

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI
INTERNAZIONALI

Corso di laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale



L'AUTO MUTUO AIUTO COME STRUMENTO GENERATIVO DI
BENESSERE: ANALISI DELL'ESPERIENZA DI GRUPPO ALL'INTERNO
DEL SER.D. DI BASSANO DEL GRAPPA

Relatrice: Prof.ssa Mirella Zambello

Laureanda: Giada Tasca

Matricola n. 2062600

A.A. 2022/2023

*A tutte le persone che ho conosciuto in questo percorso,
dalle quali ho potuto apprendere il vero significato della resilienza,
della condivisione e della rivincita.*

Introduzione.....	6
Capitolo 1: Il self-help nella dipendenza alcolica.....	10
1.1 Evoluzione storica della cura dell'alcol.....	10
1.2 La metodologia del gruppo.....	13
1.3 Tipologie di gruppi nell'alcoldipendenza: definizioni e caratteristiche.....	17
1.3.1 Alcolisti anonimi (AA).....	17
1.3.2 Club Alcologici Territoriali (CAT).....	20
1.3.3 Gruppi di Auto Mutuo Aiuto (GAMA).....	22
1.4 Il ruolo di facilitatore dell'assistente sociale.....	24
1.5 Fotografia della realtà locale, nazionale e internazionale in materia di alcol dipendenza..	28
Capitolo 2: Il servizio sociale nel lavoro con i gruppi.....	34
2.1 La promozione dell'empowerment.....	34
2.2 Il lavoro di comunità.....	38
2.3 Il lavoro di rete e il servizio sociale.....	44
2.4 Innovazione e generatività sociale.....	46
Capitolo 3: La ricerca: focus sulla realtà bassanese.....	53
3.1 Il territorio: Ulss 7 Pedemontana.....	53
3.2 Il Distretto 1 Bassano.....	54
3.3 Territorio di riferimento.....	56
3.4 Ser.D 1 Bassano-Asiago: attività e prestazioni.....	57
3.4.1 Organizzazione del servizio.....	59
3.4.2 Modalità di accesso al servizio e target d'utenza.....	61
3.4.3 Rete dei servizi formali e informali con cui il servizio collabora.....	62
3.4.4 Normativa di riferimento.....	64
3.5 Progetto di ricerca.....	67
Domanda di ricerca e connessione con le criticità rilevate.....	67
Obiettivo generale.....	71
Obiettivi specifici.....	71

Campione.....	72
Strumenti.....	73
Tempi e luogo di realizzazione del progetto.....	75
Risultati attesi.....	75
Sviluppi futuri sul piano della ricerca.....	77
Sviluppi futuri sul piano dell'implementazione dei servizi (come il servizio o il territorio potrebbero utilizzare i risultati raggiunti o raggiungibili).....	78
Capitolo 4: Il gruppo tra generatività e benessere: analisi dei risultati della ricerca.....	80
4.1 Incertezza sulle aspettative e sui riscontri futuri.....	80
4.2 Tranquillità e spensieratezza.....	81
4.3 Appartenenza e dimensione del gruppo.....	82
4.4 Adattabilità dell'esperienza.....	83
4.5 "Prendersi cura".....	85
4.6 Cambiamento e nuovi stili di vita.....	86
Conclusione.....	91
Bibliografia.....	99
Sitografia.....	102

ALLEGATO 1

ALLEGATO 2

Introduzione

Con la nascita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si abbandonò il mero approccio medico all'alcolodipendenza e si introdusse un nuovo metodo capace di integrare gli aspetti sanitario, sociale, psicologico ed educativo. Si diffuse quindi un maggiore interesse per la cura e la prevenzione dell'alcolodipendenza, accompagnato dal relativo approfondimento delle cause e delle circostanze che spingono un individuo ad assumere grandi quantitativi di sostanza alcolica, da nuovi procedimenti diagnostici e malattie alcolcorrelate.

Oggi, tutte le società sono interessate dal fenomeno dell'alcolismo, con caratteristiche diverse in ogni paese e con un aumento significativo anche nei paesi in via di sviluppo. Risulta quindi fondamentale incrementare strategie politiche e sanitarie necessarie a garantire la promozione della salute pubblica e monitorare anche tutti quei comportamenti considerati occasionali, che hanno comunque un impatto immediato sulla salute.

Nel primo capitolo verrà approfondita l'adozione della nuova metodologia di lavoro e di approccio all'alcolodipendenza, che fa leva su alcuni strumenti fondamentali, tra i quali è possibile individuare quello del gruppo, in particolare nella sua funzione di auto aiuto: come definito dall'OMS, 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 determinata comunità viene identificato come Auto Mutuo Aiuto.

Nell'ambito del trattamento dell'alcolodipendenza, una delle forme di gruppo di auto aiuto più diffuse viene individuata negli Alcolisti Anonimi (AA), di fondazione statunitense, ai quali viene attribuita la nascita del programma dei Dodici Passi, principi guida con lo scopo di definire un percorso di recupero dalla dipendenza alcolica, pubblicati per la prima volta nell'*Alcoholics Anonymous: The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism*".

Il primo vero cambiamento di prospettiva sul trattamento dell'alcolodipendenza avvenne con la nascita dei Club Alcolologici Territoriali (ACAT). Questa nuova forma di gruppo si costituì grazie al lavoro di Vladimir Hudolin, neurologo, psichiatra e docente universitario che diede vita alla deistituzionalizzazione della cura della dipendenza alcolica, spostando l'attenzione dei

professionisti dagli ospedali e dalle cliniche ai contesti di vita e di riferimento dei pazienti, con l'obiettivo di coinvolgere la comunità locale nel percorso di prevenzione, trattamento e cura della dipendenza e dei problemi alcol correlati. Si sviluppa da qui, quindi, la proposta di abbandonare il paradigma medico e di abbracciare quello che Hudolin chiamerà "approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi", il quale aderisce all'approccio sistemico e propone una rilettura del comportamento deviante come disagio del sistema a cui l'individuo appartiene.

Il risultato dell'evoluzione delle dinamiche sociali per l'empowerment è rappresentato dalla nascita dei gruppi di auto mutuo aiuto (GAMA), strumenti atti alla promozione o al recupero del benessere fisico, psicologico e sociale della comunità, attraverso la condivisione di disagi ed esperienze vissuti dai suoi componenti, con l'obiettivo dell'aiuto e del supporto reciproco.

L'utilizzo di questa tipologia di gruppo permette di apprendere un nuovo stile di vita in un contesto protetto (living learning), in cui i comportamenti e gli stati emotivi diventano oggetto di discussione attraverso esperienze di gruppo intense, promozione dell'empowerment e la valorizzazione di uno stile di vita incentrato sul benessere.

Nel secondo capitolo si partirà dalla concezione di empowerment promossa da Zimmerman e Rappaport (1988), secondo la quale l'empowerment permette l'acquisizione del controllo e della partecipazione alla vita di comunità: è possibile quindi individuare diverse dimensioni entro le quali lo stesso si articola: individuale, con l'obiettivo di incrementare la consapevolezza critica e la soluzione di problemi attraverso la partecipazione, organizzativa, declinata all'interno delle strutture e delle organizzazioni e comunitaria, analizzabile in termini di empowering ed empowered.

Nelle scienze sociali l'empowerment indica l'equilibratura e l'accrescimento del potere che gli utenti o le comunità possono ricercare autonomamente o mediante aiuto esterno per migliorare le proprie condizioni di vita. La considerazione dell'empowerment nel lavoro sociale risulta particolarmente evidente nel lavoro di comunità, attività tramite la quale si aiutano le persone a migliorare le loro comunità di appartenenza attraverso azioni collettive.

Nel tempo, la letteratura ha garantito una sempre maggiore attenzione al lavoro di comunità, tenendo conto che quest'ultima è un destinatario dell'intervento sociale, all'interno della quale i singoli componenti possono sperimentare il senso di comunità, costituito da sentimenti di appartenenza, influenza e potere, soddisfazione dei bisogni e connessione emotiva. Le varie trasformazioni di cui la nostra società è oggi protagonista sottolineano la necessità di definire un nuovo modello di welfare che promuova la ricognizione delle competenze dei professionisti,

affinchè vengano promosse nuove forme di intervento adeguate alle diversità delle nuove realtà sociali, utilizzando le reti degli individui per generare relazioni sociali positive.

Il servizio sociale professionale, non indifferente ad un ripensamento e ad una riorganizzazione dei vecchi sistemi di welfare, ha favorito lo sviluppo di modelli cognitivi che superassero i vecchi riferimenti e abbracciassero il nuovo concetto di innovazione sociale, capace di individuare e rispondere ai bisogni insoddisfatti e trasformare le relazioni coinvolte nella risposta dei bisogni sociali, collegandolo a quello di generatività sociale, azione sociale che dà vita a forme organizzative generative capaci di generare qualcosa di nuovo e contribuire alla realizzazione personale e sociale dei soggetti.

Testimone ed esempio di queste azioni e progettualità generative è l'esperienza, protagonista del terzo capitolo, realizzata all'interno del Ser.D. di Bassano del Grappa, nel quale l'utilizzo delle tecniche espressive legate alla teatro terapia vengono scelte come metodo per il raggiungimento del benessere della persona affetta da alcol dipendenza. Il progetto nasce con l'intenzione di dare risposta ad un bisogno proprio delle persone coinvolte nei gruppi di auto mutuo aiuto alcol condotti dai professionisti del Serd, le quali hanno manifestato l'esigenza di sperimentarsi in un contesto ambientale de-stigmatizzante ed esterno alle pareti del servizio, libero dai classici rituali di cura, dallo stigma e dall'etichettamento, come poteva essere dapprima quello di Villa Angaran San Giuseppe ma anche della Parrocchia di San Vito, luogo di realizzazione delle attività nell'arco temporale qui analizzato. Nell'ottica della riprogettazione delle attività in vista del nuovo anno si sono volute analizzare le esperienze vissute dagli utenti del gruppo, gli esiti delle attività innovative di auto aiuto di gruppo sugli utenti, i vissuti e le prospettive future per sé stessi e per gli altri. Per la raccolta dei dati è stata individuata l'intervista semi-strutturata, articolata in 5 macro domande, con l'obiettivo di indagare le aspettative iniziali, i riscontri post attività, la dimensione del gruppo, il coinvolgimento di altre persone e il futuro.

Con le interviste l'aspettativa era perlopiù quella di indagare l'andamento del progetto e capire se lo stesso avesse riscosso maggiore interesse e partecipazione con l'andare del tempo, tenendo conto che ha preso forma dall'espressione di un bisogno manifestato dalle stesse persone coinvolte nei percorsi di cura in ambito alcolico, le quali frequentano settimanalmente o bimensilmente i gruppi di auto mutuo aiuto guidati.

Nel quarto e ultimo capitolo, infine, si indagheranno quelli che sono i risultati ottenuti con le interviste e l'analisi dei dati raccolti ma, allo stesso tempo, verranno trattate anche tematiche e

sotto-temi suggeriti dai nostri intervistati mediante le interviste e che rappresentano oggetto di discussione e approfondimento anche durante gli incontri di parola organizzati internamente al servizio.

Capitolo 1

Il self-help nella dipendenza alcolica

1.1 Evoluzione storica della cura dell'alcol

La tendenza a consumare e fare uso di sostanze alcoliche colloca le sue origini già nelle prime popolazioni che abitavano la terra, a partire dalle genti dell'Antica Grecia che divinizzavano Dioniso, detto Bacco, dio della gioia, dell'esuberanza, della danza comune e dell'ebbrezza. Si tendeva a bere abbondantemente per festeggiare le proprie vittorie in guerra, diffondendo la cultura del bere in tutti i territori conquistati, anche attraverso la diffusione nei proprietari terrieri della tendenza a coltivare delle vigne da cui ricavare, attraverso la fermentazione, l'alcol. Inizialmente questo prodotto ottenuto dalla fermentazione veniva utilizzato come medicinale e chiamato acquavite, nome che poi assunse una connotazione diversa a seconda dei vari paesi in cui si diffondeva.

Il consumo di bevande alcoliche moltiplicò i casi di ubriachezza in pubblico, diventando non solo un vizio che intaccava la salute degli individui e gli equilibri familiari ma anche una minaccia per la società, dato che risultava spesso la causa principale dei crimini e della dissoluzione dei costumi. In seguito a questi episodi s'intensificò, soprattutto tra gli uomini di chiesa, la lotta contro i bevitori e contro chi spingeva la gente a bere, dato che il bere veniva considerato un piacere e rappresentava un'offesa a dio, doveva quindi essere bandito.

Con l'influenza dei medici, l'ubriachezza costituì non solo un vizio da bandire per ragioni morali ma divenne anche causa di malattie e disturbi mentali, curate mediante trattamenti idonei in istituti specializzati. Ci si rese conto, inoltre, che la maggior parte dei bevitori proveniva dalle classi più povere della società, impegnati nel lavoro nelle miniere e nelle acciaierie in condizioni di sporcizia e promiscuità.

Nel 1829 venne pubblicato lo studio di Magnus Huss, medico di Stoccolma che con l'espressione "alcolismo cronico" fece rientrare il fenomeno dell'ubriachezza nel campo della medicina, come una delle forme di intossicazione più conosciute, distinguendo tra ubriachezza acuta raramente mortale e la malattia cronica dovuta al bere continuato.

L'ubriachezza non passò, però, di colpo da oggetto di riprovazione morale a quello di malattia, dato che nello stesso periodo si diffuse anche la nozione di degenerazione, proposto da B.-A. Morel nel 1857: egli non diede una definizione precisa di degenerato ma considerava tutte le persone con un comportamento mentale o sociale fuori della norma della società. La teoria

afferitava, inoltre, che i degenerati avevano spesso genitori e figli degenerati, tanto che l'alcolismo era ereditario e si tramandava di generazione in generazione.

Alle disgrazie attribuite all'alcolismo i medici aggiunsero anche una lunga lista di malattie e danni epatici legati al consumo eccessivo di alcolici, come l'elevata percentuale di ipertesi tra i bevitori abituali o di alcolisti tra i ricoverati.

A questo punto si riescono anche a capire quelle che erano le preoccupazioni manifestate per l'incremento del consumo di bevande alcoliche in tutto il mondo occidentale, ulteriormente sviluppatosi grazie alla vendita di vino in regioni che non lo avevano ancora conosciuto, accompagnate da continue innovazioni nella fabbricazione delle bevande che facevano pensare al raddoppiamento del consumo alcolico nel secolo successivo.

Preoccupati per questa imponente crescita dei consumi, alcune società e gruppi di associazionismo, come la Woman's Christian Temperance Union (WCTU), iniziarono la loro lotta contro l'alcolismo e la vendita delle bevande stesse, mediante denunce sui giornali e saccheggio dei locali dove si bevevano e vendevano alcolici.

Iniziosi a farsi strada l'idea di una proibizione totale delle bevande alcoliche che però non ottenne mai larghi consensi, né da parte della popolazione e tanto meno dai rappresentanti politici e dagli uomini di scienza, se non negli anni della presidenza Wilson, in cui fu votato un emendamento che proibiva la fabbricazione, il commercio e l'importazione di bevande con una gradazione superiore ai 5 gradi. Si trattò di una proibizione che ebbe effetti benefici per un certo numero di anni, facendo registrare una diminuzione dei consumi e delle malattie alcol correlate che ben presto fu destinata ad aumentare a causa del contrabbando di frontiera e della corruzione.

In Svezia e in Norvegia, alla fine del XIX, si sviluppò il sistema di Göteborg, il quale prevedeva l'affidamento allo stato del monopolio della fabbricazione e dell'importazione delle bevande alcoliche. Questo venne poi sostituito dal "Bratt", ovvero per ogni abitante che operava per conto di un ente nazionalizzato venne fornito un libretto per registrare gli acquisti effettuati, con delle limitazioni e delle possibilità di acquisto razionate. Anche questo tentativo fallì dato che il venditore esercitava un vero e proprio controllo sui suoi clienti.

L'attenzione della società si rivolse proprio alle classi inferiori, dato che in queste era maggiormente diffuso l'alcolismo, con una vasta propaganda nelle scuole, attraverso i manifesti e i libri, ma anche qui con successi limitati dato che in alcuni ambienti si andavano creando delle associazioni di lavoratori e del sindacalismo che nasceva al pari dei partiti di ideologia socialista, acquisendo ampio consenso anche tra i dirigenti, anche se nessun governo adottò politiche o decisioni tali da fornire delle linee guida univoche e limitazioniste.

La metà del secolo XIX fece trasparire un nuovo volto dell'alcolismo, fatto di diversi aspetti e cause che si incrociavano tra loro e che contribuirono a far emergere l'idea che un fenomeno così complesso non poteva più rimanere all'attenzione dei soli medici ma doveva l'interesse medico che suscitava dovesse integrarsi con quello sociale. Questo cambiamento di prospettiva portò alla diffusione del concetto di alcologia, disciplina che si occupa del rapporto tra l'uomo e l'etanolo e di tutte le implicazioni dell'alcolizzazione, sul piano sociale, individuale e collettivo.

Con la ricostruzione avviata successivamente alle due guerre mondiali e alla nascita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si ripresero le azioni a favore degli alcolisti, approfondendo le diverse tipologie di alcolisti, le cause e le circostanze che li spingono al consumo di alcol e le conseguenze che questo ha sul loro organismo, anche se non tutte le teorie emanate fino ad allora esaurivano la totalità dei casi clinici. Nel corso dei decenni successivi i progressi in questo campo furono notevoli: i nuovi procedimenti di diagnosi, rivelando malattie legate al consumo alcolico mai scoperte prima, collegare il consumo dell'alcol in gravidanza alla nascita di malformazioni dell'embrione o all'insorgenza di malattie cardiovascolari. I recenti progressi patologici connessi all'alcol si occupano sempre di più di indagare le cause che spingono un individuo a bere in eccesso, abbandonando quello che è il solo approccio medico alla patologia ma integrando l'aspetto sanitario a quello dell'assistenza sociale, psicologica ed educativa.

1.2 La metodologia del gruppo

La parola gruppo, nel linguaggio corrente, mette in evidenza l'esistenza di legami, anche se la sua etimologia lo considera un termine che può assumere diversi significati: da una parte può essere inteso come ammasso, come groppo/nodo, o gruppo costituito internamente ad un contesto specifico, che assume una denominazione tale da fornire indicazioni relativamente alla sua azione e posizione istituzionale. Lo stesso termine è anche utilizzato per indicare persone con ruoli "superiori" come il consiglio, oppure l'assemblea. Altre denominazioni rinviano ai processi e alle relazioni tra i membri come l'equipe o la gang.

Nei contesti organizzativi, invece, si fa riferimento al termine squadra, oggi ampiamente diffuso per indicare i rapporti tra i membri impegnati nel raggiungimento di determinati obiettivi oppure a quello di team o di task force, per indicare un gruppo chiamato ad affrontare uno specifico progetto.

Secondo lo psicologo Bruce Wayne Tuckman (1977) la formazione di qualsiasi gruppo evolve nel corso di un ciclo di vita composto da 5 diverse fasi, che non prevedono necessariamente un susseguirsi dell'una dopo l'altra e che, allo stesso tempo, non sono uguali per tutti i gruppi:

-Forming (fase della formazione): è la fase che riguarda il momento di indirizzo e orientamento delle persone che andranno a costituire il gruppo, in cui ci si conosce e si cerca di capire se e come creare dei rapporti di affiliazione, che inizialmente possono essere caratterizzati da incertezza e preoccupazione.

-Storming (fase del conflitto): i componenti possono entrare in disaccordo dato che non si percepiscono come vittime, in un contesto caratterizzato da forte emotività e sentimenti di rifiuto e aggressività.

-Norming (fase della coesione): il gruppo, mediante la negoziazione, supera i conflitti iniziali, realizzando il passaggio da semplice aggregato a gruppo coeso e armonioso.

-Performing (fase della prestazione): in questa fase si rafforza la collaborazione tra i membri del gruppo, utile al fine di raggiungere uno scopo, risolvere problematiche e prendere decisioni.

-Adjourning (fase della sospensione): il gruppo può sciogliersi se si è costituito per una necessità temporanea o perchè ha raggiunto il suo scopo. Se il gruppo ha generato, al suo interno, momenti di appartenenza e identificazione, il suo scioglimento può generare emozioni negative.

Ognuna delle fasi appena riportate possono crearsi una serie di dinamiche, che possiamo individuare in:

- Valutazione: ciascun membro cerca di capire il valore degli altri, partendo dalla consapevolezza che deve mostrare in primis il meglio di sé. All'interno del gruppo i livelli di compatibilità che possono essere raggiunti dipendono dalla corrispondenza tra le gratificazioni che il gruppo persegue e quelle proprie della persona.
- Impegno: risulta dal rapporto della valutazione positiva dell'individuo rispetto al binomio costi-benefici
- Transizione di ruolo: ogni membro interagisce con gli altri migliorando la propria posizione, grazie ai processi di promozione, o peggiorandola a causa della marginalizzazione e all'esclusione.

Per definire l'andamento e la direzione delle relazioni che si instaurano internamente al gruppo, ogni gruppo si dota di alcuni organizzatori/fattori:

-Regole e norme: sono indicazioni graduate diversamente dal punto di vista della prescrittività/proscrittività che promuovono il mantenimento o l'eliminazione di certe condotte, rendendo prevedibile il comportamento del gruppo. È l'esito di interazioni sociali prolungate nel tempo e può essere modificato attraverso la presa di consapevolezza;

-Differenziazione di ruolo: all'interno del gruppo sono previsti diversi compiti e posizioni, sulla base delle differenti aspirazioni, funzioni e aspettative delle persone. Questa componente strutturale permette di distribuire il lavoro, mantenere l'ordine e la prevedibilità dei comportamenti e delle relazioni e costruire l'identità culturale.

-Differenziazione di status: definisce la gerarchia di valore dei ruoli, con una graduazione data dai diversi livelli di possibilità nell'esercizio del controllo sulle persone. Le diversità di status sono il fattore che rappresenta l'origine sia della distanza sociale, la quale comporta l'istituzione di classi basate sulla somiglianza, ma anche della mobilità delle persone tra i diversi livelli.

Il gruppo viene, inoltre, distinto da tutta una serie di aggregati di persone, con finalità e caratteristiche diverse dal gruppo, il quale assume un ruolo critico dato che ciascun individuo può sperimentare l'interdipendenza con le altre persone e affrontare i rapporti interpersonali entro ambiti diversi:

- Massa: insieme di individui con una strutturazione debole e un comportamento stabile ed omogeneo;
- Raggruppamenti: insieme di numero variabile finalizzati all'uso e alla condivisione di risorse localizzate;

- Banda: composta da un numero limitato di persone, volto a disgregarsi una volta conseguito il fine che ha portato alla sua costituzione;
- Gruppo primario: persone legate da un'interdipendenza affettiva, strutturazione non elevata e differenziazione di ruoli. L'esempio tipico è la famiglia;
- Gruppo secondario: di medie dimensioni, lavora sulla base di istanze sociali, educative, di cura, economiche e giuridiche, come ospedali e scuole;
- Gruppo sperimentale: persone sottoposte a sperimentazioni e legate tra loro da relazioni temporanee;
- Gruppo di compito: assumono modalità di sviluppo e livelli di produttività in relazione a più dimensioni, il compito, per cui sono stati istituiti, che deve essere definito in modo chiaro e risultare utile e fattibile; i componenti, i cui ruoli sono distinti per identità professionali, competenze e motivazioni; l'organizzazione del lavoro, che il gruppo si dà al suo interno e il contesto organizzativo ed istituzionale al quale si rapporta.
- Gruppo di competenza: avente la finalità di accompagnamento, perché vengono date info su una determinata tematica; di accoglienza, con la finalità di aiutare nuovi utenti ad entrare a fare parte di un progetto o di un servizio. L'obiettivo è proprio quello di favorire l'aggancio, sviluppando legami con altri fruitori del servizio, e offrendo la conoscenza degli operatori e di ciò che può offrire il servizio stesso.; di counseling con lo scopo di facilitare il confronto su problemi di interesse personale, accompagnando e guidando i processi di crescita. Questi gruppi sostengono il cambiamento all'interno di un contesto neutro, non valutativo, lasciando il soggetto libero di sviluppare propri percorsi di problem solving e proprie alternative. Sono gruppi chiusi, di media o piccola dimensione, che si incontrano con sistematicità da un minimo 5 fino a 10 o 12 volte; di formazione, rivolti ad operatori, volontari che condividono progettualità con approccio innovativo; di incontro e socializzazione, creando contesto con ragazzo; di orientamento, per fare emergere la consapevolezza delle proprie capacità e incoraggiare processi di auto valorizzazione; di promozione del benessere, per favorire lo sviluppo umano in relazione all'ambiente, all'inclusione sociale, alla diversità, all'avvio di processi di rafforzamento dei singoli e della collettività, alla socializzazione; di sensibilizzazione, con campagne informative e promozionali e di sostegno/supporto, ha come finalità il supporto ed il rafforzamento del sé, lo sviluppo delle capacità adattive e di coping, in soggetti in situazioni di fragilità sociale o di stress che perdura nel tempo.
- Gruppo di auto-mutuo-aiuto: soggetti che si incontrano per risolvere problematiche personali legate a qualche forma di sofferenza. L'OMS definisce l'Auto Mutuo Aiuto come

“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 determinata comunità.”

