comunità americane l'utente può, dopo diverse fasi del suo percorso terapeutico, diventare un membro dell'équipe. Al contrario, nel modello europeo non sono previste modifiche circa il ruolo dell'utente.

Può essere effettuata una distinzione delle comunità utilizzando termini della biologia quali *organismi pluricellulari* e *organismi monocellulari*.

Per organismi pluricellulari intendiamo organizzazioni con strutture sparse nel territorio accomunate dallo stesso programma; per organismi monocellulari intendiamo strutture molto più grandi e attività esterne che operano intorno a queste.

Tra gli organismi pluricellulari citiamo CeIS (Centro Italiano Solidarietà), Incontro, Mondo X. Esempi di organismi monocellulari sono Gruppo Abele e San Patrignano.

CeIS, Incontro e Mondo X sono grandi organizzazioni costituite da più centri distribuiti nel territorio italiano. Sono state fondate da tre religiosi: Don Mario Picchi per il Ce.IS, Don Pierino Gelmini per l'Incontro e padre Eligio Gelmini per Mondo X.

L'unica organizzazione che può definirsi comunità terapeutica è il CeIS, in quanto utilizza nel suo programma un approccio psicologico. Per la comunità CeIS, il lavoro è importante in ambito educativo e ci si occupa quindi della gestione della casa.

L'organizzazione di Mondo X invece è ben diversa perché propongono un modello alternativo di vita sociale, dove sono rilevanti all'interno del programma il gruppo e il lavoro. Il lavoro viene svolto all'interno e all'esterno della comunità ma, oltre ciò, vengono anche considerati gli interessi della persona.

La comunità Incontro può essere definita comunità terapeutica perché dà un'importanza rilevante al lavoro, strumento che permette di riorganizzare la persona distogliendola dall'attenzione che ha per le sostanze.

Nonostante i tre servizi di cui abbiamo appena parlato siano molto diversi tra loro, i programmi proposti risultano essere efficaci per gli utenti che vengono presi in carico.

Per quanto riguarda gli organismi monocellulari, ho citato in precedenza Gruppo Abele e San Patrignano.

Gruppo Abele si forma a Torino nel 1967 grazie al sacerdote Luigi Ciotti, il quale voleva dare risposte ai bisogni espressi dai giovani dei quartieri più degradati della città. Il sacerdote, per riunire questi ragazzi, organizzò delle attività sportive, dividendo i ragazzi in squadre.

Come detto in precedenza, l'attività di sostegno e di aiuto ai ragazzi dei quartieri più degradati di Torino iniziò intorno al 1967: Ciotti inizia a diventare amico di questi ragazzi, alcuni dei quali lo aiuteranno nel lavoro successivo.

I ragazzi vengono aiutati con lo svolgimento di attività sportive o lavorative. Durante i primi anni vengono istituite le prime Comunità Alloggio, un Centro Droga, gestito da professionisti volontari. La finalità del Centro Droga non è solo quello di fornire un adeguato trattamento farmacologico alla persona ma anche un'assistenza economica, un'ospitalità provvisoria, senza omettere il desiderio di stabilire un rapporto con la persona in difficoltà.

Il Centro Droga, terminato il suo compito, viene chiuso nel 1975, a seguito della legge 685: d'ora in avanti ci si concentra maggiormente sulle comunità.

Proprio per questo motivo, tra la fine degli anni settanta e i primi anni '80 vengono istituite nel territorio diverse comunità, per diverse tipologie di utenti.

Il programma comunitario proposto da Gruppo Abele prevede la condivisione dei problemi, la crescita individuale senza ricorrere a sanzioni ma attraverso il rispetto dell'altro e incontri settimanali con gli altri utenti e la partecipazione di un supervisore in alcuni casi.

La cooperativa la Collina, più comunemente conosciuta come San Patrignano, è la più grande comunità d'Europa: può accogliere fino ad un massimo di 600 persone. La sua attività inizia ufficialmente nel 1979 ed attualmente la comunità presenta ogni tipo di servizio, come asili, campi sportivi, una biblioteca.

Il suo fondatore, Vincenzo Muccioli, ormai scomparso dal 1995, aveva all'interno di questa vasta realtà un ruolo centrale e polarizzante. All'interno di San Patrignano, Muccioli si occupava personalmente del recupero della persona con dipendenza: svolgeva i colloqui iniziali ed era la figura che accompagnava la persona con tossicodipendenza nei momenti più difficili.

Già prima che Muccioli fondasse San Patrignano, c'era un grande interesse per gli emarginati.

Muccioli aveva perlopiù una preparazione di parapsicologia e tematiche religiose ed è per questo che agli inizi il suo intervento era orientato verso delle pratiche mistiche. Dal 1979 l'intervento viene orientato verso un aiuto concreto ai tossicodipendenti, agli emarginati e ai bisognosi in genere.

I primi incontri venivano organizzati all'interno delle roulettes e non era ancora stato delineato un concreto piano terapeutico. L'unica finalità era quella di aiutare chi era in difficoltà.

Dalle prime esperienze Muccioli realizzò che il momento più difficile per un tossicodipendente è dato dal forte desiderio di assumere la sostanza.

Muccioli sosteneva che questo forte desiderio potesse essere placato con qualsiasi mezzo; dalla vecchia psichiatria prese infatti le camicie di forza, per costringere la persona a non assumere la sostanza, strumento che lo portò in tribunale nel 1984.

Muccioli con il tempo modificò il suo piano terapeutico ma continuò a rifiutare le teorie scientifiche e la fiducia nelle capacità personali, dando rilevanza al lavoro svolto con serietà e una rigida disciplina.

Nella comunità di San Patrignano, il lavoro consiste in coltivazioni di vario tipo, allevamento di animali e, oltre ciò, è possibile lavorare all'interno di officine o laboratori di diverso tipo. Questi

lavori possono essere intrapresi solo dopo aver partecipato a delle lezioni tenute da professionisti di quel settore: l'utente sarà poi in grado di rendere proprie le tecniche e le metodologie per svolgere quel determinato lavoro.

Anche la formazione viene considerata terapeutica: la Cooperativa ha a disposizione due appartamenti per utenti che vorrebbero intraprendere gli studi universitari.

Secondo una ricerca del Gruppo Abele di Torino, esistono ben 13 termini per definire la comunità: di accoglienza, terapeutica, di vita, famiglia, aperta, religiosa, di servizio, di condivisione, d'intervento psicosociale, di postcura, di alloggio etc.

Quelle sopraelencate sono delle definizioni differenti tra loro: questi servizi hanno infatti obiettivi diversi e una differente interpretazione delle problematiche legate alla droga.