1.3 Tipologie di gruppi nell'alcoldipendenza: definizioni e caratteristiche

1.3.1 Alcolisti Anonimi (AA)

Secondo l'esperienza convenzionale, la nascita dell'auto mutuo aiuto viene fatta risalire all'incontro, nel 1935, tra due cittadini statunitensi, Bill e Bob, rispettivamente agente di borsa e chirurgo accomunati dal problema della dipendenza alcolica, i quali si resero conto che attraverso la condivisione delle loro esperienze all'interno di un gruppo di pari, Alcolisti Anonimi, composto da persone con il medesimo problema riuscivano a mantenere la condizione di sobrietà e a favorire il superamento del problema stesso.

La diffusione di questi gruppi avvenne successivamente, intorno agli anni Sessanta e Settanta, mediante la proposta di un metodo pensato per anche altre tipologie di dipendenza e problematiche, che lasciava spazio alla possibilità per questi nuovi gruppi di abbracciare principi moderni e in linea con i tempi, che a volte si discostavano dal modello originale degli Alcolisti Anonimi. A partire dagli anni 2000 si assiste, invece, ad un rapido processo di istituzionalizzazione di questi gruppi, grazie anche all'emergere di gruppi simili condotti da professionisti o nati con funzione di supporto tra pari. Agli Alcolisti Anonimi viene attribuita la nascita della diffusione del Programma dei Dodici Passi, insieme dei principi guida con lo scopo di delineare un percorso di recupero dalla dipendenza da alcol, poi adottato e riadattato ai numerosi gruppi che si sono costituiti successivamente. Pubblicati per la prima volta nel 1939 all'interno dell' *Alcoholics Anonymous: The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism*", questi 12 passi sono così definiti:

1. Abbiamo ammesso di essere impotenti nei confronti dell'alcol e che le nostre vite erano diventate incontrollabili.
2. Siamo giunti a credere che un potere più grande di noi avrebbe potuto riportarci alla ragione.
3. Abbiamo preso la decisione di affidare la nostra volontà e le nostre vite alla cura di Dio, come noi potemmo concepirlo.
4. Abbiamo fatto un inventario morale profondo e senza paura di noi stessi.
5. Abbiamo ammesso a Dio, a noi stessi e ad un altro essere umano l'esatta natura dei nostri torti.
6. Eravamo completamente pronti ad accettare che Dio rimuovesse tutti questi nostri difetti di carattere.
7. Gli abbiamo chiesto umilmente di eliminare le nostre mancanze.

8. Abbiamo fatto un elenco di tutte le persone che avevamo danneggiato e siamo diventati disposti a rimediare a tutte loro.
9. Abbiamo fatto ammenda verso tali persone ovunque possibile, tranne quando, così facendo, avremmo danneggiato loro oppure altri.
10. Abbiamo continuato a fare un 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 potemmo concepirlo, pregando solo per la conoscenza della sua volontà nei nostri riguardi e per la forza di realizzarla.
12. Avendo avuto un risveglio spirituale come risultato di questi passi, abbiamo cercato di portare questo messaggio ad altri alcolisti e di mettere in pratica questi principi in tutti i campi della nostra vita.

Si tratta quindi di un processo che prevede, in primis, l'ammissione che non si possono controllare l'alcolismo, la dipendenza o la compulsione; il riconoscimento che un potere superiore può dare forza, l'esaminare gli errori passati con l'aiuto di un membro con esperienza; il fare ammenda per gli errori commessi; l'imparare a vivere una vita secondo un nuovo stile e infine l'aiutare chi soffre per alcolismo, dipendenza o compulsione.

Il programma dei 12 passi designa una struttura umana composta da 3 dimensioni: fisica, descritta come reazione corporea che spinge al continuo utilizzo delle sostanze dopo l'uso iniziale; spirituale, che costituisce la dimensione avente lo scopo di sostituire l'egocentrismo con la volontà di sacrificarsi e favorire l'azione altruistica costruttiva e mentale, dato che cognitivamente l'individuo sarà indotto a ripetere il comportamento impulsivo dopo un periodo di astinenza con la convinzione che sarà incapace di fermarsi.

Chi si rivolge agli Alcolisti Anonimi non si riconosce come alcolista ma come un bevitore cosciente di avere un problema con l'alcol, che inizia ad venire consapevole della sua problematica nel momento in cui inizia a frequentare le riunioni del gruppo, a sentire le testimonianze degli altri e ad apprendere che il suo non è un vizio ma una "malattia". Questa è solitamente la fase in cui si comincia ad avere paura del bere, anche se ritiene di non poter astenersi. Si rifugia allora nel supporto dei membri che non bevono più, i quali suggeriscono di porsi degli obiettivi a breve termine che lo aiutino a mantenere la distanza dal bicchiere (primo, secondo e terzo passo). Entrano quindi in gioco i successivi 9 passi, come insieme di principi che se seguiti mettono la persona nelle condizioni di eliminare l'ossessione del bere.

A distanza di anni dal programma appena descritto e dalla diffusione dei gruppi AA, si nota come siano emersi due diversi schieramenti: il primo considera la filosofia dei 12 passi adottata

internamente a questi gruppi come aiuta a mantenere l'astinenza più a lungo rispetto ad altri interventi terapeutici cognitivo-comportamentali o motivazionali, dato che, come emerge dalle ricerche che basano la loro valutazione su parametri scelti per la valutazione sono l'astinenza dall'alcol, la riduzione delle quantità di alcol consumate, il bilancio dei costi e dei benefici, il 42% di chi partecipa al gruppo degli AA riesce a mantenersi lontano dall'alcol per un anno rispetto al 35% di chi affronta un percorso terapeutico differente. L'altra faccia della medaglia invece è costituita da chi sostiene che l'apparente successo avuto dagli AA fosse costituito dal fatto che, negli anni Trenta, una tipologia di gruppo tale rappresentava una novità dato che andava a colmare un vuoto presente nel mondo medico, andando a fornire un alibi alle persone e facendo credere loro che la dipendenza era una malattia e che mediante un percorso spirituale e morale potevano guarire. Come sostiene Glaser, il metodo degli AA risulta obsoleto, dato che non è possibile dimostrare l'efficacia, risultando impossibile organizzare dei controlli temporali sul percorso di ogni membro e, soprattutto, definire che cosa è sobrietà e cosa no. Inoltre, rispetto agli anni nei quali è stato elaborato questo metodo, gli studi scientifici sul funzionamento del nostro cervello sono aumentati, portando alla definizione e al chiarimento di molte questioni, prima sconosciute, anche sull'alcol e sulla sua influenza a livello biologico, mentre il metodo dei dodici passi è rimasto invariato e non si è "riadattato" alla modernità. Il gruppo, inoltre, tende a trattare esclusivamente la tematica dell'alcol e al recupero dell'alcolista, ma non si spinge a trattare o a diffondere informazioni su altri argomenti, come, ad esempio, la prevenzione dal consumo alcolico. Infine, il gruppo ritiene che la dipendenza sia una malattia: se è una malattia, come può essere curata mediante pratiche di tipo spirituale e religioso e non medico?

1.3.2 Club Alcologici Territoriali (CAT)

Il primo cambiamento di visuale sul trattamento dell'alcoldipendenza viene attribuito al lavoro di Vladimir Hudolin, neurologo, psichiatra e docente universitario, membro del gruppo di esperti sull'alcolismo e di altre dipendenze dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Partendo dall'elaborazione della sua esperienza di cura psichiatrica dell'alcolismo e delle patologie ad esso correlate, Hudolin diede vita ad un processo di deistituzionalizzazione della cura della dipendenza alcolica, spostando la realizzazione dei gruppi terapeutici dagli ospedali e dalle cliniche ai contesti di vita e di riferimento dei pazienti, i quali, assumendo la denominazione di Club Alcologici Territoriali, si pongono l'obiettivo di coinvolgere la comunità locale nel percorso di prevenzione, trattamento e cura della dipendenza e dei problemi alcol correlati.

Questo cambiamento apportato dal pensiero di Hudolin favorisce l'incremento dell'attenzione e della considerazione della capacità reciproca di generare cura e benessere tra le persone che condividono la stessa esperienza, proponendo un modello epistemologico per il quale la dipendenza dall'alcool non viene vista come una malattia ma come uno stile di vita che nasce dall'interazione di diversi elementi e fattori di tipo psicofisico, sociale, familiare e culturale. Si sviluppa da qui, quindi, la proposta di abbandonare il paradigma medico e di abbracciare quello che Hudolin chiamerà "approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi".

La teoria ecologico-sociale aderisce all'approccio sistemico, secondo il quale il comportamento deviante viene inserito all'interno del contesto in cui si esprime, proponendo una rilettura del comportamento deviante come disagio del sistema a cui l'individuo appartiene (Guidoni, Tilli 2002). Hudolin identifica nella comunità l'ambiente in cui l'uomo vive, costituito da una comunità di famiglie che rappresentano l'approccio indispensabile per affrontare il problema.

L'attenzione al contesto si esprime anche nei confronti della teoria stessa che prevede continue revisioni in base alle nuove conoscenze emergenti dall'ambiente scientifico e dall'esperienza che viene fatta quotidianamente della teoria. Da qui deriva un ulteriore sviluppo del concetto ecologico-sociale, il quale vede l'introduzione della multidimensionalità, consistente nel lavoro con le famiglie con problemi alcolcorrelati legati ad altri disagi.

Inoltre, il trattamento dei problemi alcolcorrelati non può avvenire mediante una cura tradizionale ma consiste in una serie di interventi rivolti a tutti i livelli di prevenzione basata sul Club degli Alcolisti in trattamento, comunità multifattoriali di due o massimo dodici famiglie ed un servitore-insegnante che si occupa dei problemi alcolcorrelati della comunità e si pone l'obiettivo di mantenere l'apertura verso l'esterno per garantire la collaborazione con le

istituzioni interessate dal fenomeno della dipendenza alcolica. Hudolin inoltre ritiene che i Club degli Alcolisti in Trattamento si basino sulla solidarietà, sull'amicizia, sull'amore, sulla ricerca della pace e della convivenza e sulla necessità di cambiamento della cultura sanitaria e generale e, quindi, della spiritualità antropologica, intesa come “la cultura sociale umana basata sui valori che l'uomo ha da sempre posseduto come un codice interno di regole di comportamento”; tenendo conto che “per questo raggiungere l'astinenza dal bere è considerata solo una tappa intermedia di un percorso verso l'elaborazione di una “filosofia di vita” incentrata sui valori della solidarietà, amicizia, amore, pace, giustizia sociale, l'impegno per i diritti umani fondamentali, sull'accettazione della diversità” (Guidoni, Tilli 2002). Il fine ultimo di questo approccio ecologico-sociale è quello di favorire il cambiamento individuale attraverso l'acquisizione di una filosofia di vita, che permette di entrare a far parte di un ecosistema e di mettersi al servizio dello stesso, sia prendendosi cura delle persone con problemi alcolcorrelati ma anche attraverso l'adozione di una nuova e personale filosofia di vita.

Con l'applicazione della metodologia Hudolin, si vuole oltrepassare la Terapia Familiare, la quale, nella realtà attuale consumistica e astratta, rappresenta solo una parte delle tecniche funzionali basata sul concetto dell'opposizione salute e malattia, sull'utopia di sconfiggere tutto ciò che non è considerato “normale” e sulla medicalizzazione del rapporto con le persone in difficoltà. Questo modello operativo si è trasformato un po' alla volta in azioni atte al mantenimento dello status quo, senza fornire una reale risposta ai bisogni delle persone.

Hudolin, successivamente, inizierà a parlare quindi di “approccio familiare” per indicare un nuovo modo di comportarsi all'interno di una famiglia concepita come comunità con interazioni cambiate ed evolute. In questo ambito si propone inoltre un atteggiamento diverso nei confronti delle dipendenze che definiremo, come già anticipato, approccio ecologico, composto da una serie di collegamenti che vedono l'individuo connesso con la famiglia o con il gruppo umano in cui continuano le sue relazioni significative, le famiglie correlate al contesto della comunità locale fatto dai luoghi di cura, di lavoro e di aggregazione e la connessione fra le sostanze a rischio. In semplici parole, possiamo definire la dipendenza non più come anomalia che sancisce la discriminazione ma come realtà di una società di cui si deve tener conto in senso costruttivo del problema. (Devoto, 1990).

1.3.3 Gruppi di Auto Mutuo Aiuto (GAMA)

I gruppi di auto mutuo aiuto sono tra le manifestazioni più significative delle dinamiche sociali per l'empowerment, diffusi in maniera capillare a partire dalla seconda metà del XX secolo e costituiscono una delle risorse principali per la prevenzione e il trattamento del disagio sociale. Il termine self-help indica forme di autosostegno individuale ma anche di gruppo, avente l'obiettivo di porre fiducia nelle potenzialità delle persone e di favorire il ridimensionamento della componente medica all'interno degli interventi di aiuto.

La World Health Organization considera i GAMA come strumenti utilizzati dai non professionisti per promuovere o recuperare il benessere fisico, psicologico e sociale di coloro che appartengono alla comunità, attraverso la condivisione interna di disagi ed esperienze vissuti dai suoi componenti, in un clima in cui la relazione tra pari costituisce la risorsa fondamentale ai fini dell'aiuto e del supporto.

Indicativamente, vengono definiti come organizzazioni a partecipazione volontaria formate da pari che cercano di soddisfare un bisogno, ponendo l'obiettivo finale di agire un cambiamento personale e sociale, riconoscendo i propri problemi e dandosi una risposta partendo dalle risorse e competenze acquisite dai singoli membri. I GAMA rispondono quindi al desiderio delle persone di essere padroni del proprio destino e responsabili della propria salute. L'utilizzo di questa tipologia di gruppo può costituirsi come strumento per la promozione della comunità di cura, con la possibilità di apprendere un nuovo stile di vita in un contesto protetto (living learning), in cui i comportamenti e gli stati emotivi diventano oggetto di discussione attraverso esperienze di gruppo intense. Il living learning promuove l'empowerment attraverso la valorizzazione di uno stile di vita incentrato sul benessere e l'ottimismo e nella condivisione di valori e dell'apprendimento come aspirazione fondamentale.

Alcune sono le regole dei gruppi self-help:

- non sono selettivi ma permettono l'accesso a chiunque lo voglia;
- sono aperti al caso e agli imprevisti e l'apertura è la premessa necessaria al cambiamento;
- si moltiplicano o si dividono in gruppi più piccoli, nel momento in cui il gruppo d'origine risulta essere composto da un numero troppo elevato di membri (15-20 persone o 8-12 famiglie);
- diventano una dimensione amicale e associativa e un luogo di libertà, che non chiude la possibilità di rientrare a farne parte a chi si allontana per un periodo ma si rispetta il tempo che la persona necessita per decidere in merito al proprio percorso;

- il facilitatore di ogni gruppo è il garante metodologico, il quale valuta la durata dell'incontro (un'ora e mezza/due), programma gli impegni e l'accoglienza di nuovi ospiti;
- i membri stessi vengono incoraggiati a diventare facilitatori di un nuovo gruppo, mantenendo pur sempre la frequenza al proprio;
- assumono l'aspetto di una dimensione attiva in evoluzione, dato che il facilitatore deve accompagnare i membri nella discussione all'interno di un clima disteso e accogliente;
- il facilitatore deve intervenire in maniera limitata, valorizzando le qualità umane, la corretta informazione sui temi del self-help e la disponibilità al cambiamento.

1.4 Il ruolo di facilitatore dell'assistente sociale

Una delle possibili questioni teoriche all'interno dei gruppi di auto mutuo aiuto riguarda il ruolo del facilitatore, ovvero di quel membro del gruppo che fa in modo di creare e mantenere le condizioni necessarie ai fini dell'osservanza di alcuni principi fondamentali ovvero rispetto e non giudizio, segretezza, comunicazione autentica, condivisione dell'esperienza e delle risorse, clima accogliente, sviluppo della solidarietà, partecipazione attiva alla vita del gruppo data dal senso di appartenenza. é la persona chiave nell'impostazione, attivazione ed evoluzione di un gruppo ed è definita da un ventaglio di termini, aventi sfumature e accezioni diverse, quali: animatore, coordinatore, responsabile, conduttore, presidente, guida, facilitatore eccetera.

Il facilitatore, inoltre, può essere interno al gruppo, se è un membro che condivide lo stesso problema intorno al quale il gruppo si è aggregato (facilitatore naturale) oppure esterno, se è una persona che per motivi diversi si dedica all'avvio di un gruppo, anche se non condivide la stessa condizione a livello personale (facilitatore starter). Quest'ultimo può essere un operatore istituzionale o un'altra persona che decide di impiegare le sue energie nella nascita e nella crescita del gruppo stesso.

Alla base dei gruppi di auto mutuo aiuto troviamo elementi fondanti come la condivisione di un problema e la presenza tra pari, aggiunti alla convinzione che insieme si possa fare qualcosa per risolvere, modificare o meglio sopportare la fragilità. Partendo da queste premesse possiamo quindi vedere come non esistano diagnosi o soluzioni predeterminate ma sia fondamentale l'apporto personale di tutti per cercare di risolvere il problema.

Tenendo presente che l'obiettivo finale dev'essere sempre quello di favorire la modifica della situazione e la valorizzazione delle risorse personali, risulta fondamentale considerare la dimensione del potere e della leadership, considerando che nessuno dei membri è in grado di possedere tutte le abilità per gestire efficacemente la leadership stessa, quindi si preferisce dividerla attraverso una rotazione periodica di suddivisione dei compiti oppure affidandola ad una persona che si ritiene essere in una fase avanzata del problema o esterna allo stesso.

Molto spesso, come nel caso dei gruppi Ama interni al Ser.D., il ruolo di facilitatore viene assunto dall'assistente sociale del servizio. Il termine facilitatore presuppone che la persona che ricopre tale ruolo non intervenga nella definizione dei contenuti o delle strategie utilizzate dai partecipanti ma sia incline a lasciare liberi i singoli di acquisire maggiore consapevolezza dei loro problemi, di condividere informazioni, dubbi e successi secondo un processo di mutualità, adoperandosi affinché venga esclusa ogni possibilità di giudizio, conflitto o tensione,

promuovendo il dialogo senza intervenire direttamente, ma enfatizzando ciò che si sta dicendo per far continuare la narrazione.

Possiamo così individuare una lista di compiti ai quali il facilitatore è tenuto ad adempiere:

- Facilitare la comunicazione tra i membri, aiutandoli ad esprimersi tra loro, senza interpellare o richiedere frequentemente l'aiuto del facilitatore stesso;

- Sottolineare i punti in comune all'interno delle storie dei membri del gruppo, contribuendo, allo stesso tempo, alla creazione del "noi" e all'approfondimento delle differenze o dei diversi modi utilizzati dai singoli per affrontare o rispondere alle situazioni;

- Esaltare positivamente il racconto di ognuno, come espressione libera del tentativo di migliorarsi, mantenendo il focus sulle stesse al fine di aumentare l'empowerment dei membri e orientarli al raggiungimento di una maggiore condizione di benessere;

- Essere pronto a gestire i conflitti che possono emergere dai diversi punti di vista dei partecipanti, spronando gli stessi a utilizzarla come occasione per vedere la medesima situazione da una prospettiva differente e magari apprendere qualcosa di nuovo.

- Coinvolgere tutti nell'individuazione di risoluzioni creative dei problemi, dato che le difficoltà di ognuno possono fungere da risorsa per gli altri, attraverso la concezione dell'auto mutuo aiuto. Si tende quindi a lasciar che il partecipante racconti la sua problematica, il facilitatore chiederà poi anche agli altri di riportare la loro esperienza e di come hanno affrontato la situazione, ritornando poi a chi ha esposto il problema inizialmente per capire se nel frattempo ha elaborato altre strategie per affrontarlo e, infine, si invita tutto il gruppo a riflettere e comprendere qualcosa di nuovo della propria situazione a partire dal racconto di ognuno.

Il facilitatore può assumere una varietà di ruoli o funzioni all'interno del gruppo, che dipendono dal carattere della persona stessa, dalla sua formazione e apprendimento interiorizzato. Possiamo trovare un facilitatore concentrato sugli obiettivi e sui compiti del gruppo, che interpreta uno stile di conduzione organizzato e attento a realizzarne le finalità. C'è chi, invece, è più attento alle persone, ai loro vissuti e stati d'animo e si attiva al fine di aumentare la fiducia che le stesse hanno di sé e le incoraggia a esprimersi e a condividere le

loro sofferenze, risorse e speranze, con uno stile di conduzione relazionale e attento al processo e alle dinamiche interne. Un'efficace conduzione di gruppo comporta l'integrazione e l'equilibrio tra queste due dimensioni, vale a dire tra l'attenzione ai compiti da svolgere e le relazioni da coltivare. È possibile, in questo caso, parlare da una parte di uno stile di guida del gruppo autoritario e accentratore e dall'altra di uno stile democratico e orientato alla collaborazione. Lo stile autoritario prevede che il facilitatore assuma un approccio direttivo, con l'emersione di un ruolo da protagonista nella presa di decisione e controllo del processo.

Al contrario, lo stile democratico privilegia l'approccio relazionale, concentrandosi sul lavoro comune e nella presa di decisione collettiva, nella flessibilità e nella promozione della partecipazione di ognuno. Questo stile risulta, il più idoneo a promuovere la partecipazione, il rispetto reciproco e la corresponsabilità di tutti nel conseguire le finalità del gruppo. Il facilitatore, inoltre, può assumere due diverse tipologie di ruolo: funzionale, con la tendenza dello stesso a iniziare l'incontro, a dare informazioni utili ai membri, a coordinare gli interventi e a concludere l'incontro o relazionale, che mira a incentivare l'interazione tra i membri e può essere svolto dal facilitatore ma anche dai membri del gruppo particolarmente sensibili e attenti alle dinamiche relazionali. Colui che assume il ruolo relazionale deve saper comprendere i vissuti delle persone, educare i membri all'ascolto e al rispetto reciproco, promuovere la riflessione su esperienze o stati d'animo che necessitano di un approfondimento e stabilire i limiti al fine di evitare di andare fuori tema.

Affinchè il ruolo venga svolto al meglio, l'assistente sociale- facilitatore è tenuto ad avere una certa formazione, indirizzata sia ai temi d'interesse utili allo svolgimento di questo ruolo, sia a esigenze specifiche che i facilitatori maturano sulla base del ruolo che ricoprono. L'assistente sociale che assume tale ruolo deve avere una formazione tale da sviluppare la capacità di approfondire la conoscenza del gruppo, del suo scopo e potenzialità; dev'essere incline all'osservazione, all'empatia e all'ascolto; mantenere l'obiettivo del gruppo, favorendo la messa in gioco alla pari di ogni membro; gestire il dolore e le emozioni che vengono fatte emergere; fronteggiare le criticità e i conflitti; potenziare la cura delle reti e i rapporti con i soggetti interni ed esterni al gruppo stesso, favorendo la circolazione delle informazioni e mantenendo l'attenzione alle fasi di vita del gruppo e alle azioni che permettono di attivare la cittadinanza.

Il ruolo del facilitatore può rappresentare anche un rischio o un ostacolo alla buona riuscita del gruppo, nel momento in cui tende a manifestare il bisogno di controllo attraverso l'utilizzo di un approccio direttivo e centralizzato che tende a ridurre la spontaneità del gruppo stesso o non affidandone la guida ad altri perchè teme possa essere cambiata l'identità dello stesso. Infine potrebbe sorgere un conflitto tra il facilitatore e un membro del gruppo che porta alla formazione di sottogruppi o all'espulsione dell'individuo "contrario".

1.5 Fotografia della realtà locale, nazionale e internazionale in materia di alcol dipendenza

Oggi, tutte le società sono interessate dal fenomeno dell'alcolismo, con caratteristiche diverse in ogni paese e con un aumento significativo anche nei paesi in via di sviluppo.

I danni che l'alcolismo provoca alla società non è ancora conosciuto pienamente, sia perchè alcuni casi sfuggono alle rilevazioni statistiche sia perchè vengono spesso tenuti all'oscuro per ragioni politiche, sociali o religiose. Nel passato, l'alcol veniva individuato come il responsabile di crimini di tutti i tipi, ma ad oggi sappiamo che la criminalità ha molte cause e questo ha fatto cambiare anche il modo di considerare statisticamente i fatti analizzati.