Con il passare degli anni poi le prime comunità hanno modificato la propria struttura in base alle esigenze del lavoro e seguendo, in alcuni casi, spunti efficaci dei paesi europei o dell'America.

Inizialmente le prime comunità erano caratterizzate da una struttura monofasica, abbandonata a favore di più fasi, tre per la precisione.

Le fasi rispondono ai bisogni che l'utente in quel preciso periodo della sua vita ritiene necessari. Distinguiamo una prima fase di accoglienza, una seconda fase di comunità residenziale e l'ultima fase dedicata al reinserimento.

Nella prima fase di accoglienza ci si focalizza su colloqui iniziali: l'utente e l'operatore iniziano a conoscersi reciprocamente e quest'ultimo illustra brevemente le regole che organizzano la vita quotidiana di gruppo. È importante in questa fase iniziale coinvolgere anche la famiglia dell'utente.

La seconda fase, la comunità residenziale, viene quasi considerata il momento terapeutico per eccellenza: molto spesso nella maggior parte della comunità i contatti tra la famiglia e l'utente vengono evitati, per poi essere ripresi gradualmente con incontri o chiamate programmate.

L'ultima fase, quella del rientro o reinserimento socio-lavorativo è la più delicata e graduale: questa fase vede il passaggio da un ambiente protetto, come quello della comunità, al reinserimento graduale nel mondo esterno. La comunità in questa fase è comunque presente per l'utente, il quale deve cercare di reinserirsi gradualmente in un contesto sociale, trovare un impiego e una sistemazione, gestire personalmente il proprio denaro e riscoprire o iniziare a coltivare qualche interesse particolare.

Ciò che conta è che tutte le comunità siano duttili, capaci di adeguare i loro programmi alle domande di aiuto degli utenti.

Concludo il discorso sulle comunità terapeutiche con i concetti di <<Alta Soglia>> e <<Bassa Soglia>>, *“modalità su cui una comunità, o in generale un servizio, si basano per prendere in carico una persona al loro interno.”*

“La soglia corrisponde al corredo di regole che la struttura sceglie di osservare. Ad esempio, un tossicodipendente in crisi di astinenza può non essere accettato, un soggetto poco motivato a <<smettere>> può essere tenuto in attesa finché la motivazione non sia maturata [...]”

“La prassi di accettare <<chiunque>>, in qualunque condizione e in qualunque momento corrisponde invece a un profilo di bassa soglia.”

“Condurre una persona a una condizione di “drug free” [...] è lo scopo dei programmi ad alta soglia, ed è stato l'obiettivo incontestato per i primi dieci anni di storia degli interventi terapeutici.

28”

²⁸ S. Stella, Droghe e tossicodipendenza, pag. 84, 2002.

2.4 Gruppi AMA

Secondo l'OMS, per auto-aiuto si intende *l'insieme di tutte le misure adottate da figure non professioniste per promuovere, mantenere o recuperare la salute, intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale di una comunità*²⁹.

Il concetto di auto-mutuo aiuto era stato introdotto da Peter Kropotkin agli inizi del Novecento. Secondo il sociologo russo il concetto di “selezione naturale”³⁰, introdotto da Charles Darwin nel 1859 è solo in grado di spiegare l'evoluzione delle abilità fisiche nell'uomo ma non l'evoluzione della società civile: secondo Kropotkin l'evoluzione della società è possibile grazie ad una cooperazione dei membri che ne fanno parte.

Il Gruppo di auto-mutuo aiuto nasce ufficialmente nel 1935 negli Stati Uniti con gli Alcolisti Anonimi. Quest'organizzazione nasce per cercare di aiutare più persone con la stessa problematica, in questo caso l'alcol.

I fondatori sono un agente di borsa e un medico chirurgo, entrambi alcolisti: con il tempo si resero conto che condividendo le loro esperienze su questo tema riuscivano a tenersi lontani dall'alcol.

Ancora negli anni '30 non si parlava di dipendenza da alcol: chi beveva troppo veniva definito “*schiaivo di un vizio*”, non “*vittima di una malattia del corpo e dello spirito*”³¹.

I due colleghi compresero l'estrema importanza di un alcolista che ha smesso di bere: è in grado di parlare, meglio di chiunque altro, con la persona che ancora non ha smesso di bere.

²⁹ A. Noventa, Self-help, volontariato e salute, 1990.

³⁰ Nel libro “Sull'origine delle specie per selezione naturale”, pubblicato nel 1859 da Charles Darwin, scienziato e naturalista inglese, l'autore sostiene che solo gli individui che meglio si adattano all'ambiente sopravvivono. (Enciclopedia Treccani)

³¹ S. Leo, Alcolisti Anonimi, chi sono, cosa fanno e come uscire dall'alcolismo.

Nel giro di poco tempo vennero inaugurati altri due gruppi a New York e Cleveland e venne istituito il programma dei Dodici Passi³², impiegato poi in altri tipi di gruppi³³ perché ritenuto efficace anche per altre problematiche.

Con il passare degli anni i Gruppi AMA si sono diffusi anche nel continente europeo e in Italia, dove il primo gruppo AA nasce a Roma nel 1972.

I Giocatori Anonimi, gruppo di auto-mutuo aiuto per coloro che hanno una dipendenza dal GAP (gioco d'azzardo patologico) nasce più tardi rispetto agli Alcolisti Anonimi, precisamente nel 1957 a Los Angeles.

Anche il gruppo dei giocatori, come tutti gli altri gruppi che poi si svilupparono, adottò il metodo dei Dodici Passi, come avevo già anticipato.

In Italia dovremmo aspettare ancora un po' per vedere lo sviluppo di un gruppo dedicato ai giocatori: il primo nacque a Milano solo nel 1999³⁴.

Il gruppo all'inizio affrontava solo la tematica dell'alcol ma con il tempo se ne sono formati molti: nei gruppi non viene solo affrontata la tematica della Dipendenza ma anche i disturbi alimentari, la salute mentale o eventi come il lutto.

³² 1. Abbiamo ammesso di essere impotenti di fronte all'alcol e che le nostre vite erano divenute incontrollabili; 2. Siamo giunti a credere che un Potere più grande di noi potrebbe ricondurci alla ragione; 3. Abbiamo preso la decisione di affidare le nostre volontà e le nostre vite alla cura di Dio, come noi potremmo concepirlo; 4. Abbiamo fatto un inventario morale profondo e senza paura di noi stessi; 5. Abbiamo ammesso di fronte a Dio, a noi stessi e a un altro essere umano, l'esatta natura dei nostri torti; 6. Eravamo completamente pronti ad accettare che Dio eliminasse tutti questi difetti di carattere; 7. Gli abbiamo chiesto con umiltà di eliminare i nostri difetti; 8. Abbiamo fatto un elenco di tutte le persone cui abbiamo fatto del male e siamo diventati pronti a rimediare ai danni recati loro; 9. Abbiamo fatto direttamente ammenda verso tali persone, laddove possibile, tranne quando, così facendo, avremmo potuto recare danno a loro oppure ad altri; 10. Abbiamo continuato a fare il nostro inventario personale e, quando ci siamo trovati in torto, lo abbiamo subito ammesso; 11. Abbiamo cercato attraverso la preghiera e la meditazione di migliorare il nostro contatto cosciente con Dio, come noi potremmo concepirlo, pregandoLo solo di farci conoscere la Sua volontà nei nostri riguardi e di darci la forza di eseguirla; 12. Avendo ottenuto un risveglio spirituale come risultato di questi Passi, abbiamo cercato di portare questo messaggio agli alcolisti e di mettere in pratica questi principi in tutte le nostre attività. (CUFRAD, www.alcolnews.it)

³³ Debitori Anonimi, Giocatori Anonimi, Narcotici Anonimi, Emotivi Anonimi, Sessodipendenti Anonimi sono gruppi di auto-mutuo aiuto che seguono il programma dei Dodici Passi.

³⁴ S. Leo, Come uscire dal tunnel della ludopatia.

Il gruppo è costituito da più individualità e acquisisce la forma di chi ne fa parte. È costituito da persone accomunate dalla stessa problematica e l'obiettivo è quello di condividere il proprio problema affinché diventi risorsa per sé stessi e per gli altri membri del gruppo.

Generalmente i gruppi vengono gestiti da un facilitatore, professionista, volontario o, in alcuni casi, persona che ha avuto lo stesso problema ma da cui poi ne è uscito.

Questo genere di gruppi non è numeroso: in caso contrario non sarebbe possibile lo scambio di comunicazioni.

È importante che il facilitatore o gli stessi membri del gruppo non mostrino onnipotenza o impotenza nei confronti degli altri: bisognerebbe cercare di assumere un ruolo autorevole, di essere alla pari.

Non dobbiamo poi sottovalutare il luogo degli incontri: sarebbe ideale che il luogo sia sempre lo stesso prefissando un giorno e un orario specifico.

La stanza dove il gruppo si incontrerà dovrà essere ampia per permettere alle persone di sedersi in circolo: questa disposizione dà alla persona un senso di unità e protezione e permette che la comunicazione sia più facile.

2.5 Rete Territoriale socio-familiare

Probabilmente il ruolo della famiglia è già stato anticipato nei paragrafi precedenti di questo elaborato ma vorrei comunque dedicare la mia attenzione a questo tema, probabilmente troppo sottovalutato.

La famiglia è il primo gruppo di cui quasi ogni individuo prende parte. Viene considerata come nucleo primo e fondamentale della società ed è un costante riferimento di primaria importanza, anche nel momento in cui alcuni dei componenti di questo "gruppo" iniziano ad instaurare altre relazioni con istituzioni esterne a questo.

2.5.1 Tipi di famiglie

In generale, non solo nel tema delle dipendenze, esistono diverse tipologie di famiglie (B. Benedetti, 2002, p.20-23): la famiglia tradizionale, la più diffusa, la famiglia priva di vincoli formali³⁵, la famiglia composta da più coppie³⁶, la famiglia monoparentale³⁷, l'aggregazione di persone dello stesso sesso³⁸.

2.5.2 La famiglia del tossicodipendente

“Senso di scoraggiamento, di depressione, di slealtà, di sfiducia, di abbandono rispetto al giudizio e alla considerazione delle altre famiglie” (B. Benedetti, 2002, p.41): sono questi i comportamenti più comuni di un genitore non appena scopre che il proprio figlio ha una Dipendenza.

Molto spesso i genitori danno la colpa a sé stessi, non rendendosi conto che in realtà la Dipendenza colpisce soggetti più vulnerabili, più deboli rispetto agli stimoli della società odierna.

In generale ci sono due reazioni distinte e contrapposte, entrambe date da una visione parziale dei problemi interni alla comunicazione di gruppo: nel primo caso, il genitore o entrambi sono determinati e cercano di trovare una possibile soluzione a questa problematica; nel secondo caso, un genitore o entrambi, provano un senso di impotenza e sono incapaci di reagire attribuendo a loro stessi la colpa.

Solitamente le risposte delle due figure genitoriali, se presenti, sono differenti: la madre cerca di ricondurre a sé, con un comportamento di fagocitazione, il figlio deviante il quale attraverso determinati comportamenti, cerca di affermarsi all'interno della società.

³⁵ Sempre più diffusa negli ultimi anni, è un nucleo dove la coppia non è legata dal vincolo del matrimonio ma da una convivenza nella stessa abitazione.

³⁶ Convivenza plurima; il concetto di famiglia non è inteso in modo tradizionale.

³⁷ Nucleo familiare costituito da un unico genitore, madre o padre. Temporaneamente, affianco a questa persona, può essere presente un secondo individuo.

³⁸ Uomini o donne, studenti o lavoratori che per ragioni economiche si ritrovano a convivere.

Il padre diventa quasi estraneo al problema in quanto prova un senso di impotenza e frustrazione.

Molto spesso l'assenza del padre può diventare una situazione tipica nella vita del tossicodipendente.

In generale la famiglia è un organo rilevante da non escludere dal percorso che il suo familiare con Dipendenza sta intraprendendo. È importante che le figure significative vengano coinvolte già dall'inizio, dai primi colloqui iniziali per ricostruire il vissuto della persona.

Gli incontri possono essere organizzati dall'educatore con l'accordo dell'utente.

Non è sempre possibile mantenere i contatti con le figure care, se l'utente ad esempio sta intraprendendo un percorso terapeutico in comunità: durante questa fase è possibile effettuare chiamate o incontri organizzati dopo un determinato periodo, stabilito con l'équipe del servizio.

Nel caso in cui l'utente si trovi nella fase di reinserimento, i contatti con la famiglia sono più frequenti: il soggetto, in questa fase, ha maggiori libertà e può sperimentarsi.

La famiglia del tossicodipendente e il tossicodipendente stesso vivono, nella maggior parte dei casi, una condizione di solitudine e di esclusione dalla società. Si può affermare che subiscano un etichettamento che chiameremo stigma. Proprio per questo motivo è importante che anche la famiglia riceva il giusto sostegno da parte degli operatori del servizio illustrando le possibili soluzioni per un trattamento efficace o per far sì che vengano compresi a tutti gli effetti i rischi del consumo di sostanze.