I modelli di consumo di bevande alcoliche diffusi nella società odierna risultano ancora influenzati da tendenze tradizionali nel consumo di uno o più alcolici, dalla disponibilità di bevande alcoliche, dalla cultura del bere, dalla disponibilità economica, dal livello di istruzione e dalle modalità di promozione e commercializzazione delle bevande alcoliche.

A livello mondiale, il consumo eccessivo di alcol è responsabile di circa 3 milioni di decessi, più del diabete e dell'ipertensione considerati assieme, tanto che la WHO stima che il 5,1% del carico globale di malattie e lesioni (equivalente a 132,6 milioni di anni di vita aggiustati per la disabilità) sia stato causato dal consumo di alcol.

Nel 2016, la WHO ha stimato che il 29% dei decessi correlati all'alcol è avvenuto per malattie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari e il 18% per incidenti e che, nello stesso anno, sono stati 7,6 milioni di anni in totale persi prematuramente a causa del consumo di alcol. Il consumo di alcol incide anche su ben 13 dei 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile, impattando su una serie di indicatori relativi sia alla salute che ad aspetti dello sviluppo economico e sociale, dell'uguaglianza tra le persone e dell'ambiente.

Dall'analisi dei dati fornita dall'Istituto Superiore di Sanità, in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2023, in Europa il consumo alcolico è responsabile di circa 1 milione di decessi ogni anno, con conseguenze negative sulla salute sempre più provate dalla scienza, la quale ha costruito il consenso sul contrasto alle condizioni attribuibili direttamente o non all'uso anche moderato di alcol; è il caso del Disturbo da Uso di Alcol (DUA), delle psicosi alcoliche e delle cirrosi alcoliche. Il rischio di sviluppo di disturbi da uso di alcol è peggiorato ulteriormente con la Pandemia, fino a raggiungere un livello di effetto nocivo superiore rispetto ai possibili effetti protettivi di consumo di piccole quantità di alcol su malattie come ictus e cardiopatie (Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità ISS-rapporto ISTISAN 23/3 "Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione

dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale di Prevenzione. Rapporto 2023"). Negli ultimi dieci anni, numerose sono state le iniziative sull'alcol, come la "EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harms" e la "WHO European Alcohol Action Plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020", supportate a livello globale dalla "Global strategy to reduce the harmful use of alcohol" e dalla "Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2008- 2013". Queste iniziative, alle quali l'Italia ha aderito nell'ambito di numerose attività progettuali europee, hanno sottolineato e rafforzato l'importanza di sviluppare e sostenere un sistema di monitoraggio alcol-correlato in grado di garantire sia una valutazione dell'impatto del consumo di alcol nella popolazione sia di fornire informazioni precise sullo stato di avanzamento delle iniziative di contrasto adattate ai bisogni socio-sanitari emergenti.

L'indicatore attualmente utilizzato sia a livello europeo che internazionale per monitorare il consumo dannoso di alcol è il consumo nazionale di Alcol Pro Capite (APC) negli individui di età superiore a 15 anni. La possibilità di avere dati disponibili per quasi tutti i Paesi su base annuale ha permesso di considerarlo il miglior indicatore per il monitoraggio del Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013- 2020 e per il monitoraggio degli Obiettivi di sviluppo sostenibile. Tra il 2000 e il 2019, l'APC a livello europeo è diminuito costantemente mentre in Italia, a fronte di una diminuzione rilevata tra il 2002 e il 2010, il dato ha subito delle oscillazioni raggiungendo nel 2019 il valore di 7,65 litri pro capite. Il consumo di APC per tipologia di bevanda mostra che in Italia, contrariamente a quanto osservato mediamente nei Paesi UE, la quota prevalente dei litri di alcol puro è attribuibile al consumo di vino, seguito dalla birra e in ultimo da liquori con andamenti nel tempo sostanzialmente differenti.

Il danno correlato all'alcol può iniziare già con l'esposizione prenatale all'alcol, la quale porta a disturbi dello spettro alcolico fetale (Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD), ovvero quell'insieme di difetti alla nascita fra cui disabilità fisiche, mentali, comportamentali e di apprendimento, con possibili implicazioni per tutta la vita e che, a differenza di molte altre disabilità, sono prevenibili al 100%.

Il consumo di alcol può avere un impatto devastante su intere famiglie, con effetti che si ripercuotono per generazioni: può distruggere le relazioni, creare seri problemi economici, causare litigi, e compromettere la salute e la felicità dell'intero nucleo. Col tempo, i membri della famiglia possono sviluppare sintomi di co-dipendenza, e i bambini hanno un elevato rischio di avere problemi emotivi, oltre a una probabilità quattro volte maggiore rispetto ad altri

di avere a loro volta problemi con l'alcol nella propria vita. Inoltre, la maggior parte dei figli di alcol-dipendenti ha subito qualche forma di abbandono o abuso in casa.

Molti Paesi europei, per promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato delle linee guida condivise utili al consumo a basso rischi,, successivamente pubblicate nel rapporto Good practice principles for low risk drinking guidelines nell'ambito delle attività della Joint Action della Commissione Europea RARHA (Joint Action on Reducing Alcohol Related HArm).

A livello italiano, il monitoraggio dei consumi e delle patologie alcol-correlate si è consolidato con l'approvazione della Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati", rispondendo così alla necessità di provvedere annualmente alla produzione di una relazione annuale del Ministro della Salute sullo stato di avanzamento delle attività previste dalla stessa Legge per il contrasto al fenomeno dell'alcol-dipendenza in Italia. L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) ha fornito, anche per l'anno 2021, il quadro di monitoraggio completo utile alla definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di sanità pubblica, andando ad integrare le tavole di dati sul consumo di alcol in Italia prodotte dall'ISTAT relative all'anno 2021. I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana", avente l'obiettivo di raccogliere le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. Tale attività di monitoraggio rientra nell'ambito del programma SIAS-SISTIMAL International ed è stabilita dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale 2020- 2022 ad integrazione delle elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati "Il consumo di alcol in Italia" dell'ISTAT.

Nel territorio nazionale, le linee guida per il consumo a basso rischio sono state inserite nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione, curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA), ribadendo che non esistono livelli sicuri di consumo di alcolici e che non bere è la scelta migliore per la prevenzione del cancro, escludendo qualità "benefiche" del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrol, xantumolo) presenti in quantità assolutamente inefficaci a determinare un qualunque effetto, se non a fronte di ingestione letale di litri di bevanda alcolica incompatibili con lo stato in vita.

Il monitoraggio dei comportamenti legati al consumo di alcol è fondamentale per l'implementazione delle strategie politiche e sanitarie necessarie a garantire la promozione della salute pubblica. Oltre al consumo abituale, è importante monitorare anche tutti quei comportamenti considerati occasionali, che hanno comunque un impatto immediato sulla salute, come il consumo lontano dai pasti o il binge drinking – assunzione, in un'unica occasione di consumo, di elevate quantità di alcol.

Guardando alla realtà regionale, possiamo vedere come nel 2021 i consumatori di bevande alcoliche nelle regioni nord-occidentali sono stati il 79,0% degli uomini e il 59,3% delle donne, mantenendosi al di sopra della media nazionale. La prevalenza dei consumatori delle singole bevande non ha subito variazioni statisticamente significative rispetto al 2020, e per entrambi i sessi i consumatori di vino (M=67,6%; F=47,8%), di aperitivi alcolici (M=48,6%; F=32,0%), e di super alcolici (M=39,6%; F=17,9%) sono sopra alla media nazionale.

Per quanto riguarda le abitudini di consumo si registrano in quest'area geografica valori superiori alla media italiana per entrambi i generi nella prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=42,5%; F=24,6%), come l'anno precedente. Per le sole femmine sono superiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici abituali eccedentarie (6,9%) e delle consumatrici a rischio per il criterio ISS (10,2%). Sono invece in linea con la media nazionale e in calo rispetto al 2020 sia i maschi binge drinker (10,5%) che i maschi a rischio secondo il criterio ISS (21,8%).

Nelle regioni dell'Italia nord-orientale invece, il quadro che emerge è ancora una volta molto critico, con le più alte prevalenze di comportamenti dannosi per la salute. La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 77,8% tra gli uomini e al 60,3% tra le donne e per queste il valore è il più elevato rispetto alle altre zone, sebbene non si registrino variazioni rispetto al 2020. Le prevalenze dei consumatori di vino (M=67,7%; F=50,1%) e di aperitivi alcolici (M=48,8%; F=33,3%) di entrambi i generi risultano più elevate rispetto a quelle registrate a livello nazionale, mentre le sole femmine superano la media per il consumo di birra (40,2%) e superalcolici (17,6%).

Come nel 2020, anche nel 2021 le prevalenze dei comportamenti a rischio analizzati sono le più elevate delle ripartizioni territoriali considerate, in particolare i consumatori abituali eccedentari (M=15,1%; F=7,1%) e i consumatori fuori pasto (M=47,3%; F=27,9% i più elevati di tutte le altre ripartizioni territoriali) per entrambi i generi e binge drinker di sesso maschile (11,3%), mentre fanno eccezione le binge drinker di sesso femminile (3,9%), questa volta in

linea con la media italiana. Nonostante i dati indichino valori molto alti, si osservano, rispetto alla precedente rilevazione, una diminuzione rispetto al 2020 dei binge drinker di sesso maschile e, per entrambi i generi, dei consumatori a rischio per il criterio ISS (M=23,7%; F=10,2%) nonostante il dato per i maschi si mantenga il più elevato di tutte le ripartizioni .

Nell'Italia Meridionale, invece, la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2021 del 75,8% per gli uomini e del 49,3% per le donne, tanto che per queste ultime il valore è diminuito rispetto al 2020 del 4,8%. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i generi così come la prevalenza delle consumatrici di sesso femminile di birra che sono diminuite rispetto al 2020 del 6,6%. Il dato relativo, però, alla prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile rimane il più alto di tutte le ripartizioni territoriali analizzate (48,2%).

Ciò che preoccupa sempre di più e che spinge a riservare un'attenzione maggiore è il consumo degli alcolici da parte delle giovani generazioni. Nella fascia di età 11-24 anni è diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti, anche con una frequenza di almeno una volta a settimana, indicatore di un comportamento nel consumo di alcol adottato in modo abituale e potenzialmente a rischio. Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il binge drinking rappresenta oggi, tanto che nel 2019 questa abitudine riguardava il 16% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, mentre nel 2020 il fenomeno ha riguardato il 18,4% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, con un aumento esponenziale nella componente femminile (da 11% a 14,3%).

CAP 2

Il servizio sociale nel lavoro con i gruppi

2.1 La promozione dell'empowerment

Nell'epoca attuale, uno dei termini più utilizzati in diversi campi di applicazione è quello di empowerment. In politica questo concetto viene adottato nell'ambito dei movimenti per i diritti civili e politici delle donne come scopo delle lotte per l'emancipazione e per il riconoscimento dell'uguaglianza dei cittadini, diffondendo un maggiore interesse per il destino degli stessi e del loro impegno sociale (Converso, Piccardo, 2003).

Nell'ambito della medicina, viene utilizzato per proporre una visione più centrata sull'individuo e non sulla sola patologia, mentre nel settore aziendale sottintende la capacità di innovazione e di creatività dei dipendenti e, infine, in quello della formazione, sia rivolto alle pratiche di sperimentazione sia nel settore del life long learning (Pavesi, 2009).

Secondo Zimmerman e Rappaport (1988), l'empowerment permette l'acquisizione del controllo e della partecipazione alla vita di comunità: è possibile quindi individuare diverse dimensioni entro le quali lo stesso si articola.

In primis, vi è una dimensione individuale, diretta all'incremento della consapevolezza critica e della soluzione di problemi attraverso la partecipazione. Un modello per la valutazione dei risultati di un processo di empowerment individuale deve tenere insieme tre obiettivi, ovvero il controllo dei processi decisionali (credenze relative alla propria capacità di influenzare le decisioni), consapevolezza critica (capacità di analizzare e comprendere l'ambiente sociale e politico) e partecipazione (azioni atte a raggiungere obiettivi attraverso il coinvolgimento del soggetto nella comunità).

La seconda dimensione si colloca a livello organizzativo, nel quale i tre elementi chiave/obiettivi sopra citati vengono declinati all'interno delle strutture e delle azioni organizzative. Infine, la terza e ultima dimensione è quella della comunità, analizzabile in termini di empowering (comunità che stimola e favorisce lo sviluppo di attività di controllo sulle proprie vite e sviluppo di competenze) ed empowered (comunità competente in cui i cittadini sono dotati delle competenze e delle risorse per impegnarsi nel miglioramento della vita di comunità stessa).

Il concetto di empowerment, tra i più utilizzati e trasversali nel mondo delle scienze umane, viene utilizzato per indicare il processo nel quale le persone e i gruppi svantaggiati scoprono e mettono in pratica la piena capacità di azione e di lotta contro chi o cosa li opprime (Bortoli,

Folgheraiter 2001), acquisendo la sensazione di avere potere per governare la propria vita. Nelle scienze sociali l'empowerment indica l'equilibratura e l'accrescimento del potere che gli utenti o le comunità possono ricercare autonomamente o mediante aiuto esterno per migliorare le proprie condizioni di vita, proteggendosi da strutture o sistemi che mettono in atto inaccettabili imposizioni di potere.

L'origine dell'empowerment viene individuata nel concetto di democrazia che spinge le istituzioni politiche a partecipare al processo di costruzione del benessere dei cittadini, le quali vengono influenzate, a loro volta, dalla partecipazione dei cittadini stessi alle strutture di mediazione e alle associazioni, comportando quindi sia un senso di controllo personale, sia un interesse per l'azione sociale e i diritti formali.

Nel lavoro sociale, l'empowerment rappresenta anche un rischio, poichè il significato che tende a diffondere è tale per cui un operatore sociale può "rendere potente" un'altra persona, dato che l'obiettivo è quello di accrescere il potere generale negli utenti. Stando a questa definizione, viene però meno il principio della maggiore equità nella distribuzione del potere sul quale poggia il concetto di empowerment stesso (Parsloe, 1996).

Gli operatori del sociale hanno utilizzato questo termine inizialmente in senso antioppressivo e radicale, con la messa in atto di azioni differenziate in base ai diversi modelli culturali di riferimento che si sono sviluppati nelle varie epoche. Questo ha comportato, da una parte, che molto vedevano gli individui che versavano in situazioni di svantaggio come responsabili della propria situazione e bisognosi di beneficenza, altri, invece, si sono posti come riformatori sociali dato che vedevano le popolazioni sfavorite come vittime di una cattiva organizzazione sociale e hanno assunto l'iniziativa di promuovere cambiamenti politici e legislativi finalizzati a migliorare le condizioni e le opportunità disponibili. È in questa seconda categoria, costituita prevalentemente da social workers, che si possono individuare le radici dell'empowerment sociale, diffusosi negli Stati Uniti a cavallo tra Ottocento e Novecento. In questo periodo si erano verificate un'urbanizzazione e un'immigrazione piuttosto imponenti, con operatori sociali costretti ad adeguarsi a strutture sanitarie e abitative inadeguate, tutela legislativa assente e difficile integrazione tra diverse culture. Da qui nasce l'obiettivo di promuovere interventi che privilegiano "l'azione collettiva", con persone in situazioni di bisogno che potessero essere messe nelle condizioni di agire un cambiamento per migliorare le condizioni di vita, sia di sé stessi che dell'intera collettività.

Fino agli anni sessanta, il lavoro sociale ha adottato una prospettiva che etichettava i destinatari dei suoi interventi come persone incapaci, che necessitavano del potere e delle conoscenze degli operatori per essere aiutati e soccorsi. Questa concezione cambiò grazie all'azione di un

gruppo minoritario di operatori, definiti come “animatori sociali”, che interpretavano i cambiamenti strutturali e sociali come obiettivi fondamentali per cui le persone svantaggiate dovevano lottare, utilizzando gli strumenti a loro disposizione. Questa concezione, mostrata dal movimento dei Settlement, dei Rank and File e dal Radical social work, fece emergere i valori di azione comunitaria, uguaglianza ed equità sociale, non adottabili però nel servizio sociale istituzionale, interno alle amministrazioni pubbliche. Accanto alle convinzioni radicali, si sono affermate anche tendenze volte a modificare gli atteggiamenti sociali negativi nei confronti delle persone svantaggiate o le minoranze etniche oppresse, ecco perchè è detta anche pratica antioppressiva.

Nel corso degli anni Ottanta, in Gran Bretagna, viene ripreso il concetto di empowerment in un’accezione opposta rispetto a quella antioppressiva, riferita al processo di decostruzione del potere professionale e dai servizi del welfare state, che potremo individuare come concezione liberistica della Nuova Destra diretta a rafforzare la liberazione del consumatore-utente, mediante libere forze del mercato enfatizzanti la creatività e la libera iniziativa individuale e d’impresa.

Le prime critiche a questa ideologia vengono mosse dagli esponenti del Radical social work, i quali sostenevano che la concezione individualistica del potere riduceva le relazioni sociali interpersonali e nascondeva le relazioni di forza della società, ma anche che in concetto di empowerment fosse utilizzato per nascondere lo smantellamento dello stato sociale, il quale diviene accettabile agli occhi dell’opinione pubblica perchè promuove il potere di azione delle famiglie e dei singoli.

I primi riscontri emersi dalle ricerche atte a valutare l’efficacia della riforma, mostrano come il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti alla programmazione dei servizi siano minimi e concentrati prevalentemente in un’azione di consultazione degli utenti stessi, come risultano ridotte anche le possibilità di acquisto delle prestazioni in un mercato libero.

Al contrario, possiamo vedere anche come ci siano studiosi che non risultano così pessimisti, in quanto ritengono che agire a favore del potenziamento degli utenti costituisca uno stimolo positivo affinchè le pratiche professionali divengano sempre più aperte ed interattive.

Negli anni Novanta si è assistito alla nascita di numerose organizzazioni autonome di utenti e familiari che consideravano l’empowerment come qualcosa che li riguardava esclusivamente, attraverso un’azione libera da condizionamenti e strumentalizzazioni professionali diretta all’adeguamento legislativo, alla definizione dei bisogni e di un’adeguata azione di fronteggiamento dei problemi.

La tendenza a considerarsi “in opposizione” al sistema assistenziale viene anche dal volontariato, costituito da persone che si attivano per fornire servizi ai bisognosi, ma che sono allo stesso tempo considerate dagli utenti stessi come esterne ed estranee ai loro interessi, come se l’attività di volontariato che esercitano fosse espressione di potere arbitrario sugli assistiti.

Interessante rispetto alla tematica dell’empowerment risulta l’azione degli utenti protagonisti di iniziative di controllo sulla propria vita da parte delle istituzioni assistenziali e dai professionisti del sociale, come nel caso degli internati negli ospedali psichiatrici, i quali, con l’obiettivo di prendersi cura di loro e di guarirli, hanno esercitato un controllo totale sulla loro esistenza. Molti sopravvissuti a queste situazioni di deistituzionalizzazione si sentono in grado di agire collettivamente per riequilibrare le posizioni di potere di chi è abilitato ad agire su di loro: questi ex pazienti negano che il potenziamento di questi professionisti possa essere la conseguenza di un’azione professionale chiamata empowerment, quanto più l’ennesimo tentativo di esercitare potere su di loro.

Un tentativo di mediazione è rappresentato dalla concezione intermedia tra l’empowerment che aumenta il potere professionale e quello che dà potere agli svantaggiati, costituita dall’idea di un intervento di ricerca condiviso tra tutti gli interessati alla soluzione del problema, uscendo dalla polarizzazione dei ruoli e agendo alla pari per la ricerca del benessere. In questa concezione gli utenti diventano operatori, autorizzati ad esprimere creatività e responsabilità per la ricerca di soluzioni. L’utente viene quindi concepito come agente capace (Folgheraiter, 2000) di agire azioni solitamente riservate ai professionisti, i quali a loro volta incentivano il loro fare e decidere attraverso azioni che concorrono alla pianificazione del loro aiuto e alla rivendicazione dei loro diritti. L’empowerment inteso in questa prospettiva, però, invita a riflettere sul fatto che se il professionista cede potere agli interlocutori ne riceve in cambio di nuovo ma in quantità non esistente prima dell’interazione stessa; quando il potere è scambiato e non solo ceduto, si rigenera e moltiplica.

La dimensione sociale dell’empowerment è particolarmente evidente nel lavoro di comunità, ossia nell’attività tramite la quale si aiutano le persone a migliorare le loro comunità di appartenenza attraverso azioni collettive. Sono sostanzialmente due gli obiettivi del lavoro di comunità: il miglioramento delle condizioni di vita dei soggetti situati in un certo ambiente e il potenziamento delle abilità e della fiducia in sé stessi di questi soggetti promotori di benessere e di cambiamento. È possibile, inoltre, articolare il lavoro di comunità su due livelli: il lavoro con la comunità e il lavoro per la comunità. Il primo prevede che l’operatore sociale si affianchi alla comunità con un atteggiamento non direttivo, ovvero senza condizionarne le scelte rispetto alle iniziative da intraprendere. In ottica relazionale è possibile considerare l’empowerment

come un percorso in cui gli utenti e tutti coloro che sono interessati sono incoraggiati a uscire polarizzazione dei loro ruoli e diventare agenti parificati, nella ricerca del benessere cui sono cointeressati, mediante un processo di co-costruzione e co-gestione di progetti in cui si riconoscono competenze diverse ai diversi attori. Se gli operatori sociali professionali «sono gli esperti del benessere, devono finalmente concepirlo non come una delega alla loro superiorità, bensì in termini ecologici, come funzione della qualità dell'ambiente umano e istituzionale ordinario, non di qualche loro alchimia o di protesi artificiali» (Folgheraiter, 2000, p. 63).

Il secondo modello di lavoro di comunità è individuato, invece, come un'attività volta a sensibilizzare le istituzioni e le organizzazioni che operano in un territorio verso i bisogni di quello stesso territorio: in questo senso si prevede in misura assai minore il protagonismo della comunità stessa, che risulta più che altro essere beneficiaria di questi interventi. È quindi possibile trovare un legame fra le due dimensioni nel momento in cui la comunità si attiva non solo per rispondere ai propri bisogni ma anche mediante attività di pressione nei confronti dei policy makers sulle scelte di politica sociale.

2.2 Il lavoro di comunità

Il lavoro sociale si muove su un duplice terreno d'azione: da un lato si sviluppa nel cosiddetto lavoro sul caso, il quale prevede la messa in atto di interventi a favore del singolo o di un nucleo familiare, dall'altro il lavoro di comunità, finalizzato alla creazione di un benessere collettivo. Anche se presentano riferimenti completamente diversi, questi due ambiti non vanno considerati come interamente separati: gli interventi sul caso, infatti, possono dar vita a progetti rivolti alla collettività, in base a quanto il bisogno manifestato dal singolo sia diffuso all'interno di una comunità e riguarda un certo numero di persone identificabili in una specifica categoria. In questo senso la finalità del lavoro di comunità è quella di migliorare le condizioni di vita delle persone appartenenti ad una determinata comunità coinvolgendole nella risoluzione dei problemi. Questa affermazione porta anche alla definizione di che cosa s'intende per comunità, la cui radice principale è comunanza che rimanda ad un insieme di persone che vivono una situazione in comune e che sono accomunate da un reciproco sentimento di appartenenza.

La letteratura sulla pianificazione sociale nell'ambito dei servizi sociali ed educativi ha riservato sempre maggiore attenzione al lavoro di comunità, inteso come modo di lavorare utile alla realizzazione di un welfare municipale e comunitario che assumere significati diversi in base ai diversi ruoli di chi li utilizza. Dalla definizione di Martini e Sequi (1988), la comunità viene intesa come un sottostime socio-territoriale a confini amministrativi definiti, dove si

dispongono individui e gruppi, ambiente naturale e collettivo, bisogni e attività di interpretazione della vita e delle risorse. Gallino (1993), invece, sostiene che si può parlare di comunità quando «i suoi membri agiscono reciprocamente e nei confronti degli altri, non appartenenti alla collettività stessa, anteponendo più o meno consapevolmente i valori, le norme, i costumi, gli interessi della collettività, considerata come un tutto, a quelli personali o del proprio sottogruppo o di altre collettività; ovvero quando la coscienza di interessi comuni anche se indeterminati, il senso di appartenenza ad un'entità socioculturale positivamente valutata e a cui si aderisce affettivamente, e l'esperienza di relazioni sociali che coinvolgono la totalità della persona, diventano di per sé fattori operanti di solidarietà. Ciò non esclude la presenza di conflitti entro la collettività considerata, né forme di potere e di dominio».

Le diverse accezioni hanno in comune la necessità di creare un senso di appartenenza condiviso tra i membri della comunità stessa, considerata come agente in continua evoluzione, dotato di storia e di sapere.