I gruppi di auto-mutuo aiuto, ad esempio, sono un possibile servizio al quale la famiglia può rivolgersi: frequentare un gruppo composto da persone che affrontano una problematica simile, ascoltare gli interventi degli altri e confrontarsi non cancellerà definitivamente la Dipendenza, ma permette di uscire dall'isolamento e dall'impotenza, superando il senso di colpa e di vergogna che ogni giorno le famiglie devono sopportare³⁹.

³⁹ A. Fortuna, La famiglia del tossicodipendente, 2019

3. LA COOPERATIVA POLO 9 E LA CT DI MASSIGNANO (AN)

3.1 La Cooperativa POLO 9⁴⁰

Polo 9 è una realtà nata da poco tempo: si tratta di una Cooperativa, nata il 1° dicembre 2018, che racchiude al suo interno tre Cooperative rilevanti nella nostra regione: I.R.S L'Aurora, Progetto Solidarietà, La Gemma.

La scelta di fondere tra loro queste tre Cooperative venne proposta nel 2016 dal Presidente dell'IRS L'Aurora, e accolta positivamente dalle presidentesse e dai Direttivi delle altre due Cooperative.

La storia passata delle tre Cooperative non andrà a perdersi ma verrà valorizzata dall'unione delle tre, e permetteranno di avviare nuove sperimentazioni nei processi e nei servizi comportando un'innovazione sociale al servizio dei territori.

L' I.R.S L'Aurora è nata a Gaggera nel 1981 ed è stata una delle prime cooperative a confrontarsi con il delicato ed articolato tema delle tossicodipendenze. Oggi, oltre alle diverse comunità, sono presenti diversi servizi per le nuove dipendenze (GAP e Dipendenze Tecnologiche) e prevenzione nelle scuole.

La Gemma nasce nella città di Ancona nel 1996 e si è impegnata a contrastare la violenza di genere: ciò è stato possibile grazie all'apertura di una Casa Rifugio e alla L.R 32/08⁴¹, prima legge regionale contro la violenza di genere.

Oltre alla violenza di genere, la Cooperativa svolge anche attività di supporto educativo con asili nido e un centro multi specialistico per i DSA e di accoglienza di migranti, donne con disagio economico e persone senza fissa dimora.

⁴⁰ Sezioni del sito <https://www.polo9.org/>

⁴¹ Legge regionale 11 novembre 2008 n. 32, Interventi contro la violenza sulle donne.

L'ultima Cooperativa, Progetto Solidarietà, nasce a Senigallia nel 1994 ed offre servizi come centri diurni o residenziali per anziani. La Cooperativa realizza inoltre attività rivolte a pazienti con malattia di Alzheimer: numerosi sono i convegni e le iniziative organizzate nel nostro Territorio e tra queste spicca il Caffè Alzheimer, pensato per i familiari di pazienti con Alzheimer e i pazienti stessi.

Da questo breve riferimento alle tre vecchie Cooperative, oggi fuse in una più grande, possiamo comprendere che i servizi offerti si rivolgono ad ogni fascia d'età e tipo d'utenza: minori, dipendenze, donne, disagio adulto, migrazioni e anziani: l'intento è quello di promuovere il benessere e lo sviluppo del nostro Territorio.

Focalizzandoci sul settore delle Dipendenze, Polo9 offre due Centri diurni (a Fermo e Pesaro), cinque Comunità (Comunità per Nuove Dipendenze Fenile, Comunità Terapeutica di San Cesario, Comunità Terapeutica di Gradara, Comunità Terapeutica di Montottone e la Comunità Terapeutica di Massignano) e un Centro di Orientamento e Diagnosi a Senigallia (COD).

3. 2 La comunità terapeutica di Massignano

Come abbiamo visto Polo 9 offre ottimi servizi anche per coloro che hanno una Dipendenza ma vorrei dedicare tutta la mia attenzione solo ad un servizio, ovvero la Comunità Terapeutica di Massignano, struttura nella quale ho svolto il tirocinio del terzo anno.

La Comunità Terapeutica di Massignano si trova appunto a Massignano, una frazione del Comune di Ancona.

Questa comunità si occupa principalmente di reinserimento sociale e lavorativo basato su percorsi di cura personalizzati e adatti alla persona⁴².

⁴² Alcune parti del paragrafo fanno riferimento al sito <https://www.polo9.org/cosa-facciamo/comunita-terapeutica-di-massignano/>

Le richieste per accedere al servizio vengono raccolte dal COD (Centro di Orientamento e Diagnosi) di Senigallia.

La struttura può ospitare fino ad un massimo di 21 utenti. Accoglie sia maschi che femmine tossicodipendenti e alcolodipendenti.

La comunità può accogliere anche soggetti con dipendenze comportamentali, come il gioco d'azzardo patologico, soggetti con un trattamento farmacologico (farmaci sostitutivi ad antagonisti), con diagnosi di patologie organiche (cardiopatìa, diabete, epatopatìa, polinevriti, HIV+...), con obblighi di legge (affidamento, obbligo di dimora) o soggetti provenienti da percorsi ambulatoriali o residenziali interni o esterni a Polo 9.

L'équipe multidisciplinare costituita da psicoterapeuta, psicologi, educatori professionali, assistente sociale. All' équipe si aggiungono volontari del servizio civile, tirocinanti di diversi corsi di laurea; la comunità, inoltre, ricorre al contributo di un supervisore d'équipe, uno psichiatra, un consulente finanziario, un avvocato e altre figure professionali in base alle necessità.

La CT propone attività ergoterapiche⁴³, come ad esempio il giardinaggio, l'ortocultura e la gestione dell'attività domestica, con la finalità di sviluppare un certo grado di autonomia, favorire la promozione del benessere mentale portando così la persona verso un graduale reinserimento socio lavorativo.

Gli utenti partecipano inoltre ai gruppi terapeutici che si svolgono all'interno della comunità.

Un educatore del servizio gestisce il "gruppo tecnica", nel quale vengono ridefinite le responsabilità degli spazi comuni. È l'unico gruppo che si tiene con cadenza mensile.

Durante il "gruppo comunicazioni" l'operatore in turno comunica le decisioni prese durante la riunione d'équipe.

⁴³ L'ergoterapia, o terapia occupazionale, considera l'occupazione in attività o un lavoro, un possibile metodo di cura.

Un'educatrice gestisce il “gruppo sostanze”, il quale nasce come confronto sulle sostanze e sulle ricadute: possono esserci anche altri argomenti di discussione, come ad esempio quello dei farmaci.

Sempre con cadenza settimanale, un'educatrice gestisce il “gruppo orientamento”, al quale vorrei dare maggior spazio nel prossimo capitolo in quanto fulcro centrale da cui sono partita per il progetto educativo. All'interno di questo gruppo si affrontano argomenti su ciò che riguarda l'orientamento al lavoro, l'orientamento alla salute e l'orientamento alla città, in questo caso quella di Ancona.

Potremmo definire questo gruppo di orientamento “*esterno*” per distinguerlo dal “*gruppo di orientamento interno*”, gestito dalla psicoterapeuta della comunità e composto da un massimo di 3-4 utenti.

I due gruppi di orientamento, interno ed esterno, prevedono la partecipazione degli utenti che hanno da poco effettuato l'ingresso in Comunità: gradualmente poi andranno a diminuire gli incontri, specialmente per quanto riguarda il gruppo di orientamento esterno.

Per quanto riguarda gli incontri con la psicoterapeuta, questi possono essere concordati e svolti anche individualmente.

L'ultimo gruppo è quello dei contratti, gestito dalla psicologa e da un'educatrice della Comunità. Durante questo incontro settimanale ciascun utente è libero di parlare apertamente con il gruppo dell'andamento del suo contratto terapeutico o di qualsiasi altro argomento rilevante per la persona.

Per contratto terapeutico possiamo intendere un progetto educativo individualizzato, costruito ed elaborato con l'utente e il suo operatore di riferimento della comunità.

È uno strumento duttile, fatto su misura dell'utente. Gli obiettivi e le finalità sono diversi da persona a persona, concordati con l'utente e, in base alle necessità, modificati.

3.3 Quali risorse ed iniziative a Massignano?

Essendo quella di Massignano una comunità il cui obiettivo principale è quello di reinserire la persona, il servizio offre opportunità di lavoro o volontariato. Tra le diverse iniziative vorrei soffermarmi nelle prossime pagine sull'Associazione Con...Tatto e sul progetto ergoterapico Rio-Archeo.

3.3.1 Associazione Con...Tatto⁴⁴

Il progetto Con...tatto viene finanziato dalla Fondazione CariVerona. L'obiettivo o, per meglio dire, la convinzione iniziale è che il lavoro di rete sia un aspetto rilevante per affrontare ciò che riguarda l'integrazione socio-economica.

L'Associazione Con...tatto si propone di svolgere attività di ricerca nel mondo del lavoro per un inserimento lavorativo di soggetti in condizioni di svantaggio o disabili: nel caso di Massignano, le attività vengono proposte a soggetti con Dipendenza.

L'Associazione inoltre organizza eventi o manifestazioni con raccolte fondi per sostenere, rafforzare e finanziare le iniziative e le attività che l'Associazione propone.

Tra le attività proposte abbiamo corsi di studio e di formazione: durante il mio periodo di tirocinio un utente della Comunità seguiva un corso per OSS; corsi per il conseguimento di ausili necessari per alcuni inserimenti lavorativi, come la patente o il patentino per il muletto; tirocini formativi retribuiti in imprese convenzionate con l'Associazione e il progetto.

⁴⁴ <http://www.asscontatto.it/>

3.3.2 Rio-Archeo

Rio-Archeo è un progetto realizzato insieme al Servizio delle Dipendenze Patologiche dell'Area Vasta 2 riguardante Enti accreditati nella cura delle dipendenze patologiche, rivolto perciò a persone inserite in servizi del territorio marchigiano.

È un progetto realizzato dalla Regione Marche il cui obiettivo è quello di includere a livello lavorativo e sociale la persona attraverso lo svolgimento di attività ergoterapiche per la cura dell'ambiente e del patrimonio archeologico del Territorio.

Prima delle attività ergoterapiche appena nominate, le persone coinvolte nel progetto hanno partecipato a più incontri di formazione sulla sicurezza nel lavoro e sull'utilizzo di dispositivi di protezione individuali. Tutte le uscite si sono svolte, almeno nel caso della Comunità di Massignano, all'interno della provincia, con una particolare attenzione ai territori appartenenti al Parco del Conero.

Le attività prevedono la pulizia e sistemazione di sentieri, aiuole e aree di sosta, potatura di arbusti. Le uscite sono state svolte durante la settimana e i ragazzi sono stati accompagnati da un Tutor che supervisionava il lavoro svolto.

4. L'EDUCATORE PROFESSIONALE: DALL'ESPERIENZA DI TIROCINIO CURRICOLARE IL PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO

Questa che segue è l'ultima parte del mio elaborato. L'ultimo capitolo andrà a focalizzarsi sulla mia esperienza di Tirocinio nella CT di Massignano, iniziata verso la fine di ottobre e terminata intorno alla metà di aprile di quest'anno. È stata un'esperienza formativa che porterò dietro, che ha permesso di aprirmi e di arricchirmi.

4.1 Ruolo dell'educatore professionale all'interno della Comunità Terapeutica

L'educatore professionale⁴⁵ formalmente *“cura il positivo inserimento e reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà”*: questo è quello che riporta il Decreto 520 del 1998.

Devo dire che cercare di racchiudere il ruolo dell'educatore professionale all'interno di questo paragrafo mi è rimasto un po' difficile a causa delle vaste competenze che con il tempo acquisisce questa figura ma, in generale due concetti fondamentali che possono essere riferiti a questa figura sono la relazione e il progetto.

Sono concetti distinti ma uno è necessario per l'elaborazione e la costruzione dell'altro. È fondamentale che tra l'educatore e l'utente si crei una relazione di fiducia prima di un qualsiasi

⁴⁵ Con il Decreto n.520, emanato l'8 ottobre 1998 vengono individuati la figura e il profilo professionale dell'educatore professionale: trattasi di un *operatore sociale e sanitario in possesso di un diploma universitario abilitante*. L'educatore professionale *attuа specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare*. I progetti mirano ad uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana. L'educatore cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà. L'educatore professionale programma, gestisce e verifica interventi educativi che mirano al recupero e allo sviluppo di potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia; promuove e organizza strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato; programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari e strutture sociosanitarie riabilitative e socio educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività; opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità; partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati. Egli contribuisce alla formazione degli studenti e del personale di supporto; svolge la sua attività professionale nell'ambito delle proprie competenze, in strutture e servizi sociosanitari e socioeducativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in regime di dipendenza o libero professionale. (Ministero della Sanità, Decreto n. 520/1998 – Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.)

tipo di intervento. Solo dopo aver instaurato un rapporto di fiducia, potremmo parlare di progetto educativo o di contratto terapeutico ed è bene ricordare che questo strumento deve basarsi sui bisogni attuali dell'utente, guardando le sue risorse e potenzialità.