Nel suo significato più elementare, il lavoro di comunità è quel processo tramite il quale si aiutano le persone a migliorare le loro comunità di appartenenza attraverso iniziative collettive che abbiano lo scopo di garantire un miglioramento delle condizioni di vita di chi abita in certe aree.

Nell'ambito del servizio sociale, si sostiene che la comunità territoriale è un destinatario dell'intervento sociale rappresentativo di un insieme di persone che abitano un determinato territorio e sostengono legami e interessi comuni, interdipendenti tra loro e orientati a sviluppare il senso di comunità e a migliorare la qualità di vita. (Allegri, 2015)

Lo sviluppo di questi gruppi mediante personale ad hoc permette la creazione di una società sana e orientata a progredire, con azioni di rinnovamento urbano che rischiano di fallire se vengono intraprese senza considerare le esigenze e le richieste della popolazione, ma anche mediante forme di accompagnamento esperto alle forme di azione e partecipazione collettiva.

Si può fare lavoro di comunità, in effetti, a partire da numerosi approcci diversi:

- Sviluppo di comunità: lavorare con la comunità e per la comunità.

Con la comunità se si agisce a supporto dei gruppi e delle iniziative già esistenti o si aiutano i cittadini a crearne di nuove, insistendo sulla neutralità degli operatori e sull'esigenza che le persone siano accompagnate in maniera non direttiva, senza il condizionamento delle scelte. Per la comunità, invece, presuppone l'instaurarsi di un rapporto di collaborazione con i decisori politici e con le organizzazioni per sensibilizzarli alle esigenze della comunità;

- Auto aiuto, contrapposto alle azioni di pressione:
Si tratta della soddisfazione dei bisogni collettivi attingendo alle risorse già presenti nella comunità, attraverso la logica dell'aiutarsi da sè;
- Operatore generalista a cui si contrappone il lavoratore specialistico:
Generalista viene definito un operatore libero di lavorare dal basso, aiutando le persone ad esplicitare i bisogni ed aggregarsi per soddisfarli, senza possibilità di erogazione di una determinata prestazione. Specialista è un operatore che facilita l'accesso alle prestazioni e migliora la qualità e poi coinvolge il consumatore, intervenendo in una sola specifica fascia o tema di competenza;
- Attenzione per il processo e al prodotto:
Gli obiettivi di processo riguardano cambiamenti sul piano della fiducia, delle conoscenze e delle abilità delle persone mentre gli obiettivi di prodotto riguardano cambiamenti nelle condizioni materiali. Secondo la logica seguita dal lavoro di comunità, gli obiettivi di prodotto vanno perseguiti con un processo che mette i partecipanti in condizione di controllarne al massimo gli aspetti, fino ad acquisire la capacità di prendere l'iniziativa per conto loro.
- L'operatore come facilitatore o organizzatore:
L'operatore deve procedere con lo stesso passo del gruppo, offrendo consigli ai partecipanti su come meglio muoversi per realizzare ciò che vorrebbero, mediante lo stile detto "non direttivo". In certi casi è utile che l'operatore assuma rispetto al gruppo un ruolo più direttivo, con l'assunzione della figura del leader o di un organizzatore formalizzato o informalizzato. Altri ruoli che possono rivestire gli operatori sono quelli di mediatori, sostenitori, risolutori di problemi o esperti.
- In senso stretto o come stile di lavoro:
In senso stretto quando un operatore assume come compito principale quello di facilitare l'iniziativa collettiva autonoma della comunità.
- A titolo gratuito e volontario o retribuito:
In molte comunità ci sono persone che si impegnano a favore del luogo in cui vivono a titolo informale e gratuito, rivendicando il titolo di "operatori di comunità" e di leader,

al contrario di quello retribuito che ha come protagonisti dei facilitatori in senso tecnico che svolgono delle attività professionali a supporto di determinate iniziative.

I membri di una comunità, attraverso la condivisione di aspetti significativi della loro vita, possono sviluppare un senso di appartenenza, chiamato “senso di comunità”, relativo alla percezione della qualità dei legami, frequentemente sottoposti a cambiamenti e situazioni influenti nella vita degli individui.

Sono quattro le dimensioni costitutive del senso di comunità:

- sentimento di appartenenza e connessione generale, sviluppato attraverso rituali specifici di un gruppo;
- influenza e potere, intesi come potere dell'individuo verso la comunità, del gruppo nei confronti del soggetto e della comunità verso il contesto in cui è inserita, con l'obiettivo di mantenere e sviluppare la propria integrazione mediante l'assunzione di un prospettiva politica che permetta di determinare delle trasformazioni nella realtà che la circonda;
- soddisfazione dei bisogni, che aumenta la coesione della comunità;
- connessione emotiva condivisa, definita dalla qualità dei legami sociali e dalla condivisione di una storia comune, con un grado di connessione determinato dalla possibilità di interazione, il vivere esperienze positive, partecipare a eventi importanti, investire personale e presenza di legami di natura spirituale (Pattaro, 2018).

I principali processi del lavoro di comunità che assicurano la governance del sistema sono:

- la partecipazione, come processo attraverso il quale i cittadini contribuiscono alla nascita delle decisioni rispetto a questioni comunitarie. Ogni cittadino esercita una particolare influenza, attraverso l'esplicitazione e la messa in pratica dell'empowerment;
- Collaborazione, dipendente dagli obiettivi perseguiti e dalle caratteristiche degli attori;
- Leadership, intesa come direzione e orientamento di cui la partecipazione e la collaborazione necessitano per raggiungere determinati obiettivi.

Esistono, inoltre, due diversi modelli di intervento del lavoro di comunità:

- Con la comunità: indicato spesso con la denominazione di sviluppo di comunità, è un approccio che poggia sulla neutralità degli operatori e sul lavoro di accompagnamento in maniera non direttiva, con il fine ultimo di migliorare la qualità di vita dei soggetti

della comunità stessa. Il diritto dei cittadini di scegliere il proprio destino è connesso al dovere di assumersi la responsabilità di favorire l'aumento della qualità di vita dell'intera comunità.

- Per la comunità: prevede che gli operatori della comunità intrattengano rapporti di collaborazione con i decisori politici o con le organizzazioni, per favorire la loro sensibilizzazione rispetto alle esigenze della comunità. Viene inteso come social planning e prevede che l'operatore svolga del lavoro per i gruppi coinvolti nella gestione di un progetto, una funzione mediatrice rispetto alle altre organizzazioni e gestisca direttamente progetti con gli enti locali. Affinchè la pianificazione di un progetto possa attuarsi è necessaria l'esplorazione dei bisogni del territorio, identificando quelli emergenti e le risposte possibili.

Passando ad un ulteriore livello di analisi, notiamo che l'affiancamento del termine lavoro a quello di comunità sottintende la presenza dell'operatore di comunità, avente l'obiettivo di migliorare le condizioni esistenti. L'operatore non ha il compito di stendere un progetto impeccabile e tecnicamente buono ma la sua funzione consiste nel collegare la propria azione con l'agency comunitaria, al libero agire e al raggiungimento di un maggior benessere. È fondamentale, inoltre, che lo stesso sia consapevole dell'ambito di intervento nel quale sta operando, al fine di evitare confusioni che potrebbero determinare il fallimento del tentativo di progettazione con i cittadini; il fine sarà sempre quello di rafforzare i legami interpersonali e aumentare il livello di coesione sociale, all'interno di una comunità solida che si prende cura dei suoi cittadini e collabora con le istituzioni.

Uno dei rischi che corrono gli operatori che lavorano in questo ambito è quello di trascurare l'obiettivo di partire dalla situazione concreta in cui si trovano gli individui, realizzando quello che gli operatori pensano sia necessario, senza considerare le intenzioni e le decisioni degli individui della comunità. Inoltre, i tempi e le attività frenetiche che la gestione dei progetti spesso comportano assorbono i momenti da dedicare alla conoscenza del territorio, impedendo agli operatori di concentrarsi sulle attività "centrate sulla comunità".

Nel lavoro sociale, parlare di progettazione viene spesso visto come un controsenso, dato che l'ottica relazionale non concepisce come l'operatore possa proporre alla comunità delle azioni già definite ma, al contrario, debba dar vita a progetti realizzati insieme ai cittadini interessati dalla problematica.

L'operatore di comunità deve avere bene a mente che la condizione fondamentale per organizzare servizi in ottica relazionale è costruire il benessere assieme a chi vive direttamente il problema ed ha acquisito esperienza nel tentare di risolverlo, assumendo una posizione tale da investire tempo nella progettazione di eventi che non trovano poi un spazio di realizzazione nel qui e ora della vita comunitaria.

Risulta, inoltre, più sensato utilizzare schemi ampi e indeterminati che permettano all'operatore di realizzare progetti adeguati a quella determinata situazione sulla quale si sta cercando di intervenire.

Questo porta quindi a delineare una distinzione tra progettazione chiusa, strutturata e predefinita e che prevede una sequenza di azioni utili al raggiungimento di un determinato obiettivo, e aperta, orientata alla predisposizione delle condizioni che consentano il coinvolgimento nel processo di definizione il sociale, capace di pensare agli interventi adeguati a rispondere a un bisogno collettivo, tenendo conto che la risposta al bisogno collettivo e il raggiungimento di un maggior benessere sono la finalità principale del lavoro di comunità.

L'operatore di comunità dovrà agire da motore del progetto ed assumere la funzione di guida relazionale diretta a favorire un percorso aperto e disposta ad aiutare le persone a partecipare, e a muoversi per realizzare il fine ultimo. Analizziamo in sintesi le funzioni che caratterizzano l'attività di facilitazione svolta dalla guida relazionale:

- Identificare la rete naturale di fronteggiamento

Il primo passo dell'operatore - guida è quello di creare un rapporto con le persone disponibili a cooperare verso il raggiungimento di un cambiamento collettivo, emergente dalla stessa comunità o indicata dai soggetti committenti, atto ad attivare le persone che possono fare qualcosa. La sua attenzione non deve essere rivolta al problema, al bisogno ma a scovare e ingaggiare le persone che possono essere attivate per raggiungere la finalità. Se non è presente una rete di fronteggiamento, significa che i cittadini non hanno ancora intravisto il problema intercettato dall'operatore di comunità, il quale dovrà attivarsi per facilitare un processo che non può essere intrapreso in modo spontaneo.

- Informare, sensibilizzare, accogliere, organizzare

L'operatore di comunità potrebbe, per esempio, riunire in uno stesso luogo le persone motivate e organizzare degli incontri, aiutarle a esprimere il loro ragionamento e concretizzare la loro partecipazione attiva dei cittadini alla realizzazione dei progetti. È

compito della guida relazionale proporre riunioni ristrette di sottogruppi e trovare le strategie per favorire la massima espressione creativa della rete (Raineri, 2004).

- Dare feedback, esprimere/esplicitare dubbi, rilanciare, mediare

La guida relazionale fornisce feedback che retroagiscono sulle azioni dei membri, ritornando alle persone quello che stanno dicendo e dando rilevanza a certi aspetti del ragionamento, allo scopo di attivare e riattivare continuamente la riflessione comune. Tramite la riformulazione, le persone ricevono dall'operatore di comunità delle informazioni di rispetto alle azioni messe in campo, utilizzabili nel fronteggiamento collettivo.

- Orientare e tenere presente la finalità:

Il facilitatore non si affeziona alla sua finalità o a quella iniziale della rete ma presta attenzione al fatto che l'azione comune sia orientata al benessere, senza predefinire nel dettaglio di quale bene si tratti.

2.3 Il lavoro di rete e il servizio sociale

Il repentino mutamento della nostra società ha imposto alle politiche sociali di confrontarsi con nuovi modelli organizzativi che tengano conto di fattori come il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, i bisogni emergenti e le nuove povertà, la crescente emigrazione dai paesi più poveri e la riduzione progressiva delle risorse economiche in ambito socio assistenziale e socio sanitario. Tutte queste trasformazioni richiedono un più adeguato impegno da parte della politica che tenga conto delle nuove competenze professionali e del mondo legato alla solidarietà. L'idea è quella che il modello di welfare attuale possa essere superato e rivolgersi ad un sistema aperto, verso forme di cooperazione nuove e solidarietà diffuse e puntando su interventi migliori, tenendo presente i bisogni di questa nuova realtà.

Per raggiungere questi risultati sarebbe necessario, in primis, che la politica si attivasse per avviare una campagna di ricognizione delle conoscenze e delle competenze dei professionisti del sociale, al fine di superare lo stampo ancora piuttosto assistenziale del mondo attuale. È fondamentale, in questo orientamento, ragionare sulla valorizzazione degli operatori impegnati nell'attivazione di azioni pluralistiche verso un "sociale allargato" che superi la logica delle professioni per accogliere conoscenze nuove.

La crisi dei sistemi di welfare e l'inadeguatezza degli operatori sociali rispetto ai bisogni attuali sempre più complessi hanno sollecitato attenzione alle "reti sociali".

Gli operatori dell'aiuto hanno stilato diverse forme di intervento in grado di tenere conto delle diverse e molteplici interazioni tra le persone e che presentassero significati e configurazioni diverse sia della realtà sociale che delle reti stesse:

- la teoria matematica dei grafi, la quale progetta la rete come realtà puntiforme e identifica ambiti relativi alla comunità e alle istituzioni, fa riferimento al filone della network analysis che propone la realizzazione di fenomeni e comportamenti come risultati della struttura che li genera attraverso tecniche di ricerca empirica. Si tratta di un approccio che prende in considerazione i legami tra le unità e non la loro natura. Uno dei massimi esponenti di questa teoria è l'antropologo Mitchell, il quale definisce la rete sociale come " un insieme specifico di legami tra un insieme definito di persone, con la proprietà aggiuntiva che le caratteristiche di tali legami possono essere usate per integrare il comportamento sociale delle persone coinvolte nei legami".
- sociologia relazionale: Donati considera le reti come delle realtà sociali in relazioni di circolarità tra reti primarie naturali e reti secondarie artificiali, in un sistema che permette di separare la sfera formale delle istituzioni da quella informale della realtà. Secondo gli studi del social support le reti sono intese come legami significativi con una funzione di supporto alla persona, che promuovono approcci teorici di orientamento antropologico, riguardante le relazioni tra i legami affettivi, psicodinamico, promotore delle relazioni fra i legami di coppia/familiari e l'adattamento sociale e psicoanalitico, che evidenzia gli effetti del sostegno intrapsichico e protettivo.

Il modello di rete ha trovato un ampio consenso fra i vari professionisti dell'aiuto, attingendo a diverse teorie che vanno dal modello del problem solving a quello cognitivo-umanistico, il quale costituisce il progetto di soluzione di problemi che impegnano diversi attori in compiti e azioni coordinati e integrati. È anche quindi un'occasione per riattivare il territorio, attraversare la società e i vari gruppi.

Le professioni di aiuto dimostrano difficoltà legate al superamento dei vecchi sistemi di welfare e incertezza fra gli operatori, i quali sono spesso costretti ad intervenire con azioni non sempre efficaci. Si iniziano quindi ad adottare istanze partecipative che incoraggiano gli stessi all'assunzione di metodologie atte a sviluppare l'autonomia e la responsabilizzazione delle persone verso le situazioni della vita.

La possibilità di avvalersi ed utilizzare le reti della persona in condizioni svantaggiate è il mezzo fondamentale per generare relazioni positive.

2.4 Innovazione e generatività sociale

La fine della società industriale ha generato una grossa frattura fra Stato, famiglie e cittadini, richiedendo così una maggiore attivazione delle politiche sociali nella ricostruzione degli antichi modelli di servizio sociale, basato su un approccio perlopiù assistenziale.

Queste politiche sociali però non sono state accompagnate da un ri-progettazione delle stesse in linea con la rapida crescita del welfare, ma al contrario si sono rivelate ancora una volta frammentate e non rispondenti pienamente ai bisogni della popolazione. Il tutto andava ad aumentare anche la spesa sociale in maniera incontrollata, a discapito della soggettività degli utenti, i quali venivano visti e considerati come meri fruitori di servizi e prestazioni e non come componenti fondamentali di un gruppo, a discapito dell'azione degli operatori, sempre più impegnati nella definizione di interventi il più possibile adeguati alle persone.

Il servizio sociale professionale, non indifferente ad un ripensamento e rimodernizzazione della politica, ha offerto un contributo importante, dando voce al malessere dell'utenza togliendolo alla residualità mediante lo sviluppo di modelli cognitivi che superassero i vecchi riferimenti. Inoltre, l'impossibilità di promuovere un intreccio tra istituzioni, servizi e cittadini e la diffusa dispersione delle risorse a fronte di una domanda in continua crescita, ha portato alla fine del monopolio pubblico e alla diffusione di un movimento di ridefinizione dell'identità professionale maggiormente in linea con la nuova mission (Ziliani, Rovai 2007).

A partire dalla seconda metà del ventunesimo secolo, inizia a prendere piede nel panorama politico globale il concetto di innovazione sociale, oggetto di interesse dei governi e delle istituzioni, dalle numerose sfaccettature e significati ed emergente ciclicamente in relazione a diversi periodi di crisi. Da una parte, viene considerato un concetto relativamente moderno e legato alla crisi del 2008, dall'altra la sua origine viene collocata già in epoche passate caratterizzate da trasformazioni e mutamenti; ecco perchè si ritiene sia un termine indicativo di una questione aperta e continuamente riemergente e non una teoria definitiva e condivisa.

Ad oggi, non è possibile individuare una definizione condivisa di innovazione sociale, ma risulta maggiormente produttivo esaminare la questione problematica alla base di tale concetto, a partire dal contributo di Andrea Bassi, il quale prende in esame diverse definizioni:

- Approccio sistemico: considera l'innovazione il fattore chiave per l'aumento della resilienza del sistema sociale, capace di produrre cambiamento a livello sistemico e

aggiustare il sistema a seguito della mancata soddisfazione di alcuni nuovi bisogni. L'innovazione aumenta la resilienza sistemica perchè, fornendo nuove risposte ai bisogni emergenti, fa evolvere il sistema sociale e lo adatta alle richieste esterne. Proprio perchè l'innovazione sociale ha a che fare con la dimensione sistemica del mutamento sociale, è fondamentale intervenire nelle fasi più critiche dell' adaptive cycle e introdurre un nuovo modo di funzionare rispetto all'originale.

- Approccio pragmatico: accennato inizialmente da Mulgan (2006) come approccio avente l'obiettivo di rispondere ad un bisogno sociale di organizzazioni con scopi sociali, verrà ripreso e riproposto successivamente da Murray et al (2010), aggiungendo al fine sociale, rappresentato dalla capacità di intercettare i bisogni sociali insoddisfatti, anche la modalità di rispondere ai bisogni stessi, attraverso la creazione di nuove relazioni e collaborazioni all'interno della vita sociale. L'innovazione sociale non risulta quindi solo in grado di risolvere i problemi sociali emergenti ma anche di trasformare le modalità di relazione alla base dei problemi.
- Approccio manageriale: elaborato presso la Stanford University, definisce l'innovazione sociale come una soluzione più efficace al problema rispetto a quelle già esistenti, capace di costituire un valore maggiore per la società piuttosto che per i singoli individui, tenendo conto che si prefigge di creare benefici per la società nel suo insieme, dato che è solamente quando le ricadute sulla società superano quelle sugli individui privati che è possibile parlare di innovazione sociale.
- Approccio critico: critica le politiche neoliberiste che hanno compromesso la capacità rispondere alle proprie sfide sociali e contribuito all'aumento della povertà e della deprivazione; l'innovazione sociale rappresenta quindi la soddisfazione dei bisogni umani attraverso la trasformazione qualificata delle reti sociali. La trasformazione apportata dall'innovazione sociale deve toccare il funzionamento della struttura sociale, trasformando i sistemi distributivi delle risorse.

Dall'analisi comparata di questi approcci, emergono le dimensioni comuni del concetto di innovazione sociale:

- Innovazione: considerata come capacità di proporre novità all'interno dell'agire umano, anche se ancora oggi spesso utilizzata come innovazione di prodotto o di processo e non come riadattamento alla specificità dell'innovazione sociale stessa.
- Bisogni sociali: l'innovazione ha la capacità di individuare e rispondere ai bisogni sociali insoddisfatti nelle istituzioni esistenti.
- Relazioni sociali: capacità dell'innovazione sociale di trasformare le relazioni coinvolte nella risposta ad un bisogno sociale, contribuendo a far maturare il funzionamento della vita sociale.

Per poter parlare di innovazione sociale, bisogna fare attenzione a quali trasformazioni delle reti sociali mettere in campo. In primis, è importante che l'innovazione sociale reinserisca le popolazioni vulnerabili all'interno delle istituzioni economiche e sociali come partecipanti attivi e non solo come beneficiari, contribuendo a rendere il sistema sociale più resiliente possibile. Inoltre, l'innovazione deve avere confini flessibili e concentrarsi su innovazioni che cambiano gli equilibri di potere, dando maggiore controllo a chi ne ha meno. Gli stessi autori, non a caso, individuano l'origine dell'innovazione sociale proprio nel periodo della crescente industrializzazione del XIX secolo e della nascita dei sindacati e delle assicurazioni collettive. Ancora più evidente risulta la definizione di innovazione sociale proposta dall'approccio critico, il quale esplicita l'obiettivo di questa trasformazione, ovvero quello di migliorare la governance che regola l'allocazione di beni e servizi, con l'idea di fondo di mantenere legato il soddisfacimento dei bisogni sociali e la trasformazione in senso partecipativo delle relazioni sociali alla base di quei bisogni.

A conclusione, possiamo considerare quindi l'innovazione sociale come un movimento tenuto a portare ad una vera e propria mobilitazione delle forze economiche, politiche e sociali capaci di dare maggior potere alle persone prive di beni e servizi basilari, creando un impatto reale e significativo sui problemi complessi e agendo sulla trasformazione del tessuto sociale.

Più frammentato e meno definito risulta, però, essere il riferimento al potenziale di trasformazione delle relazioni sociali da parte dell'innovazione sociale e la direzione che questo sembra prendere. Per questo motivo, utile potrebbe rivelarsi la relazione tra innovazione sociale e generatività sociale.

L'aggettivo generativo si è fatto strada nel linguaggio di chi si occupa di welfare e di servizi sociali e, ad oggi, promuove spesso la riflessione su cosa non funzioni più nel welfare di oggi, caratterizzato dalla crisi di legittimazione da una parte e dalla scarsità di risorse e risposte

dall'altro. Formulato negli anni 50' dallo psicologo Erik Erikson e successivamente ampliato da Dan McAdams e colleghi, il concetto di generatività si inserisce in una teoria più ampia alla cui base c'è una concezione dello sviluppo dell'esistenza individuale.

L'ipotesi iniziale concepisce la generatività non solo come un'azione individuale ma anche come una vera e propria azione sociale che dà vita a forme organizzative di diversa natura che durano nel tempo. In questo senso, possiamo parlare anche di organizzazioni generative, come forme emergenti frutto dell'azione generativa.

Al centro della generatività sociale, infatti, troviamo sia la capacità di generare qualcosa di nuovo e di averne cura ma anche di contribuire alla realizzazione personale e sociale di soggetti altrui. Per questo motivo la generatività sociale viene definita come “un'azione nella sfera economica, politica, sociale o culturale che, in risposta ad uno stimolo esterno, mette al mondo qualcosa di nuovo oppure rigenera qualcosa di già esistente con il fine di promuovere la capacitazione dell'altro: direttamente attraverso il suo empowerment oppure indirettamente attraverso il miglioramento del contesto circostante”. (Magatti, Giaccardi, 2014)

Anche per il concetto di generatività sociale possiamo individuare le tre dimensioni riportate precedentemente, in particolare la dimensione dell'innovazione, che viene qui concettualizzata come possibilità di creare qualcosa di nuovo o di recuperare qualcosa di già esistente, contrariamente alla figura tipica del consumatore moderno; la dimensione della risposta ad un bisogno rimasto insoddisfatto si considera qui tradotta come possibilità di farsi influenzare da uno stimolo esterno che influenza l'azione generativa e, infine, la trasformazione delle relazioni sociali, diretto a stabilire tra i soggetti o tra le generazioni un legame basato sulla possibilità di realizzazione autonoma dell'altro, dando la possibilità a tutti di agire preventivamente.

Con la generatività sociale, si tende a qualificare maggiormente anche la direzione del rapporto tra bisogno sociale e innovazione sociale, dato che non si tratta solo di cogliere i bisogni sociali insoddisfatti né di rispondere in modo innovativo ai bisogni stessi ma di trasformare il tessuto sociale alla base dei bisogni, modificano il funzionamento del sistema sociale, generando benefici per la società o nuove forme di governance. Per questo un'evoluzione del concetto di innovazione potrebbe essere l'approccio delle capacità, il quale sposta il focus dell'attenzione dai diritti delle persone alle loro libertà e scelte che questi stessi compiono grazie all'impiego delle loro capacità e possibilità autonome di realizzazione. L'approccio delle capacità costituisce quindi una valida base per lo sviluppo della generatività sociale, dato che risultano accomunati dall'enfasi sull'autonoma realizzazione personale, la quale deve poggiare su un ambiente economico, politico e sociale favorevole.