Nella presa in carico, l'educatore diventa una base sicura non solo per l'utente ma anche per la famiglia o le persone significative per il soggetto: abbiamo già visto nel paragrafo sulla famiglia come sia importante il supporto e il sostegno di cui queste figure hanno bisogno per poter svolgere un intervento educativo con l'utente.

L'educatore accompagna l'utente durante il suo percorso, costituito come abbiamo visto, nel caso delle dipendenze, da più fasi e servizi.

Nel caso di Massignano l'educatore nel suo ruolo svolge i compiti più svariati: coordina e gestisce i gruppi terapeutici, elabora con l'utente il contratto terapeutico, organizza colloqui individuali o familiari, fornisce aiuto e sostegno nella gestione del denaro, nella ricerca di borse lavoro o di un inserimento lavorativo, prende contatti con i diversi servizi. (STDP, ospedale, comunità)

Complessivamente queste attività permettono un accompagnamento all'inclusione sociale, seguendo un percorso fino al Territorio.

In conclusione, l'educatore svolge interventi su più piani: sul piano individuale c'è un rapporto unico educatore-utente; a livello gruppale, l'educatore si relaziona con un soggetto osservando anche le relazioni che si instaurano all'esterno o l'utente può osservare la relazione che l'educatore intrattiene con gli altri, come si comporta etc.

Gli interventi sono diversi tra loro e si rivolgono a figure diverse: un altro tipo di intervento può essere rivolto alla famiglia o alle figure significative: in questo caso l'educatore, ad esempio, può

svolgere attività che permettano di ristrutturare le modalità relazionali o organizzative disfunzionali come ad esempio colloqui con i genitori o altre figure vicine al soggetto⁴⁶.

4.2 Mario

Il caso che vorrei prendere in considerazione, evidenziando il graduale percorso svolto, riguarda un utente arrivato nella comunità terapeutica di Massignano nel mese di gennaio, durante il mio periodo di tirocinio. Ho inoltre partecipato al suo primo colloquio iniziale insieme ad un'educatrice della Comunità.

Mario attualmente ha 50 anni, è nato in Inghilterra ma già all'età di tre anni si trasferisce con la famiglia a Caserta. Ha due fratelli e due sorelle; con uno dei fratelli ha spacciato e faceva uso di sostanze (eroina).

Inizia a far uso di sostanze, cocaina in questo caso, con due colleghe di lavoro all'età di vent'anni circa.

Alla morte della madre, con la quale aveva un legame molto profondo, si trova in crisi: durante il primo colloquio iniziale racconta di essere stato chiuso in casa per più di un mese a guardare la televisione e a bere, senza parlare con nessuno.

Complessivamente ha svolto per dieci anni la professione di infermiere in diversi ospedali e reparti. In alcuni casi è stato licenziato perché beveva sul posto di lavoro.

È stato in diverse comunità italiane e nel mese di giugno del 2018 ha iniziato un percorso di sette mesi nella comunità di San Cesareo.

Alla scadenza dei sette mesi l'STDP decide di rinnovargli la retta per sei mesi nella comunità di Massignano.

⁴⁶ O. Gardella, L'educatore professionale – Finalità, metodologia, deontologia, 2007, pag.29-30.

Durante il primo colloquio, confessa di essere timoroso nei confronti della libertà che può avere in una comunità come quella di Massignano.

Dai primi di febbraio è stato inserito nel progetto ergoterapico Rio-Archeo: ha partecipato inizialmente a delle giornate di formazione sul luogo per poi iniziare a lavorare alla mostra “Terre in Movimento”.

Quest’inserimento l’ha visto come un modo per cercare di sperimentarsi fuori.

Da gennaio a metà aprile ha partecipato inoltre alle attività del gruppo Orientamento, svolto attualmente da un’educatrice della comunità.

Le attività, come spiegherò più nel dettaglio nel prossimo paragrafo, consistono in incontri con cadenza settimanale dove vengono trattati o dati eventuali chiarimenti su argomenti come la stesura di un cv, la lettera di presentazione, l’iscrizione alle agenzie, il colloquio di lavoro.

Oltre a questi incontri abbiamo steso insieme il suo curriculum che è poi andato a portare ad alcune agenzie per le quali avevamo effettuato l’iscrizione online. Nonostante fossi già al corrente del suo vissuto, la stesura del cv ha permesso a Mario di aprirsi raccontandosi. Si è instaurata una relazione che mi ha permesso di conoscerlo meglio.

Altre uscite alle quali ha partecipato sono quella del centro per l’impiego con altri utenti, un piccolo evento organizzato presso l’Informagiovani di Ancona e Radio Senza Muri (mese di marzo ed aprile).

Prima che terminassi il mio tirocinio e prima della scadenza della sua retta (prevista per la fine di giugno) ha svolto del volontariato due/tre volte a settimana presso la croce gialla di Camerano.

Per quanto riguarda quest’ultima occupazione ho notato in Mario un certo entusiasmo che lo portava per alcune ore ad uscire dalla comunità, a conoscere nuove persone, svolgendo allo stesso un lavoro che, seppur non abbia svolto con costanza, lo appassiona e lo tiene impegnato.

Gli operatori e l’utente stesso hanno cercato di concordare con il SerT di posticipare la scadenza della retta in quanto aveva iniziato da poco tempo il volontariato alla croce gialla.

Il SerT di Caserta ha deciso di rinnovare la retta per altri sei mesi (dicembre 2019) ma non sono a conoscenza di quello che attualmente sta facendo.

4.3 “Comunità ed inclusione lavorativa”, un progetto per il gruppo e il singolo

Vorrei concludere questo lavoro con il progetto educativo realizzato durante il mio periodo di tirocinio a Massignano e uno degli obiettivi del terzo anno⁴⁷.

Il progetto, una volta ultimato è stato denominato “Comunità ed inclusione lavorativa” ed è stato rivolto ad un gruppo di utenti della CT.

Per attuare questo progetto mi sono agganciata ad un gruppo terapeutico già presente nel servizio: il gruppo orientamento.

Come avevo brevemente accennato nel terzo capitolo, all’interno di questo gruppo si affrontano argomenti su ciò che riguarda l’orientamento al lavoro, l’orientamento alla salute e l’orientamento alla città di Ancona.

Il gruppo attualmente è gestito da un’educatrice della CT e ovviamente la scaletta con i possibili argomenti era già stata stilata dall’assistente sociale, che si occupava precedentemente della gestione del gruppo. La scaletta è stata tenuta parzialmente in considerazione in quanto sono stati trattati solo alcuni argomenti di maggior rilevanza per gli utenti del gruppo.

⁴⁷ Per quanto riguarda il tirocinio del terzo anno, della durata di 625 ore di cui 600 di Tirocinio pratico in un settore di intervento e 25 ore di supervisione di Tirocinio gli obiettivi sono i seguenti sottoelencati:

- approfondimento della conoscenza dei servizi per quanto riguarda il loro assetto organizzativo e funzionale;
- approfondimento dell’elaborazione, attuazione e verifica di un progetto educativo individuale e/o di gruppo concordato con il proprio referente;
- approfondimento degli aspetti relazionali con i fruitori dei servizi sulla base degli obiettivi del progetto degli interventi educativi;
- applicazione delle competenze educative maturate con il supporto di operatori professionalmente qualificati;
- strutturazione di una valutazione di processo e di esito degli interventi educativi svolti.

Per poter dimostrare di aver conseguito i sopraelencati obiettivi, lo studente si troverà a collaborare con l’equipe del Servizio ospitante, avrà la responsabilità di proporre, attuare e verificare un progetto educativo dimensionato alle competenze professionali acquisite nel triennio, effettuerà una lettura delle dinamiche relazionali ed istituzionali, individuerà e valuterà il fabbisogno educativo-riabilitativo degli utenti e del Servizio. (Regolamento Tirocinio Corso di Laurea in Educazione Professionale – Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia)

Rispetto alla scaletta mi sono focalizzata sulla sezione “orientamento al lavoro” e questa scelta è stata data dagli obiettivi degli utenti, diversi in quello che è stato e sarà il loro percorso ma abbastanza simili perché accomunati dalla ricerca del lavoro.

Prima di passare alle fasi del progetto vorrei evidenziare il fatto che inizialmente l’inserimento lavorativo non era un’attività ben chiara e definita.⁴⁸

La prima teoria sostiene che l’inserimento lavorativo sia una testimonianza dell’efficacia del trattamento: inizialmente le comunità con un lungo percorso consideravano quest’attività come una verifica per l’utente, non come un possibile intervento. La comunità forniva l’utente di tutti gli strumenti necessari per affrontare la realtà esterna, caratterizzata da una costante dinamicità.

C’è una seconda teoria che vede l’inserimento lavorativo come *“ultimo anello della catena del percorso di riabilitazione”*.

“Rappresenta il coronamento dell’itinerario del recupero. È l’ultima azione che conclude il processo di emancipazione, ma, al contempo, è anche la prima che lo testimonia. Il soggetto in piena autonomia sperimenta la doppia libertà ritrovata: dalla dipendenza dalla sostanza e dal vincolo riabilitativo. [...] L’investimento sul reinserimento, da parte degli operatori, è soprattutto nel predisporlo, nel raccordare il <<dentro>> della comunità col <<fuori>> del territorio, nel contribuire a cercare l’opportunità di lavoro, nell’attenzione a creare e verificare le condizioni per il <<salto>>.”

Questo processo graduale permette di *“limitare l’impatto di un improvvisa e perturbante discontinuità con l’esperienza più protetta della residenzialità.”*

Questa teoria presenta una criticità, in quanto “ci si pone il problema del <<dopo>>, ma non si va oltre la sua progettazione e predisposizione.

⁴⁸ L. Grosso, “L’evoluzione dei modelli di intervento per l’inserimento lavorativo”, in Valutare il lavoro, 2004, Edizione Guerini e Associati

In poche parole, il reinserimento viene focalizzato solo sull'elaborazione e sul momento di sgancio dell'utente.

Queste due teorie risalgono agli anni '80 e sono dei modelli deboli di inserimento lavorativo: le risorse impiegate erano insufficienti e l'attività di inserimento non godeva di una posizione centrale, bensì periferica.

Le poche risorse impiegate in questo tipo di trattamento venivano utilizzate per motivare l'utente in un percorso di disintossicazione, per accedere ai servizi di tipo residenziale.

Nel decennio successivo, con l'insorgenza dell'Aids e delle ricadute, il concetto di reinserimento socioabitativo e lavorativo passa da una posizione periferica ad una posizione centrale per il trattamento della tossicodipendenza

Tornando al progetto educativo, le *finalità* sono incentrate sul miglioramento della qualità della vita dell'utente e sulla sperimentazione e reinserimento socio lavorativo.

Come *obiettivo* è stato segnalato il favorire una maggiore autonomia rispetto alle attività concordate in base ai bisogni.

In generale al gruppo di utenti sono state proposte diverse *attività*, che ognuno di loro ha svolto in base alle sue necessità: stesura del curriculum vitae, iscrizione alle agenzie interinali online, uscite nel Territorio (C. I. O. F. e Informagiovani), Incontri con il gruppo.

Le uscite e gli incontri settimanali sono stati svolti in gruppo: il Gruppo Orientamento si è svolto con cadenza settimanale e sono stati programmati quattro incontri; le uscite avevano una data e luogo specifico (centro per l'impiego e sede dell'Informagiovani di Ancona).

Per la stesura del cv e l'iscrizione alle agenzie, ho preferito utilizzare due posti diversi: per la prima attività è stato utilizzato principalmente il secondo ufficio degli operatori in modo da poter aver un rapporto 1:1 senza interruzioni. Con una buona relazione e una fiducia, l'utente si è gradualmente aperto e si è raccontato.

Per l'iscrizione alle agenzie interinali veniva utilizzato il secondo ufficio degli operatori o la sala computer.

Per quanto riguarda invece la stesura del cv e l'iscrizione alle agenzie, ho concordato insieme all'utente di volta in volta un giorno e l'orario da dedicare a queste attività.

Nel complesso il progetto ha avuto una durata di 4 mesi. (gennaio – aprile)

Sono state impiegate *risorse materiali e umane* coinvolte nella realizzazione del progetto: per le prime sono stati impiegati computer portatile/fisso della CT e materiale inerente alle tematiche affrontate in gruppo; per le seconde inizialmente era coinvolta l'assistente sociale che gestiva il gruppo orientamento, sostituita in seguito da un'educatrice del servizio e la mia Tutor di tirocinio con la quale mi sono confrontata durante i vari processi del progetto o in caso di difficoltà.

Il progetto ha poi subito una *verifica finale*, effettuata con una check list, strumento flessibile che mi ha permesso di aggiungere delle annotazioni in caso di necessità. La check list è stata realizzata per le attività gruppali.

Per concludere, è stata poi elaborata una *valutazione finale*: rispetto alle attività gruppali o alle uscite ho riscontrato dell'interesse rispetto a quanto veniva proposto ma ho notato anche una certa difficoltà nel comprenderne l'importanza. Se dovessi riprendere questo progetto andrei a rivedere le attività gruppali.