Inoltre, l'approccio della generatività sociale ritiene che ogni forma di relazione sociale possa essere capacitante, sia a livello interpersonale che a livello organizzativo, prestando maggiore attenzione ai processi di capacitazione provenienti dall'intero tessuto sociale, includendo così sia la società civile che il mercato, concorrendo alla promozione diretta e indiretta delle capacità al pari delle istituzioni statali.

In questo senso, il concetto di innovazione sociale potrebbe essere ricondotto anche alla capacità di trasformare in senso capacitante quelle relazioni sociali, cioè di far sì che l'innovazione sociale introdotta attribuisca delle capacità di azione ai suoi beneficiari.

È sempre più necessario estendere l'orizzonte temporale e sociale dei processi di innovazione, avendo come fine ultime le generazioni future che a loro volta saranno chiamate a risolvere i problemi del loro tempo (Lampugnani, Cappelletti, 2016.)

Oggi, quando si tratta il tema della generatività sociale, si tende ad esprimersi e a pronunciare in molteplici accezioni l'aggettivo generativo, soprattutto accostato al termine "welfare", ponendo attenzione a non parlarne in chiave paternalistica e disequilibrata, ma volgendo lo sguardo a quelli che sono i movimenti e i principi fondamentali della generatività sociale, ovvero il desiderare e il prendersi cura, il benessere comune, la creazione di valore condiviso e della narratività. All'interno di questo quadro possiamo collocare il significato più appropriato del welfare generativo, in grado di rigenerare le risorse disponibili, responsabilizzando le persone che ricevono aiuto e aumentando, allo stesso tempo, il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio della collettività.

In Italia, il welfare statale sta mostrando grossi segni di cedimento, soprattutto successivamente ad un lungo periodo di indebitamento e privatizzazione, per cui si ritiene necessario ripensare il sistema di welfare e proporre una nuova società, un nuovo modo di vivere la propria individualità all'interno della comunità e dei gruppi.

Serve un welfare che sia in grado di rigenerare le risorse disponibili, responsabilizzando le persone che ricevono aiuto e aumentando il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio della collettività.

La proposta teorica del welfare generativo della Fondazione Zancan sembra concentrarsi nell'introduzione delle prospettive di intervento di tre nuove R, oltre a Raccogliere e Redistribuire, già previste con il Welfare State:

:

-R3 rigenerare: esalta nuove potenzialità d'esito di ogni intervento di aiuto, promuovendo e sostenendo chi si trova in difficoltà non solo con l'erogazione di beni

ma anche attraverso l'effetto moltiplicatore di agio provocato dall'attivazione delle persone assistite e dall'impiego delle loro capacità.

-R4 rendere: non si tratta di fermarsi ad erogare benefici a vantaggio dei singoli cittadini-consumatori, ma quest'ultimi andrebbero considerati come co-artefici del proprio impegno di realizzazione del sé e attivamente coinvolti nella realizzazione del benessere collettivo.

- R5 responsabilizzare: il primo elemento di responsabilizzazione della persona che riceve aiuto è il concorso al risultato nel quale ogni assistito viene implicato. L'aspetto generativo di questo modo di porre le interazioni d'aiuto sta nell'effetto moltiplicatore per cui l'agio di ciascuno è accresciuto attraverso la chiamata a occuparsi dell'agio di altri.

Si nota così lo stretto legame che unisce l'impiego delle risorse assistenziali con l'interazione corresponsabilizzante, innescata dai professionisti e coinvolgendo i soggetti assistiti.

Pensa in chiave generativa non significa negare la componente redistributiva del welfare e non riconoscere le necessità di una funzione di governance pubblica ma si intende pensare la spesa sociale non solo come costo ma come investimento per il potenziamento del benessere che richiede la ricerca di modelli d'intervento e di erogazione delle prestazioni in maniera tale da poter verificare se l'investimento ha accresciuto il welfare stesso.

La leva di legittimazione del welfare degenerativo è la sua capacità di produrre nuovo valore relazionale ed economico, a partire dal fronteggiamento del disagio, spostando la considerazione del benessere da godimento dei beni ricevuti e soddisfazione dei bisogni individuali a corresponsabilità sociale e godimento del benessere condiviso (Gui, 2017).

Capitolo 3

La ricerca:

focus sulla realtà bassanese

3.1 Il territorio: Ulss 7 Pedemontana

L'Azienda Sanitaria Ulss 7 Pedemontana, costituitasi a gennaio 2017 tramite Legge Regionale 25 ottobre 2016 n.119, nasce dalla fusione delle Aziende Sanitarie ex n. 3 Bassano del Grappa e n.4 Alto Vicentino.

La rete di assistenza aziendale è articolata sul territorio con i servizi e le prestazioni erogate:

- Presidio Ospedaliero di rete San Bassiano
- Presidio Ospedaliero di rete Alto Vicentino
- Ospedale nodo di rete con specificità montana Asiago
- Distretto 1 Bassano
- Distretto 2 Alto Vicentino
- Dipartimento di Prevenzione

3.2 Il Distretto 1 Bassano

Il Distretto Socio Sanitario 1, struttura di contatto presso la quale è inserito il servizio, comprende un bacino d'utenza di 23 comuni, quali Asiago, Bassano del Grappa, Cartigliano, Cassola, Colceresa, Enego, Foza, Gallio, Lusiana Conco, Marostica, Mussolente, Nove, Pianezze, Pove del Grappa, Roana, Romano d'Ezzelino, Rosà, Rossano Veneto, Rotzo, Schiavon, Solagna, Tezze sul Brenta e Valbrenta. Si tratta di un'articolazione aziendale con la funzione di garantire una risposta continuativa e integrata ai bisogni di salute della popolazione, ponendosi come obiettivo la redazione di un Progetto Individualizzato per ciascun utente, al fine di definire gli interventi assistenziali da mettere in campo. Il Distretto garantisce, in particolare, attività di prevenzione, cura e riabilitazione a regime domiciliare e ambulatoriale, integrazione lavorativa di soggetti svantaggiati, supporto nell'inserimento in strutture residenziali e semi-residenziali e assistenza sanitaria di base.

Il Distretto mira, quindi, a fornire una risposta a molteplici problematiche e, per ciascuna di queste, predispone un servizio specifico:

- ❑ Servizi di Assistenza primaria: servizi di assistenza infermieristica domiciliare per dare risposta ai bisogni di salute degli utenti che, a causa di determinate malattie, non sono nelle condizioni idonee per uscire dalla propria abitazione; attività specialistica ambulatoriale erogata da medici specialisti negli ambulatori delle varie sedi distrettuali; ambulatori infermieristici territoriali gestiti da personale infermieristico che si occupa dell'erogazione di prestazioni sanitarie di natura tecnica, relazionale ed educativa; centro unico di prenotazione; punto prelievi; fornitura di protesi e ausili destinati agli assistiti che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità permanente; cure palliative erogate negli hospice e destinate all'assistenza di persone la cui malattia non risponde più ai trattamenti curativi; la Centrale operativa territoriale, dedicata alla cura dei bisogni non urgenti dell'utente che necessita di una risposta complessa; trasporti in ambulanza; continuità assistenziale; assistenza sanitaria all'estero e assistenza farmaceutica territoriale.

- ❑ Servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia: predispone una serie di servizi territoriali che forniscono in maniera integrata interventi di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psicosociale e della patologia dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia. Tra questi individuiamo il consultorio familiare, come servizio per la tutela del benessere psico-fisico e relazionale della donna, dell'uomo e dei minori; il

centro per l'affido e la solidarietà familiare, per lo sviluppo di un sistema di sostegno alle famiglie fragili o persone in difficoltà attraverso persone, coppie e famiglie aperte all'accoglienza e alla solidarietà familiare; la mediazione linguistico culturale; l'età evolutiva, relativa alle problematiche dei minori di età con bisogni di aiuto in diversi ambiti dello sviluppo, che comprende, a sua volta, il servizio di protezione e tutela dei minori (gestore delle funzioni di protezione, cura e tutela dei minori in situazioni di rischio di pregiudizio o pregiudizio) e il centro adolescenza (per contrastare i malfunzionamenti in adolescenza connessi al rischio di sviluppo di patologie mentali o disabilità sociali) e neuropsichiatria infantile per diagnosi e presa in carico di minori con patologie neurologiche, neuro-motorie o disturbi e per integrazione scolastica.

- ❑ Servizi per anziani e disabili: hanno l'obiettivo di favorire il benessere delle persone non autosufficienti o disabili, insieme a quello delle loro famiglie. Tra questi troviamo il servizio per anziani non autosufficienti per l'inserimento in struttura; la neuropsicologia clinica adulti anziani per la valutazione neuropsicologica di pazienti con patologie neurologiche o post traumatiche; servizi per persone con disabilità, con relativa accoglienza residenziale, semiresidenziale e inserimento sociale e servizio di integrazione lavorativa.

- ❑ Servizi per le dipendenze: per interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dallo stato di abuso e dipendenza da sostanze legali, illegali e comportamentali. Possiamo quindi individuare l'area delle sostanze psicotrope illegali, area alcologia, area gioco d'azzardo e area dissuefazione dal tabacco.

- ❑ Servizi per la salute mentale: sono il riferimento per la tutela della salute mentale, operano per la prevenzione, cura e riabilitazione di ogni forma di disagio mentale e si occupano dello svolgimento di interventi terapeutico-riabilitativi e preventivi. Al suo interno troviamo il centro di salute mentale, che fa fronte alle richieste di cura e assistenza riguardanti le situazioni di disagio psichico, ma anche il centro per i disturbi del comportamento alimentare, il centro diurno di riabilitazione psico sociale e la riabilitazione residenziale con i percorsi riabilitativi.

3.3 Territorio di riferimento

Il territorio di riferimento del Ser.D 1, così come emerge dal Piano di Zona 2023-2025, è stato caratterizzato dall'aumento preponderante delle patologie legate alle dipendenze da sostanze e da comportamenti, con disturbi legati anche al non corretto utilizzo dei social e delle piattaforme web.

È quindi necessario mettere in atto interventi che siano in linea con gli obiettivi generali e specifici prefissati in quest'ambito:

- Promozione di iniziative di prevenzione universale, selettiva e indicata, garantendo il supporto degli adulti di riferimento, mediante l'organizzazione di incontri con gli insegnanti e i genitori su target sensibili e supporto ad iniziative proposte dai comuni che coinvolgono il tema delle dipendenze e dei comportamenti a rischio
- Attivazione di interventi di cura e presa in carico di persone con Disturbo da Uso di Sostanze (con particolare attenzione alla popolazione giovanile e alle persone lungoassistite) finalizzati all'accompagnamento riabilitativo e al reinserimento sociale Protocollo di collaborazione con NPI e CSM.
- Potenziamento degli interventi e delle azioni di prevenzione e sensibilizzazione sul disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico, mediante l'implementazione del piano operativo gioco d'azzardo
- Rafforzamento e sviluppo di servizi territoriali innovativi (progetto presentato in Regione Veneto), mediante l'attivazione sportelli di orientamento, uscite con unità mobile, potenziamento delle attività laboratoriali già attivate, outdoor e gruppi di sostegno psico-educativo per i genitori e incontri individuali con quest'ultimi.

3.4 Ser.D 1 Bassano-Asiago: attività e prestazioni

L'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) Servizio Dipendenze di Bassano del Grappa, che comprende le sedi di Bassano del Grappa e di Asiago, diretta dal dott. Giovanni Greco, offre accoglienza, disponibilità, ascolto a persone o famiglie in condizioni di difficoltà rispetto all'uso di sostanze illegali, legali (alcol e tabacco) e gioco d'azzardo attuando degli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale. La problematica della dipendenza è un aspetto che negli anni è diventato sempre più impattante, sia a livello sanitario che a livello sociale, anche e soprattutto in termini di costi e risorse professionali, tanto che si è presentata la necessità di pensare ad una agency che potesse rispondere in modo adeguato al bisogno di chi è in condizione di fragilità o subalternità a modelli sociali performanti che possono indurre all'uso di sostanze o al gioco.

In particolare:

- Sostanze psicotrope illegali: diagnosi di abuso o dipendenza, trattamenti medico-farmacologici e psicosociali, consulenza psicologica e psicoterapeutica, valutazione lavoratori a rischio uso di sostanze, screening e counseling per infezione da HIV- Epatiti ed MTS, inserimento presso strutture riabilitative convenzionate e verifica del programma riabilitativo, presa in carico delle segnalazioni da parte dall'autorità giudiziaria, consulenze per le patenti di guida e presso i reparti ospedalieri, inserimento lavorativo in collaborazione con il Silas, interventi di prevenzione rivolti agli istituti scolastici territoriali, alla comunità locale e a gruppi di giovani e adulti, supporto ai detenuti e interventi integrati con il centro di salute mentale per i pazienti con comorbidità.

- Alcol: diagnosi da abuso o dipendenza da alcol etilico, trattamenti farmacologici, consulenza psicologica e psicoterapeutica, valutazione dei lavoratori a rischio di uso di sostanze su invio dei medici competenti, attività di ricovero ospedaliero riabilitativo, consulenze per le patenti di guida e presso i reparti ospedalieri, formulazione di un programma personalizzato di riabilitazione psicosociale avvalendosi anche dei Club Alcolologici Territoriali e dell'Associazione Alcolisti Anonimi, inserimento di pazienti in Comunità Terapeutiche, inserimento lavorativo in collaborazione con il Silas, interventi di prevenzione rivolti agli istituti scolastici territoriali, alla comunità locale e a gruppi di giovani e adulti, supporto ai detenuti e interventi integrati con il centro di salute mentale per i pazienti con comorbidità.

- Gioco d'azzardo: consulenza a giocatori e/o familiari, valutazione diagnostica e trattamento individuale o di gruppo per giocatori e/o famigliari avvalendosi anche del supporto di associazioni del territorio

- Tabacco: trattamenti di gruppo secondo modello TG Fumo (Regione Veneto) per la disassuefazione dal fumo e presa in carico multidisciplinare presso il Centro per il Trattamento del Tabagismo.

Si agisce anche in ottica di prevenzione, con l'obiettivo di realizzare nel territorio progetti di prevenzione universale delle dipendenze patologiche, attraverso interventi di prevenzione universale, selettiva e indicata a favore della popolazione, in ambito scolastico, con il coinvolgimento di insegnanti e genitori e dei comportamenti a rischio nell'ambito del tempo libero e nei luoghi di lavoro, con l'obiettivo di promuovere stili di vita salutari e modificare eventuali comportamenti a rischio.

3.4.1 Organizzazione del servizio

Per svolgere la sua attività e per garantire ai cittadini i percorsi successivi al primo accesso, il SerD opera attraverso alcune fasi e servizi garantiti:

- Servizio Accoglienza: è l'intervento messo in atto successivamente al primo accesso, in cui avviene il colloquio con l'operatore addetto ed eventuale visita medica, nei casi di urgenza. Si tratta di un momento in cui viene agganciato l'utente, attraverso la raccolta della domanda, delle informazioni sociali e sanitarie del paziente e della sua consapevolezza in merito alla problematica, con la conseguente specificazione delle informazioni sul funzionamento del servizio, sui diritti e sugli obblighi dei pazienti stessi. Allo stesso tempo, si attuano tutte le operazioni volte a conservare l'aggancio del soggetto, al fine di garantire la prosecuzione della presa in carico condivisa. La conclusione di questa attività avviene con l'apertura della cartella, contenente tutte le info che verranno poi presentate in equipe agli altri operatori, ai fini di decidere gli interventi da attuare, i bisogni da soddisfare e l'assegnazione del caso al professionista incaricato.
- Servizio ambulatorio medico: la visita medica è finalizzata alla raccolta della scheda anamnestica sanitaria e tossicologica, alla valutazione della qualità di vita, all'effettuazione di accertamenti ematochimici per indagare lo stato di salute ed eventuali patologie correlate, urinarie o del capello, la somministrazione di farmaci sostitutivi se necessari e la richiesta di consulenza psichiatrica.
- Servizio infermieristico: all'infermiere professionale è affidato il "triage" che accoglie la domanda di aiuto / presa in carico al momento del primo contatto con il Servizio. L'ambulatorio infermieristico si occupa dei prelievi ematici, della raccolta dei campioni urinari o del capello per la determinazione dell'uso/abuso, rilievo etilometrico e somministrazione farmacologica.
- Servizio di assistenza sociale: l'assistente sociale, all'interno del servizio per le dipendenze, svolge delle funzioni di prevenzione, riabilitazione e riduzione del danno, ma anche attività di formazione e consulenza. In particolare si occupa di offrire alle scuole attività di informazione e prevenzione delle dipendenze, svolge colloqui di presa in carico del singolo e sostegno familiare, valuta ed elabora programmi individualizzati, conduce gruppi di sostegno o di auto aiuto per pazienti e familiari, svolge attività di segretariato sociale, redige relazioni e collabora ai fini degli inserimenti comunitari o su mandato del tribunale, magistratura o della prefettura, con relativa partecipazione al

programma terapeutico condiviso alternativo alla detenzione, collabora con gli assistenti sociali degli Enti locali, delle ASL e con gli operatori del privato sociale o organizzazioni di volontariato.

- Servizio psicologico terapeutico: si occupa della realizzazione di interventi di prevenzione individuale, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza mediati (alcol, tabacco e droghe) e non mediati da sostanze (gioco d'azzardo) e delle varie patologie eventualmente presenti. In particolare, esegue la valutazione psicodiagnostica volta a determinare il funzionamento e il grado di dipendenza del paziente, offre supporto psicologico ai familiari e concorre alla predisposizione dei programmi terapeutici all'interno dell'equipe e in collaborazione con altri servizi.
- Educatori: l'educatore si occupa della definizione dei sickness e di tutti gli interventi attraverso l'utilizzo della relazione come strumento principale per la realizzazione di progetti educativi in relazione alla dipendenza. Le attività si concentrano in particolare sulla prevenzione nelle scuole e negli interventi di prossimità.

3.4.2 Modalità di accesso al servizio e target d'utenza

I Ser.D sono servizi attivi internamente ai dipartimenti delle dipendenze delle Asl, le quali prevedono generalmente un Ser.D per distretto sanitario. Le modalità di accesso alle prestazioni possono essere diverse, dato che oltre all'accesso volontario è possibile accedere anche tramite comunità terapeutiche, Prefettura, Polizia o Carabinieri, Carcere, MMG, strutture ospedaliere e servizi sociali per minori.

Gli accessi al servizio possono avvenire da parte del paziente o di un familiare, senza impegnativa del Medico di Medicina generale, negli orari e nei giorni di apertura o mediante contatto telefonico. Il Servizio offre le proprie prestazioni a tutti i cittadini italiani e stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e residenti nel Territorio dell'Azienda Ulss 7, come anche agli stranieri temporaneamente presenti (STP) nel territorio italiano. È altresì possibile la presa in carico di cittadini italiani e stranieri residenti in altri territori, ma per fare in modo che questo avvenga è necessaria l'autorizzazione del Ser.D. dell'Azienda Ulss di appartenenza (tramite un "nulla osta" concordato fra i servizi) che ha come scopo principale quello di andare incontro alle esigenze del paziente. Per chi richiede il trattamento o una consulenza, per sé stessi o per un familiare, è previsto un primo colloquio, nel più breve tempo possibile, con un operatore, per orientare la domanda di aiuto al professionista più idoneo, in base alle necessità espresse dalla persona. Vengono poi raccolte tutte le informazioni dell'utente, previo consenso all'informazione (DPR 309/90) e al coinvolgimento della famiglia e presentate le prime tappe del percorso terapeutico. Di volta in volta si valuteranno, assieme alle varie figure professionali (medico psichiatra, l'assistente sociale, l'infermiere, lo psicologo psicoterapeuta, l'educatore professionale, operatore socio-sanitario), i vari interventi da mettere in campo.

3.4.3. Rete dei servizi formali e informali con cui il servizio collabora

Il servizio, per offrire delle prestazioni migliori, si avvale di alcuni servizi formali e informali presenti sul territorio, con i quali spesso collabora. In particolare, possiamo individuare:

- Csm

La collaborazione avviene, in particolare, nei casi di soggetti in doppia diagnosi, ovvero in casi in cui la condizione clinica del soggetto prevede la coesistenza sia della dipendenza che di un disturbo psichiatrico; spesso infatti, i pazienti schizofrenici o con disturbi psichiatrici gravi possono sviluppare una qualche forma di dipendenza.

- Comunità terapeutiche

Con il termine comunità terapeutica s'intende una struttura che accoglie un gruppo di persone inserite in un percorso di promozione personale e di reinserimento sociale.

Il ricovero in comunità è una delle modalità d'intervento utilizzate per rispondere al problema della dipendenza. Si tratta di strutture che prevedono programmi predisposti per chi vuole uscire dalla dipendenza attraverso azioni che permettono di riappropriarsi della propria vita, attraverso attività di autogestione e interazione con l'altro, al fine di affrontare un percorso di cambiamento personale.

I Ser.D solitamente propongono un intervento comunitario quando il paziente si mostra intenzionato ad affrontare il problema e a cambiare il proprio stile di vita.

- Comuni: il mantenimento del rapporto con gli enti locali del territorio permette una presa in carico a 360 gradi della situazione di ogni utente, che vede la partecipazione del servizio SerD anche in progetti ed interventi realizzati per mezzo dei colleghi del comune, che possono andare dall'inserimento in struttura di un soggetto in carico anche al servizio stesso alla collaborazione in interventi di supporto familiare.

- Silas¹: il Silas attua percorsi personalizzati al fine di favorire l'integrazione lavorativa di persone con problematiche di dipendenza, accompagnando le stesse nel mondo del lavoro attraverso tirocini finalizzati all'occupazione, alla riabilitazione e all'inclusione sociale, anche con il supporto dei centri per l'impiego.

¹ Servizio Integrazione Lavorativa Area Svantaggio

- Prefettura: Per favorire una presa in carico completa dei soggetti con dipendenza è fondamentale garantire la presenza di un rapporto di collaborazione tra il Serd e la Prefettura, con l'obiettivo di creare percorsi di integrazione delle competenze e delle funzioni dei due servizi, operando sia sul versante del recupero ma anche su quello della prevenzione. La collaborazione si realizza soprattutto nei casi in cui il prefetto sospende il procedimento penale e dispone che il soggetto sia inviato al Serd per la predisposizione del programma terapeutico e socio riabilitativo.

- Carcere
 Nell'ambito specifico del servizio, una situazione da considerare sono gli utenti in misura alternativa alla detenzione, che consente al condannato (in misura definitiva) di scontare la pena (o una parte di essa) fuori dal carcere, con l'intenzione di favorire il suo reinserimento in società. Tra queste misure alternative possiamo individuare:
 - ❖ L'affidamento in prova al servizio sociale: riservato a chi deve scontare una pena detentiva non superiore a sei anni. Rende meno teso il rapporto fra il condannato e l'istituzione carceraria e ha come effetto l'instaurarsi di una relazione collaborativa con l'UEPE. Viene, quindi, elaborato un programma di trattamento individuale con specifiche attività che il reo dovrà svolgere oltre ad obblighi e impegni cui attenersi.
 - ❖ La detenzione domiciliare: permette di trascorrere la detenzione in un luogo determinato dal quale potersi allontanare solo previa autorizzazione del magistrato di sorveglianza (abitazione, comunità, luogo di cura o assistenza).
 - ❖ La semilibertà: prevede un'attività fuori dal carcere per una parte della giornata, tornando nell'istituto penitenziario quando non si svolge tale attività.

- Terzo Settore: la collaborazione del Serd con gli enti del terzo settore e, in particolare, con le associazioni di volontariato permette, spesso, la realizzazione di iniziative esterne al servizio, con la creazione di un ambiente privo di pregiudizi e innovativo nel quale potersi sperimentare.

3.4.4 Normativa di riferimento

□ L. 22 dicembre 1975, n. 685

Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Costituì una sostanziale novità nella legislazione sugli stupefacenti; il consumatore venne ritenuto un soggetto debole socialmente e il consumo per la prima volta venne considerato alla stregua di una malattia. Ne conseguì una valutazione negativa della risposta punitiva nei confronti del tossicodipendente, e l'introduzione di una speciale causa di non punibilità basata su due elementi: uno, soggettivo, costituito dall'uso personale non terapeutico; l'altro, oggettivo, concernente la "modica quantità" di sostanza detenuta. Tali elementi escludevano la punibilità, ed il tossicodipendente poteva essere sottoposto a ricovero ospedaliero oppure a cure ambulatoriali o domiciliari.

□ L. 26 giugno 1990, n. 162

La legge 162/90 meglio conosciuta come la legge Jervolino /Vassalli definisce anche il personale che deve lavorare all'interno del SerT: medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori professionali e di comunità in numero necessario per svolgere tutte le attività. Sempre la legge Jervolino/Vassalli descrive il servizio come funzionante ventiquattro ore al giorno coordinando gli interventi per la sieropositività, le problematiche legate alla sessualità, alla procreazione e gravidanza, con i consultori. La legge 162/90 è stata poi modificata e corretta dalla legge 79/2014 che definisce in maniera più approfondita ,soprattutto nel Titolo IX dal nome “interventi preventivi, curativi e riabilitativi”, quelle che sono le funzioni dei SerT. Una precisazione da effettuare è che ad oggi proprio rispetto al progetto della creazione del dipartimento delle dipendenze è più appropriato chiamare queste strutture SerD ossia servizi per le dipendenze includendo così dipendenze da sostanze e addiction. Si tratta di una legge che ha permesso l'aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza e istitutiva dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.)

□ Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 09 ottobre 1990

È il Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Il contenuto della normativa è incentrato sull'uso personale di sostanze stupefacenti e sulle relative sanzioni amministrative, come la sospensione del passaporto, della patente di guida o del porto d'armi, con il relativo programma terapeutico e socio-riabilitativo che l'interessato dovrà seguire. Vengono disciplinate, inoltre, le condotte d'importazione, esportazione, acquisto, ricezione e detenzione di sostanza stupefacente.

□ Decreto del ministero della sanità n.444 del 30 novembre 1990

Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali.

□ Decreto del presidente della repubblica 5 giugno 1993, n. 171 (gu n. 130 del 05/06/1993)

Abrogazione parziale, a seguito di referendum popolare, del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (2).

□ Decreto Ministero della Salute del 14 giugno 2002

“Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende unità sanitarie locali – Ser.T, di cui al D.M. 30 novembre 1990, n. 444”

□ DGR n. 445 del 28 febbraio 2006

Adeguamento dei Servizi e delle strutture per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle dipendenze da sostanze d'abuso

□ D.G.R. Veneto n. 84 del 16/01/2007

“L.R. 16 agosto 2002, n. 22 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali” – Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori

di attività e di risultato, degli oneri per l'accREDITamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali.”

□ Regolamento generale per la protezione dei dati personali 2016/679

Col regolamento europeo si passa da una visione proprietaria del dato, in base alla quale non lo si può trattare senza consenso, ad una visione di controllo del dato, che favorisce la libera circolazione dello stesso rafforzando nel contempo i diritti dell'interessato, il quale deve poter sapere se i suoi dati sono usati e come vengono usati per tutelare lui e l'intera collettività dai rischi insiti nel trattamento dei dati.

3.5 Progetto di ricerca

Domanda di ricerca e connessione con le criticità rilevate

La ricerca condotta durante il periodo di tirocinio ha come oggetto una delle attività sperimentali realizzata all'interno dei gruppi guidati self-help alcol, condotti e attuati in un contesto ambientale esterno al servizio stesso.

L'idea di svolgere queste attività in un contesto alternativo nasce dall'intenzione di dare una risposta ad un bisogno proprio delle persone coinvolte nei gruppi di auto mutuo aiuto alcol condotti dai professionisti del Serd, le quali, in seguito alla ristrutturazione delle attività a causa della pandemia Covid-19 mediante colloqui sostitutivi, hanno manifestato l'esigenza di sperimentarsi in un contesto ambientale de-stigmatizzante ed esterno alle pareti del servizio. Era chiara la loro necessità di agire un cambiamento in un contesto fisico libero dai classici rituali di cura, dallo stigma e dall'etichettamento ai quali, solitamente, le persone con dipendenza alcolica sono soggette, nell'ottica di costruire una nuova immagine di sé mediante l'utilizzo di nuove forme di apprendimento, stili di vita sani e assunzione di maggiore responsabilità nella promozione della partecipazione.

Per cercare di rispondere in maniera efficace alla richiesta avanzata, i professionisti operanti nel servizio hanno individuato, tra le risorse proprio del territorio bassanese, Villa Angaran San Giuseppe, un complesso monumentale situato lungo le rive del fiume Brenta, gestito dal Consorzio di Cooperative sociali "Rete Pictor"². Si tratta di un ente privato avente l'obiettivo di promuovere e sostenere attività aperte alla cittadinanza di tipo educativo, formativo e lavorativo che siano in linea con lo spirito del luogo e delle organizzazioni che vi operano internamente. L'idea è quella di agire nell'ottica della trasformazione, rianimazione e partecipazione allo sviluppo di qualcosa di nuovo, attraverso la promozione di percorsi di inclusione sociale e sostegno alle persone in difficoltà e alla contaminazione con la cittadinanza. I principi e gli obiettivi alla base di Villa A. San Giuseppe sono complementari al sistema di cura propri del Servizio Ser.D, ovvero in linea con il concetto di benessere che costituisce il fondamento del mandato istituzionale del servizio stesso.

Questo nuovo filone di attività interne ai gruppi di auto mutuo aiuto (composti da circa 10-12 persone ciascuno, tra utenti e professionisti, con una durata degli incontri di circa 90 minuti) ha preso avvio a giugno 2021 e ha previsto la realizzazione degli stessi mediante 3 modalità:

² "La favola d'amore" di Hermann Hesse

- uno a frequenza settimanale, costituito da persone in trattamento anche a inizio percorso
- due a cadenza quindicinale, di cui uno con persone in carico al servizio da un tempo medio-lungo, con compromissioni organiche conclamate o in forte fragilità e un altro composto da persone in carico con programmi di cura attivi o in follow up, dotate di maggiori autonomie e accompagnate costantemente al mantenimento della sobrietà, alla prevenzione della ricaduta e al mantenimento di stili di vita sani.

La mia ricerca di tirocinio vuole indagare una delle attività proposte all'interno di questi gruppi sperimentali, ovvero il progetto **“SPERIMENT-AZIONE”**, guidato dall'attore e performer Pippo Gentile, fondatore di Ullallà Teatro e dall'assistente sociale ed educatore nel ruolo di facilitatori, nel quale l'utilizzo delle tecniche espressive legate alla teatro terapia vengono scelte come metodo per il raggiungimento del benessere della persona affetta da alcoldipendenza. Queste tecniche risultano essere ancora poco promosse e utilizzate perciò l'equipe multidisciplinare ha chiesto la collaborazione di questo esperto in ambito di mimo, del teatro e danza contemporanea, il quale detiene, inoltre, una grande esperienza nel campo della teatro terapia e attualmente gestisce una compagnia di teatro integrato che è composta da attori e danzatori con varie tipologie di disabilità e non, con i quali conduce laboratori di teatro in collaborazione con le scuole del territorio. Si tratta di un progetto che nasce dalla compartecipazione tra diversi professionisti e la disponibilità al cambiamento manifestata dai soggetti coinvolti e che ha raccolto un grande successo grazie al fatto che risponde al bisogno manifestato dai partecipanti ai gruppi. Con tecniche espressive s'intendono tutte le forme di supporto alla farmacoterapia ed alla psicoterapia che utilizzano diverse tipologie di arte (visiva, musica o la corporeità come metodo di espressione) e che nell'intervento terapeutico e nel percorso di cura permettono di relazionarsi con qualsiasi persona in carico ai servizi, dato che si tratta di tecniche che vanno a stimolare la comunicazione senza la necessità di parola e che quindi mettono chiunque nelle condizioni di potersi esprimere liberamente. Per questa tipologia di progetto, la conduzione è stata lasciata all'esperto che ha proposto l'utilizzo di tecniche di improvvisazione corporea. «L'esperienza laboratoriale come strumento d'intervento nella relazione d'aiuto non ha richiesto alcuna competenza teatrale pregressa dei partecipanti bensì la motivazione degli interessati a mettersi in gioco e a vivere, in piena libertà, un'esperienza ricca e gratificante» (Scandone, 2019). Il tutto si svolgeva tramite l'esplicitazione e la spiegazione, da parte del conduttore, di diverse tipologie di consegne che avevano come elemento di parte l'improvvisazione attraverso il gesto compiuto dal corpo, con un accompagnamento musicale di fondo. Il fine ultimo di questo lavoro era quello di lasciar liberi i partecipanti di dare la

propria interpretazione personale e di rispondere alle consegne attraverso il movimento libero, improvvisato e non giudicato. Ogni attività/consegna proposta va, inoltre, a toccare un aspetto, una problematica, un limite che ogni persona, in determinate situazioni della vita, può trovarsi ad affrontare, rimanendo in linea con quella che è la filosofia dei gruppi proposti e dei professionisti conduttori, ovvero quella di allontanarsi sia dalla mera considerazione del gruppo come strumento per parlare esclusivamente di alcol, sia della considerazione di chi partecipa ai gruppi come MERO ALCOLISTA.

Il progetto è stato pensato sulla base di due grandi principi, che costituiscono le fondamenta di questo tipo di attività, ovvero:

- **SALUTE**: L'organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 1948, definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, che viene conseguito dal gruppo o dall'individuo mediante l'identificazione e realizzazione delle proprie aspirazioni, soddisfazione dei bisogni, modifica dell'ambiente e adattamento. Viene così abbandonata la considerazione della correlazione diretta tra salute e assenza di malattia, attraverso l'esplicazione in tre distinti domini ovvero fisico (salute come mantenimento dell'equilibrio e del funzionamento dell'organismo interno), mentale (capacità di comprendere e avere il controllo sulle situazioni di crisi) e sociale (partecipazione attiva alla vita sociale). Per comprendere meglio il significato di salute ci si può rifare a diverse concezioni: negli ultimi decenni, infatti, il concetto di salute è stato oggetto di numerose indagini e studi da parte di diverse discipline: il termine "salute" deriva dal latino *salus*, che significa "fortuna", "prosperità", "vita", "salvezza". L'esigenza di un movimento mondiale per la salute permette la creazione, nel 1986, della Carta di Ottawa, documento fondato sulla teoria socio-ecologica della salute e sui sottosistemi che compongono l'ecosistema, che si propone di costruire una politica per la tutela della salute, creazione di ambienti che offrono sostegno, sviluppo di capacità personali e riorientamento dei servizi sanitari. Anche la nostra costituzione analizza dettagliatamente, attraverso l'art 32, il diritto alla salute come un diritto inalienabile, intransmissibile, indisponibile ed irrinunciabile, garantendo il diritto a ricevere cure gratuite.
- **BENESSERE**: è uno stato che coinvolge tutti gli aspetti dell'essere umano e che caratterizza la qualità della vita di ogni singolo. Il benessere può essere riassunto quindi come miglior equilibrio possibile tra il piano biologico, psichico e sociale. Anche nel

rapporto della commissione Salute dell'Osservatorio europeo sui sistemi di salute viene proposta la definizione di benessere come "lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di ben-essere che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società". Si tratta di un concetto che si lega perfettamente a quello di salute, dato che anche nella carta di Ottawa viene sottolineato come la promozione della salute deve portare a condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti, alla protezione degli ambienti naturali e artificiali, alla conservazione delle risorse naturali, consentendo una valutazione sistematica degli effetti dell'ambiente sul benessere delle persone e garantire strategie e azioni mirate ad indurre cambiamenti nel singolo e nella collettività.

La promozione della salute e del benessere passa quindi necessariamente attraverso mutamenti nell'organizzazione sociale e ambientale, e l'adozione di politiche pubbliche coordinate e tese a favorire e sviluppare beni e servizi più sani, ambienti igienici e non pericolosi, attraverso cambiamenti legislativi coerenti.

Nell'ottica della riprogettazione delle attività in vista del nuovo anno, si è voluto rispondere alla seguente domanda di ricerca:

<<Analizzare le esperienze vissute dagli utenti del gruppo SPERIMENT-AZIONE, indagando gli esiti delle attività innovative di auto aiuto di gruppo sugli utenti, i vissuti e le prospettive future per sé stessi e per gli altri.>>

Nell'ambito dei gruppi di auto mutuo aiuto possiamo sperimentare l'intreccio di diversi modelli e approcci teorici. Possiamo partire quindi dai due modelli fondamentali, ovvero Bio-Psicosociale, definito da George Libman Engel e Jon Romano e costruito sulla considerazione della malattia e della salute come il risultato dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali, culturali e socio economici, e sistemico relazionale, il quale pone al centro la persona e la sua cura. Per favorire lo scambio e il confronto tra i partecipanti si è ritenuto necessario modificare le tradizionali modalità operative dei gruppi Self help, allo scopo di favorire la libera iniziativa dei partecipanti, partendo dalla valorizzazione delle loro abilità e competenze personali.

Il progetto, attuato all'interno dei gruppi di auto mutuo aiuto, realizzati a cadenza settimanale e guidati da assistente sociale ed educatore nel ruolo di facilitatori, vuole essere uno strumento

utile ad aumentare lo stato di benessere auto percepito dai partecipanti, in modo tale da poter migliorare la loro qualità di vita e ridurre il pregiudizio al quale spesso sono soggetti.

Obiettivo generale:

L'obiettivo generale della ricerca è quello di analizzare l'esperienza dei partecipanti al gruppo SPERIMENT-AZIONE, indagando le loro opinioni in merito alla soddisfazione, alle percezioni e all'eventuale partecipazione qualora il progetto venisse riproposto da settembre 2023.

Obiettivi specifici:

Gli obiettivi specifici, invece, possono essere individuati in:

- comprendere se la partecipazione alle attività del progetto ha rappresentato un'opportunità di cambiamento della percezione che gli stessi avevano della loro situazione e della funzionalità del servizio stesso;
- indagare se i partecipanti hanno preso consapevolezza delle loro capacità e potenzialità, spesso soppresse o coperte dallo stigma della dipendenza;
- Indagare il valore e la percezione della condivisione interna al gruppo/con altri partecipanti e con le persone presenti nella vita di ciascuno
- Testare la validità delle attività proposte all'interno del progetto e la loro eventuale riproponibilità.

Campione

Il progetto, inizialmente, era stato proposto a 35 persone (provenienti dai 23 comuni del Distretto 1 dell'Azienda Ulss 7 di Bassano del Grappa) che frequentavano i gruppi di auto mutuo aiuto guidati all'interno del Servizio Dipendenze. Si tratta di persone già in carico al servizio, che presentano la problematica dell'uso/abuso dell'alcol e che risultano quindi accomunate dal disagio e dalla sofferenza, a diversi livelli della loro vita, che la sostanza può creare. Sono state escluse quelle persone che presentano gravi difficoltà rispetto alla capacità di confrontarsi con il gruppo e di rispettarne le regole (per le quali, chiaramente, si pensa ad un intervento diverso), ovvero coloro che manifestano gravi Disturbi di Personalità borderline, antisociale e Disturbi Psicotici. I criteri, quindi, di inclusione del progetto sono la dipendenza/abuso di alcol, oppure essere familiare/accompagnatore di un utente, la capacità manifestata di partecipare con continuità ad un intervento come quello proposto e le buone capacità cognitive e di riflessione.

Data la già comprovata tenuta del progetto, verificata mediante un'indagine precedente, la mia ricerca, in accordo con il servizio, andrà ad indagare l'ultimo periodo di attività, che va da ottobre 2022 a maggio 2023, mese di conclusione del progetto prima della pausa estiva, in cui gli incontri del progetto si svolgono ogni giovedì dalle 17 alle 18:30. Si tratta di una scelta pensata appositamente per rilevare quella che è la tenuta del progetto a distanza di un anno dalla sua nascita, focalizzandomi sul target di partecipanti attivi in questo periodo di tempo. L'attività di ciascun partecipante sarà valutata e comprovata dalla registrazione delle presenze al gruppo che viene effettuata prima dell'inizio dell'attività, in cui ogni partecipante, prima di prendere posto, segna la sua presenza.

Nel periodo che va da ottobre 2022 a maggio 2023 hanno partecipato 21 persone, e di queste 21, 16 sono le persone che hanno aderito all'iniziativa della ricerca. Le 5 rimanenti rappresentano persone o non attive nella maggior parte degli incontri o che non hanno accolto la possibilità offerta. Di queste 16 persone, di età compresa tra i 40 e i 74 anni, 6 sono donne e 10 uomini.

Strumenti

Nell'approccio alla cura e nell'ambito dell'auto mutuo aiuto si può intravedere una contaminazione tra diversi modelli e approcci, tra i quali spunta quello bio-psicosociale, il quale individua nella malattia l'elemento scatenante dall'interazione tra fattori biologici, psicologici, sociali/culturali ed economici, in contrapposizione a quello medico che attribuisce la malattia a fattori esclusivamente biologici. Il modello bio-psicosociale fu proposto per la prima volta da George Engel e Jon Romano nel 1977 e declinato nel lavoro dei gruppi di self help come strumento che favorisce la riflessione e lo scambio tra i partecipanti nell'ottica di salute globale. Emerge quindi la necessità di intraprendere nuovi percorsi, attraverso l'approfondimento del concetto di benessere.

Per la raccolta dei dati è stata individuata l'intervista semi-strutturata, tipologia utilizzata molto frequentemente nella ricerca qualitativa. Si tratta di uno strumento che permette di ottenere maggiore flessibilità nella risposta, nell'interpretazione e nell'approfondimento di un argomento, una maggiore personalizzazione e feedback ma anche una più approfondita preparazione dell'intervistato, con formulazioni e risposte alternative suggerite per aiutare l'intervistato. In questo modo si contribuisce alla discussione con l'intervistato e si garantisce sia che la conversazione segua la direzione definita e desiderata dal progetto/ricerca ma anche che ci sia una certa flessibilità nello scambio. Questo permette, inoltre, l'emersione di alcuni punti specifici durante la discussione con l'intervistato e la raccolta di commenti e opinioni che potrebbero non essere mai stati rilevati prima. La modalità scelta per le interviste si rivela la più adeguata, sia perchè permette di agganciare tutti i partecipanti, dato che privilegia la spontaneità e la capacità di rappresentare la propria condizione di vita, ma anche perchè è adatta ad un campione abbastanza eterogeneo, sotto tutti i punti di vista, come il nostro, evitando di sottoporre ai partecipanti domande troppo precise o chiuse o troppo ampie e complesse, costituendo fonte di frustrazione e difficoltà.

In particolare, l'intervista è stata articolata mediante 5 macro domande, ognuna delle quali indaga un aspetto o una tematica fondamentale per il servizio, ai fini dell'ottenimento di un feedback in merito alla validità delle attività proposte.

Si sono volute indagare:

- Le aspettative iniziali: vengono indagate, per ciascun intervistato, le aspettative iniziali in merito alle attività a cui avrebbe preso parte, gli eventuali timori, dubbi e motivazioni che hanno contribuito alla partecipazione al progetto;

- I riscontri post attività: s'intende capire che cos'è cambiato rispetto all'inizio delle attività, indagando come con il passare dei mesi, ci siano stati dei progressi/regressi o cambiamenti a livello fisico, mentale e relazionale;

- La dimensione del gruppo: indagare come viene percepita la possibilità di mettersi in gioco sia singolarmente sia mediante le attività in gruppo, a contatto con gli altri partecipanti, approfondendo eventuali difficoltà o opportunità percepite nel rapporto con l'altro;

- Coinvolgimento degli altri: approfondire la loro opinione in merito alla possibilità di proporre questa tipologia di attività anche in altri contesti, servizi o a familiari/conoscenti, indagando il perchè delle risposte affermative o negative;

- Futuro: raccogliere proposte per la riprogettazione delle attività dopo il periodo estivo, partendo dalle opinioni ed idee dei partecipanti al progetto, relativamente all'efficacia e all'interesse che queste attività hanno suscitato nei partecipanti o nei cambiamenti che possono aver apportato.

Ai fini dell'utilizzo dei dati raccolti con le interviste, verrà fatto firmare a ciascun intervistato un modulo relativo al consenso informato, ai sensi dell'articolo 120 del testo unico delle leggi in materia di tossicodipendenze (D.P.R. n. 309/1990), il quale «prevede che chiunque si sottoponga ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo possa richiedere l'anonimato nei rapporti con i servizi e gli altri presidi sanitari competenti».

Tempi e luogo di realizzazione del progetto

Per motivi di gestione economica e logistica, il luogo destigmatizzante individuato per lo svolgimento delle attività in questo periodo è stato spostato da Villa Angaran San Giuseppe ad una stanza del patronato della parrocchia di San Vito (Bassano del Grappa), poco distante dalla sede del Servizio.

La mia esperienza di tirocinio, ai fini della realizzazione della ricerca, sarà suddivisa:

- FASE 1: prime 5 settimane (5 giovedì) → partecipazione ai gruppi e sperimentazione, in prima persona, delle attività proposte;
- FASE 2: 2 settimane → discussione con i conduttori del gruppo in merito alla ricerca e proposta della partecipazione alle interviste ai partecipanti al gruppo;
- FASE 3: 2 settimane → organizzazione delle interviste;

La realizzazione delle interviste è avvenuta successivamente alla conclusione di questo periodo di attività, che ha coinciso con la fine della mia esperienza di tirocinio nel mese di giugno.

Dato che nel periodo estivo le attività del progetto SPERIMENT-AZIONE verranno sostituite dalla ripresa dei gruppi di parola, le interviste saranno realizzate prima e dopo il gruppo stesso, con la previsione indicativa di 4 persone al giorno (il giovedì di ogni settimana), con la previsione di portare a conclusione le interviste in circa 4 settimane.

Tale organizzazione è stata pensata per trovare un punto d'incontro e di equilibrio con le esigenze e gli impegni lavorativi e personali delle persone interviste, evitando di dover impegnare ulteriormente le persone in altri giorni della settimana.

Risultati attesi

Con la ricerca che s'intende realizzare si vuole indagare l'andamento del progetto e capire se le premesse iniziali e i risultati ottenuti attraverso la prima verifica sono stati confermati e continuano ad essere attuali. Dalla prima verifica che era stata effettuata internamente al servizio, infatti, è emerso come il progetto avesse riscosso interesse e partecipazione proprio perché ha preso forma dall'espressione di un bisogno manifestato dalle stesse persone coinvolte nei percorsi di cura in ambito alcolologico, le quali frequentano settimanalmente o bimensilmente i gruppi di auto mutuo aiuto guidati. Ancora una volta, a distanza di 6-8 mesi dalla precedente valutazione, si agisce nell'intenzione di ottenere il medesimo riscontro positivo, magari con

l'approfondimento e la manifestazione di un feedback maggiormente elaborato rispetto alle tematiche e alle attività proposte dal progetto.

Dal materiale emerso durante le interviste e dai feedback forniti dai partecipanti nel corso delle attività, i risultati attesi si concentrano su:

- Messa in gioco delle proprie potenzialità e sviluppo di nuove capacità e competenze;
- Considerazione positiva della dimensione del gruppo e approfondimento positivo delle relazioni con gli altri;
- Propensione dei partecipanti a prendere parte alle nuove eventuali iniziative previste dopo l'estate;

Sviluppi futuri sul piano della ricerca

Il servizio ha manifestato l'interesse di continuare nel tentativo di implementare e diversificare i contenuti proposti ai gruppi di auto mutuo aiuto, per favorire l'empowerment e la reciprocità tra i partecipanti. Questa nuova modalità ha permesso quindi la modifica delle tecniche tradizionali dei gruppi self help alcol, puntando alla valorizzazione delle abilità relazionali e personali di ognuno. La tematica dell'alcol diventa, per certi versi e in determinate occasioni, marginale, dato che le persone vengono accompagnate a riconoscersi e ripartire da sé stessi attraverso esperienze diversificate ed innovative, come può essere quella della teatro terapia. In questo caso l'esperienza nuova ed innovativa permette l'avvio di un percorso di cambiamento, lontano dalla sostanza, in cui la persona assume il ruolo di protagonista del suo percorso di cura personale ma anche, attraverso il gruppo, di quello degli altri. Nel percorso di cambiamento a cui ogni soggetto può prendere parte, entrano in gioco tutta una serie di situazioni che permettono di interfacciarsi sia con le proprie fragilità ma anche con le numerose skills fino ad allora nascoste, mediante le quali creare uno spazio di crescita personale e di gruppo tale da riuscire a creare un nuovo equilibrio.

Per continuare su questa linea di pensiero, la ricerca potrebbe ampliarsi ed essere utilizzata indagando anche le attività dei gruppi di parola, tenuti dai medesimi conduttori e che continuano ad essere svolti ogni martedì dalle 17 alle 18:30. Anche in questi gruppi si è adottata la medesima modalità di pensiero: allontanarsi, nei limiti adeguati, dal trattamento della tematica dell'alcol, proponendo ai partecipanti una serie di tematiche nuove o accogliendo le proposte o le richieste che pervengono direttamente dai partecipanti stessi, mediante l'utilizzo della tecnica della leaving learning experience (Devoto 1990). Le attività gruppali favoriscono spesso anche l'utilizzo di strumenti personali come la scrittura personale, la narrazione di un pensiero o la rendicontazione di un'attività svolta internamente e i relativi pensieri emersi.

Sviluppi futuri sul piano dell'implementazione dei servizi (come il servizio o il territorio potrebbero utilizzare i risultati raggiunti o raggiungibili)

Le attività e le ricerche svolte nell'ambito di questi gruppi vogliono essere sia una novità e uno strumento di "ripartenza" per i percorsi di ciascun utente partecipante, ma anche un'occasione per creare una metodologia di lavoro da promuovere e far conoscere, affinché possa essere riproposta anche all'interno di altri contesti di cura, professionali o di aggregazione. Un primo momento di condivisione al di fuori del confine del gruppo è avvenuto con l'organizzazione, presso la sala comunale del Comune di Rossano Veneto (VI), di una serata aperta alla cittadinanza, durante la quale i partecipanti del progetto SPERIMENT-AZIONE hanno messo in scena un'esibizione teatrale dimostrativa delle attività fino ad allora proposte e realizzate internamente al gruppo. La serata ha ottenuto il consenso pieno del gruppo, il quale ha manifestato più volte l'interesse, qualora ci fosse la possibilità, a riproporre l'evento, magari in un contesto più grande. Questo permette anche di capire come questa tipologia di progetto possa essere fondamentale per superare la condizione di fragilità vissuta da alcune persone in relazione ai bisogni manifestati, attraverso la proposta di attività che superino i confini della trattazione della problematica per la quale il servizio è "costruito" e si dirigano verso il raggiungimento di un benessere condiviso e partecipato che fa leva su altre tematiche e abilità.

Costituisce, inoltre, un'occasione per affrontare e superare lo stigma e il pregiudizio nei confronti dei partecipanti, che vengono spesso etichettati dalla comunità come ALCOLISTI e non considerati nelle loro potenzialità e qualità migliori.

Capitolo 4

Il gruppo tra generatività e benessere

Analisi dei risultati della ricerca

Successivamente alla conclusione delle interviste e all'analisi delle risposte, possiamo individuare, in maniera specifica, riscontri e feedback raccolti in seguito alla partecipazione degli stessi alle attività gruppalì, incentrate sull'utilizzo delle tecniche espressive e della teatro terapia.

4.1 Incertezza sulle aspettative e sui riscontri futuri

Una prima dimensione emersa dall'analisi delle interviste riguarda il diffuso sentimento di incertezza che ha accompagnato l'utenza partecipante ai primi incontri dell'attività.

Come già anticipato precedentemente, nonostante fossero reduci da un'esperienza considerata innovativa poichè nata in seguito alla riorganizzazione delle attività del servizio, i partecipanti non hanno nascosto la loro perplessità in merito, caratterizzata dalla poca conoscenza che potevano avere del progetto e degli effetti che questo potenzialmente era in grado di generare su di loro. C'è chi ha affermato di essere preoccupato per il fatto che queste attività prevedessero un coinvolgimento importante della propria fisicità e del proprio corpo, del quale a volte ci si tende a vergognare << *Non avendo quindi un buon rapporto con la mia fisicità avevo paura di dover mettermi in mostra, anche con delle performance fisiche. Già non sapevo bene cosa sarei andata a fare, figuriamoci con il corpo, avevo paura di sentirmi in imbarazzo o a disagio* >>, oppure perchè si ha timore del contatto con l'altro e dell'invasione della propria e altrui privacy << *Uno dei primi esercizi che mi sono stati proposti non lo volevo fare, soprattutto perchè erano in coppia. La situazione ha iniziato a cambiare quando due donne sono venute a "presentarsi", spingendomi a provare l'attività. Di loro mi aveva colpito molto la concentrazione con la quale svolgevano le attività, perchè cambiavano/si trasformavano quando facevano l'attività e così da quella settimana ho deciso di concentrarmi pure io* >>.

Altri invece, nonostante sapessero che queste attività erano progettate per uno scopo funzionale, affermavano << *Ho accettato questa proposta con un po' di titubanza, chissà cosa mi fanno fare, non sapevo bene* >>, oppure << *Ci ha spiegato il primo esercizio, poi ci siamo guardati e penso che tutti ci siamo chiesti "ma cosa centrano queste attività con il percorso che stiamo facendo noi qui al Serd?"* >>, << *L'approccio con Pippo è stato di timore nei confronti*

della vergogna, di muoversi, parlare con il linguaggio del corpo ecc nei confronti degli altri, con il giudizio degli altri >>.

Se non è sempre facile lasciarsi andare neanche in condizioni di non dipendenza, non lo è di certo all'interno di un contesto come quello del Ser.D, in cui si contendono la scena stigma, paura, pentimento e fragilità. Dalle parole degli intervistati, emerge anche un pizzico di avversità nell'affrontare questa nuova esperienza, costituita dalla paura di aver avanzato una richiesta che il servizio ha deciso di accogliere ma che non porterà effettivamente a nulla di innovativo e di utile ad evadere dalla realtà, a superare la vergogna per una dipendenza o un abuso che finora ha costituito un problema e una fonte di stigma. D'altronde, si tratta di qualcosa di nuovo, che crea ansia e disagio, e che si teme possa accrescere una situazione di incertezza, invece che abbattere tutti i muri innalzati nel tempo.

4.2 Tranquillità e spensieratezza

Analizzando i riscontri che queste attività hanno avuto sui partecipanti, emerge come la maggior parte di loro affermi di aver provato, anche con un po' di sorpresa, una maggiore tranquillità e spensieratezza in seguito alla conclusione del singolo incontro << *Queste attività mi hanno permesso di diminuire i miei livelli d'ansia, perchè l'esercizio può essere talmente banale e sciocco nella sua esecuzione che comunque ti libera dai pensieri. Questo ti libera sia da quello che possono dire/pensare gli altri ma ti libera anche dal tuo giudizio, ho sempre pensato/giudicato così ma può essere che ho sempre giudicato male >>, aver colto l'occasione per muoversi di più << *Fisicamente ho iniziato a muovermi anche di più facendo queste attività, però ciò che è cambiato è stato sicuramente la maggiore tranquillità e serenità che sentivo dopo essere venuto alle attività di Pippo >>, << *Mi sento proprio bene, non vedo l'ora di venire qua. Più tranquilla e serena. Venire qui mi dà la forza per il resto della settimana, ho capito che devo esistere io in primis. >>, alle quali vanno ad aggiungersi anche un cambiamento di prospettiva sulla vita << *è stata un'esperienza sicuramente positiva, un po' come cerco di vedere positività anche in altre cose della vita, è la mia filosofia di vita: anche se sbaglio guadagno comunque qualcosa di positivo perchè ora so che facendo quella cosa li sbaglio >>. << *Una cosa fondamentale è il riappropriarsi di sé, chi ha avuto anni e anni di dipendenze presenta oggi delle problematiche, dal movimento alla sincronizzazione delle cose, nel riuscire a fare più cose contemporaneamente, questi movimenti possono sembrare stupidi per persone "normali" ma per una persona con dipendenza può essere importante riacquistare*****

equilibrio e movimento, questo ti dà fiducia e forza >> e di considerazione delle relazioni familiari e amicali << Queste attività mi hanno aiutato tanto anche a livello relazionale, prima ero molto più scattoso, ora invece prendo tutto senza darci troppo peso >>.

I riscontri ottenuti dalle varie interviste vanno a ribaltare alcune delle aspettative iniziali, rilevando un impegno da parte dei partecipanti tale per cui molti di loro si concentravano talmente tanto sull'attività da volerla fare quasi alla perfezione; il più delle volte le consegne e le richieste fatte dal conduttore prevedevano un'evoluzione delle stesse, costituendo allo stesso tempo un modo per garantire la libera espressione dei pensieri dell'utenza << La forza di queste attività con Pippo è anche quella di non averle fatte 2 volte ma di averle continuate nel tempo, hanno permesso di dare un rinforzo a determinati pensieri ed a interiorizzarli. Se dovessi dire a qualcuno di fare l'attività, lo spingerei dicendogli che è difficile lavorare con i pensieri e con la mente ma diventa più facile con il corpo, ciò che assorbe il corpo assorbe anche la mente. È una psicoterapia che passa attraverso il corpo >>

4.3 Appartenenza e dimensione del gruppo

In merito alle dinamiche gruppali e al rapporto con gli altri partecipanti, si è potuto notare come gli intervistati abbiano apprezzato l'utilizzo dello strumento del gruppo per la realizzazione delle varie attività. Si afferma la necessità di condividere l'esperienza con qualcuno che si trovi nelle medesime condizioni ma che possa, allo stesso tempo, costituire oggetto di confronto, di ispirazione e di supporto e persona con la quale relazionarsi, testando nuove forme di approccio verso l'altro da utilizzare e riproporre nella vita di tutti i giorni.

Dalle parole delle persone, individuiamo chi ritiene di aver sviluppato un nuovo modo di relazionarsi agli altri << Si è creato un maggiore affiatamento perché oltre alla parola metti assieme anche il movimento fisico, anche se non era un ballo strutturato era come ballare assieme, guardarsi e prendersi le misure >>, chi un metodo alternativo per entrare in contatto con i pensieri e le emozioni dell'altro << Per me il gruppo ha un gran valore, siamo tutte persone con la stessa problematica, ed è aumentata anche la connessione tra di noi >> o un'occasione di confronto con la realtà << Non ho riscontrato problemi con il gruppo o con qualche componente, ma anzi il gruppo mi ha portato alla coerenza, è come se ti guardassi allo specchio e ti dicessi che non puoi raccontarti una bugia ma non puoi neanche raccontarla al gruppo, ti sgammano subito, se uno ci dà importanza al gruppo viene tutto di conseguenza >>, chi, considerata l'età, si sente un punto di riferimento per i più giovani << Siamo persone

diverse, accomunate dal perchè ci troviamo qui. Mi trovo bene con gli altri, soprattutto cerco di aiutare anche gli altri, sono anche un nonno >>, << Durante alcune attività da fare in coppia o gruppo, riusciamo a percepire l'energia dell'altro, è come accarezzarlo senza toccarlo >>, chi supera i propri timori verso lo sconosciuto << È anche una crescita di gruppo, si passa dal timore iniziale di dire "ah io se faccio così sicuramente pensano che sono stupido" poi però vedi che lo fa anche l'altro e impari un nuovo movimento, è uno scambio che diventa conoscenza e di conseguenza fiducia .>>. ma anche chi, da operatore, sperimenta attività che lo aiutano nella sua sfera personale, oltre che in quella professionale << questo per me è stato un corso di aggiornamento, l'ho detto anche alla mia assistente sociale referente. Io ci sono entrata come operatore ma mi è servito anche come persona, mi ha fatto crescere, mi ha aiutato davvero tanto. >>

Questo riscontro in merito alla considerazione della dimensione del gruppo non è scontata poichè, anche se quest'ultimo è formato da persone accomunate da una stessa dipendenza, ognuno di loro ha una propria personalità, caratteristiche, interessi e vissuti completamente diversi, che potrebbero talvolta creare controversie e posizioni opposte internamente al gruppo e alle attività. Le dimensioni raccolte e rilevate delineano, invece, un profilo di gruppo vario ma coeso, in cui ognuno ha potuto apportare del suo, sentirsi ascoltato e capito. Non sono mai state nascoste le opinioni differenti e i punti di vista opposti ma sempre con l'atteggiamento tale per cui si accoglieva il suggerimento, lo si elaborava e lo si integrava

4.4 Adattabilità dell'esperienza

Una dimensione sulla quale si è discusso e si sono ottenuti riscontri talvolta opposti è stata l'adattabilità di un'esperienza simile anche ad altri contesti, che vedono la presenza di persone con problematiche diverse, percorsi di vita differenti o opposti a chi ha sperimentato la dipendenza. Alcuni degli intervistati, infatti, ritengono l'esperienza avuta con Pippo tale da essere riproposta anche a target differenti dal loro << è un'attività che potrebbe essere utile a tutti, anche per un gruppo di lavoro per sciogliere o migliorare la comunicazione tra i membri del gruppo. Ne ho parlato con una mia amica che fa la maestra, con i bambini fa delle attività di colorare su un foglio immaginario. Anche quando facciamo i gruppi di parola, non si parla spesso di alcol ma di problematiche trasversali, io lo farei fare un po' a tutti, anche utile agli adolescenti dato che richiede di rapportarsi solo con il corpo e senza parole >>, facendo leva sulla novità e sulla metodologia innovativa << È qualcosa di nuovo, che non si fa ingiro. Anche

per i ragazzi giovani sarebbe utile. Prima non c'era la voglia di venire qui ad ascoltare altre persone, ora invece si. >>, << Io proporrei queste attività anche in altri contesti perchè ti insegna a farti gustare uno stile di vita sereno, senza torpori dato che la maggior parte delle persone che si aggrappa alla sostanza è perchè ha delle difficoltà, se quelle difficoltà le risolve prima non ti aggrappi alla sostanza. >>. È emerso più volte come questa esperienza sia adatta alla maggioranza delle persone perchè diffonde una concezione di benessere non solo legata all'assenza di alcol ma si tratta di un ambiente e di attività che ti aiutano a gustarti la vita e a stare bene <<È un'esperienza che può essere per tutti, posso immaginare di farla con i bambini ma anche con gli anziani, che hanno una sensibilità particolare >>, << Anche in un team, sai come aiuta a crescere? Per dire, io lavoro con altre colleghe, spesso dico "ma sai che bello sarebbe includere anche loro?" Glielo dico sempre.>>.

Due di loro, invece, hanno manifestato qualche dubbio in merito, in quanto ritengono che per riuscire a raggiungere certi risultati e ad apprezzare davvero certi tipi di attività, bisogna aver prima sperimentato determinate situazioni ed esperienze << Non so se possa essere un'esperienza adatta a tutti, in determinati contesti non so se sia possibile. Però sarebbe importantissimo riproporre altre serate come Rossano, tutta la gente che non ci conosceva era entusiasta. >> L'opposizione scaturita da questi intervistati può essere intesa come un modo per proteggere il proprio percorso e i risultati che si sono raggiunti mediante la frequentazione del gruppo, come testimonianza di una condizione che ha attraversato la loro vita, che è stata affrontata e superata, mentre chi non ha camminato con quelle gambe e vissuto determinate esperienze non può trarre dalla frequentazione di queste attività il medesimo beneficio. Non c'è il dubbio che possa essere utile anche ad altri, ma la riproposta in altri contesti deve tenere conto delle caratteristiche di quegli stessi contesti e delle possibilità di adattamento di simili progetti.

Dalle interviste non emergono solo riscontri e feedback derivanti dalla partecipazione alle attività, ma sono facilmente individuabili anche le tematiche e i sotto-temi che gli stessi hanno volutamente portato alla luce e che possono fungere, sia per la sottoscritta che per il servizio stesso, da oggetto di discussione e approfondimento anche durante gli incontri di parola organizzati internamente al servizio. Con la modalità “a cerchio” che caratterizza solitamente i gruppi, ognuno dei partecipanti poteva esprimere il proprio punto di vista sull’argomento emerso o sull’attività appena svolta o, al contrario, proporre un motivo di discussione.

4.5 “Prendersi cura”

Successivamente alla visione del video della performance dimostrativa di Rossano Veneto, i conduttori del gruppo hanno incitato la discussione in merito alle sensazioni scatenate internamente a ciascuno durante la visione di sé stessi e delle proprie abilità messe in scena in quella serata. Ciò che è emerso ha portato alla discussione in merito al proprio punto di vista e visione sul concetto di “*percorso di cura*”. Nel definire questo concetto, le posizioni individuate sono:

- PIACERSI → *“Non è questione di trattenersi dal bere, ma piuttosto di imparare a piacere a sé stessi e a fregarsene degli altri”; “Mi prendo cura di me se, quando mi guardo allo specchio, vedo riflesso ciò che io voglio far riflettere”;*
- IMPARARE A DIRE DI NO → *“Io devo ancora imparare a prendermi cura completamente di me stessa, quando vado al bar con mio marito ordina lui per me. Piuttosto di rifiutarmi di farlo e subire le sue imprecazioni, bevo”;*
- SAPER SCEGLIERE → *“Prendersi cura di sé è non scegliere quando ci si è già distrutti, ma scegliere prima di arrivare a distruggersi”; “è una fatica mentale, ma poi ti rendi conto che in un certo arco di tempo, da 3 cose adesso riesci a farne 5”;*
- DARE UN VALORE DIVERSO ALLE COSE → *“Quando vado al supermercato, passo la corsia degli alcolici senza fermarmi, non do più lo stesso valore all’alcol di prima”;*
- CURA SENZA CONTATTO → *“nel movimento, sentivo l’energia dell’altro anche senza toccarlo, mi avvicinavo a lui come per accarezzarlo ma non lo toccavo”*

All'interno della dimensione del prendersi cura, possiamo individuare anche il concetto di serenità, come "assenza di turbamento, interpretabile come limpida armonia spirituale, pacata o rassegnata tranquillità o distaccata obiettività" ed intesa dai nostri partecipanti come *"far pace con sè stessi; assenza di turbamento e di giudizio da parte degli altri; stare con le persone giuste che ti accettano e ti apprezzano; armonia da mantenere; comprensione degli errori e sana razionalità"*. Il riconoscimento e l'ammissione dei propri errori porta al raggiungimento della serenità, utilizzata, allo stesso tempo, per riconoscere e perdonare anche gli errori degli altri. Nessuno è perfetto, se perdono me stesso e arrivo a pensare che tutti possiamo sbagliare, allora posso perdonare, con la premessa che per ragionare e agire nell'ottica del perdono è fondamentale essere sobri e lucidi e aver raggiunto un certo livello di serenità interna e non determinata dall'ambiente circostante.

4.6 Cambiamento e nuovi stili di vita

Il percorso di cura risulta legato alle pratiche di cambiamento, come processo che la vita ci porta a fare e di cui è protagonista chi inizia a frequentare il gruppo. Attraverso l'utilizzo del grafico del cambiamento, si riflette sull'utilizzo e sul significato di cambiamento paragonato a quello di resilienza. In particolare, emerge come non sia sufficiente essere resilienti per cambiare ma come il cambiamento vada oltre la mera risoluzione del problema in sè, dato che ognuno decide il proprio percorso di benessere. Si rileva un costante cambiamento nel modo di fare e nel sistema di vita che i partecipanti hanno adottato, grazie alla sperimentazione e all'impiego di strumenti diversi, che hanno permesso loro di camminare da soli anche se dentro al gruppo, agendo un percorso di crescita che porta all'evoluzione del loro ruolo all'interno e della considerazione che possono avere del gruppo stesso, *"il gruppo te lo porti a casa, la sua memoria rimane, anche se non lo frequento per una volta ci penso, e tante volte in automatico arrivo qua"*. Si è modificato il modo di cambiare il proprio compito nel tempo, con la partecipazione alle attività si è allargato l'obiettivo, il quale *"non è più quello di affrontare il problema dell'alcol e di una possibile ricaduta ma è cambiata l'ottica e la visione dell'essere umano nella sua totalità e nel relativo benessere."*

C'è chi afferma di aver talmente cambiato modo di concepire la realtà che non nasconde di star considerando l'idea di staccarsi momentaneamente dal gruppo, a causa di alcune sensazioni non classificabili che vorrebbe provare a gestire da solo, allontanandosi momentaneamente per non sovraccaricare lo stesso di altre questioni. In realtà poi questo distacco non c'è stato,

poichè ci si rese conto che il ruolo che la persona stava assumendo cambiava, appunto, nel tempo per cui ognuno stava già camminando da solo, senza aver bisogno di staccarsi dal gruppo, il confine dentro-fuori era ormai superato, il gruppo lo senti comunque, anche quando non si è fisicamente presenti << *mi sono accorto di essermi rigenerato. Avevo avvertito un movimento interno, che mi ha spinto a chiedermi se potevo staccarmi dal gruppo. In realtà la voglia di uscire racchiude anche la paura di staccarsi e abbandonare il gruppo* >>.

Possiamo diventare, nel nostro piccolo, motore di cambiamento poichè con le nostre conoscenze provochiamo il cambiamento negli altri. Questo concetto si lega a quello di SALUTOGENESI, ovvero tutto ciò che, creando salute, permette alle persone, anche in situazioni di forte avversità di compiere scelte consapevoli di salute utilizzando risorse, accrescendo la propria resilienza e le proprie capacità. La salutogenesi da avvio ad un nuovo approccio alla salute, concentrandosi sull'insorgenza, la cura e la prevenzione delle malattie, attraverso un continuum salute-malattia in cui ogni persona si può collocare in un dato momento della vita, disponendo di opportunità e risorse per spostarsi verso il polo della salute.

I due pilastri principali della salutogenesi sono le Risorse Generali di Resistenza (interne come fattori biologici, caratteristiche di personalità, atteggiamenti, capacità vitali o life skills ed esterne, costituite da beni a disposizione, relazioni e servizi) e il Senso di Coerenza, considerato da Aaron Antonovsky come l'elemento che favorisce il muoversi del soggetto in direzione della salute. La capacità di usare le proprie risorse di resistenza è basata sul proprio senso di coerenza, globale e penetrante sentimento che qualsiasi cosa accada nella vita possa essere gestibile. Quest'ultimo si correla positivamente agli esiti di salute, qualità della vita e alle condizioni psicologiche di benessere, rappresentando una delle risorse interne più importanti per la salute. All'interno di questi gruppi si impara a riscoprire il senso della vita << *andando oltre, è importante non fermarsi all'etichetta di alcolista, scopro di essere anche altro, dimenticandomi talvolta di chi ero* >>, tanto che l'obiettivo principale << *non è focalizzarsi sempre e solo sull'alcol ma pensare a scelte diverse, in modo tale che l'impegno non diventi più andare al bar ma pensare di fare altre cose* >>.

Dai racconti degli intervistati traspare, inoltre, quello che è il ruolo del gruppo e la sua influenza nella vita e nelle relazioni dei partecipanti, sia perchè aiuta a liberarsi "*Lavorare con Pippo mi è servito anche nella relazione con gli altri. Cos'è cambiato? Tante persone si sono avvicinate a me, anche quelle con cui avevo un rapporto più superficiale. Questo mi da forza, mi gratifica. Qui abbiamo un senso logico da seguire come gruppo, ma c'è anche tanto spazio*

libero per buttare fuori le nostre sensazioni, a piccoli passi, con i nostri tempi", ma permette anche di riallacciare e rigenerare i rapporti dei partecipanti con familiari.

Nell'ambito della gestione della problematica del bere, importante risulta l'accettazione e la gestione della dipendenza all'interno del proprio nucleo familiare, affrontando talvolta con i familiari quella che è la negoziazione del percorso, partendo da un punto comune che permetta di procedere con equilibrio. Infatti, risulta spesso difficile guadagnarsi il supporto dei propri familiari nel percorso di cura dalla dipendenza, si presume ci sia la comprensione del valore d'uso del bere. Considerando che c'è chi viene al gruppo accompagnato da un familiare, traspare talvolta lo stupore sia del familiare nel vedere il marito/moglie cimentarsi in determinate attività *"Mai avrei pensato di vedere ***** fare le attività di Pippo"*, ma anche con amici e conoscenti, : *"Anche se ho sempre avuto un bel rapporto con i miei fratelli, quando bevevo mi mettevano alla graticola: l'amore della mia famiglia non è più stato tradito da quando ho deciso di farmi aiutare"*, innescando nella loro mente un meccanismo che permette di prendere consapevolezza della dipendenza *"mi è bastato sentire la parola papà, mi è servito solo questo per rielaborare il problema. Anche nella comunicazione con gli altri sono cambiato, ultimamente penso molto ai miei amici d'infanzia, sento molto la loro importanza, ma stessa cosa mi succede anche con persone che ho conosciuto molto tempo dopo ma con i quali mi trovo da dio"*.

L'importanza che gli intervistati attribuiscono al gruppo e il beneficio che ne ricavano dopo la sua frequentazione emerge anche nelle loro riflessioni personali, quando ammettono di non voler rispecchiare il prototipo di sé stessi che gli altri hanno definito al posto loro per cui decidono di intraprendere questo determinato percorso ma non individuano ancora nella loro vita le persone adatte per farlo *"un giorno potrei non avere più bisogno del gruppo ma poi mi rendo conto che fuori da qui non trovo lo stesso, non mi troverei a parlare con nessuno. Infatti, per il mio compagno, è tutto risolvibile, ma lui non sa che macigno ho dentro, lui a volte non si accorge del problema perchè non lo vede e fa credere a me che il problema non esiste dato che non si nota. Lui non capisce che è difficile ammettere di essere diventata come mia madre, ho paura di ammettere il problema" >>.*

Il vero modello da costruire è proprio quindi quello di scoprire noi stessi, senza cancellare la persona che si era pensando che non si riuscirà a cambiare: *"Si inizia semplicemente a pensare e fare scelte diverse, l'impegno non diventa più andare al bar, ma pensare a fare altre cose"*.

Gli intervistati affermano di aver notato come molte persone si siano avvicinate a loro dopo aver intrapreso questo percorso di cambiamento, anche coloro con i quali avevano un rapporto perlopiù superficiale. è un riscontro positivo che da loro forza e li gratifica. Qui hanno trovato il modo di farsi aiutare ad aprire la strada ma poi ognuno ha deciso da sé di procedere *“attività come queste danno nuova linfa al gruppo, Pippo ci ha aperto la strada, ora noi andiamo avanti, un passo alla volta, nel rispetto di tutti”*.

Prendendo spunto da un'attività di Reiki proposta da uno degli utenti come apertura del gruppo, si introduce il tema dello stile/stili di vita, con l'intenzione di ricollegarsi alla scelta di sobrietà, ovvero *“scegliere di non bere non perchè ho un controllo dall'alto ma perchè decido di cambiare”*. Ognuno dei partecipanti, coerentemente all'attività di gruppo o come suggerimento, racconta spesso un episodio, una situazione o un'abitudine come testimonianza di scelta di cambiamento che ha fatto nella sua vita. In seguito alla sperimentazione, molti di loro hanno riscoperto vecchie passioni: *“io e la mia bici siamo inseparabili, sono andato da Bassano a Santa caterina e poi sono sceso nuovamente, è stato bellissimo e liberatorio, mi sono sentito un'aquila”*. I loro racconti sono prova che si è modificato il pensiero che hanno del loro tempo libero, si sono messi in azione, con attività che prima non facevano o non sceglievano di fare da tempo *“non bevo più perchè ho trovato qualcosa che mi piace di più, la sobrietà non è quando non bevi più ma è quando non pensi più al bere”*.

Si è imparato a gestire il tempo libero e, al tempo stesso, anche il rischio che questo tempo libero possa essere impiegato per ricadere in vecchie abitudini insane *“è anche una questione di solitudine: questo weekend sono sempre stata impegnata e non ho neanche avuto il pensiero del bere, ecco che ho pensato che se fossi sempre impegnata probabilmente non berrei mai”* attraverso tanta forza d'animo e volontà, senza pensare sempre al peggio, *“ho iniziato a servire alla sagra del paese, è un modo per tenermi impegnato e non ricadere nelle vecchie abitudini di andare lì e bere soltanto”* ma anche a bastarsi, ad accettarsi e a STARE BENE, trovando un proprio equilibrio fatto di scelte consapevoli, di abbattimento di determinati rituali culturali *“il mio compagno mi dice sempre che se devo invitare a casa sua sorella devo comprare almeno la birra, ma perchè? sono normale sono se tengo almeno un po' d'alcol in casa?”* e da un percorso di esplorazione determinato da come uno lo affronta, se so accogliere l'opportunità, allora quel lavoro assume valore *“mentre tornavo a casa, ripensando alla mia situazione familiare, nel tratto da Firenze a Bologna, ho rilevato la presenza di 2 me, uno angelo e uno diavolo: il diavolo mi diceva che stavo affrontando un brutto periodo e che appena sarei stato*

a casa avrei potuto bere un bel po', in modo tale da dimenticarmi di quello che stavo vivendo, mentre l'altro, consapevole del percorso che avevo fatto e che sto ancora facendo rappresentava la convinzione di non bere più. Uno parlava all'altro, proprio come fosse un dialogo, ed io facevo la loro voce".

Conclusione

L'incremento dell'interesse per l'alcoldipendenza ha portato all'approfondimento delle cause dell'eccessiva assunzione alcolica e dei metodi e delle tecniche che utilizzano il gruppo come strumento di prevenzione e cura.

La considerazione da parte degli Alcolisti Anonimi della dipendenza alcolica come una malattia e la loro esclusiva concentrazione sulla problematica del bere portano alla nascita di ricerche atte a verificare la loro efficacia, in quanto risulta impossibile organizzare dei controlli temporali sul percorso di ogni membro e sulla definizione di che cosa può essere considerato efficace e cosa no. Inoltre, gli studi scientifici sul funzionamento del nostro cervello sono aumentati e hanno definito e chiarito numerose questioni sconosciute mentre il metodo adottato dagli AA è rimasto invariato e non si è "riadattato".

Più efficace si rivelerà il metodo testimone del lavoro di Vladimir Hudolin e al suo approccio ecologico-sociale, secondo il quale la dipendenza dall'alcool non viene vista come una malattia ma come uno stile di vita che nasce dall'interazione di diversi elementi e fattori di tipo psicofisico, sociale, familiare e culturale. Secondo questa teoria, il comportamento deviante viene inserito all'interno del contesto in cui si esprime, attraverso la rilettura del comportamento deviante come disagio del sistema a cui l'individuo appartiene ed ad una continua ridefinizione sulla base delle nuove conoscenze emergenti dall'ambiente scientifico e dall'esperienza quotidiana.

La massima espressione delle manifestazioni più significative delle dinamiche sociali è rappresentata dai gruppi di auto mutuo aiuto, forme di autosostegno individuale e di gruppo con l'obiettivo di porre fiducia nelle potenzialità delle persone e di favorire il ridimensionamento della componente medica all'interno degli interventi di aiuto. L'utilizzo di questa tipologia di gruppo è lo strumento fondamentale per la promozione della comunità di cura, con la possibilità di apprendere un living learning che promuove l'empowerment attraverso la valorizzazione di uno stile di vita incentrato sul benessere e l'ottimismo e nella condivisione di valori e dell'apprendimento come aspirazione fondamentale.

Attualmente, tutte le società sono caratterizzate dal fenomeno dell'alcolismo, con modelli di consumo delle bevande ancora influenzati da tendenze tradizionali di consumo, dalla cultura del bere, dalla disponibilità economica, dal livello di istruzione e dalle modalità di promozione e commercializzazione delle bevande alcoliche. Dall'analisi dei dati forniti in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2023, si può notare come il rischio di sviluppare disturbi da uso di alcol sia peggiorato ulteriormente, soprattutto successivamente alla Pandemia, tanto che in Europa il consumo alcolico è responsabile di circa 1 milione di decessi ogni anno, con conseguenze negative sulla salute come l'insorgenza del Disturbo da Uso di Alcol (DUA), delle psicosi alcoliche e delle cirrosi alcoliche.

Negli ultimi anni, numerose sono state le iniziative sull'alcol, promosse con l'obiettivo di rafforzare l'importanza di un sistema di monitoraggio alcol-correlato che garantisca una valutazione dell'impatto del consumo di alcol nella popolazione e fornisca informazioni sullo stato di avanzamento delle iniziative di contrasto adottate.

Ciò che preoccupa sempre di più e che spinge a riservare un'attenzione maggiore è il consumo degli alcolici da parte delle giovani generazioni, in particolare nell'abitudine del binge drinking, che vede un aumento esponenziale nella componente femminile.

Oggi, il servizio sociale, nel lavoro con i gruppi, fa spesso riferimento all'utilizzo del termine empowerment, processo nel quale le persone e i gruppi svantaggiati sperimentano la piena capacità di azione e di lotta contro chi o cosa li opprime, con relativa equilibratura e accrescimento del potere che gli utenti o le comunità ricercano per migliorare le proprie condizioni di vita. Le radici dell'empowerment sociale si possono individuare nel lavoro dei social workers, i quali hanno assunto l'iniziativa di promuovere interventi politici e legislativi finalizzati a migliorare le condizioni e le opportunità disponibili delle persone svantaggiate.

Di fondamentale importanza per la promozione dell'empowerment risulta l'azione d'intervento condivisa tra tutti gli interessati al problema, secondo la quale l'utente viene considerato agente capace che agisce alla pari del professionista, perseguendo il fine della ricerca del benessere. La dimensione sociale dell'empowerment è particolarmente evidente nel lavoro di comunità, costituito dall'attività tramite la quale si aiutano le persone a migliorare le loro condizioni di vita, coinvolgendole nella risoluzione dei problemi.

Indispensabile per il raggiungimento della finalità sopra descritta è l'azione dell'operatore di comunità, il quale collega la propria azione con l'agency comunitaria, con il libero agire e il raggiungimento di un maggior benessere. Il suo obiettivo è quello di costruire il benessere assieme a chi vive direttamente il problema e tentare di risolverlo, investendo tempo nella

progettazione di eventi vagamente realizzati nella vita comunitaria. Il servizio sociale professionale, non indifferente ad un ripensamento e rimodernizzazione dei processi, ha dato voce al malessere dell'utenza attraverso interventi di innovazione sociale che reinseriscano i soggetti vulnerabili all'interno delle istituzioni come partecipanti attivi e non solo come beneficiari e cambino gli equilibri di potere.

Gli interventi di innovazione sociale presuppongono l'esistenza di una relazione con la generatività, azione sociale che dà vita a forme organizzative di diversa natura capaci di generare qualcosa di nuovo e di averne cura.

Con la generatività sociale si tende a qualificare maggiormente anche la direzione del rapporto tra bisogno sociale e innovazione sociale, trasformando il tessuto sociale alla base dei bisogni, modificando il funzionamento del sistema sociale e generando benefici per la società o nuove forme di governance.

Il tema della generatività sociale si esprime e pronuncia in molteplici accezioni, soprattutto se accostato al termine "welfare", volgendo lo sguardo ai movimenti e ai principi fondamentali della generatività sociale, ovvero il desiderare e il prendersi cura, il benessere comune, la creazione di valore condiviso e della narratività. All'interno di questo quadro si colloca il significato di welfare generativo, in grado di rigenerare le risorse disponibili, responsabilizzando le persone che ricevono aiuto e aumentando, allo stesso tempo, il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio della collettività.

Esempio di queste progettualità generative è l'esperienza realizzata e analizzata all'interno del servizio Ser.D. di Bassano del Grappa e, in particolare, dei gruppi guidati self-help alcol.

La ricerca condotta è partita ispirandosi al filone di attività interne ai gruppi di auto mutuo aiuto, composti da circa 10-12 persone ciascuno, tra utenti e professionisti, con una durata degli incontri di circa 90 minuti, che ha preso avvio a giugno 2021 e ha previsto la realizzazione degli stessi mediante modalità settimanali e quindicinali.

Con l'approfondimento del progetto "**SPERIMENT-AZIONE**" si sono sviluppate tecniche espressive di teatro terapia ancora poco promosse e utilizzate che prevedono la partecipazione tra diversi professionisti e la disponibilità al cambiamento manifestata dai soggetti coinvolti, la quale ha raccolto un grande successo grazie al fatto che risponde al bisogno manifestato dai partecipanti ai gruppi. Ogni attività/consegna proposta è andata a toccare un aspetto, una problematica o un limite che ogni persona, in determinate situazioni della vita, può trovarsi ad affrontare, mantenendo l'obiettivo di allontanarsi dalla

considerazione del gruppo come strumento per parlare esclusivamente di alcol e di chi partecipa ai gruppi come mero alcolista. Nell'ottica della riprogettazione delle attività si è voluto analizzare le esperienze vissute dagli utenti del gruppo SPERIMENT-AZIONE, approfondendo gli esiti delle attività innovative di auto aiuto di gruppo sugli utenti, i vissuti e le prospettive future per sé stessi e per gli altri.

L'utilizzo dell'intervista semi-strutturata ha permesso di ottenere maggiore flessibilità nella risposta, nell'interpretazione e nell'approfondimento di un argomento, ma anche di una maggiore personalizzazione, feedback e spazio per le risposte alternative suggerite per aiutare l'intervistato. La modalità scelta si è rivelata, quindi, la più adeguata, sia perché ha permesso di agganciare tutti i partecipanti, privilegiando la spontaneità e la capacità di rappresentare la propria condizione di vita ma anche di adattarsi ad un campione abbastanza eterogeneo, non idoneo alla predisposizione a domande troppo precise o chiuse o troppo ampie e complesse. La realizzazione delle interviste è avvenuta successivamente alla conclusione di questo periodo di attività, che ha coinciso con la fine della mia esperienza di tirocinio nel mese di giugno, nel rispetto delle tempistiche previste inizialmente.

L'analisi delle interviste e dei dati raccolti ci ha permesso di riscontrare come la maggior parte dei partecipanti fosse inizialmente incerto in merito alla validità dell'esperienza e agli effetti che questa potesse generare sulle loro vite e sulla loro quotidianità. La paura di mettersi in gioco, di mostrare la propria fisicità e far entrare qualcuno nella propria zona di comfort venivano considerate scelte azzardate, difficili da prendere e da rielaborare.

La realtà dei fatti ha poi riportato feedback positivi, che hanno contribuito a smentire e a ribaltare le aspettative iniziali dato che positive si sono rivelate le sensazioni provate e maggiormente diffuse nei partecipanti in seguito alla sperimentazione delle attività, i quali si concentravano sull'attività e sperimentavano la libera espressione dei loro pensieri.

Ciò che ha contribuito alla buona riuscita delle attività è stata la sperimentazione dello strumento del gruppo, all'interno del quale trova risposta la necessità di condivisione dell'esperienza con qualcuno che si trovi nelle medesime condizioni e che possa costituire oggetto di confronto, di ispirazione e di supporto.

Attraverso la partecipazione al progetto, le persone hanno appreso un nuovo modo di relazionarsi ed entrare in contatto con gli altri, seppur persone diverse per personalità, caratteristiche, interessi e vissuti. Proprio l'aver ottenuto un tale riscontro positivo dagli intervistati ci suggerisce l'adattabilità dell'esperienza ad un contesto come il Ser.D., sollevando

però qualche dubbio in merito alla riproposta del progetto in altri contesti, diversi dal servizio di interesse: alcuni di loro ritengono che per riuscire a raggiungere certi risultati e ad apprezzare davvero certi tipi di attività, bisogna aver prima sperimentato determinate situazioni ed esperienze; non permane c'è il dubbio che possa essere utile anche ad altri, ma la riproposta in altri contesti deve tenere conto delle caratteristiche di quegli stessi contesti.

Le interviste hanno permesso di raccogliere feedback anche su altre tematiche, portate alla luce dai racconti dei partecipanti, che si mostrano spesso collegate fra loro e protagoniste di un percorso che segue un filo logico. Frequenti sono state le discussioni in merito al percorso di cura che permette di raggiungere la felicità, momento di non considerazione dei giudizi altrui, accanto alle persone giuste e con una sana razionalità.

Intraprendendo questo percorso i membri del gruppo possono sperimentare il cambiamento, andando oltre la mera risoluzione del problema in sé e raggiungere il benessere. Ognuno di loro può costituire motore di cambiamento per sé stesso ma con le loro conoscenze possono provocare il cambiamento anche negli altri, secondo una prospettiva di SALUTOGENESI, ovvero tutto ciò che, creando salute, permette alle persone, anche in situazioni di forte avversità, di compiere scelte consapevoli di salute utilizzando risorse, accrescendo la propria resilienza e le proprie capacità.

*Grazie a tutti coloro che in questo percorso hanno saputo essere
per me un punto di riferimento e una fonte di sostegno,
grazie per aver camminato con me e
avermi dato coraggio nei momenti più difficili e impegnativi.
Grazie ai miei nonni, anche se oggi non vi posso abbracciare,
vi sento vicini, in qualunque posto voi siate.
Grazie anche a me stessa, per aver imparato a mettermi in gioco
e a combattere le mie insicurezze.*

Bibliografia

Allegri E. (2015). *Il servizio sociale di comunità*. Roma, Carocci Faber.

Bortoli B., Folgheraiter F. (2001). Lavoro Sociale, in “Quadrimestrale di metodologia e culture professionali”, n. 1, pp. 121-128.

Calcaterra V. (2013). *Attivare e facilitare i gruppi di auto/mutuo aiuto. Lavoro sociale in tasca*, 89.

Converso D, Piccardo C. (2003). *Il profitto dell'empowerment. Formazione e sviluppo organizzativo nelle imprese non profit*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

Devoto A. (1990). *La chiave e il lampione. Ecologia relazionale delle dipendenze*. Firenze, Interistituzione. Fondazione Francesco Ceramelli Papiani.

Fabbi V. (2006). *Il gruppo e l'intervento sociale. Progettare, condurre, valutare*. Roma, Carocci Faber.

Fanti M., Serbati A. e Nigris D. (2021). *Le competenze dell'operatore di rete dei servizi di alcologia del Trentino: una ricerca volta alla costruzione condivisa di rubriche di autovalutazione*. In C. Pattaro e B. Segatto (a cura di). *Ricerca nel servizio sociale. Percorsi di avvicinamento alle pratiche di ricerca nei servizi*. Milano, FrancoAngeli.

Folgheraiter F. (2000). *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*. Metodi e tecniche del lavoro sociale. Trento, Erikson.

Gallino L. (1978) *Dizionario di Sociologia* Torino UTET

Gui L. (2017). *Servizio sociale e generatività*. *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 1, 67-79.

Guidoni G, Tilli A. (2002). *L'approccio ecologico-sociale di Vladimir Hudolin: una nuova epistemologia per i problemi alcolcorrelati*. *Alcologia*, 15, 95-109.

Hudolin V., Jauk S. (1991). *Manuale di alcolologia*. Trento, Erickson.

Lampugnani D., Cappelletti P. (2016). *Innovazione sociale e generatività sociale: quale trasformazione delle relazioni sociali?*. *Impresa Sociale*, n. 8, 4.14.

Magatti M., Giaccardi, C. (2014). *Generativi di tutto il mondo unitevi! Manifesto per la società dei liberi*, Feltrinelli, Milano: 230 [<http://hdl.handle.net/10807/61450>]

MANUALE OPERATIVO Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

Oliva F., Croce M. (2009). Il rapporto tra professionisti e auto-mutuo-aiuto. Il facilitatore risorsa per il gruppo. *Quaderni Animazione sociale*, Gruppo Abele, Torino, 129-136

Parsloe P. (1996). *Empowerment in social work practice*. In P. Parsloe (Ed.), *Pathways to empowerment*, pp. 1 - 13. Venture Press.

Pattaro C. (2018). *Dire e fare comunità. Servizio sociale, migranti e prospettive di partecipazione in Veneto*. Milano, FrancoAngeli.

Pavesi N. (2009). *Empowerment e azione sociale*. *Politiche sociali e servizi*, n. 1, 55-65.

Pavesi N., Pretto A. (2010). L'esperienza dell'auto-mutuo aiuto e la qualità della vita del soggetto, del gruppo e della comunità: il caso di alcolisti anonimi. *Politiche sociali e servizi*, 1, 63-79

Raineri M.L. (2004). *Il metodo di rete in pratica: studi di caso nel servizio sociale*. Trento, Erikson.

Raineri M.L. (2021). *Assistente sociale domani, Vol. 1*. Trento, Erikson.

Ranieri M.L., Panciroli C. (2022). La forza delle reti di auto/mutuo aiuto: i Club Alcologici Territoriali trentini nell'emergenza sanitaria. *Autonomie locali e servizi sociali*, Fascicolo 3, pp. 489-508.

Rovai B, Ziliani A. M. (2007). *Assistenti Sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale*. Roma: Edizione Carocci Faber.

Scafato E, Ghirini S., Gandin C., Matone A., Vichi M. e il gruppo di lavoro CSDA, (2023). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2023*. Roma, Istituto Superiore di Sanità.

Scandone, R. (2019). *L'espressione emotiva nell'esperienza teatrale integrata*. Il Bollettino, 2019(3-4), 23-24.

Twelvetrees A. (2006). *Il lavoro sociale di comunità . Come costruire progetti partecipati*. Trento, Erikson.

Vecchiato T. (2014). *Welfare Generativo. Responsabilizzare, rendere, rigenerare. La lotta alla Povertà. Rapporto 2014*. Bologna, il Mulino.

Zambello M. (2016). *Servizio Sociale e interventi generativi di comunità*. Studi Zancan, politiche e servizi alle persone, n. 6, 22-27.

Zancan F. E. (2012). *Vincere la povertà con un welfare generativo. La lotta alla povertà. Rapporto*. Bologna, Il Mulino.

Zimmerman M. A., Rappaport J. (1988). *Citizen Participation, Perceived Control and Psychological Empowerment*, in "American Journal of Community Psychology", n. 16, pp. 725-50.

Sitografia

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=103230#:~:text=Nell'anno%202020%20i%20consumatori,0%2C4%25%20femmine\).](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=103230#:~:text=Nell'anno%202020%20i%20consumatori,0%2C4%25%20femmine).)

<https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd23>

<https://www.aulss7.veneto.it/>

<https://www.politicheantidroga.gov.it/it/>

<https://www.regione.veneto.it/web/sociale/normative>

<https://www.salute.gov.it/portale/alcol/dettaglioEventiAlcol.jsp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=620>

https://it.wikipedia.org/wiki/Vladimir_Hudolin

https://it.wikipedia.org/wiki/Programma_dei_dodici_passi

<https://www.alcolistianonimiitalia.it/cose-aa/aa-programma/>

<https://www.healthdesk.it/medicina/dipendenza-alcol-12-passi-alcolisti-anonimi-funzionano-da-vvero>

<https://it.wikipedia.org/wiki/Benessere>

<https://www.ilpost.it/2019/08/03/alcolisti-anonimi-obsoleto/>

https://www.treccani.it/enciclopedia/alcolismo_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/

<https://www.associazioneama.bz.it/it/Chi-siamo/Facilitatori>

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=103230#:~:text=Nell'anno%202020%20i%20consumatori,0%2C4%25%20femmine\).](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=103230#:~:text=Nell'anno%202020%20i%20consumatori,0%2C4%25%20femmine).)

https://www.fondazionezancan.it/sdm_downloads/il-welfare-generativo-e-le-sue-potenzialita/

ALLEGATO 1
TRACCIA INTERVISTA

1. ASPETTATIVE:

Lei ha fatto parte del gruppo SPERIMENT-AZIONE e ha avuto la possibilità di sperimentare le attività proposte. Quali erano le sue aspettative iniziali in merito alle attività? Quando ha iniziato il laboratorio con Pippo aveva delle aspettative? Di timori? Dei dubbi? Cosa ti ha convinto a partecipare all'esperienza? Quale tra le attività proposte ti è piaciuta maggiormente? (lavoro sullo specchio, burattinaio, muoversi nello spazio colorando, storia narrata condivisa, ecc) e perché?

2. POST ATTIVITÀ:

Se ci sono stati, quali sono stati i benefici principali che hai riscontrato dopo la sperimentazione di queste attività? A livello fisico ha notato dei cambiamenti? Rispetto all'umore? Che cosa pensi di aver acquisito mediante la partecipazione a questo progetto?

Descrivi con una metafora, una parola ecc l'esperienza che hai vissuto/Se dovessi spiegare a qualcuno il laboratorio Speriment-azione come lo descriveresti?

3. GRUPPO:

Quale valore/senso ha il gruppo per lei? Se ci sono state quali sono le difficoltà che hai incontrato? Il rapporto con gli altri partecipanti è cambiato? Se sì In che modo?

4. COINVOLGIMENTO DEGLI ALTRI:

Pensa che questo gruppo possa essere utile anche ad altri? Perché? Pensi che possa essere un'esperienza per tutti se sì perché se no perché

5. FUTURO:

Siamo aperti a nuove proposte e vogliamo partire dalle vostre idee per progettare il futuro del gruppo: secondo lei, cosa aiuterebbe il gruppo a mantenere gli obiettivi prefissati e, allo stesso tempo, ad evolvere? Quali attività propone di mantenere

Quali intraprendere? Pensi che questo possa cambiare/evolvere in futuro? Hai dei consigli da darci? Sei disponibile a proseguire l'esperienza? Se sì in che modo? Ci sono aspetti che vuoi modificare?

ALLEGATO 2
MODELLO CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____.

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, conferma di essere stato adeguatamente informato/a sul fatto che ogni informazione e dato personale, anche sensibile, che Lo/La riguarda, la cui raccolta ed elaborazione risulti connessa ed indispensabile al conseguimento delle finalità ivi indicate, saranno trattati con modalità idonee a garantirne l'assoluta riservatezza e sicurezza, in conformità alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679. Pertanto,

Esprime il consenso Nega il consenso

ad essere intervistato ai fini della ricerca realizzata all'interno del percorso di laurea magistrale in Innovazione e Servizio Sociale dell'Università di Padova.

Esprime il consenso Nega il consenso

rispetto al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, esclusivamente per le finalità indicate nella suddetta Informativa

Esprime il consenso Nega il consenso

all'utilizzo di strumenti di audio-videoregistrazione dell'intervista per il trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, esclusivamente per le finalità indicate nella suddetta Informativa

Esprime il consenso Nega il consenso

alla pubblicazione di stralci del testo dell'intervista nel quale non sarà citata né l'identità del/la sottoscritto/a, né quella delle persone a cui si fa riferimento.

Firma _____