Per le attività individuali di stesura del cv e iscrizione alle agenzie ho notato interesse e ciò ha permesso ai ragazzi di acquisire maggiore autonomia e, in alcuni casi, maggiori conoscenze nell'utilizzo del computer (Internet, posta elettronica).

CONCLUSIONI

L'esperienza di tirocinio a Massignano mi ha insegnato molto ed è da questa che è nata l'idea di quest'elaborato, nel quale si è voluto dare un quadro generale rispetto al processo di accompagnamento di un utente con Dipendenza Patologica, da un ambiente comunitario al Territorio, facendo riferimento anche al ruolo dell'educatore professionale.

A questo proposito, sono state date diverse informazioni, dalle più generali sul concetto di dipendenza e sulle possibili tipologie, alle più particolari e approfondite sui servizi presenti nel Territorio: un largo spazio è stato lasciato al Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STDP), servizio presente solo ed esclusivamente nel territorio marchigiano, alle comunità terapeutiche, facendo riferimento a quelle che vengono considerate le prime comunità, pilastri di riferimento per le comunità successive.

I servizi del Territorio, se efficienti, permettono un buon lavoro di rete e di offrire spunti e risorse all'utente preso in carico.

Stella⁴⁹ afferma appunto che *“l'individuo è l'unica realtà dalla quale partire per rendere ragionevole un intervento terapeutico efficace.”*

Quella del reinserimento è l'ultima fase che teoricamente il soggetto percorre, prima di reinserirsi, con i dovuti tempi, nella società.

È probabilmente una delle fasi più delicate, nella quale l'utente ha bisogno di un giusto supporto e di strumenti adeguati che l'educatore deve fornirgli.

È una fase nella quale in alcuni casi i contatti con la famiglia sono essenziali, in altri si cerca di guardare altrove, ricostruendo totalmente un contesto nel quale il soggetto può ricominciare.

Probabilmente è una tematica ancora troppo nuova e poco discussa ma le iniziative rispetto al reinserimento lavorativo, almeno nel territorio marchigiano, sono presenti: in comunità molti utenti erano inseriti in tirocinio formativi o seguivano corsi di formazione.

Ancora oggi però il pregiudizio rispetto ad una persona con Dipendenza è talmente forte da ostacolare non solo un possibile reinserimento sociale e lavorativo ma condiziona fortemente la persona e tutti coloro che sono intorno a questa, educatori compresi.

⁴⁹ S. Stella, Droghe e tossicodipendenza, 2002.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

❖ Bibliografia

American Psychiatric Association, *DSM 5 – Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 2013

Belotti V. (2004), *Valutare il lavoro. Gli inserimenti lavorativi dei soggetti in stato di dipendenza in Italia.*, Guerini e Associati, Milano.

Benedetti B. (2000), *Società e marginalità. Storie di vita di tossicodipendenti.*, Edizioni Ets, Pisa.

Gardella O. (2016), *L'educatore professionale. Finalità, metodologia, deontologia.*, Franco Angeli, seconda edizione, Milano.

Lai Guaita M. P. (1988), *La Comunità Terapeutica. Origini storiche. Interventi attuali in Italia.*, Jaca Book, Milano.

Lucchini A., Cicerone P. (2011), *Oltre l'eccesso – quando internet, shopping, sesso, sport, lavoro, gioco diventano dipendenza.*, Franco Angeli, Milano.

Nettuno A. (2003), *Il lavoro terapeutico di gruppo – La tossicodipendenza tra costruttivismo e psicoanalisi: un approccio integrato.*, Franco Angeli.

Pavarin R. M. (2012), *Dal deviante clandestino al consumatore socialmente integrato. L'evoluzione della ricerca sull'uso delle sostanze psicoattive.*, Clueb, Bologna.

Piccone Stella S. (2002), *Droghe e tossicodipendenza. Dallo spinello della controcultura alle pasticche nei <<rave parties>>: come cambiano le sostanze, il consumo, gli interventi.*, il Mulino, seconda edizione, Bologna.

❖ Sitografia

<http://www.discorsivo.it/magazine/2018/11/22/i-paradisi-artificiali-baudelaire/> - Oberti Ambra. I paradisi artificiali – la dipendenza secondo Baudelaire, 2018.

<https://www.ipsico.it/sintomi-cura/dipendenze-patologiche/> - Calamai Giulia. Dipendenze patologiche – IPSICO, Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, 2018.

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3729&area=sostanzeStupefacenti&menu=vuoto - Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope, Ministero della salute, 2019.

<http://www.andinrete.it/portale/documenti/pdf/PSS4.pdf> - Capitanucci Daniela. Post-modernità e nuove dipendenze, 2006

<https://iris.unipa.it/retrieve/handle/10447/56556/31303/noos%20curatela.pdf> - La Barbera Daniele. La Cascia Caterina. Il gioco d'azzardo patologico, Nòos Curatela, 2008.

<https://iris.unipa.it/retrieve/handle/10447/56556/31303/noos%20curatela.pdf> - La Barbera Daniele. La Cascia Caterina. Le psicotecnologie e l'internet addiction disorder, Nòos Curatela, 2008

<https://www.lifelearning.it/wp-content/uploads/MaterialeDidatticoCorsi/Gruppi-AMA/Dispense/Capitolo2-1.pdf> - Noventa A., Self-help, volontariato e promozione della salute, in "Animazione Sociale".

<https://www.deabyday.tv/salute-e-benessere/mente-e-psiche/article/4589/Alcolisti-Anonimi--chi-sono--cosa-fanno-e-come-uscire-dall-alcolismo.html> - Leo Stefania. Alcolisti Anonimi, chi sono, cosa fanno e come uscire dall'alcolismo.

<https://www.deabyday.tv/salute-e-benessere/mente-e-psiche/article/4735/Giocatori-anonimi--come-uscire-dal-tunnel-della-ludopatia.html> - Leo Stefania. Giocatori anonimi – come uscire dal tunnel della ludopatia.

<http://www.cufrad.it/>

<https://anankenews.it/la-famiglia-del-tossicodipendente-dott-ssa-antonella-fortuna/> - Fortuna Antonella. La famiglia del tossicodipendente. Anankenews.it, 2019.

<https://www.polo9.org/> - Comunità Terapeutica di Massignano.

<http://www.asscontatto.it/> - Con...Tatto – Coltiviamo il cambiamento.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/04/28/099G0190/sg> - Decreto n. 520/1998, Ministero della Sanità.

<https://www.medicina.univpm.it/?q=corso-di-laurea-educazione-professionale> - Regolamento Tirocinio Corso di Laurea in Educazione Professionale, medicina.univpm.it

http://www.ambito20.it/Public/normative/allegato/29_DGR-747-04-Riordino-Dipendenze.pdf - Atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche.