

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,
GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea Magistrale in
Innovazione e Servizio Sociale



"Il servizio di sostegno alla vita indipendente e all'abitare" del Ser.D. di
**Padova: uno studio sul benessere e sulle relazioni di supporto dei
soggetti fruitori**

Relatore: Prof. DARIA PANEBIANCO

Laureando: ANNA
INVIDIA

Matricola N. 1243446

A.A. 2021/2022

“Insegnami a intraprendere un nuovo inizio,
a rompere gli schemi di ieri,
a smettere di dire a me stesso
“non posso” quando posso,
“non sono” quando sono,
“sono bloccato” quando sono totalmente libero.
(Rabbi Nachman di Brazlav)

INTRODUZIONE	7
--------------------	---

CAPITOLO I: IL FENOMENO DELLA DIPENDENZA E I PERCORSI DI TRATTAMENTO

1.1. La dipendenza chimica e comportamentale e gli approcci al consumo di sostanze stupefacenti.	12
1.1.1. <i>Caratteristiche e tendenze d'abuso nel contesto Europeo, Italiano e nella regione Veneto</i>	16
1.2. Le tossicodipendenze in trattamento: riferimenti storici e normativi	24
1.2.1. <i>I percorsi di prevenzione e trattamento nel contesto Europeo, Nazionale e Regionale</i>	33
1.2.2. <i>Il reinserimento e l'integrazione socio-relazionale del paziente: il fine ultimo dei percorsi di trattamento</i>	38

CAPITOLO II: LA QUALITA' DELLA VITA E IL BENESSERE RELAZIONALE: ELEMENTI DI INDAGINE NEL PROCESSO DI CAMBIAMENTO

2.1. Il benessere individuale: una definizione.....	42
2.2. Il <i>well-being</i> del paziente tossicodipendente e la scala di valutazione <i>WHOQOL-BRIEF</i>	46
2.3. Il paradigma della <i>Social Network Analysis</i> : sviluppo e teorie a confronto	52

CAPITOLO III. LA RICERCA: IL SERVIZIO SPERIMENTALE DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA VITA AUTONOMA DEL SERD DI PADOVA

3.1. Uno sguardo al contesto: il fenomeno delle dipendenze nel territorio Padovano....	59
3.2. Il “ <i>Servizio di sostegno alla vita indipendente e all’abitare</i> ”	64

3.3. Il disegno di ricerca: obiettivi generali, setting e campionamento	67
3.3.1. <i>Il corpus metodologico e gli strumenti di raccolta dati</i>	72
3.4. Un'indagine qualitativa: l'analisi e la discussione dei primi risultati.....	81
3.4.1. <i>Le variabili indipendenti: caratteristiche socio-demografiche e carriera tossicomantica degli intervistati</i>	84
3.4.2 <i>La prima fase di valutazione e il focus sui casi di L.S. e A.F.</i>	87
3.4.3 <i>Il follow-up dello studio e il focus sui casi di L.S. e A.F.</i>	100
CONCLUSIONI.....	118
BIBLIOGRAFIA.....	123
SITOGRAFIA	127

INTRODUZIONE

Il consumo di sostanze stupefacenti, e più in generale il fenomeno della tossicodipendenza, è rintracciabile in differenti culture e utilizzato per millenni con il principale scopo di cura di determinate malattie o per aumentare la resistenza e le prestazioni fisiche dell'uomo. Successivamente, a partire dal 1800, le droghe hanno preso piede anche in ambito medico utilizzate come cura palliativa per il dolore a fronte di determinate operazioni chirurgiche o in vista di diverse malattie alle quali non veniva posto rimedio. Il periodo di interesse per la sostanza stupefacente intesa come “rimedio” è stato seguito dall'importante svolta avvenuta nella scoperta degli effetti negativi e collaterali che la sostanza può apportare dal punto di vista fisico, psichico, sociale e per il generale benessere collettivo. È all'incirca intorno al 1900 che il fenomeno della droga, e i rispettivi comportamenti posti in essere, iniziano trovare una definizione da parte di una società che ha cercato sempre di racchiuderlo in specifici significati di legittimazione o delegittimazione. Più nello specifico, intorno agli anni 70-80 del 900 che un simile fenomeno ha iniziato ad essere percepito al di fuori della società e da ciò che comunemente veniva considerato “normale”. Pertanto, venivano poste le conseguenti sanzioni per chi faceva proprio un atteggiamento condannato ed etichettato come “trasgressione” e “devianza” e il relativo soggetto assuntore inteso come un vero e proprio “malato”. Tuttavia, uno dei principali rischi a cui si è andati incontro in tutti questi anni ha riguardato la minimizzazione messa in atto nel campo della cura della dipendenza poiché focalizzarsi unicamente sull'abuso di sostanze e sui suoi effetti collaterali (intesi come atteggiamenti al fuori dagli schemi e dalle logiche comuni e come una vera e propria malattia) significava spostare l'attenzione sull'assunzione di un determinato comportamento in sé, piuttosto che sulle persone e sui significati sociali insiti nei loro atti (Zamperini, 2002). L'obiettivo del seguente lavoro verte e propone l'analisi di questo fenomeno, così complesso e incontrollabile, a partire dalla relazione che si instaura tra i

fattori e le componenti socio relazionali insite nell'attivazione di un simile comportamento tossicofilico e soprattutto sui significati che ogni persona attribuisce alla propria esperienza individuale con la sostanza. Inoltre, verrà posta attenzione circa l'idea che traslare alcune conoscenze e stereotipi comuni sui singoli vissuti di ogni soggetto implica inevitabilmente un riduzionismo concettuale dall'esito fatale per coloro che sono dediti alla cura e al trattamento di tale fenomeno. In particolar modo, molteplici sono risultati i modelli che si sono storicamente avvicinati nella definizione e spiegazione del fenomeno della tossicodipendenza (come il modello morale, medico etc.), ma ciò che è stato evidenziato in letteratura è che tra le diverse condizioni predisponenti alla tossicodipendenza occupano un posto di rilievo le esperienze socio relazionali, l'accettazione/denigrazione nel gruppo dei pari, lo scarso supporto familiare, la ghettizzazione, la disoccupazione, la pressione del gruppo etc. Similmente, un fenomeno di questo tipo può essere compreso solo a partire dalla concreta e dovuta considerazione che si deve attribuire all'influenza data dal contesto sociale, relazionale in cui l'assunzione da sostanze prende forma.

Nonostante i presupposti considerati, nella realtà attuale come lo stesso Zamperini (2002) afferma si è principalmente indirizzati a costruire interventi e strategie di azione soffermandosi particolarmente sul pregiudizio che considera la tossicodipendenza come malattia, vizio o devianza. Un approccio di questo tipo distoglie lo sguardo dal senso emotivo e cognitivo che costituisce questa esperienza sia per chi la vive ma soprattutto per la costruzione sociale che è alla base di questo fenomeno. In questo senso, una delle principali conseguenze riguarda la deprivazione di significato di cui è portatore la persona stessa insieme ai suoi vissuti, affidando unicamente agli “esperti” la possibilità di caratterizzare un'esperienza di questo tipo in base al proprio soggettivo significato che non sostituirà mai quello della persona in sé (Loi; Tarantini, 2006).

Alla luce di ciò il seguente elaborato tenta di collocarsi in una precisa prospettiva che identifichi il fenomeno della dipendenza e del relativo consumo di sostanze come un vero e proprio testo “autobiografico”. È sempre più forte l'esigenza di affrontare una simile questione da un punto di vista narrativo in cui è il soggetto protagonista, in prima persona, a raccontare della propria esperienza con la droga attraverso i suoi stessi occhi, le sue stesse parole e l'emotività e il significato di cui esse sono costituite al fine di comprendere quali sono effettivamente le cause che hanno portato ad assumere un simile comportamento (Bacchereti; Smorti, 2006). Pertanto, si cerca di fare in modo che le

relative strategie di azione per la risoluzione di una simile problematica abbraccino più prospettive e visioni, tra cui quella dello stesso consumatore.

Il progetto di studio mira quindi alla percezione diretta e narrata dagli utenti stessi rispetto alle loro esperienze di vita, di consumo di sostanze e i relativi cambiamenti subiti dal punto di vista della qualità di vita e del benessere relazionale. Una simile ipotesi è frutto della personale esperienza di tirocinio di ricerca, condotta presso il Dipartimento per le Dipendenze di Padova dell'AUISS6 Euganea. Nel panorama odierno, come poc' anzi accennato, non si può esimersi dalla riflessione secondo cui le difficoltà avanzate dagli utenti vengano trattate singolarmente e, in quanto tali, piuttosto è sempre più forte l'esigenza di comprendere come il soggetto sia direttamente intersecato con le sue relazioni e con il contesto ambientale di riferimento. Per tale ragione i servizi alla persona a cui fa capo il trattamento, in tal caso, del fenomeno della dipendenza chimica e/o comportamentale deve tendere a interventi terapeutici che prendano necessariamente in considerazione la dimensione relazionale durante la fase di recupero e soprattutto nella delicata fase del post-trattamento e del reinserimento in autonomia del paziente nell'ambiente circostante. Similmente, un'ulteriore trasformazione avvenuta negli ultimi decenni riguarda il costrutto della qualità della vita, che anche se in linea teorica, non viene più considerato unicamente come benessere del soggetto dal punto di vista della salute clinica piuttosto considera molteplici categorie che coadiuvano insieme per il raggiungimento dello stato di benessere della persona. All'interno di queste categorie si fa cenno alla necessità di intrattenere delle relazioni sociali positive e di tipo qualitativo. Pertanto, a fronte di tali premesse teoriche e, in particolar modo, con l'avvio del "*Servizio di accompagnamento alla vita indipendente e all'abitare*", ideato dagli operatori del SerD di Padova e affidato, dal punto di vista gestionale, alla Cooperativa TerrA, ho sviluppato la mia domanda di ricerca inerente all'analisi, tramite interviste semistrutturate, della qualità di vita e delle relazioni sociali dei soggetti fruitori di questo servizio. In tal senso, il servizio è apparso un utile mezzo attraverso il quale analizzare questi fattori anche in linea con gli obiettivi definiti nell'ideazione del servizio rispetto all'importanza di sollecitare e contribuire all'autonomia del paziente nel contesto ambientale, accrescendo al contempo la sua qualità di vita. Si auspica, inoltre, uno sviluppo della dimensione di rete dei soggetti fruitori e della loro integrazione comunitaria. L'obiettivo della ricerca diviene, pertanto, la comprensione dell'influenza che tale servizio può avere rispetto al miglioramento o meno del benessere individuale e

delle relazioni sociali ma soprattutto come, a loro volta, possono influenzarsi reciprocamente in maniera positiva.

In particolare, nel primo capitolo verrà presentata una definizione generale del fenomeno della dipendenza chimica e/o comportamentale e sarà operata una rassegna dei principali approcci che hanno tentato di sistematizzare il concetto di *addiction* nel tempo. Inoltre, in riferimento ai più recenti documenti europei, nazionali e regionali, si parlerà delle attuali tendenze al consumo di sostanze e altri comportamenti additivi nonché dei percorsi di trattamento riservati alla cura della dipendenza anche in chiave storica e normativa. Infine, si dedica particolare attenzione ai differenti percorsi di trattamento attuali e alle relative lacune che emergono, in particolar modo rispetto al fine ultimo a cui tendono: il concreto recupero e reinserimento socio-lavorativo del paziente nel contesto comunitario di appartenenza.

Nel secondo capitolo, si fa luce sul concetto di qualità di vita e sulle differenti definizioni che si sono susseguite nel tempo prettamente dal punto di vista clinico-sanitario. Le tendenze attuali evidenziano, al contrario, come un simile comprenda anche l'importanza di possedere e spendersi in relazioni positive e proficue ma anche come sia fondamentale porre attenzione sulla percezione che il soggetto ha della sua vita sotto i differenti punti di vista. Un focus particolare verrà posto sulla scala di valutazione WHOQOL-BRIEF che sarà parte integrante del corpus metodologico utilizzato nello sviluppo del progetto di ricerca. Tuttavia, si evidenzierà la presenza attuale di un *gap* rispetto all'approfondimento della dimensione relazionale all'interno delle scale di valutazione. Perciò, al fine di sopperire a tale difficoltà verrà fatto un rimando al paradigma della *Social Network Analysis (SNA)* che consente di investigare le relazioni sociali nel processo di recupero e di operare per una loro ricostruzione. A tal fine, si illustreranno le principali teorie della SNA, gli strumenti e le metodologie per la raccolta di dati relazionali nonché le caratteristiche del *network* e delle dimensioni del capitale sociale. Concludendo, si rifletterà sull'importanza dei legami sociali nello svolgimento di percorsi di trattamento e, di conseguenza, la necessità di adottare un approccio di rete nella cura della dipendenza che vada oltre all'atteggiamento discriminatorio che avvolge da secoli i soggetti assuntori di sostanze ma al contrario considerarli parte attiva del proprio processo di reinserimento sociale. Solo in tal senso, si può sperare nella generazione di una nuova

cultura di *addiction* che trasformi potenzialmente il *modus operandi* dei professionisti a capo dei servizi destinati alle persone.

Nel terzo ed ultimo capitolo, si entra nel vivo del progetto di ricerca. Viene posto uno sguardo alla descrizione del contesto rispetto al fenomeno della dipendenza in cui è avvenuto lo studio, accompagnato dall'esposizione del "*Servizio di accompagnamento alla vita indipendente e all'abitare*" e all'esplicitazione dei suoi obiettivi generali e specifici. Successivamente, si passano in rassegna le varie fasi metodologiche che compongono la stesura di una ricerca rispetto allo scopo dello studio, le molteplici attività di setting, campionamento, le azioni e gli strumenti necessari per la raccolta dei dati. Infine, si presentano i primi risultati emersi dall'indagine a livello generale ma con particolare *focus* a due casi di studio attraverso i quali si presentano le ipotesi estreme che si possono verificare rispetto all'influenza che le relazioni sociali possono avere sulla qualità di vita del paziente e viceversa, accompagnati dalle eventuali riflessioni in merito.

CAPITOLO I: IL FENOMENO DELLA DIPENDENZA E I PERCORSI DI TRATTAMENTO

1.1. La dipendenza chimica e comportamentale e gli approcci al consumo di sostanze stupefacenti.

Nella società odierna la problematica della dipendenza chimica e/o comportamentale assume le sembianze di un fenomeno sempre più complesso, quasi caleidoscopico, di cui è concretamente difficile definirne i vari profili e le cause insite nella sua reale manifestazione. Tuttavia, si è giunti ad una conclusione rispetto a ciò che può essere insito e causa stessa di un fenomeno così tanto latente quanto impattante nella vita delle persone che, a loro volta, vedono minate le medesime sfere di vita sociale. Difatti, è stato evidenziato come l'assunzione di comportamenti di *addiction* sia spesso il risultato di determinate vulnerabilità che i soggetti possono presentare a livello psicologico e sociale/relazionale. Così come bisogna tenere in considerazione che le sue proprietà possono cambiare a seconda del contesto e del momento storico di riferimento (basti pensare alle conseguenze rispetto a tale tematica derivate dalla pandemia da Covid-19). In tal caso l'abuso di sostanze può rappresentare la soluzione e l'unica via percorribile per colmare quei "vuoti". Risulta importante approcciarsi ad una prospettiva ad ampio raggio dato che la manifestazione di un comportamento di dipendenza non trova senso unicamente in caratteristiche soggettive dell'individuo, bensì sono direttamente correlate a vari ambiti di vita che inevitabilmente si ripercuotono sul suo soggettivo atteggiamento.

Innanzitutto, risulta opportuno presentare una definizione di che cosa si intenda per dipendenza da sostanza chimica e non solo, dato che nella società odierna la dipendenza riguarda anche la messa in atto di condotte illecite dal punto di vista comportamentale (es. dipendenza da gioco d'azzardo, da shopping etc.).

In linea generale, si sono susseguite nel tempo differenti definizioni del fenomeno della dipendenza che risentono, inevitabilmente, del periodo storico di riferimento.

Una prima terminologia di tossicodipendenza (o dipendenza da droga) è stata offerta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che la definisce come *“una malattia ad andamento cronico recidivante che spinge l'individuo, in maniera più o meno coatta,*

ad assumere sostanze a dosi crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza”.

In tal caso l’abuso di droga viene vissuto e delineato come una specifica malattia di cui è portatore il singolo individuo e le cui ripercussioni vengono declinate soprattutto in chiave clinico-fisica in quanto comporta da un lato, l’aumento costante della dose assunta quotidianamente per ottenere i medesimi effetti e dall’altro il manifestarsi di sintomi tipici di astinenza (tremore delle mani, insonnia, nausea, iperattività del sistema nervoso autonomo etc.) qualora fosse sospesa l’assunzione della sostanza. Ciononostante, la dipendenza può indurre ripercussioni anche dal punto di vista psicologico, in autonomia o correlate a quelle fisiche, in quanto si crea un legame “morboso” tra l’assuntore e la sostanza tale per cui determinate gratificazioni, sensazioni positive che il soggetto può provare dipendono unicamente dall’assunzione di quella determinata sostanza o meno. Pertanto, coloro che presentano una problematica di dipendenza trovano una propria “soddisfazione” unicamente nell’assunzione di determinate droghe o comportamenti. Si ritiene che questo tipo di dipendenza, dal punto di vista psicologico, sia più difficile da superare.

Se precedentemente l’OMS avanzava una definizione di tossicodipendenza principalmente in un’ottica fisiologica e/o psicologica, con la definizione apportata dal Dipartimento Politiche Antidroge (DPA) sul tema della dipendenza e, nello specifico all’interno del Piano di Azione Nazionale (PAN) del 2010, si inizia a parlare di quelle determinate cause e/o conseguenze insite nella dimensione sociale e relazionale del soggetto:

“la tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile [...] è una malattia del cervello, complessa e fortemente invalidante, correlata a disturbi comportamentali, rischi infettivi e psichiatrici con gravi conseguenze sociali per l’individuo [...] le persone vulnerabili, e cioè portatori di caratteristiche neuro-psico-biologiche e socio ambientali particolari hanno una maggior probabilità di sviluppare dipendenza in seguito all’uso di sostanze stupefacenti [...] da una scarsa percezione di problemi nei propri comportamenti e nelle relazioni con gli altri e da una disfunzione nei meccanismi di risposta emozionali [...]” (Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l’integrazione dell’offerta e dei servizi, 2011)

In questo senso, è confermato che per coloro che tendono ad assumere comportamenti d'abuso rispetto alle sostanze stupefacenti possono presentare, in principio, delle difficoltà insite nell'ambiente sociale e relazionale all'interno del quale sono inseriti creando, di conseguenza, ulteriori difficoltà e mancanze essenziali rispetto a quei determinati ambiti che hanno rappresentato la causa stessa della dipendenza. Questo particolare *continuum* trova ulteriore conferma in alterazioni che si presentano da un punto di vista neurobiologico successivamente al consumo di sostanze. Nello specifico, la dipendenza chimica è principalmente legata all'alterazione dei meccanismi di "ricompensa" (*reward*) del cervello, della motivazione e della memoria del soggetto assuntore. Ciò è dovuto alla presenza di un comportamento compulsivo caratterizzato dalla spirale "desiderio-ricerca-assunzione" (*craving*) della sostanza. Pertanto, la ricerca di tale desiderio disfunzionale comporta inevitabili ripercussioni biologiche, comportamentali, sociali e relazionali.

Nella società contemporanea la specifica presa in carico di un determinato soggetto non può avvenire in maniera isolata e senza porre la giusta considerazione del suo ambiente di riferimento poiché, proprio per l'interconnessione che è alla base dei molteplici rapporti sociali odierni, le difficoltà individuali e presenti a livello micro avranno inevitabilmente un impatto a livello macro e rispetto al contesto sociale di riferimento. Nello specifico, l'assunzione da parte della persona di determinati condotte illecite e irresponsabili quali l'assunzione di sostanze scateneranno di conseguenza delle forti ripercussioni sul benessere collettivo.

Anche da un punto di vista storico, e rispetto agli approcci che sono stati definiti nel tempo per fornire una concreta comprensione al tema della dipendenza, si è posto il *focus* su quelle che potrebbero essere le cause e soprattutto le conseguenze che un soggetto con problematiche d'abuso di sostanze può presentare, soprattutto dal punto di vista sociale e relazionale. In particolar modo, a livello *medico-psichiatrico* ci si interroga sulle possibili conseguenze che l'assunzione di sostanze stupefacenti comporta a livello del sistema nervoso centrale, compromettendo i relativi equilibri e processi mentali più elementari come emozioni, apprendimento, memoria, ma anche rispetto al livello fisico si pone l'attenzione sul subentro di determinate patologie, a volte fatali. Inoltre, da non sottovalutare appaiono le spiegazioni fornite da un approccio di tipo *biologico* che individua come cause responsabili di tali meccanismi di assunzione principalmente le componenti individuali della persona al momento della nascita che, correlate alle

componenti presenti nel contesto ambientale di appartenenza, influenzerebbero l'esperienza e l'approccio iniziale al mondo della droga. Anche un approccio maggiormente incentrato sull'indagine e la spiegazione del fenomeno da un punto di vista *psicologico* risulta interessante poiché coloro che si riversano nell'abuso di sostanze stupefacenti presentano, in linea generale, una determinata disfunzione tale per cui sono in grado di provare piacere e soddisfazione unicamente attraverso l'assunzione di sostanze "esterne" che, tuttavia, lo inducono a momenti di *craving*. Di conseguenza vi è il rischio di incorrere in terribili ripercussioni rispetto ad un malessere fisico generale (dovuto all'astinenza da sostanza) ma anche importanti minacce dal punto di vista relazionale e per l'intero ambiente circostante.

Nonostante le delucidazioni sin ora presentate appaiano fondamentali per la comprensione di un tale fenomeno, risulta ulteriormente interessante comprendere come la predisposizione ad un abuso di sostanze possa trovare origine da componenti prettamente sociali così come le relative conseguenze che ne scaturiscono dall'assunzione prolungata e illecita di un simile comportamento. In particolare, è necessario analizzare e comprendere come le componenti di una determinata struttura sociale e le relative interazioni, situazioni nelle quali l'uomo è inserito possano fungere da conduttore per la messa in atto di comportamenti devianti. Molto spesso la persuasione e l'induzione o meno al consumo di sostanze stupefacenti dipende direttamente da una correlazione esistente tra i fattori psicologici individuali come background personale, familiare, sociale e fattori subculturali rispetto ai processi di socializzazione che ne scaturiscono (es. Kandel, 1980). Tale interdipendenza risulta fondamentale per la spiegazione e la relativa influenza che questa può apportare nell'assunzione o meno di determinati atteggiamenti sociali. A tal proposito, una spiegazione rispetto a questo risiede proprio nell'assenza di controllo sociale, e del relativo incoraggiamento alle norme, che una persona con problematiche di dipendenza può vivere. Ciò scaturisce dalla mancanza di legami fondamentali e delle relative figure di riferimento per il processo di socializzazione che inevitabilmente può indurre i soggetti a commettere atti devianti. Diversamente, qualora il soggetto in questione presentasse un'interazione e un attaccamento positivo a differenti ambiti di vita quali quello familiare, scolastico, lavorativo, religioso la probabilità dell'espletamento di determinate dinamiche e di ricerca della sostanza si ridurrebbe drasticamente. L'esposizione ad un simile processo, indispensabile per la configurazione degli atteggiamenti sociali di un singolo individuo, induce lo stesso

all'attuazione di comportamenti devianti senza alcuna considerazione rispetto alle relative ripercussioni sociali, relazionali, legali che possono scaturire. È stato osservato che al principio di un basso grado di autocontrollo da parte della persona vi sia una disfunzionale socializzazione da parte della famiglia di origine (Gottfredson e Hirschi, 1990). È risultato prezioso osservare, nel corso dello studio di ricerca che si presenterà successivamente, come una presa di coscienza di una simile dinamica sia fatta presente anche dagli attori stessi che presentano determinati comportamenti.

“Dipende tanto dalla famiglia, se hai una famiglia di sani principi e valori e impostano il tuo senso di marcia e di vita in quel senso là. Obiettivamente ti senti rafforzato con l'appoggio dei tuoi genitori. La base è questa” (Uomo, 55 anni)

1.1.1. Caratteristiche e tendenze d'abuso nel contesto Europeo, Italiano e nella regione Veneto.

Dall'analisi del precedente *excursus* si è potuto dedurre che, attualmente, non è presente un unico approccio in materia di consumo di sostanze stupefacenti ma ciò che è stato constatato, e che è presente trasversalmente, riguarda l'importanza attribuita al contesto e alle relazioni sociali che hanno il potere di influenzare, positivamente o meno, l'uso o abuso di droghe. Tuttavia, le profonde trasformazioni che hanno investito il ricorso all'uso di sostanze nell'ultimo decennio mettono in evidenza come esso non sia un fenomeno “circoscritto” piuttosto è presente in maniera del tutto trasversale nella cultura e nella quotidianità di ognuno al di là del ceto sociale di appartenenza, genere, età etc. In ragione di ciò, nella società odierna, il cambiamento subito dal fenomeno “droga” è fortemente impattante nel nostro senso comune in quanto non è più possibile categorizzarlo in determinati e superflui schemi interpretativi. Pertanto, bisognerebbe puntare su la decostruzione di quelle specifiche categorie che sono state culturalmente e storicamente determinate per lasciare spazio a concetti di “droga” e “dipendenza” non poi così lontani oramai dalle effettive esperienze di ognuno di noi, proprio come i dati dimostrano. È necessario svincolarsi, nel momento in cui si parla di soggetti “*tossicodipendenti*” e “*drogati*”, da categorie culturali utilizzate, in questo caso, per evidenziare la condizione di diversità di un determinato gruppo di individui in relazione all'assunzione di un determinato comportamento o in base ad un loro tratto peculiare, percepito come qualcosa “diverso da noi”. Al contrario, il consumo di sostanze deve

essere congruente con il paradigma di normalità della nostra cultura così come non si può parlare di identità tossicomaniacale basandosi unicamente su un determinato “stile di vita” adottato da specifiche persone per l’assunzione di determinati comportamenti. È conoscenza comune, che il concetto di identità sia insito di differenti componenti e tratti fondamentali che connotano la personalità di un individuo e lo differenziano dagli altri ma che soprattutto siano caratterizzati da una certa continuità nel tempo; al contrario, l’identità tossicomaniacale appare come un processo di ridefinizione continua e contestuale del sé. Si può concludere affermando che, dalle premesse appena evidenziate e secondo ciò che affermava la Teoria della Subcultura (Goode, 2007) non ha più motivo di esistere, al giorno d’oggi, una determinata ideologia e identità isolata e autonoma della persona tossicodipendente in quanto si assiste ad un processo di consumo e massificazione generalizzato del consumo di droghe nella società e nei differenti sottosistemi che la compongono. Se si fa riferimento ad una simile prospettiva, allora, parlare di un’univoca sottocultura della droga appare altamente improbabile. Nonostante ciò, un’eccezione in tal senso è rappresentata dal consumo di droga in determinati contesti locali che, a sua volta, è connotato da tratti culturali “specifici” anche se il fenomeno della dipendenza si contraddistingue comunque per essere costituito da soggetti che differiscono tra di loro per una molteplicità di motivazioni, esperienze e vissuti quotidiani (Meneghini, 1993).

Come è stato precedentemente evidenziato in chiave teorica, il fenomeno della dipendenza da sostanze stupefacenti e/o comportamentale è soggetto a differenti caratteristiche anche a seconda del riferimento spazio-temporale in cui è inserito ponendo i Paesi di fronte a sempre più nuove e peculiari sfide da dover fronteggiare in vista di una sua effettiva risoluzione. Similmente, il tema prevalente e trasversale che deve essere considerato nell’analisi delle tendenze attuali su vari livelli territoriali, è il profondo impatto prodotto dall’epidemia da COVID-19 sui mercati delle sostanze, sulle modalità e le tendenze del consumo, sulle attività di riduzione della domanda e dell’offerta, sugli assetti stessi dei servizi socio-sanitari e socio-educativi. L’avvento della pandemia da COVID-19 ha ulteriormente messo in luce che le conseguenze sociali avranno un effetto di medio e lungo periodo e ripercussioni più gravose soprattutto sulle popolazioni vulnerabili ed emarginate, che sono anche quelle maggiormente esposte ai rischi dell’uso di sostanze (Dipartimento Politiche Antidroga, 2021). La situazione pandemica ha rappresentato e rappresenta una dimostrazione del fatto che l’isolamento sociale e quindi

l'assenza, e la correlata importanza, di intrattenere quotidiane e dirette relazioni con le persone di riferimento abbia rappresentato un motivo per il quale i soggetti abbiano maggiormente fatto ricorso a "sostanze esterne" come *escamotage* per sopperire e colmare il vuoto che a livello relazionale e sociale si è manifestato. Anche rispetto alle dinamiche di socializzazione attualmente vigenti e non solo, il consumo di sostanze assume le forme di un fenomeno "di tendenza" e "alla moda" da dover necessariamente sperimentare poiché rappresenta la condizione ultima per il soggetto, in particolare per i giovani, per poter essere effettivamente integrato e appartenere ad un determinato gruppo sociale. Basti pensare che le situazioni più frequenti di consumo avvengono in determinati luoghi e contesti di divertimento, socializzazione e aggregazione giovanile (discoteche, parchi pubblici etc.). Questo aspetto è emerso anche nel corso del progetto di ricerca attraverso la seguente affermazione:

"Le droghe, in quegli anni, erano lo svago del momento... si utilizzavano soprattutto per passare il tempo insieme agli amici e per divertirsi insieme" (Uomo, 64 anni)

Tali forme e stili di consumo necessitano un maggiore approfondimento (soprattutto nell'esplicazione di strategie di intervento) in previsione del fatto che la diffusione di una sostanza e il suo grado di accettazione sociale aumentano e influenzano proporzionalmente le probabilità di consumo. In seguito, verranno analizzate più nello specifico le tendenze d'abuso che attualmente sono presenti a livello Europeo, Nazionale e in particolar modo nella Regione Veneto e che verranno osservate e analizzate a partire dall'impatto che la pandemia da Covid-19 ha disposto sulla propagazione di determinate dinamiche. La scelta di articolare l'analisi su livelli territoriali differenti consiste nell'offrire al lettore una panoramica quanto più approfondita possibile rispetto alla diffusione del fenomeno in questione, comprendendo come determinate similitudini e correlate influenze si possano presentare sia che si guardi ad un macro-panorama come quello europeo, sia ad un livello più circoscritto come quello regionale.

Il contesto Europeo

A livello Europeo le caratteristiche del fenomeno in oggetto, rispetto alle maggiori tendenze e sviluppi che si verificano nel panorama odierno, vengono costantemente

monitorate e riportate all'interno della *Relazione europea sulla droga 2021*, ad opera dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA¹). Il documento segnala alcune criticità, derivanti soprattutto dalla crisi epidemiologica attuale:

Dall'inizio del 2020, la pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto drammatico sul nostro modo di vivere [...] Questa crisi ha colpito anche tutti gli aspetti del fenomeno della droga in Europa, dalla produzione, al traffico, alla distribuzione, al consumo di droghe [...] sembrano essersi rapidamente adattati alle restrizioni connesse alla pandemia. Le misure di distanziamento sociale possono aver inciso sul commercio al dettaglio di stupefacenti, ma questo sembra aver incrementato il ricorso a nuove tecnologie per facilitare la distribuzione della droga, accelerando probabilmente la tendenza registrata negli ultimi anni, di un mercato sempre più digitalizzato. (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2021; p.4; p.8)

Pertanto, ciò che emerge dalla relazione è la resilienza da parte del fenomeno rispetto alla pandemia. Infatti, ciò che si osserva è un adattamento dei narcotrafficanti alle restrizioni imposte dal governo rispetto agli spostamenti e alle chiusure delle frontiere. Nello specifico, durante il primo periodo di lockdown (avvenuto nel marzo 2020), i mercati della droga per strada hanno risentito solo apparentemente del problema in quanto, sia acquirenti che trafficanti, hanno poi successivamente arginato le difficoltà utilizzando vie traverse come servizi di messaggistica criptata, social media, servizi postali e consegna a domicilio. In linea generale, dai dati disponibili è emerso un'iniziale e apparente riduzione del consumo di sostanze stupefacenti nel primo periodo pandemico, fenomeno successivamente rovesciatosi dal momento in cui sono state allentate le misure di distanziamento sociale, della circolazione e di viaggio. In particolar modo, il ritorno a limitati incontri sociali nel periodo estivo ha fatto registrare una ripresa nei livelli di consumo di droga. Dal punto di vista della sostanza, nel periodo pandemico, gli assuntori hanno mediamente abbandonato l'uso di droga associata tipicamente a eventi ricreativi come MDMA² per usufruire maggiormente di sostanze legate al consumo domestico³

¹ L'European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (EMCDDA), istituito nel 1993, ha sede a Lisbona ed è il centro di riferimento principale di raccolta dati e informazioni sul consumo di droga nel contesto europeo. L'EMCDDA fornisce agli stati membri dell'UE una visione completa delle problematiche correlate all'abuso di sostanza, tramite documenti e materiale statistico e tecnico. Inoltre, fornisce un importante aiuto in materia di elaborazione di strumenti normativi e strategie di intervento che facciano leva e tengano conto dei ripetuti cambiamenti del fenomeno "droga".

² Definita anche Ecstasy, è una sostanza psicoattiva appartenente alla classe delle fenilettilamine, dagli spiccati effetti stimolanti ed entactogeni, anche se non propriamente psichedelici.

³ I dati suggeriscono un maggiore consumo di alcol e di psichedelici, come l'LSD e di droghe dissociative come la ketamina. Questo dato coinciderebbe con una crescita della domanda di sostanze potenzialmente ritenute più adatte al consumo domestico.

(alcool, LSD etc.). Le problematiche correlate all'uso di droga si manifestano spesso tra gruppi di persone emarginate (come i senzatetto) che molto spesso contano dei benefici di attività sommerse. Per questo vi è maggiore probabilità che tali persone, economicamente penalizzate dalla situazione pandemica, possano risultare estremamente vulnerabili a future difficoltà economiche generate dalla crisi odierna.

A tal proposito, risulta opportuno elencare i punti cruciali del cambiamento che hanno interessato di recente il fenomeno della droga, in particolar modo in Europa. Infatti, sono emerse dalle ultime analisi statistiche contenute nella *Relazione europea sulla droga 2021* dell'EMCDDA (2021) le seguenti peculiarità:

- A livello europeo il dato emergente riguarda l'assunzione di almeno una sostanza illecita nel corso della propria da parte di circa 83 milioni di adulti (di età compresa fra 15 e 64 anni) che rappresenta in percentuale il 28,9. La stima appena riportata è distinta in maniera eterogenea se si prende in considerazione il genere dei soggetti assuntori: è segnalato più frequentemente il consumo di sostanze in maschi (50,6 milioni) piuttosto che femmine (32,8 milioni);
- Un ulteriore dato interessante concerne la prevalenza del consumo di droga nella popolazione di giovani adulti seguendo una stima che riferisce nell'ultimo anno un uso di droghe pari a 17,4 milioni (16,9 %) di giovani adulti (15-34 anni). A testimonianza del dato prima citato, tra coloro che hanno segnalato di averne fatto uso i maschi (21,6 %) sono in percentuale maggiore rispetto alle femmine (12,1 %);
- La cannabis rappresenta la droga più utilizzata e diffusa (47,6 milioni di maschi e 30,9 milioni di femmine). Al contrario, si osservano stime più basse rispetto al consumo, nel corso della vita, di cocaina, di MDMA e di amfetamine. Nonostante il relativo contenimento, a livello di abuso, delle sostanze appena citate continuano a rappresentare quelle maggiormente associate alle forme più preoccupanti e dannose che ne possono derivare dal loro consumo;
- Un fenomeno in larga scala è rappresentato dalla poliassunzione, anche se difficile da stimare. Inoltre, aumentano le evidenze di un potenziale incremento dell'assunzione di stimolanti per via parenterale direttamente correlato ad un aumento nell'Unione europea di nuovi casi di HIV e casi di AIDS. Nel complesso, il 5,5 % delle nuove diagnosi di HIV è stato attribuito al consumo di droghe per via parenterale;

- Nel 2019 l'EMCDDA ha monitorato più di 400 nuove sostanze psicoattive sul mercato europeo degli stupefacenti. Continuano a emergere nuovi cannabinoidi sintetici e nuovi oppiacei sintetici potenti. Le segnalazioni di nuove sostanze, vendute a consumatori ignari, evidenziano i nuovi rischi teoricamente crescenti del consumo involontario di queste sostanze potenti sia dal punto di vista salutare sia societario.

Il contesto italiano: un focus sul territorio veneto

Nel contesto nazionale, il quadro dell'uso di sostanze e della tossicodipendenza presenta certamente delle somiglianze rispetto al panorama europeo. In Italia, i dati riportati all'interno dell'ultima *Relazione al Parlamento (2021)* elaborata dal Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA) confermano ancora un numero piuttosto elevato di consumatori di sostanze occasionali e di soggetti tossicodipendenti (cioè coloro affetti da una patologia clinicamente significativa) nel nostro Paese.

Definiti le principali peculiarità dal punto di vista sociale e relazionale che investono il fenomeno della droga, di seguito, si riportano i dati emersi all'interno della *Relazione al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2021* (i dati si riferiscono all'anno 2020) il cui scopo è quello di offrire una visione integrale del fenomeno della tossicodipendenza in Italia. Questo lavoro permette di presentare i molteplici fattori, diretti e indiretti, che illustrano il mercato delle sostanze stupefacenti, la tendenza dei consumi e i danni correlati, le attività di riduzione della domanda e dell'offerta, il fenomeno dell'uso di droga nei giovani. Tale lettura deve necessariamente considerare il tema prevalente e trasversale ossia la profonda inflessione prodotta dall'epidemia COVID-19. Dalla Relazione emergono le seguenti proprietà:

- Per quanto riguarda l'uso di sostanza, circa un terzo della popolazione italiana (età 15-64 anni) ha utilizzato sostanze stupefacenti illegali almeno una volta nella propria vita. La droga maggiormente ricorrente è la cannabis e in misura ampiamente inferiore cocaina, eroina e *spice* (cannabinoidi sintetici). Sono gli uomini ad abusare maggiormente di droghe.
- Un focus particolare va alle nuove generazioni in quanto, come è stato appena evidenziato, vi è sempre più una predisposizione al policonsumo di sostanze

stupefacenti molto spesso correlato a dipendenze comportamentali. Nell'anno 2020, il 19% dei ragazzi (15-19 anni) ha assunto sostanze psicoattive. Nello stesso anno, la sostanza più utilizzata è stata la cannabis e per molti giovani l'unica sostanza consumata. Il 21% degli adolescenti utilizzatori ha abitudini di consumo tali da poter sviluppare dipendenza;

- I casi di decesso per problemi droga correlati in Italia, nell'anno 2020 sono stati 308 con un calo del 18% rispetto all'anno 2019;
- La produzione e il traffico di sostanze si è rapidamente adattato alla situazione pandemica, nonostante le restrizioni imposte. Nello specifico, il mercato della droga diventa sempre più influente attraverso vari canali di vendita rendendo l'incontro con la sostanza maggiormente accessibile e veloce e, pertanto, alla tradizionale vendita di droga in strada si somma il supporto dei siti web che collaborano all'implementazione di veri e propri *drug store* online e *smart shop*. Nel corso del primo semestre *post-lockdown*, si è evidenziato un forte aumento rispetto all'anno 2019 (circa 200%) delle segnalazioni circa il sequestro di “*New Psychoactive Substances*”;
- Il mercato delle sostanze stupefacenti fattura attività economiche per un importo pari a circa 16,2 miliardi di euro, di cui circa il 39% attribuibile al consumo dei derivati della cannabis. Negli ultimi 3 anni per il mercato della cocaina si è osservato un incremento medio di vendita;
- Anche dal punto di vista giudiziario, l'impatto della pandemia ha causato un rallentamento delle procedure penali che, correlate ad una possibile riduzione dei reati a causa delle restrizioni imposte dal governo, ha portato ad un numero inferiore di segnalazioni di possesso di sostanze stupefacenti, di denunce, di procedimenti, di condanne e di affidamenti in esecuzione penale esterna.

Successivamente all'analisi del problema droga a livello Europeo e Nazionale, ho ritenuto opportuno focalizzarmi sul contesto veneto, luogo dove si colloca il servizio per le dipendenze in cui ho realizzato la mia ricerca, in particolar modo nella città di Padova.

In Veneto, negli ultimi anni, si conferma un importante *trend* rispetto alla notevole espansione del fenomeno della dipendenza, dell'uso di sostanze stupefacenti e dell'abuso di alcol di fronte ad un crescente aumento di un forte senso di disagio e una diffusa crisi valoriale e sociale. Nello specifico, il *Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2022* e il

Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 della Regione Veneto confermano quanto appena detto riportando nelle loro documentazioni i seguenti dati:

- La *Relazione Annuale 2019 al Parlamento* sull'uso di sostanze in Italia evidenzia un trend di aumento degli accessi ai SerD. in Veneto per un totale di circa 10.051 utenti. Tra i più giovani (15-24 anni) prevale l'uso di cannabinoidi e alcol, mentre nella fascia di età 25-44 anni prevalgono le dipendenze da eroina, cocaina, alcol e altre sostanze. Anche a livello regionale, come già analizzato in precedenza, le cosiddette "droghe ricreative" sono in costante incremento e le modalità assuntive comportamentali vengono sempre più a configurarsi come rituali sociali. Anche in Veneto per i vari tipi di sostanze psicotrope, si segnala l'abbassamento dell'età di primo consumo.
- Si registrano nel Veneto nuove forme di dipendenze, non correlate all'abuso di sostanze, bensì a comportamenti compulsivi come il gioco d'azzardo patologico derivanti dalla diffusione sempre più marcata di Internet e delle tecnologie associate. Tale *trend* si conferma soprattutto nella fascia delle giovani generazioni;
- L'ennesima problematica è rappresentata da un numero sempre più importante di pazienti lungoassistiti (o in generale l'invecchiamento di una gran parte dell'utenza in carico ai Servizi per le Dipendenze) i quali presentano generalmente maggiori richieste di aiuto e dispongono di scarse risorse economiche, lavorative, abitative, familiari e sociali. Anche a livello nazionale, si osserva nel tempo un progressivo e costante invecchiamento della popolazione tossicodipendente in trattamento: la percentuale di assistiti di età superiore ai 39 anni passa dal 9,7% del 1998, al 31,9% del 2008 e al 57,1% del 2018;
- Per quanto riguarda le segnalazioni previste dall'articolo 75 del DPR n. 309/90, la regione Veneto nell'anno 2020 ha ricevuto 2885 segnalazioni, la maggiorparte delle quali riguardavano il sesso maschile (Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2021).

1.2. Le tossicodipendenze in trattamento: riferimenti storici e normativi

Il trattamento riservato al fenomeno della dipendenza attualmente assume particolare rilievo in quanto strutturato metodologicamente in base alle caratteristiche che sono insite nell'avvento di un simile comportamento così come nelle relative conseguenze che ne scaturiscono. Tutt'al più una precisa definizione dei percorsi di trattamento da riversare alla dipendenza richiede, a sua volta, un altrettanto precisa definizione del concetto di *addiction*. Se come si è evidenziato nei paragrafi precedenti, alla base dell'assunzione di un determinato atteggiamento deviante è onnipresente la componente sociale e relazionale come una delle principali cause e/o effetti, tra una molteplicità di ulteriori variabili, allora appare più che scontato che i medesimi percorsi di cura riservati alla dipendenza optino per la risoluzione di problematiche insite, in alcuni casi, nelle relazioni stesse del soggetto o al contrario fare leva su queste, affinché diventino parte integrante del trattamento, nel momento in cui risultassero un fattore positivo e di supporto per l'individuo e per la realizzazione del suo completo recupero. Appare di particolare rilievo, nella risoluzione di problematiche odierne sempre più complesse e variegata, adottare una strategia di intervento caratterizzata dalla presenza eterogenea di differenti attori del tessuto sociale, pubblico e privato che possono, o meglio "devono", incorrere nel medesimo obiettivo ossia il raggiungimento di uno stato di benessere del soggetto e di un proprio reinserimento nel tessuto sociale d'appartenenza. Un lavoro in questo senso non può non considerare la percezione che lo stesso soggetto nutre rispetto alla propria situazione, così come le riflessività che lo stesso avanza devono considerarsi fattori cruciali per la buona riuscita di un programma terapeutico-riabilitativo all'interno del quale l'individuo e il suo ambiente devono essere posti al centro. Tuttavia, un simile principio fa fatica a tradursi in chiave pratica poiché, anche implicitamente, si avverte una maggiore propensione da parte del sistema socio-sanitario alla risoluzione di quelle componenti del problema maggiormente rilevanti, esplicite (come la cura delle patologie droga-correlate o in generale gli effetti collaterali dal punto di vista fisico che possono subentrare con la dipendenza) che, nonostante risultino importanti non riescono ad ogni modo a restituire una rappresentazione completa del soggetto, e delle sue problematiche più profonde, sotto differenti aspetti di vita. Un ulteriore elemento che risulta utile indagare ai fini della strutturazione di un percorso di trattamento efficace per persone con problemi di dipendenza riguarda la reazione sociale che è insita nel contesto, odierno e

precedente, in merito alla messa in atto di comportamenti dediti al consumo di sostanze stupefacenti. Le riflessioni in merito sono connotate da una certa importanza in quanto presumibilmente influenzano la direzione che le politiche assumono rispetto al contrasto e lotta alla droga e ai relativi percorsi di cura (Panebianco, 2019).

Per comprendere al meglio come sia nata la concezione di trattamento a favore delle dipendenze, chimiche o comportamentali, occorre far riferimento e ripercorrere un breve *excursus* dal punto di vista storico (rispetto all'istituzione dei Servizi per le Dipendenze Territoriali) e normativo della storia delle dipendenze e del trattamento ad essa riservato in ambito europeo, nazionale e regionale. I Servizi per le Dipendenze (SerD.), istituiti con la legge n.162/1990, si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione di coloro che riscontrano problemi legati all'abuso da sostanze stupefacenti, alcol, tabacco e gioco d'azzardo patologico. Il mandato primario consiste nell'erogazione di prestazioni volte all'informazione, consulenza, assistenza e trattamento ai pazienti con problemi di dipendenza e alle loro famiglie al fine di migliorare la loro qualità di vita, ridurre l'incidenza delle patologie correlate, prevenire nei gruppi a rischio l'insorgenza di eventuali dipendenze patologiche e promuovere nella popolazione uno stile di vita sano e positivo. Inoltre, ai pazienti in carico al servizio viene garantita la riservatezza dei propri dati personali e, su richiesta, l'anonimato. L'accesso in struttura è libero e diretto, senza impegnativa medica. Dal punto di vista evolutivo e storico, prima dalla loro istituzione normativa i servizi per le dipendenze hanno affrontato innumerevoli cambiamenti. L'attuale sistema di intervento sulle dipendenze nasce intorno agli anni '80 con la confluenza nei N.O.T. (Nuclei Operativi Tossicodipendenze), dei Centri Medici e di Assistenza Sociale (CMAS) e dei Presidi di Diagnosi e Cura (identificati come Centri Metadonici). I CMAS erano sorti ai sensi della L. 685/75⁴, che all'articolo 90 esplicitava un concetto fondamentale, affermando che “La cura e la riabilitazione dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope sono affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici”. Veniva inoltre demandato alle regioni il compito di operare per il reinserimento sociale di tali soggetti in caso di necessità di assistenza sociale, di prevenzione o di riabilitazione attraverso l'istituzione di CMAS. Tali scopi rappresentano dei principi che solo in parte sono stati attuati dalla L. 685/75 e che solo successivamente si consolidarono a livello normativo ed in ambito nazionale con il DPR

⁴ “Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”

309/90, “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”. Tuttavia, in tale passaggio si assisterà ad un pieno riconoscimento del contributo organizzativo del terzo settore in quanto all’articolo 113 del DPR 309/90 si rileva che le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze siano esercitate da servizi pubblici e privati in possesso di specifici requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e funzionali. Questo cambiamento è dovuto principalmente all’assenza nel 1975 di presidi specializzati in materia di tossicodipendenza, assenza inevitabilmente collegata ad una lettura differente del fenomeno⁵. Tuttavia, vi era la percezione che la diffusione dell’eroina potesse divenire un problema grave e alcuni ne riconobbero la pericolosità. Pertanto, negli anni ’80 con la nascita delle Unità Sanitarie Locali, in tempi differenti da Regione a Regione, vennero istituiti i Servizi Territoriali per la cura delle tossico-alcol dipendenze, in cui si fondevano culture operative sostanzialmente differenti. Nacquero così le prime forme degli attuali SerD. (precedentemente definiti Ser.T.: Servizi Tossicodipendenze) che fornivano trattamenti multidisciplinari integrati e inoltre trattamenti metadonici, come indicato dai Decreti Anselmi e Aniasi⁶, per il trattamento della dipendenza da eroina. Inoltre, negli anni ’80 un acceso dibattito, in parte presente tutt’ora, riguardava la stigmatizzazione del soggetto tossicodipendente, soprattutto alla luce della diffusione in quegli anni dell’AIDS. Perciò, il “drogato” veniva considerato come un colpevole deviante, potenziale untore e assassino.

La legge 162/90⁷ e il DPR 9 ottobre 1990- n.309 segnano una svolta rispetto alla concezione del fenomeno della tossicodipendenza e del suo trattamento. Rispetto agli anni’70, periodo in cui la droga veniva considerata come un rischio e un problema apparentemente limitato, e rispetto agli anni ’80 in cui si aggiunge il terrore per la diffusione dell’HIV, negli anni ’90 invece si arrivò alla consapevolezza che non esisteva solo “la droga” (intesa come eroina) piuttosto “le droghe” e i diversi modi di consumo e abuso. L’abuso di droga non era più associato ad agiti di tipo deviante o ad una volontà di isolamento dalla società, quanto una sorta di elemento accessorio alla vita quotidiana. Di fronte a tale trasformazione gradualmente si raccoglievano, a livello nazionale e locale,

⁵ La diffusione “epidemica” dei fenomeni di uso di droghe nel 1975 era un concetto ben distante dall’esperienza dell’Italia, considerate piuttosto più come qualcosa che transitava nel Paese e non come una vera e propria fonte di patologia e devianza, a differenza dell’alcolismo e del tabacco, piaghe ben note nella società;

⁶ Decreti del Ministero della Sanità del 6 giugno e del 4 Agosto ’78 (Decreti Anselmi) e i successivi del 7 agosto e 10 Ottobre ’80 (Decreti Aniasi)

⁷ 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

evidenze scientifiche e linee guida necessarie per orientare un efficace *modus operandi*. Inoltre, i servizi di cura per le dipendenze, gradualmente si evolvevano, assumendo dal 2014 la dicitura di ‘SerD.’. Questo a significare che, nel contesto di un mercato delle droghe oramai ampio e variegato e in cui le ‘dipendenze senza sostanze’ (come quelle comportamentali) diventano sempre più frequenti, la mission era estesa a Dipendenze Patologiche di vario tipo (Gatti, Il sistema sanitario per le dipendenze sul territorio. L’evoluzione del sistema, 2018, www.droga.net).

Anche dal punto di vista legislativo, risulta interessante comprendere l’evoluzione nel tempo del quadro giuridico-normativo a livello europeo, nazionale e regionale in materia di dipendenza e delle relative strategie di azione per contrastare tale fenomeno.

Il contesto europeo

A livello europeo, le politiche di lotta agli stupefacenti sono definite da tre Convenzioni delle Nazioni Unite: la *Convenzione unica sugli stupefacenti del 1961*, la *Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971*⁸ e la *Convenzione di Vienna contro il traffico illecito di stupefacenti del 1988*⁹. La Convenzione Unica risponde a due proprietà complementari di cui una è fondata su azioni preventive rispetto al mercato lecito, scientifico e medico. A tale scopo nel testo del 1961 si afferma che *"il possesso, l'uso, il commercio, la distribuzione, l'importazione, l'esportazione, la fabbricazione e la produzione di sostanze stupefacenti sono consentiti limitatamente ai fini medici e scientifici"* e, pertanto, viene istituito un organo di controllo internazionale delle sostanze stupefacenti. La seconda proprietà è di natura repressiva rispetto al traffico illecito, l’abuso di sostanze stupefacenti e le tossicodipendenze. Per ciò che riguarda il raggiungimento di quest’ultimo obiettivo, la Convenzione Unica mira al controllo delle coltivazioni e produzioni illegali (di oppio, foglie di cannabis etc.) che costituiscono la principale causa di traffico di sostanze. Tuttavia, non potendo intervenire direttamente alla fonte, il diritto internazionale mira ad attivare misure repressive nei confronti dei trafficanti sperando di scoraggiare l’eventuale produzione e coltivazione. A tal proposito la Convenzione contempla tre disposizioni: la prima consiste in una raccomandazione agli Stati membri di adottare determinate pene “adeguate” a coloro che commettono reati rispetto al traffico

⁸ Ratificata in Italia dalla L. 25 maggio 1981 n.385

⁹ Ratificata in Italia dalla L. 5 novembre 1990 n.318

di sostanze stupefacenti; un'ulteriore misura è relativa alla confisca delle sostanze che vengono sequestrate; infine, si attuano provvedimenti di collaborazione a livello internazionale in ambito criminale circa l'extradizione di coloro che commettono tali reati.

A seguire, la *Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971* riprende sotto molti aspetti la Convenzione del 1961 tuttavia istituendo un controllo internazionale meno rigoroso rispetto alla produzione di sostanze "psicotrope" prodotte dalle industrie farmaceutiche. La stipula simile delle due Convenzioni permette, di conseguenza, il trasferimento delle disposizioni proposte nella Convenzione unica all'interno della Convenzione del 1971. Un ulteriore testo fondamentale in materia di lotta alla droga è rappresentato dalla *Convenzione di Vienna contro il traffico illecito di stupefacenti del 1988* che, per un verso, integra al suo interno le misure adottate nelle Convenzioni precedenti ma, per un altro, cerca di andare oltre rispetto a determinate disposizioni contenute in questi due ultimi testi. Infatti, se le Convenzioni del 1961 e del 1971 si occupano di limitare l'uso di sostanze unicamente per scopi medici e/o scientifici, di mettere in atto "reati punibili" sull'uso di determinate sostanze, la Convenzione del 1988 effettua un passo in avanti attribuendo natura di vero e proprio reato di tipo penale al possesso, l'acquisto e la coltivazione di stupefacenti illegali destinati al consumo personale.

Negli anni non sono mancati molteplici dibattiti a livello locale, regionale, nazionale ed europeo sull'efficacia e le conseguenze delle attuali politiche antidroga in cui le Convenzioni delle Nazioni Unite appaiono spesso come le ragioni che rendono impossibili determinati cambiamenti. Tuttavia, queste Convenzioni hanno la possibilità di essere redatte e ratificate dagli Stati che, a loro volta, hanno l'occasione di proporre eventuali emendamenti e/o abrogare le Convenzioni in causa (Commissione per le libertà e i diritti dei cittadini, la giustizia e gli affari interni, 2003).

Un ulteriore documento essenziale, definito nei nostri giorni, è rappresentato dalla *Strategia e il relativo Piano di azione dell'UE in materia di lotta alla droga 2021-2025*. Nello specifico, la strategia dell'UE (di seguito la "strategia") illustra il quadro politico e le priorità della politica europea in materia di droga per il periodo 2021-2025. In particolare modo, lo scopo e gli obiettivi della strategia fungeranno da base per la definizione del piano d'azione dell'UE per la lotta al consumo di sostanze stupefacenti nel quinquennio 2021-2025. Entro il 2025, le priorità e le azioni nel settore delle droghe illecite dovrebbero aver esercitato un impatto globale su aspetti chiave della situazione nell'UE in materia di droga. L'attuazione rigorosa di tali misure dovrebbe garantire un'alta protezione della

salute umana, di sicurezza e stabilità sociale e contribuire alla sensibilizzazione in tema di lotta alla droga. Ancora, sarebbe opportuno ridurre al minimo le potenziali conseguenze negative indesiderate associate all'attuazione delle azioni e andrebbero promossi i diritti umani e lo sviluppo sostenibile. La strategia è suddivisa secondo tre aree d'intervento specifiche per il raggiungimento del suo scopo: (I.) Riduzione dell'offerta di droga: Rafforzare la sicurezza, (II.) Riduzione della domanda di droga: Servizi di prevenzione, trattamento e assistenza, e (III.) Affrontare i danni connessi alla droga. Inoltre, presenta tre temi che si presentano trasversalmente all'interno del documento a favore dei settori di intervento poc'anzi citati: (IV.) Cooperazione internazionale, (V.) Ricerca, innovazione e previsione e (VI.) Coordinamento, governance e attuazione. La strategia comprende complessivamente 11 priorità strategiche e si fonda sul diritto internazionale, sulle Convenzioni ONU prima citate¹⁰ nonché sulla dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (Consiglio dell'Unione Europea, 2020).

Il contesto Italiano

Il sistema italiano, anche sotto l'influenza di particolari esigenze nate a livello internazionale, si è dotato nel tempo di istituti volti a prevenire e contrastare il fenomeno droga. Per descrivere l'evoluzione del quadro nazionale, è utile far riferimento ad alcuni capisaldi a livello europeo rappresentati dalla *Convenzione ONU di New York del 30 marzo 1961*, ratificata in Italia con la legge 5 giugno 1974 n.412; dalla *Convenzione ONU di Vienna del 21 febbraio 1971*, ratificata in Italia con la legge 25 maggio 1981 n. 385, e dalla Convenzione sottoscritta, sempre a Vienna, nel 1988, approvata in Italia con la legge 5 novembre 1990 n. 318. Tali normative elencavano contenuti inerenti alla collaborazione e al coordinamento tra i vari servizi nazionali antidroga, qualificandoli come veri e propri pilastri della lotta al traffico internazionale di sostanze stupefacenti. L'Italia, oltre all'assimilazioni delle suddette Convenzioni, ha elaborato autonome discipline, avviando un passaggio particolarmente importante, da un approccio esclusivamente punitivo della legge n.1041 del 1954¹¹, ad un quadro legislativo interamente basato su aspetti preventivi,

¹⁰ La Convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, modificata dal protocollo del 1972, la Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971 e la Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope del 1988.

¹¹ «Disciplina della produzione del commercio e dell'impiego degli stupefacenti» che prevedeva un inasprimento delle sanzioni penali per chiunque detenesse sostanze stupefacenti, senza alcuna distinzione tra commercio e uso personale.

di cura e riabilitativi. Con la legge n. 162/1990¹², confluita nel *DPR 9 ottobre 1990 n. 309*¹³ “*Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*”, lo stato italiano, ha previsto organismi e specifici strumenti investigativi con l’obiettivo di incidere sul fenomeno in modo organico e per migliorare la cooperazione a livello internazionale. Il Testo Unico prevede, in particolare, la formazione dell’Osservatorio Italiano Permanente per la verifica del fenomeno della tossicodipendenza che, oltre a curare l’interpretazione dei dati epidemiologici, clinici-farmacologici, psicosociali e di analisi sul consumo e traffico di sostanze, garantisce la circolazione dell’informazioni tra le varie amministrazioni pubbliche, centrali e locali e le strutture attinenti al privato sociale. L’articolo 73 comma 1 del suddetto documento intitolato “*Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope*” ha l’obiettivo di definire quelle particolari condotte criminose che oltre ad essere sanzionate pecuniariamente, sono punite anche con la reclusione fino a vent’anni. Viene quindi redatto un lungo elenco di comportamenti che comprendono situazioni abitudinarie come la mera detenzione di sostanze, la loro produzione, il traffico illecito di droga. Ma a tali condotte penali oggi vengono annoverati casi in cui si presenti l’agevolazione dolosa all’uso di sostanze, l’istigazione, il proselitismo e la correlata induzione all’uso di droga e le prescrizioni abusive ad opera di medici. Nel presente excursus normativo, assumono particolare rilievo l’art. 10 del Testo Unico e la *legge 15 gennaio 1991, n.16*, che hanno previsto la realizzazione della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (in sostituzione del Servizio Centrale Antidroga) e il *Decreto 20 novembre 2012*, che ha stabilito l’organizzazione del Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri il quale costituisce la struttura di supporto per la promozione e il coordinamento delle azioni del governo italiano in materia di politiche antidroga.

Ulteriori misure che occorre menzionare per completare il quadro normativo a livello europeo riguardano le ripercussioni che il nostro ordinamento prevede nei confronti di chi fa uso di stupefacenti e si pone alla guida di un veicolo in stato di alterazione. Tale condotta è sanzionata dall’art. 187 del codice della strada attraverso una determinata

¹² “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” pur vietando la detenzione di sostanze stupefacenti, prevedeva una causa di «non punibilità» se la sostanza era destinata al proprio uso personale e se si trattava di una «modica quantità», introducendo quindi una distinzione tra spacciatore e consumatore. Furono introdotti una serie d’interventi di prevenzione sociale e di assistenza socio-sanitaria.

¹³ Successivamente modificato in alcune sue disposizioni: si veda in particolar modo il D.P.R. n.171/1993, L. n.49/2006, D.lgs. n.150/2011, L. n.146/2013.

pratica di accertamento che ha lo scopo di appurare l'assunzione di stupefacenti da parte del guidatore e lo stato di alterazione psicofisica da essa derivante. La pericolosità di tale comportamento ha indotto il Legislatore a inserirlo tra le circostanze aggravanti dei neo-introdotti reati di omicidio stradale e lesioni personali stradali, attraverso la legge n. 41/2016 che prevede la possibilità di procedere ad accertamenti coattivi sulla persona per la verifica delle condizioni psicofisiche (Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2018).

Il contesto Veneto

Anche a livello regionale è possibile delineare un quadro legislativo rispetto al consumo di sostanze stupefacenti. Nella Regione Veneto la normativa di riferimento in materia di dipendenze comprende, oltre a far riferimento ai principali strumenti prima citati a livello europeo e nazionale, molteplici disposizioni autonome. Da molti anni il “*modello veneto*” si è sviluppato intorno al principio di integrazione socio-sanitaria, favorendo la valorizzazione del ruolo del privato sociale, in una logica anticipatoria del principio di sussidiarietà orizzontale (principio che ha assunto valenza costituzionale con *L. Cost. 18 ottobre 2001 n. 3* che ha riscritto l'art. 118 della Costituzione). Con riferimento ai servizi sociali, tale principio trova particolare applicazione nella *legge 328/2000*¹⁴ che costituisce l'asse portante dell'intera normativa e contribuisce a definire il significato e i contenuti della “pubblica funzione sociale”. L'istituto dell'accreditamento istituzionale introdotto con *legge regionale 22/2002* (che recepisce i contenuti in tema di accreditamento sia della *legge 328/2000* in ambito sociale, sia del *D.Lgs. 229/1999*¹⁵ in ambito sanitario e socio-sanitario), regolando l'accesso degli enti no profit nel sistema territoriale dei servizi sociali, pone le basi per una compartecipazione degli stessi allo svolgimento della funzione pubblica sociale. Il sistema dei servizi pubblici e privati per la prevenzione, per il trattamento terapeutico riabilitativo, per il reinserimento socio-lavorativo e per la prevenzione delle ricadute adottato dalla Regione del Veneto, trae indubbiamente origine dal *D.P.R. 309/1990* in cui si attribuiscono alla Regione (e quindi alle Aziende ULSS¹⁶) le funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. Tale impostazione va però contestualizzata con i successivi atti normativi ed organizzativi che si sono succeduti nell'ultimo ventennio. In particolare, hanno dato

¹⁴ "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

¹⁵ Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419

¹⁶ Aziende Unità Locale Socio-Sanitaria

impulso positivo alla definizione del Sistema delle Dipendenze l'Atto d'Intesa Stato Regioni del 1999 e la Delibera della Giunta Regionale n. 2217 del 22 giugno 1999 che istituisce i Dipartimenti per le dipendenze. I principi posti a fondamento della politica attuata dalla Regione del Veneto sono stati: il principio di pari dignità fra pubblico e privato sociale accreditato e il principio di sussidiarietà. Il concetto di integrazione infine va perseguito non solo nella dimensione del rapporto tra pubblico e privato ma anche rispetto alla componente sociale - sanitaria (intra aziendale - extra aziendale). Una politica complessiva nell'area della dipendenza deve considerare le forme di intervento non propriamente sanitarie e meglio riconducibili al settore sociale/assistenziale. Il richiamo, pertanto, alla legge 328/2000 diventa importante soprattutto per favorire il coinvolgimento degli Enti Locali e del privato sociale nei temi del reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti, della compartecipazione nelle attività di prevenzione e della gestione della cronicità. Al fine di ottimizzare la fruizione degli interventi terapeutico-residenziali e semiresidenziali da parte delle persone con problematiche di dipendenza, la Giunta Regionale, con DGR 2212 del 23/12/2016, ha avviato la sperimentazione della budgettazione alle Aziende ULSS per il pagamento dei LEA¹⁷ Tossico/alcolodipendenti. Con DGR n. 1969 del 21/12/2018, conclusa la sperimentazione, è stata messa a regime la budgettazione alle Aziende ULSS per l'anno 2019 e confermata per l'anno 2020 con DGR 2008 del 30/12/2019. Infine, risulta importante far riferimento al D.G.R. 911/2020 "Approvazione del Piano Triennale per le Dipendenze 2020 – 2022" in cui vengono definite le aree di trattamento e di azione sulle quali si sta lavorando in materia di lotta al consumo di sostanze. In particolar modo si sta ponendo particolare attenzione a determinati fenomeni come l'aumento di sempre più giovani, lungoassistiti e i maggiori bisogni avanzati dalle famiglie. Sono sempre più numerosi i giovanissimi che fanno uso di sostanze stupefacenti e alcoliche così come sempre più onerose, da parte delle famiglie, le difficoltà nella gestione educativa degli adolescenti e nell'eventuale scoperta di una problematica di dipendenza da sostanze psicoattive da parte dei propri figli. In parallelo, vediamo una sempre maggior fascia di utenza cosiddetta "cronica" che per il loro deterioramento generale derivante dalla dipendenza, necessitano di un aumento della durata della presa in carico, maggiori risorse spendibili a loro favore e un accompagnamento continuo nelle varie fasi della vita (Piano triennale per le Dipendenze, 2020).

¹⁷ Livelli Essenziali di Assistenza

1.2.1. I percorsi di prevenzione e trattamento nel contesto Europeo, Nazionale e Regionale

Nel contesto dell'UE e dalle analisi statistiche avanzate nella relazione dell'EMCDDA vengono attivate una serie di misure fondamentali e che si rafforzano reciprocamente a partire dalla prevenzione (ambientale, universale, selettiva e indicata), l'individuazione precoce e tempestiva del problema, la consulenza, il trattamento, la riabilitazione, il reinserimento sociale e il recupero del paziente con problemi droga-correlati. La stima di individui nell'Unione Europea che ha fatto ricorso a un trattamento per l'abuso di sostanze stupefacenti è di 1,3 milioni di persone nel 2016; l'accesso, nella maggior parte dei casi, avveniva spontaneamente tramite auto-segnalazione oppure in altri casi tramite la segnalazione di familiari, amici, servizi socio-sanitari e scolastici, del sistema di giustizia penale (Relazione Europea sulla droga, 2021)

Tutt'al più nel settore della riduzione della domanda di droga, l'obiettivo, definito nel documento relativo alla *Strategia dell'UE in materia di droga per il periodo 2021-2015* (2020), è contribuire alla diminuzione del consumo di droghe illecite. Essa mira inoltre a ritardare l'età dell'inizio del consumo, prevenire e attenuare il consumo problematico di droghe, prevedere il trattamento, recupero e il reinserimento sociale della persona mediante un approccio integrato, multidisciplinare e basato su dati probanti. Assume particolare rilievo la fase di prevenzione grazie alla quale si punta ad attuare su larga scala interventi di prevenzione ambientale e universale e strategie che rafforzano la resilienza affinché vengano promosse le competenze per affrontare la vita di tutti i giorni e per avere l'opportunità di scegliere uno stile di vita sano che garantisca la salute a tutti in quanto singoli e alla società in generale. Risulta necessario adottare misure nel contesto sociale locale a sostegno di persone che versano in situazioni di vulnerabilità e rischio associati al consumo di droga. Inoltre, è fondamentale per raggiungere il target giovanile, usufruire appieno dei nuovi e innovativi canali di comunicazione digitale e quindi definire attività di prevenzione nei loro spazi quotidiani quali scuola, famiglia, vita notturna, posto di lavoro, comunità, internet e social media. Ciò è possibile anche attraverso la collaborazione tra tutte le parti interessate, compresi i genitori, nonché gli attori del settore dell'istruzione, del sostegno alle famiglie, delle reti, dei servizi per i giovani, delle associazioni studentesche, delle organizzazioni sportive e delle reti di persone che fanno uso di droghe.

Uno degli ulteriori macro-obiettivi dell'Unione Europea per fronteggiare il problema della droga riguarda il miglioramento dell'accessibilità ai servizi di trattamento e assistenza. Si ritiene necessario garantire un accesso volontario, non discriminatorio e soprattutto continuo ad un'ampia gamma di servizi, tra cui la consulenza professionale, il trattamento psicosociale, comportamentale, terapia di mantenimento, riabilitazione, reinserimento sociale e interventi di sostegno al recupero delle proprie funzionalità psicofisiche. Inoltre, le strutture dedite al trattamento devono operare di concerto con ulteriori servizi sociali e sanitari nonché calibrare gli interventi in base alle esigenze individuali, ai fattori demografici, situazionali e alle comorbilità esistenti in ogni singola situazione. Tali servizi, a loro volta, devono essere sufficientemente disponibili e adeguati alle esigenze del contesto, del periodo storico e della persona. Si pensi, ad esempio, a offerte di sanità elettronica, soprattutto nel contesto della pandemia da COVID-19. Anche le attività di sensibilizzazione e di gruppo tra pari possono essere considerate una componente essenziale del piano di trattamento e assistenza di persone che fanno uso di sostanze quale modalità di condivisione di informazioni pertinenti. Una tematica trasversale riguarda, come già avanzato, la stigmatizzazione legata al consumo di sostanze poiché può dissuadere il soggetto a cercare un eventuale sostegno e aiuto. Pertanto, bisognerebbe optare maggiormente nella creazione di politiche di inclusione a favore di tali persone. Infine, si dovrebbero riconoscere le situazioni di diversità e multidimensionalità che le persone che fanno uso di droghe presentano. In tal senso è essenziale l'adozione di specifiche misure che prevedano un'offerta di servizi in grado di rispondere a tale diversità e tener conto dei bisogni dei vari gruppi in relazione al consumo problematico di droghe (basti pensare a gruppi specifici che presentano esigenze particolarmente complesse come giovani, anziani con una storia di consumo di droghe di lungo periodo e relativa dipendenza, persone con disturbi di salute mentale concomitanti, poliassuntori, persone con disabilità, persone appartenenti a minoranze etniche, lavoratrici e lavoratori del sesso, nonché persone senza fissa dimora etc.).

Anche nel contesto nazionale assume particolare importanza l'attivazione di interventi di prevenzione dell'incidentalità stradale (basti pensare al progetto denominato "Strade Sicure 2020¹⁸") e campagne di prevenzione presso i luoghi di socializzazione e istruzione dei giovani sui rischi connessi e derivati dall'assunzione di alcol e droga (informazioni e

¹⁸ Per ulteriori approfondimenti si veda Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2021, pp. 164-170

dati in merito sono contenuti in un progetto condotto presso istituzioni secondarie di secondo grado denominato studio ESPAD #iorestoacasa2020¹⁹)

Ad oggi, la rete dei servizi si pone come obiettivo generale quello di diagnosticare e curare la dipendenza ponendo maggiore focus alla fase di riabilitazione e al reinserimento del soggetto in ogni sfera sociale. In Italia è presente un sistema integrato di servizi che coinvolge numerosi attori su diversi livelli: Sistema Sanitario Nazionale, attraverso i Servizi per le Dipendenze (SerD) delle Aziende Sanitarie Locali, gli enti del Terzo Settore e il mondo del volontariato e dell'associazionismo²⁰. Nella cura della dipendenza, si può far riferimento ad uno specifico modello di trattamento, proposto dal DPA, la cui impostazione viene riproposta e riprodotta su vari livelli rispetto al contesto nazionale, regionale, locale e all'interno delle strutture sociosanitarie adibite alla cura e al trattamento della dipendenza. Il modello prevede un primo momento di contatto e di accoglienza con la persona per la valutazione diagnostica della problematica e la conseguente presa in carico. Solo successivamente si passa alla formulazione del piano terapeutico farmacologico e/o residenziale qualora si ritenesse opportuno. Inoltre, a seconda delle singole esigenze di cui sono portatori i soggetti un modello di tal tipo prevede interventi trasversali rispetto a quelli che abitualmente sono previsti a livello ambulatoriale e che riguardano il monitoraggio continuo dell'uso di sostanze e in particolar modo un'integrazione graduale e "protetta" nel contesto sociale attraverso interventi specifici che mirano alla presa di consapevolezza della problematica presentata e alla sua risoluzione grazie all'aiuto che si può ricevere dalla rete territoriale e da coloro che presentano le medesime difficoltà (ad es. gruppi di mutuo auto aiuto locali). In ragione di ciò, durante tutto lo svolgimento del percorso terapeutico-riabilitativo si percepisce un forte orientamento verso l'acquisizione della riabilitazione e del reinserimento socio-lavorativo dell'utente (Relazione al Parlamento, 2021).

Intercettare questi bisogni e intervenire sui fattori di rischio significa contribuire al perseguimento del benessere comune creando effetti positivi e virtuosi non solo per la persona e per il suo *empowerment* ma anche per la comunità promuovendo e preservando la salute dei cittadini, intesa come uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale. A sua volta, la salute psicofisica rappresenta un fattore essenziale e imprescindibile per promuovere il completo sviluppo sociale e relazionale della persona

¹⁹ Per ulteriori approfondimenti si veda Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2021 pp.176-179

²⁰ Sistema integrato dei servizi articolato in 259 servizi a bassa soglia, 762 servizi ambulatoriali, 758 servizi residenziali, semi-residenziali, ospedalieri e specialistici

ma anche per migliorare le sue percezioni e i suoi sentiti rispetto alla qualità di vita che si conduce (Piano Triennale per le Dipendenze, 2020).

Nella regione Veneto, con l'impulso nato dall'attuazione del *DPR 309/90* in Italia, è emerso un quadro particolarmente ricco di servizi pubblici e privati atti a fronteggiare il problema delle tossicodipendenze e dell'alcolismo: il cosiddetto "Sistema delle dipendenze". Attualmente tale sistema è articolato in 9 Dipartimenti per le dipendenze che, a loro volta, si organizzano nel seguente modo: 38 SerD; 3 Comunità Terapeutiche pubbliche; 30 Enti ausiliari (Servizi sociosanitari privati) con oltre 100 sedi operative; oltre 600 gruppi di auto aiuto (soprattutto nel settore dell'alcolismo); oltre 60 Enti del Terzo Settore. Uno dei punti cruciali del modello Veneto riguarda l'integrazione tra pubblico e privato che garantisce l'azione coordinata dei diversi servizi, a livello locale, attraverso il Dipartimento per dipendenze. In Veneto i SerD un ruolo centrale, nonché un servizio pubblico ambulatoriale maggiormente accessibile per l'utenza e che garantisce la valutazione e il trattamento secondo il modello bio-psico-sociale. Si avvale inoltre della stretta collaborazione del privato sociale per i trattamenti residenziali e semiresidenziali con buoni livelli di qualità professionale e gestionale. Il piano triennale per le dipendenze (2021) struttura i suoi interventi terapeutico-riabilitativi in base alle esigenze presenti sul territorio regionale e che vengono avanzate dai Dipartimenti per le dipendenze (SerD e privato sociale). Anche nella Regione Veneto viene posto il focus sull'area della prevenzione i cui obiettivi generali attengono alla promozione di iniziative indirizzate ai giovani, negli ambiti della prevenzione universale, selettiva e indicata (individui che manifestano segnali premonitori di rischio) e saranno investiti i loro contesti di vita quotidiani attraverso modalità di intervento innovative. Essenziale è la formazione di adulti significativi nella vita e nella gestione educativa degli adolescenti (docenti, genitori, educatori, allenatori etc.). Le attività delineate dalla Regione a fronte di tali obiettivi sono le seguenti: programmi di prevenzione in ambito scolastico finalizzati allo sviluppo di competenze positive (potenziamento delle *life skills* e *peer education*) che evitino l'assunzione di comportamenti a rischio per la propria salute; intercettazione precoce dei soggetti con comportamenti a rischio attraverso il sostegno e il potenziamento di spazi di consulenza neutri in ambito scolastico (spazi ascolto-CIC), ma anche in altri contesti di vita informali, per il contatto precoce con persone vulnerabili che presentano il rischio di sviluppare dipendenze da sostanze e comportamentali; spazi di ascolto, consulenza rivolti alla famiglie dei pazienti in materia di dipendenza e dei disturbi ad essa correlati; attivazione di attività educative, da parte di personalmente appositamente

formato, con il fine intervenire direttamente nei luoghi dove comunemente avviene il consumo di sostanze stupefacenti (ad esempio attraverso interventi di educativa di strada); promozione di interventi brevi e intercettazione precoce di soggetti con comportamenti devianti a rischio attraverso l'utilizzo della tecnologia digitale che consentano la conduzione dell'intervento da remoto; azioni atte a prevenire la marginalizzazione e cronicizzazione di soggetti che presentano una dipendenza chimica o comportamentale.

Per ciò che concerne l'area specifica del trattamento dei soggetti con disturbo da uso di sostanze, il Sistema delle Dipendenze Veneto identifica delle precise priorità come l'identificazione di nuove modalità di terapia basate su protocolli di *evidence based ed evidence practiced*, applicazione di strumenti diagnostici e terapeutici che tengano conto della comorbilità psichiatrica e interventi di supporto a favore delle famiglie di persone con problemi di dipendenza che possono presentare eventuali disagi o psicopatologie. Inoltre, sono previsti programmi per la prevenzione di overdose e per le patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nonché lo sviluppo di azioni di accompagnamento riabilitativo, reinserimento sociale e familiare per minori e giovani al termine dei loro trattamenti di tipo residenziale. Si ritiene necessario attivare interventi specifici per le nuove forme di dipendenza comportamentale (come il GAP²¹) e interventi socio-sanitari per il mantenimento dell'autosufficienza nella propria gestione e nelle proprie abilità residue. Si promuovono, infine, interventi di telemedicina e percorsi sempre più integrati tra i vari Servizi del territorio. Relativamente all'area della prevenzione e all'area della cura, la Regione Veneto prevede un'ulteriore area che taglia trasversalmente i macro-obiettivi appena descritti e che riguarda l'importanza in ogni caso della formazione continua del personale operante del Sistema delle Dipendenze Veneto come condizione imprescindibile per un intervento di qualità; il continuo monitoraggio, attraverso raccolte dati, del fenomeno della Dipendenza a livello regionale e l'istituzione di uno sportello di prossimità telematico, che fornisca assistenza e risposte veloci, oltre che orientamento, informazioni e materiale divulgativo ai cittadini che accederanno al portale (Piano Triennale per le Dipendenze, 2020).

²¹ Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla L.R. del 10/09/2019, n. 38 "Norme sulla prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo patologico"

1.2.2. Il reinserimento e l'integrazione socio-relazionale del paziente: il fine ultimo dei percorsi di trattamento

Nonostante i principi fondamentali appena descritti cerchino di delineare al meglio un percorso efficace di trattamento del paziente con problemi connessi ad una dipendenza chimica e/o comportamentale, la realtà restituisce un'immagine di tali interventi insita di differenti criticità e difficoltà rispetto alla loro completa attuazione. Anche la situazione su larga scala, e secondo la *Relazione Europea (2021)*, presenta notevoli difficoltà rispetto al trattamento della tossicodipendenza in quanto minore è il numero di interventi di cura di tipo residenziale offerti da strutture ospedaliere, comunità terapeutiche e centri specializzati. Anche in questo caso, l'inadeguatezza delle azioni che si realizzano a favore del trattamento è in parte dovuta all'inarrestabile evoluzione del fenomeno, tratto comune a tutti i Paesi europei, che desta preoccupazione. Anche la definizione dei principi secondo i quali pensare e definire modelli di azione è un'operazione particolarmente ostica per via delle molteplici sfaccettature che il consumo e la circolazione di sostanze assumono. Tuttavia, si deve in egual modo riconoscere un impegno di tutti gli Stati Membri, nonostante la mancanza di sufficienti risorse economiche, nella lotta al problema della droga attraverso l'istituzione di servizi *ad hoc* più competenti e specializzati e che trovano nella collaborazione e nella condivisione un perno sul quale far leva, nonostante anche in questo caso non manchino le difficoltà (Panebianco, 2019).

Anche in Italia, naturalmente, nonostante vengano prefissati i medesimi obiettivi concerne la lotta al consumo di sostanze, le criticità interne presenti sono ancora consistenti e destano preoccupazione. Le principali lacune che si evidenziano riguardano la carente collaborazione e coordinazione degli istituti a livello nazionale e interregionale, aggravato ulteriormente dalla mancanza di dati a livello regionale che difficilmente giungono all'Osservatorio nazionale del DPA. Ciò porta alla creazione di un *gap* nell'informazione, ma soprattutto alla produzione di risposte in materia di tossicodipendenza ancora frammentate e disomogenee sul territorio. Nello specifico, emerge una concentrazione di interventi in alcune parti del territorio, con un sovraccarico di lavoro ingestibile e concentrato solo in alcune aree, non garantendo quindi uniformità dei servizi offerti su tutto il territorio nazionale. Si segnala, inoltre, la crisi vissuta dai *social worker* che appaiono attualmente demotivati nell'espletamento e nel

riconoscimento della loro professione, dovendo rispondere a nuovi bisogni senza possedere competenze adeguate.

Uno degli interrogativi che più frequentemente può affiorare dopo la descrizione dei percorsi di trattamento che vengono attivati a vari livelli, ma soprattutto gli obiettivi e i principi a cui esso tende, riguarda l'effettivo e concreto ricollocamento e reinserimento del soggetto con problemi di dipendenza all'interno del contesto sociale di appartenenza. Certamente le problematiche in merito alla realizzazione di questo determinato scopo sono molteplici. Tutt'al più se si considera che è il significato intrinseco del concetto di reinserimento consiste in una nuova introduzione di qualcosa o di qualcuno, che per un determinato periodo è risultato estraneo, all'interno del sistema sociale a cui precedentemente apparteneva. In merito a ciò, risulta prevedibile che per i soggetti che presentano problematiche di dipendenza questa transizione sia altamente complessa e difficile da attuare in vista del processo di etichettamento che viene attribuito da parte della società alla persona che abusa di sostanze come conseguenza delle proprie azioni e comportamenti. La compromissione della quotidianità del soggetto che presenta o ha presentato problemi di dipendenza scaturisce inevitabilmente dall'esclusione che lo stesso contesto ponga in essere a fronte della connotazione di "*deviante*" nei confronti della persona e del suo comportamento, definito rispetto al senso comune e in base ai principi valoriali a cui esso normalmente tende. Ne scaturisce che la persona che si appresta a rientrare normalmente nel proprio ambiente di riferimento incorre in tutta una serie di difficoltà che possono minare la propria identità ancora vulnerabile e in fase di costruzione. Il reinserimento sociale del paziente, a cui auspica come fine ultimo l'attivazione del percorso di trattamento, non deve riguardare unicamente un collocamento di tipo "fisico" della persona all'interno degli spazi quotidiani piuttosto bisogna affiancarla, facendo leva sulla costruzione di interventi di accompagnamento, affinché si integri concretamente e dal punto di vista relazionale con il "nuovo" contesto comunitario. Tale fase risulta fondamentale non solo perché, come successivamente si osserverà, la dimensione relazionale ha forti ripercussioni sul benessere generale del paziente ma anche perché la persistente difficoltà a intrattenere nuove relazioni con il contesto sociale porterà inevitabilmente il paziente a riacquisire rapporti disfunzionali e con la propria "storica" cerchia di appartenenza la quale potrebbe, a sua volta, minare i risultati che lo stesso ha raggiunto a conclusione del percorso di trattamento. È importante non sottovalutare queste determinate dinamiche poiché la probabilità che il soggetto

incontra in questi rischi quotidiani è molto alta. Ciò è anche dovuto alla difficoltà da parte del contesto sociale alla relazione con colui che definiscono deviante e inevitabilmente questo comporta la conseguente costruzione di cerchie sociali ghettizzate e stigmatizzate nonostante sia forte per tali persone la propensione al cambiamento.

Nella cultura dei servizi non si riesce tutt'ora a superare il criterio territoriale quando, al contrario, bisognerebbe prediligere la reciprocità tra i soggetti e il loro contesto per sostenere l'attuazione di interventi di recupero sempre più basati sull'interconnessione di tutti gli *stakeholders*. Tale correlazione può indurre al potenziamento di modelli operativi innovativi che riconoscono e basano le loro prassi sull'importanza, non solo a livello teorico, della dimensione relazionale che al giorno d'oggi non può essere trascurata (Panbianco, 2019). Questa fragilità a cui può incorrere il soggetto pone una questione centrale nell'implementazione di interventi terapeutici che devono essere particolarmente efficaci durante il percorso di recupero e nella delicata fase del post-trattamento, poiché entrambi i momenti sono influenzati non solo dalle componenti biologiche derivanti dall'abuso di droghe ma anche dai fattori socio-relazionali. In particolar modo, bisogna puntare maggiormente nella messa in atto di interventi di tipo residenziale che anche se in parte rappresentano uno spazio "protetto" e non sufficientemente simile rispetto alle difficoltà della realtà quotidiana che il soggetto sarà costretto ad affrontare, aiutano la persona a sperimentare gradualmente la ricostruzione delle relazioni affettive e delle relative dinamiche che in un contesto sociale si palesano. Inoltre, un ulteriore obiettivo che fa capo ad interventi di questo tipo riguarda la messa in atto di un efficace reinserimento sociale e lavorativo del soggetto supponendo un supporto e un accompagnamento iniziale da parte degli operatori qualora se ne vedesse la necessità.

Il recupero e il relativo reinserimento della persona non sono definiti esclusivamente in base al miglioramento della sua condizione di astinenza, bensì sono associati al raggiungimento di benefici in diverse aree di vita come la condizione abitativa e lavorativa, lo stato di salute psico-fisico, la cura di sé stessi, la partecipazione alla vita comunitaria e alle relazioni con gli altri. Ragion per cui è fondamentale sottolineare come per una buona riuscita e per un totale recupero della persona con problematiche di dipendenza si debba investire anche nell'accrescimento di relazioni gratificanti e significative che, a loro volta, offrono la possibilità di incrementare il benessere globale e l'autonomia della persona nel proprio contesto di vita.

CAPITOLO II: LA QUALITÀ DELLA VITA E IL BENESSERE RELAZIONALE: ELEMENTI DI INDAGINE NEL PROCESSO DI CAMBIAMENTO

2.1. Il benessere individuale: una definizione

Il concetto di qualità di vita riveste una sempre maggiore importanza nel settore dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, non è presente ancora un sufficiente accordo sugli aspetti relativi alla definizione ed alla rilevazione, nonché all'utilizzo dei risultati delle valutazioni sulla qualità di vita. In realtà si tratta di un termine che comprende un intero spettro di usi e significati. Di fatti, rappresenta un concetto multidimensionale tanto da risultare impossibile parlarne senza una precisazione di senso contestualizzato. Una prima distinzione che deve essere operata riguarda l'accezione data dai *mass media* e quella diffusa in campo medico. Nell'ambito delle comunicazioni di massa la qualità di vita viene continuamente intesa e confusa con la vita di qualità, in riferimento ad un ideale generico di alta qualità rispetto ad aspetti più commerciali e materiali della vita (es. oggetti posseduti, successo nel lavoro, denaro da spendere, disponibilità di tempo libero, grandi performance fisiche). Invece in campo sanitario l'espressione, che approfondiremo in seguito, si riferisce alla percezione dello stato di salute, nel suo significato più ampio, da parte del sistema paziente-persona (Bertelli et al., 2011).

Il costrutto della qualità di vita ha riscontrato negli ultimi anni una specifica attenzione da parte di ricercatori e studiosi. Certamente, risulta necessario definire l'oggetto di discussione, a che cosa si può far riferimento con il termine "qualità di vita" e come esso può variare in base al contesto di riferimento in cui viene applicato e le finalità per le quali il costrutto viene considerato. La qualità di vita è strettamente correlata alla descrizione del concetto di salute da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1948 definita quest'ultima "*non solo come assenza di malattie e infermità, ma anche come presenza di un completo benessere fisico, mentale e sociale*". Pertanto, la salute non viene considerata come qualcosa che si ha o meno, piuttosto uno stato all'interno di un *continuum*. Il concetto si sposa perfettamente con il fenomeno demografico che stiamo vivendo oggi dovuto all'aumento sempre più notevole dell'età media della popolazione. In tal caso, non solo sono sempre più diagnosticate le patologie correlate all'invecchiamento ma diventa sempre più consueto la possibilità di convivere

nell'arco della propria vita con patologie cronic-degenerative alle quali la medicina non può porvi rimedio. Per tale motivo, non si pensa più alla salute unicamente come assenza di malattia ma prende in considerazione dimensioni più complesse come la qualità di vita che tiene conto anche della percezione soggettiva del paziente. L'obiettivo della cura, quindi, diviene non solo il prolungamento quanto più possibile degli anni di vita, ma di garantire anche un adeguato benessere ai pazienti. Una prima definizione di qualità di vita è proposta dal gruppo di lavoro sulla QoL (*Quality of Life*) dell'OMS (1995) in cui si afferma che il benessere generale di una persona è

“la percezione soggettiva che è un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative, preoccupazioni. Riguarda quindi un costrutto ad ampio spettro, che è modificabile in maniera complessiva dalla percezione della propria salute fisica e psicologico-emotiva, dal livello di indipendenza, dalle relazioni sociali e dalla interazione con il proprio specifico contesto ambientale”

Perciò, il concetto di qualità di vita comprende aspetti come la salute del corpo, il benessere psicologico, il grado di autonomia e indipendenza, le relazioni sociali, le idee e le credenze personali e il rapporto con l'ambiente esterno. I settori della salute e della qualità di vita si intersecano l'un l'altro. Molto spesso però, termini come “qualità di vita”, “stato di salute”, “qualità di vita correlata alla salute” vengono utilizzati soprattutto in ambito sanitario per rappresentare aspetti di tipo qualitativo e rispetto alla salute dei pazienti con lo scopo di contrapporsi alla semplice restituzione di tipo quantitativo dell'assenza, presenza o quantità della vita.

Nonostante tali definizioni citino differenti costrutti rispetto alla qualità di vita, per di più a livello concettuale, la tendenza nella pratica riguarda l'utilizzo di questi termini per ciò che gli autori anglosassoni definiscono *Health-Related Quality of Life* (HRQL) ossia gli aspetti che costituiscono la salute del paziente. Di conseguenza, con tale espressione si fa particolar riferimento agli attributi qualitativi della vita di una persona dal punto di vista della malattia e della salute fisica con la consapevolezza di assegnare un ruolo secondario, a tutti quei fattori che a livello individuale, ambientale, economico possono influenzare la percezione dell'individuo rispetto al proprio benessere. L'effettiva influenza della salute rispetto alla definizione di qualità di vita ha generato nel tempo molteplici dibattiti tra studiosi provenienti da discipline diverse. Se da un lato alcuni autori hanno maggiormente focalizzato la loro attenzione su aspetti filosofici e umanistici enfatizzando

il ruolo che le aspirazioni e i valori di una persona giocano nell'attribuzione di senso alla qualità di vita, per converso ulteriori autori sono stati più interessati ad analizzare aspetti prettamente medici e sanitari per verificare l'effettiva influenza che apportavano al cambiamento nello stato di salute e di vita. Uno schieramento in tal senso è rappresentato da un lato dalla stessa OMS che, come specificato poc'anzi, produce una definizione che considera al proprio interno aspetti individuali, culturali e valoriali ma assegnando, al contempo, uno spessore in più alla salute e al suo ruolo di importante modificatore della percezione della qualità di vita. Rispetto al secondo approccio si fa riferimento al movimento *dell'Outcome Research*. In questo contesto l'analisi della qualità di vita si basa sulla quantificazione di determinati aspetti della salute del paziente attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati. Per quanto i due approcci possano apparire simili in quanto entrambi identificano la salute come fattore essenziale, in chiave pratica appaiono differenti tra di loro. In particolar modo, nel primo caso la salute assume il ruolo di moderatore della qualità di vita, mentre nel secondo approccio viene imputato il ruolo di indicatore unico della qualità di vita nonostante fosse filtrato da altri tipi di variabili non mediche.

È quindi chiaro il bisogno di ricorrere ad una definizione di salute il più ampia possibile che comprenda al contempo la capacità di funzionare nella vita di tutti i giorni ma anche in termini di benessere percepito dalla persona rispetto la salute fisica, psicologica, emotiva, sociale. Le peculiarità di questa nuova ridefinizione divengono quindi la focalizzazione sulla salute, la multidimensionalità che caratterizza i differenti aspetti legati alla salute stessa, la centralità del paziente e la sua auto-valutazione rispetto alla qualità di vita. In tal senso, le dimensioni del concetto di QoL relative alla funzionalità di ruolo e alle condizioni ambientali di vita, materiali e sociali, devono essere aggiunte alle dimensioni soggettive del benessere e della soddisfazione. Un dato essenziale e condiviso riguarda l'importanza attribuita al punto di vista soggettivo del paziente, per lungo tempo trascurato rispetto al proprio benessere. Essendo la qualità di vita un costrutto direttamente correlato ad aspetti di vita della persona, è necessario percepire la percezione che la stessa ha della stessa sotto i molteplici punti di vista che compongono il proprio *well-being*.

Nonostante ciò, differenti complessità si presentano nel tentativo di sistematizzare una definizione di qualità di vita, soprattutto da parte della medicina, la quale identifica come unico oggetto di interesse e di valore per i suoi studi il concetto di salute accontentandosi

di prendere in considerazione, solo quegli ambiti di vita che correlati a tale aspetto e quindi pertinenti alla sua missione e modificabili dai suoi interventi. Pertanto, persiste ancora un *gap* rispetto al concetto di qualità di vita intesa e contestualizzata prettamente in ambito medico, come risoluzione della problematica fisica della persona attraverso trattamenti e interventi di tipo clinico.

In considerazione di ciò si suggerisce invece di attuare un'inversione di marcia e di analizzare non solo gli *outcome* inerenti alla sfera fisico-biologica ma soprattutto i valori che sono reputati maggiormente utili dal paziente come essere capace di fare le cose, essere libero da ogni dolore o da ulteriori problemi fisici, psicologici o sociali e non subire effetti indesiderati rispetto al trattamento avvenuto. Solo in tal senso può essere effettivamente riconosciuta la centralità del paziente. In merito a ciò, Testa e Simonson (1996) descrivono la qualità di vita, correlabile al concetto di salute, come l'insieme degli aspetti del benessere fisico-funzionale, psicologico-emotivo e sociale che sono condizionati da esperienze, credenze dei singoli individui. Pertanto, la valutazione della qualità di vita consta della componente obiettiva dello stato di salute filtrata dalla percezione dei soggetti. Solo l'analisi e la considerazione di entrambi questi aspetti può dar corpo ad una stima pressoché accettabile della "vera qualità di vita".

In letteratura sono presenti molteplici lavori e modelli inerenti alla descrizione della qualità di vita. Tra questi ricordiamo Schalock (1991) dal quale si sviluppa anche il *Quality of Life Questionnaire*. In questo modello vengono presi in considerazione fattori come l'indipendenza intesa come la possibilità di esercitare un controllo sul proprio contesto di riferimento; la produttività rispetto al raggiungimento di risultati positivi al lavoro; integrazione comunitaria rispetto alla partecipazione attiva della persona a determinate attività; la soddisfazione dei propri bisogni e valori che possiamo riassumere nel concetto di felicità che accompagna tali realizzazioni. Un ulteriore concetto fondamentale risulta essere quello di Brown (1989) in cui la qualità di vita viene considerata come il risultato da un lato della quantità di divergenze tra desideri e bisogni appagati o meno e dall'altro dal controllo di cui il soggetto si avvale all'interno del proprio contesto di appartenenza. Tale modello prevede aspetti "oggettivi" e "soggettivi": rispetto ai primi si considerano le caratteristiche dell'ambiente sociale, la salute, le abilità personali; tra i secondi si fa riferimento alla soddisfazione per la propria vita, benessere psicologico, percezione delle proprie *skill* e bisogni. Come possiamo facilmente intuire, nel costrutto della qualità della vita è necessario avvalersi di un approccio di tipo

ecologico correlato ad un'analisi multidimensionale rispetto alle caratteristiche fondamentali dell'ambiente di vita. Nello specifico, i punti cruciali riguarderanno tutto ciò che una persona considera essenziale e necessario per il suo benessere, la quantità e soprattutto qualità delle relazioni interpersonali alle quali partecipa, i supporti di cui beneficia, la qualità lavorativa e il grado di integrazione comunitaria che riesce a realizzare (Serpelloni, 2003).

2.2. Il *well-being* del paziente tossicodipendente e la scala di valutazione *WHOQOL-BRIEF*

Appare utile indagare il costrutto della qualità di vita in relazione al macro-argomento del seguente elaborato: il fenomeno della dipendenza. Tendenzialmente, due tematiche simili non vengono quasi mai indagate simultaneamente poiché l'opinione comune connota in senso negativo (soprattutto dal punto di vista fisiologico) lo stato di benessere di un soggetto tossicodipendente e per tale ragione non risulta indispensabile analizzarne i possibili sviluppi e modificazioni in merito alla qualità di vita. Una simile dimostrazione è rappresentata dai variegati studi presenti in letteratura rispetto all'indagine del costrutto della qualità di vita in relazione alla presenza di problematiche di salute e patologie droga-correlate (come l'AIDS). In tal senso, il benessere è maggiormente indagato rispetto a difficoltà riscontrabili a livello clinico e fisico. Nonostante ciò, alcuni studi cercano di colmare questo *gap* avanzando l'ipotesi tale per cui nell'indagine della qualità di vita rispetto all'abuso di sostanze stupefacenti (in particolar modo la dipendenza da alcol) presenti alcuni fattori predominanti che influenzano il benessere della persona e riguardano il funzionamento sociale e i disturbi dell'umore, in particolare la depressione (Volk 1997; Kraemer, 2002; Rudolf, 2002; Foster, 2002). Inoltre, ci si interroga anche sui possibili effetti predittivi della qualità di vita che inducono ad un consumo iniziale di sostanze stupefacenti (come gli adolescenti), situazione che in seguito e quasi probabilmente tramuterà in dipendenza. In questo caso una cattiva condizione di vita rappresenta un elemento favorevole al consumo dipendente di droghe anche se non è totalmente chiaro se tale circostanza sia identificata come conseguenza o causa dell'abuso di sostanze stupefacenti (Zullig, 2001).

Al contrario delle situazioni sino ad ora evidenziate, si possono identificare quattro fattori positivi di qualità di vita che influenzano positivamente con il tentativo di astenersi dall'uso di sostanze. Le componenti favorevoli riguardano: essere regolarmente impegnati in attività piacevoli; possedere una dimora stabile; avere una relazione affettiva; presentare una relazione di fiducia con un professionista del sociale. Dai principali risultati emerge che l'astinenza da uso di droghe debba essere necessariamente correlata alla presenza di relazioni significative e attività stabili e soddisfacenti (Watson, 1998; Vaillant, 1995).

Ciò che desta maggiore preoccupazione nella valutazione della qualità di vita del soggetto tossicodipendente riguarda la poca considerazione attribuita alla percezione e soddisfazione che lo stesso nutre nei confronti della propria qualità di vita. Una simile situazione può verificarsi dal momento in cui tale persona può essere affetta da patologie che compromettano lo stato psichico e quindi la capacità di giudizio dal punto di vista delle aspettative e delle necessità insite nella sua vita. Il soggetto con problemi di dipendenza può percepire come insoddisfacente la sua vita anche a causa di un impellente bisogno ad avere a disposizione particolari sostanze in determinate situazioni quotidiane. Per tale motivo, risulta essenziale ricorrere ad un modello di qualità di vita in cui si introduca oltre alla percezione soggettiva del paziente (QLP- *Quality of Life Perception*) anche la valutazione delle condizioni oggettive di vita dal punto di vista clinico e sociale. Questa ipotesi porta a ridefinire il costrutto di qualità di vita identificando due specifici aspetti di tipo clinico e sociale. I gruppi di fattori che, quindi, condizionano la qualità di vita del paziente sono di due ordini: le “*condizioni oggettive*” di vita del paziente dal punto di vista dello status sociale e dal punto di vista clinico e di salute; le “*condizioni soggettive*” riguardano la percezione del soggetto relativamente ai due *status* oggettivi precedentemente definiti. Rispetto alle condizioni oggettive dal punto di vista sociale, le variabili prese in considerazione riguardano: la qualità dell'ambiente residenziale; la presenza di un'occupazione lavorativa; esistenza ma soprattutto qualità delle relazioni interpersonali. Dal punto di vista clinico, al contrario, si tengono presenti e vengono analizzati sintomi sia di natura fisica (vomito, tosse etc.) sia psichica (ansia, depressione etc.) che influiscono nella creazione di uno stato di disagio e di malessere nel paziente. Un ulteriore elemento che rimanda ed è strettamente correlato alle condizioni cliniche concerne la frequenza con la quale il soggetto si reca presso strutture socio-sanitarie (come i SerD) a causa delle sue condizioni di salute e con lo scopo di monitorarla e di

valutare le eventuali interferenze e disagi che essa causa rispetto allo svolgimento delle normali attività quotidiane. Da questo punto di vista, è fondamentale osservare il rapporto che il soggetto instaura insieme operatori sociali di riferimento poiché sviluppare nel tempo relazioni sane e soddisfacenti potrebbe rappresentare un fattore predittivo della creazione e del mantenimento di una positiva qualità di vita. La valutazione di questi tre fattori permette inoltre di sottolineare eventuali discrepanze tra il SRQL (*Social Related Quality Life*), l'HRQL (*Health Related Quality Life*) e il QLP (*Quality Life Perception*). Pertanto, uno strumento specifico per il rilevamento della qualità di vita di un paziente tossicodipendente deve tener conto dei fattori sociali e fattori legati alla salute dal punto di vista oggettivo, coadiuvati dall'analisi del punto di vista soggettivo da parte del paziente. Un modello simile prevede l'integrazione di attributi diversi assegnando loro pari dignità e colmando quel *gap* dei modelli precedenti in cui si teneva prettamente in considerazione gli aspetti di tipo sanitario. La peculiarità di un modello di questo tipo riguarda la possibilità di evidenziare particolari interpretazioni dei soggetti rispetto a fattori che vengono percepiti diversamente a parità di punteggio dal punto di vista oggettivo o come specifici punti determino una percezione di disagio potenzialmente analoga.

Alla luce del modello specificatamente elaborato per la misura della qualità di vita di pazienti tossicodipendenti, viene messo a punto anche uno strumento, attualmente in fase di sperimentazione (Serpelloni, 2003), che indagli le variabili prese in considerazione. Quest'ultimo consta di tre schede inerenti alla valutazione dei fattori sociali, fattori collegati alla salute ed entrambe le schede compilate in base alla percezione del soggetto relativamente a tali fattori. Più specificatamente, i fattori legati alla qualità di vita dal punto di vista sociale e presi in considerazione all'interno di questo strumento sono: le relazioni familiari ed extra-familiari, intendendo persone significative, supportive e importanti per il soggetto; le condizioni abitative dal punto di vista della sua localizzazione e delle condizioni strutturali e funzionali; la disponibilità di vari mezzi considerati di base (cucina, frigorifero, gas etc.) e/o strumenti di comfort (telefono, tv etc.); le condizioni lavorative; il reddito economico; le attività ricreative alle quali il soggetto può dedicarsi; la mobilità; la presenza o meno di problematiche legali e fiscali. Inoltre, i fattori inerenti all'area della salute riguardano sostanzialmente: la presenza di sintomi disagianti correlati alla malattia e causa di dolore, sofferenza psichica e fisica, limitazioni funzionali; effetti collaterali legati all'assunzione di determinati farmaci;

l'autonomia intesa come la possibilità da parte del paziente di essere indipendente sotto il punto di vista fisico, psichico, relazionale/sociale; la necessità di accedere alle strutture socio-sanitarie per il trattamento della malattia; i costi correlati alla cura della salute; l'impatto sociale della malattia rispetto alla compromissione della propria immagine sociale o di eventuali discriminazioni legate alla malattia²².

In sintesi, si deduce che la valutazione della qualità della vita risulta una problematica alquanto complessa in quanto si scontra con la sfida di ridurre al minimo la complessità della realtà attuale in fattori e informazioni sufficientemente rappresentativi delle condizioni di vita sotto diversi punti di vista. D'altronde, valutare in *toto* se gli interventi destinati ai pazienti vanno a modificare concretamente la loro qualità di vita e il loro benessere è un obiettivo e un dovere cruciale al quale non ci si può sottrarre. Bisogna condurre una valutazione parsimoniosa della scelta degli strumenti che si andranno ad utilizzare in quanto i criteri di riferimento molto spesso non sono solo perfettamente definiti. Inoltre, vista l'assenza di uno strumento onnicomprensivo e che soprattutto si adatti facilmente a varie patologie, vale la pena osservare la necessità di ricorrere a nuovi strumenti che siano facilmente adattabili alle nuove esigenze (Serpelloni, 2003). Un esempio pratico in tal senso è rappresentato dalla descrizione che la letteratura offre in merito all'utilizzo di specifiche scale di valutazione della qualità di vita. Pare che, in linea generale, nessuna di queste può essere considerata esaustiva in merito alla scelta metodologica a cui ipoteticamente si dovrebbe tendere per una reale valutazione della qualità di vita. La presenza di determinate lacune sono in riferimento non solo al numero di aree indagate, ma anche per le dimensioni di articolazione dell'indagine. Molti degli strumenti attualmente diffusi per la misurazione della qualità di vita²³ sembrano riferirsi, in realtà, all'area legata alla salute quando, al contrario e rispetto a ciò che si è affermato, per i modelli di QoL risulta indispensabile includere sia aspetti qualitativi che quantitativi e di declinarli secondo principi sia oggettivi che soggettivi. Attualmente la maggior parte degli autori sostiene che la relazione tra la percezione individuale dell'importanza attribuita a questi ambiti e la relativa percezione di soddisfazione provata negli stessi costituisca il modo più completo ed efficace di valutare la qualità di vita (Bertelli et al., 2011). Una trasformazione di questo tipo si è verificata anche a livello degli esiti dei

²² Per ulteriori approfondimenti si rimanda a Serpelloni, 2003, "La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza" pp. 320-330

²³ Le scale maggiormente diffuse e utilizzate sono: *Sickness Impact Profile-SIP* (Bergner et al.1981); *La Short Form Health Survey 36 - SF-36* (Ware e Sherbourne, 1992); *EQ-5D (Euro QoL-5d)* (EuroQoL Group, 1990); *Life Situation Survey (LSS)*.

trattamenti poiché in tal senso si è puntato su misure più orientate in senso qualitativo e dimensionale, per le quali “*il successo di una terapia viene misurato con gli occhi del paziente che vive meglio e vive di più*” (Schipper, 1990).

Sono tutte queste le ragioni che hanno indotto l’OMS ad avviare un progetto internazionale indirizzato alla realizzazione di uno strumento di valutazione della QoL. Difatti, tra la panoramica generale delle differenti scale di valutazione, uno degli strumenti di indagine della qualità di vita che non si discosta nettamente dai principi citati ma che include anche una misura soggettiva dell’impatto che la malattia può comportare rispetto allo svolgimento delle normali attività quotidiane o sul funzionamento della persona affetta da malattia è rappresentato proprio dal *World Health Organization Quality of Life* o WHOQOL (in particolar modo si prenderà in considerazione la versione WHOQOL-BRIEF poiché adottato come strumento metodologico all’interno del progetto di ricerca a cui si fa riferimento nell’elaborato). L’aspetto metodologico che ha portato alla creazione del primo strumento costituito da 100 item (WHOQOL-100) è dovuto all’inserimento di questo in un progetto ad ampio respiro che ha coinvolto in una prima fase di valutazione 15 centri situati in differenti paesi. In una fase successiva alla prima, è stata validata anche la versione breve dello strumento definita WHOQOL-BRIEF o breve (The WHOQOL Group, 1998b). In particolar modo, lo strumento preso in considerazione ossia il WHOQOL-breve riguarda un questionario autocompilato o, qualora fossero presenti condizioni cliniche del paziente che inficiano sulla sua stesura, esso può essere eterosomministrato o somministrato in maniera assistita. Il WHOQOL-breve è frutto dello strumento WHOQOL-100, costituito a sua volta da 100 item raggruppati in 24 specifiche sezioni che, a loro volta, sono organizzate e comprese in quattro aree: fisica, psicologica, dei rapporti sociali, ambientale²⁴. Al fine di ottenere la versione meno estesa dello strumento, dalle 24 categorie appena definite sono stati selezionati gli item più rappresentativi e più aderenti alla definizione della sezione presa in considerazione. Sono stati aggiunti, nella versione breve, 2 item di carattere generale che misurano la QoL e la salute in termini complessivi. Successivamente, lo strumento è stato nuovamente vagliato e sottoposto ad analisi di conferma per poter controllare che le

²⁴ Lo studio di validazione internazionale del WHOQOL-Breve è stato condotto su un campione di soggetti suddiviso, a sua volta, in tre gruppi: 1) il campione originale dello studio OMS, comprendeva 4802 soggetti provenienti da 15 centri clinici ai quali stata somministrata la prima versione del WHOQOL; 2) un campione aggiuntivo comprendente 4104 soggetti provenienti da centri già inclusi nella prima fase; 3) un campione di 2369 soggetti appartenenti a 5 nuovi centri. In questi ultimi due casi è stato somministrato al campione il WHOQOL-100, ossia la versione definitiva derivante dalla versione precedente con 236 items.

sezioni degli item costituite non pregiudicassero l'esplorazione e l'integrità delle 4 aree presenti nel WHOQOL-100. Nella discussione della messa a punto della versione breve dello strumento, si ipotizzava che non vi sarebbe stata un'elevata riduzione delle perdite di informazione rispetto alla sintesi del numero di items e che le quattro aree esplorate nella versione breve potessero rappresentare ugualmente il costrutto della qualità di vita punto. In effetti, i dati analizzati e ottenuti rispetto alla somministrazione di tale strumento hanno fornito un'adeguata conferma di tali assunti (the WHOQOL-Group, 1998b). A sua volta, lo strumento presenta determinati vantaggi come il considerevole risparmio nel tempo di somministrazione rispetto alla versione più lunga. Tuttavia, il WHOQOL-BRIEF non permette di analizzare la valutazione dell'importanza soggettiva che un individuo attribuisce a ciascuna area e sezione. Rispetto invece alla redazione dello strumento WHOQOL-100 e BRIEF si è tenuta in considerazione una *ratio* fondamentale correlata alla definizione fornita dall'OMS nel 1948 secondo cui la qualità di vita attiene alla percezione che la persona ha della propria posizione di vita, anche dal punto di vista valoriale e culturale, in relazione ai propri obiettivi, abitudini, aspettative (The WHOQOL-Group 1993; 1994a; 1995a). Pertanto, l'utilizzo odierno di strumenti di valutazione della qualità di vita, devono considerare quest'ultima come un concetto multidimensionale che incorpora al suo interno numerose variabili tra di loro collegate. Al contrario, un focus esclusivo sulle componenti della qualità della vita correlate all'ambito dello stato di salute rischia di minimizzare quegli attributi fondamentali che interagiscono, condizionano e modulano la qualità di vita individuale come l'ambiente di vita, il reddito lavorativo, ma soprattutto la qualità delle relazioni interpersonali (De Girolamo et al., 2000). A tal proposito, nonostante lo strumento WHOQOL-BRIEF (utilizzato ai fini della ricerca) metta in pratica i costrutti teorici appena evidenziati, presenta tuttavia un forte *gap* rispetto all'importanza attribuita ai legami interpersonali di una persona in relazione alla qualità di vita. Ciò avviene in quanto la dimensione relazionale all'interno dello strumento non viene enfatizzata ma, al contrario, quasi minimizzata. Pertanto, per sopperire a tale limite nel corso del progetto di ricerca la somministrazione dello strumento WHOQOL-BRIEF è stato affiancato a strumenti che tipicamente analizzano e approfondiscono le relazioni e l'influenza che esse esercitano nella vita del soggetto, anche in relazione alla qualità di vita. Quest'ultimi, dal punto di vista teorico e metodologico, fanno riferimento al paradigma della *Social Network Analysis*.

2.3. Il paradigma della *Social Network Analysis*: sviluppo e teorie a confronto

Fino a questo momento si è evidenziato come il concetto di *addiction* sia intriso di una serie di fattori che non rimandano unicamente all'ambito fisiologico e di salute intesa in senso lato. Ciò che si è voluto sottolineare, anche attraverso la presentazione del costrutto di qualità di vita, concerne i molteplici e imprescindibili elementi della vita del soggetto uno fra tanti riguarda proprio l'importanza e la relativa influenza attribuita alla dimensione relazionale non solo per ciò che riguarda la risoluzione di comportamenti di dipendenza ma anche per il generale *well-being* del soggetto. In particolar modo, in relazione al fenomeno droga i legami sociali che una persona può intrattenere possono risultare, a loro volta, causa e/o effetto della messa in atto di un comportamento illecito e che induce la persona al consumo di sostanze stupefacenti. Pertanto, sia che le relazioni e soprattutto le relative difficoltà che possono emergere risultino il principio scatenante che spinge il soggetto all'assunzione di un determinato comportamento di *addiction*, sia che è un atteggiamento di questo tipo a produrre a sua volta forti ripercussioni per il soggetto a livello di integrazione sociale e relazionale, si concorda in entrambi i casi nell'importanza di analizzare la struttura delle reti sociali di una persona. La motivazione principale risiede nella forte entità che le relazioni stesse possono agire sulla vita in generale (e di conseguenza sullo sviluppo di comportamenti devianti o meno) ma anche su una buona riuscita di un processo di recupero e reinserimento della persona nel contesto sociale e quindi nell'intrattenimento di nuove relazioni.

La *social network analysis* (a seguire SNA) è un paradigma che si focalizza non sul singolo soggetto bensì nell'insieme di individui e sulle relazioni che intercorrono tra gli essi. In particolar modo, focalizzarsi sull'ambiente sociale all'interno del quale l'individuo è inserito è fondamentale per comprendere la natura delle relazioni tra un attore focale (ego) e gli altri membri di un dato sistema sociale (definiti *alters* o nodi) e su come tali persone possano influenzare le credenze e i comportamenti di ego (Knoke e Kuklinsky, 1982). L'analisi di rete, e in particolare il paradigma della SNA, ci consente di conoscere i contatti su cui le persone concentrano maggiormente le proprie energie, in che modo un gruppo di persone si conosce tra di loro e come i singoli individui costruiscono le proprie idee, credenze e comportamenti.

In base al progetto di ricerca che si approfondirà nel seguente documento, il paradigma della SNA è risultato fondamentale per la possibilità di analizzare le reti sociali dal punto di vista di una rete egocentrata (*ego-centered*) definita dalla presenza di un attore focale conosciuto come *ego* (e in questo caso il soggetto con problemi di dipendenza afferente ad un SerD) e i soggetti con cui è maggiormente in connessione detti *alter*. Certamente, i legami che connettono gli *alter* ad *ego* possono essere di diverso tipo e pertanto lo scopo del ricercatore sarà quello di definire precisi confini della rete rispetto ad un particolare ambito relazionale e in base all'obiettivo della ricerca che si vuole indagare e analizzare. Precisata la configurazione della rete che maggiormente si vuole approfondire ai fini della ricerca, il paradigma in questione è risultato essenziale anche per l'indagine di quelle specifiche proprietà relazionali, che caratterizzano il legame tra i soggetti di una rete, correlate al raggiungimento di determinati *outcome* in termini di benefici o svantaggi per i membri del medesimo reticolo. Le principali teorie di rete utili alla definizione e comprensione di questo principio di base risultano essere la *teoria della forza dei legami deboli* e la *teoria dei buchi strutturali*²⁵.

La teoria della forza dei legami deboli di Granovetter (1973) identifica nella forza di un legame interpersonale alcuni specifici elementi come il tempo dedicato al rapporto sociale, la vicinanza e l'intensità emotiva e i servizi reciproci che caratterizzano la relazione in questione. Sulla base di questi specifici fattori si può attuare una distinzione tra legami "forti" (*strong tie*) ossia relazioni in cui si riscontra una particolare frequenza rispetto alla comunicazione, l'intimità e la reciprocità tra i soggetti simili tra di loro sotto diversi punti di vista. Al contrario i legami possono essere definiti "deboli" (*weak tie*) dal momento in cui, a differenza della situazione precedente, le comunicazioni appaiono sporadiche, vi è poca intimità e soggetti appartenenti a *clusters* diversi con aspetti notevolmente eterogenei tra di loro (es. conoscenti, amici di amici). È sulla base di tali presupposti, che viene elaborata la teoria della forza dei legami deboli nella quale si sostiene il principio secondo cui le opportunità degli attori sociali sono strettamente legate alle connessioni con altri attori.

Un'ulteriore teoria piuttosto rilevante per la comprensione e l'analisi dei risultati raccolti nel progetto di ricerca in questione è rappresentata dalla *teoria dei buchi strutturali* di Burt (1992) attraverso la quale si mettono in evidenza i benefici che determinate

²⁵ Per ulteriori approfondimenti sulle ulteriori teorie di rete si veda Panebianco, 2019

caratteristiche della rete sociale mette a disposizione per i suoi membri. L'idea di fondo risiede nella capacità del soggetto di essere abile a costruire reti ampie composte da un numero di contatti primari non ridondanti (legami con altri individui che rendono possibile il collegamento con ulteriori individui altrimenti non raggiungibili) poiché anche se le reti risultano ampie ed eterogenee non è detto che i potenziali benefici incrementino in modo lineare al variare della ampiezza e dell'eterogeneità del reticolo preso in considerazione.

Ai fini della ricerca condotta le corrette modalità di somministrazione e la presentazione all'intervistato di documenti essenziali conformi dal punto di vista etico, richiedono al contempo specifici strumenti di raccolta dei dati relazionali, tutt'al più se si fa riferimento all'analisi di una rete sociale egocentrata. Nello specifico, si passerà alla descrizione degli strumenti utilizzati nel progetto di ricerca presentato nel prossimo capitolo. Per la comprensione di un particolare fenomeno, come quello delle dipendenze, risulta necessario indagare i differenti ambiti che compongono la tematica in questione così come gli elementi promotori nella manifestazione di comportamenti di addiction. Uno fra tutti riguarda la dimensione relazionale e le reti sociali che il soggetto consumatore di sostanze intrattiene o meno con determinate persone appartenenti alla propria cerchia sociale. Nello specifico, l'indagine e l'analisi della *personal network* riflette le percezioni che la persona stessa nutre rispetto ai propri legami significativi, le relazioni attuali o passate, forti o deboli così come le risorse e il supporto sociale che può ricevere dalle stesse e la reciprocità nello scambio delle medesime.

Il paradigma della SNA spiega come un intervento di *recovery* e reinserimento sociale del soggetto tossicodipendente possa avvenire attraverso l'analisi dei legami sociali che esso intrattiene con gli attori presenti all'interno della propria rete e nel generale sistema sociale. Pertanto, si riflette su come l'uso di un simile approccio, fondato sulle relazioni, possa attuare concretamente interventi contro le dipendenze più adeguati, che influenzino il *modus operandi* dei professionisti, ma soprattutto calibrati su un fenomeno che ad oggi presenta un denominatore e una carenza comune: la precarietà relazionale (Panebianco, 2019).

Particolare attenzione dovrebbe essere dedicata al modo in cui il framework della SNA e il costrutto del capitale sociale possano coniugarsi e trovare un punto di incontro per dialogare efficacemente rispetto all'indagine degli aspetti relazionali. Entrambi gli

approcci, rimandando a due concetti fondamentali come quello di rete e capitale sociale che, intersecandosi nella realizzazione di differenti prospettive di studio, divengono la medesima cosa.

Rispetto alla tematica trattata, gli studi presenti in letteratura hanno dimostrato l'importanza che il ruolo della struttura e della composizione della rete sociale, nonché la dimensione di capitale sociale, forniscono nell'incoraggiamento o nella cessazione del consumo di droga e/o alcol.

Un esempio significativo in tal senso è fornito da Panebianco (2015) la quale si è occupata e ha indagato la situazione socio-relazionale di un campione di ex utenti (80 soggetti) di una comunità terapeutica del territorio toscano. Il campione per la partecipazione allo studio includeva i soggetti che avevano ricevuto un trattamento terapeutico presso la comunità e concluso l'intero programma almeno sei mesi prima dello studio (*drug-free* e ricaduti). I risultati hanno evidenziato che i soggetti *drug-free* presentano legami di supporto più ampi e reciproci, meno densi e rispetto agli *alter* si assiste ad un elevato status socio-economico e una maggiore eterogeneità dal punto di vista occupazionale. Di contro, le reti dei soggetti ricaduti sono formate principalmente da familiari e persone che fanno parte della comunità (nella maggiorparte dei casi si parla di relazioni preesistenti e asimmetriche con i soggetti della comunità). Una spiegazione a ciò è rinvenuta nel fatto che i soggetti ricaduti sono molto spesso socio-economicamente più svantaggiati, indirizzati all'autoisolamento e tendenzialmente ancorati al vecchio stile di vita che impedisce di costruire nuove relazioni sociali. Al contrario, i soggetti *drug-free* sono dotati di un capitale sociale di tipo brokerage, a differenza delle reti dei ricaduti caratterizzate da alti livelli di chiusura. L'analisi dei risultati dimostra che il possedere uno status occupazionale elevato è collegato allo status *drug-free* e che una minore discriminazione pubblica e una maggiore attitudine positiva ad una stabile occupazione sono fattori generalmente associati ad una più bassa probabilità di ricaduta. Nello specifico, non sentirsi discriminato può aiutare il soggetto a rimettersi in gioco come persona e a porre fiducia nelle sue abilità. Dunque, l'obiettivo non risulta quello di stabilire legami intensi, bensì di essere inserito in relazioni benefiche con una molteplicità di membri di supporto di tipo non ridondante.

Il processo di stigmatizzazione che il soggetto tossicodipendente vive è una tematica particolarmente complessa ma altrettanto importante da non essere considerata ai fini

dell'analisi degli ambiti di vita del soggetto, della propria identità e delle proprie relazioni sociali. Coloro che si ritrovano senza volerlo in balia di questo processo di etichettamento sono confinati in specifiche dinamiche sociali tali per cui non riusciranno a godere di alcuna autonomia e di una propria identità, ma al contrario saranno segnati da una rappresentazione deviante che la società ha direttamente "inflitto" su di loro impedendo in ogni modo un loro recupero e un ritorno nel contesto sociale di appartenenza. Tale soggetto è metaforicamente paragonato ad un oggetto passivo, "smembrato" di una propria capacità di giocare un ruolo di selettore nella ricostruzione di una propria vita e del relativo significato da attribuire alla stessa. tutto ciò è il risultato di emozioni destabilizzanti che il soggetto ha vissuto a fronte di un evento spiazzante, critico o problematico (come quello della presa di consapevolezza di una determinata dipendenza) che, a sua volta, implica l'attuazione di un processo di riparazione della frattura biografica subita. Anche se, l'incidenza di un particolare evento sulla propria biografia non dipende solo dalla qualità dell'evento ma anche dal bagaglio culturale, relazionale e dal contesto sociale in cui il soggetto stesso è inserito. Così come un evento simile induce inevitabilmente la persona ad una ridefinizione delle proprie priorità di vita e di azione. Per fronteggiare questo particolare momento esso mobilita risorse materiali, cognitive ma soprattutto relazionali le quali costituiscono una risorsa indispensabile per far fronte ad ogni evento che si manifesta nella quotidianità. Si può quindi affermare che l'effetto collaterale che si manifesta a seguito di un evento problematico non travolge unicamente l'immagine che la persona ha di sé ma anche rispetto alla propria dimensione relazionale intesa come l'insieme dei mutamenti che intervengono nella rete sociale dell'individuo (Goffman, 2001). Se si analizza l'impatto di simili eventi sull'identità della persona si può far riferimento a tre particolari dimensioni. La prima attiene alla dimensione integrativa poiché i momenti destabilizzanti vissuti dal soggetto rendono difficile garantire una continuità del sé e del proprio progetto di vita in quanto il vissuto e di sentimenti come senso di colpa e vergogna rompe molto spesso il legame con le reti di relazione e pertanto difficilmente il soggetto tossicodipendente ritorna nel quartiere di origine o ricerca contatti con i propri cari e con le relazioni passate. Inoltre, anche la funzione selettiva dell'identità a forti ripercussioni sulla dimensione temporale poiché tutto è appiattito ad un presente senza la visione di un orizzonte temporale positivo. Similmente, anche le aspettative che si hanno del futuro sono particolarmente limitate. Infine, un ulteriore effetto disgregante attiene alla dimensione locativa dell'identità poiché il soggetto difficilmente trova una sua collocazione all'interno dello spazio sociale. Se, come già

avanzato precedentemente, un evento di tale entità presenta gravi ripercussioni sulla figura individuale del soggetto, una situazione simile si presenta anche per ciò che concerne la dimensione relazionale. Si assiste, nello specifico, ad un assottigliamento del patrimonio relazionale costituito non solo dalla quantità di relazioni ma soprattutto dalla qualità delle stesse. È interessante sottolineare come un evento così critico per un soggetto con problemi di dipendenza non riguardi solo la presa di consapevolezza e l'eventuale risoluzione di tale problematica ma anche la successiva e tanto auspicata integrazione nel contesto sociale di appartenenza.

CAPITOLO III. LA RICERCA: IL SERVIZIO SPERIMENTALE DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA VITA AUTONOMA DEL SERD DI PADOVA

“Non chiedere qual è il problema,
chiedi qual è la storia,
solo così scoprirai qual è davvero
il problema”

(John Forester)

3.1. Uno sguardo al contesto: il fenomeno delle dipendenze nel territorio Padovano

Il progetto di ricerca è stato svolto presso un Servizio per le Dipendenze (SerD) che, nello specifico, fa capo ed è allocato all'interno dell'Azienda ULSS6 Euganea²⁶. I SerD dell'AULSS6 sono servizi a elevata integrazione socio-sanitaria e di tipo sovradistrettuale. Tali servizi sono organizzati in un Dipartimento, che conta due Unità Operative Complesse, di cui una è costituita dall'U.O.C Ser.D Padova e Piove di Sacco in cui ho svolto tirocinio. Più nello specifico la sede dello *stage* è situata all'interno del Complesso Socio-Sanitario “*Casa ai Colli*” a Padova. Come già precedentemente accennato, nel corso del 2020, la pandemia mondiale Covid-19 ha avuto significativi risvolti sull'uso di alcol e sostanze. Il ritiro sociale imposto dalle misure di contrasto e contenimento del contagio da Covid-19 ha anche aumentato il senso di solitudine e ha favorito il manifestarsi di stati depressivi, entrambi fattori di vulnerabilità potenzialmente associabili all'uso di sostanze e alcol. La pandemia ha contribuito a evidenziare come il crescente disagio della società contemporanea, costituito da sentimenti di insicurezza, processi di impoverimento, si manifesti attraverso la ricerca di sensazioni ed emozioni forti, la voglia di distaccarsi da una realtà percepita come insoddisfacente, il desiderio di

²⁶ L'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 6 (acronimo AULSS6) Euganea è stata istituita dalla Legge Regionale n.19 del 25 ottobre 2016, che riorganizza il Servizio Sanitario della Regione del Veneto. Tale legge ha approvato la riforma del sistema sanitario del Veneto, la quale prevede due ambiti fondamentali di innovazione: l'istituzione dell'Azienda Zero e l'accorpamento delle Aziende ULSS, dove nello specifico l'ex Azienda ULSS n. 16 di Padova ha modificato la propria denominazione in Azienda ULSS 6 Euganea incorporando le soppresse AULSS n. 15 Alta Padovana e AULSS n. 17 Este. L'AULSS 6 organizza e gestisce i servizi per la tutela della salute delle persone che risiedono nei 101 comuni del territorio della provincia di Padova e, complessivamente, la popolazione assistita è di circa 936.371 abitanti. Il territorio è articolato in cinque distretti: Distretto Padova Bacchiglione, Distretto Padova Terme Colli, Distretto Padova Piovese, Distretto Alta Padovana, Distretto Padova Sud.

divertimento e di accettazione. Si rafforza così la tendenza a gestire i rischi della vita in una dimensione privata, allontanando fisicamente e minando i legami sociali tra le persone. Tali fattori, se inascoltati, possono condurre a comportamenti lesivi e a rischio per la salute, quali appunto lo sviluppo di forme di dipendenze. Alla luce di ciò, nel 2020 i 38 Ser.D. del Veneto hanno preso in carico 10.051 persone, il 15% in più rispetto all'anno precedente. Un dato che certamente trova una conferma anche a livello locale²⁷. Nello specifico, il Ser.D. di Padova nel 2020 ha registrato 2446 prese in carico, delle quali 1612 utenti per problemi di tossicodipendenza, 572 per problemi legati all'abuso d'alcol, 68 per tabagismo e 137 persone per dipendenza da gioco d'azzardo. Dati che certamente fanno riflettere dal momento in cui, in un anno di restrizioni per pandemia, sul totale delle prese in carico risultano 485 nuovi casi (+20%), articolati a loro volta in 259 per dipendenza da stupefacenti, 126 per alcol, 40 per tabacco, 33 per gioco d'azzardo e 19 catalogati come "altra utenza"²⁸.

A fronte dei dati presentati, si può affermare che i problemi emergenti nel territorio Padovano rispetto alle dipendenze riguardano principalmente la forte evoluzione che si sta verificando nell'uso da sostanze psicotrope e alcol. Sono in diffusione all'interno del mercato nuove sostanze di sintesi (le cosiddette "*new psychoactive drugs*"), droghe difficili da identificare anche in fase di controllo, poiché facilmente ingerite e occultate. A ciò si accompagna un forte abbassamento dell'età e un uso prevalente tra pre-adolescenti, adolescenti e giovani²⁹ di sostanze come hashish, marijuana, cocaina ed eroina molto spesso associate ad alcol e/o psicofarmaci. Di conseguenza, anche il fenomeno della poliassunzione e del poliabuso è in costante aumento in quanto il nuovo trend, soprattutto da parte dei giovani, consiste nell'assumere sostanze stupefacenti, accompagnate o seguite da alcol, con l'obiettivo di usare una sostanza per contrastare o amplificare l'effetto di un'altra. A ciò si accompagnano modalità di consumo altrettanto preoccupanti, basti pensare al '*binge drinking*', con finalità di ricerca di ubriachezza. Attualmente, le modalità e i luoghi di consumo sono ulteriormente cambiati rispetto al passato e in particolar modo per le nuove generazioni poiché i giovani, ad esempio, sono

²⁷ https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=87013;

²⁸ Vedi articolo online: <https://www.jamma.tv/cronache/serd-padova-e-piove-di-sacco-nel-2020-netto-calo-dei-casi-di-dipendenza-da-gioco-218810>.

²⁹ Questa fascia di utenza rappresenta meno circa il 13% della popolazione generale del Servizio. Si tratta prevalentemente di maschi (circa due terzi), con maggiore rappresentanza della fascia tra i 20 e i 24 anni. La componente femminile, seppure inferiore, presenta molto spesso situazioni più complesse, manifestando un uso precoce di eroina iniettata. Circa il 20% dei giovani hanno alle spalle un abbandono scolastico; per il 20% di loro si rilevano problematiche psicopatologiche;

indotti a “fumare” l’eroina anziché iniettarla, in considerazione della notevole riduzione dei costi ma soprattutto perché rappresentano rituali di consumo socialmente più accettati. Inoltre, i luoghi in cui si fa abuso sono caratterizzati da tempi e spazi ben definiti: generalmente i giovani fanno uso di sostanze non in maniera quotidiana ma soprattutto nei weekend e in contesti come discoteche, rave party etc. Un’ulteriore problematica riscontrata riguarda la frequenza di situazioni i cui soggetti presentano una doppia diagnosi. Quest’ultima è costituita dalla presenza simultanea di una dipendenza chimica e/o comportamentale correlata a patologie psichiatriche e in alcuni casi anche a forme di disabilità fisica e/o intellettiva, problemi neurologici o di decadimento cognitivo anche in età non avanzata. In tal caso, la complessità della situazione richiede una forte conoscenza tra servizi attraverso l’integrazione delle rispettive competenze alle quali seguiranno strumenti di lavoro e protocolli operativi condivisi (es. UVMD³⁰, équipe, momenti di co-progettazione etc). Tuttavia, la collaborazione con vari professionisti certamente solleva non poche difficoltà tipiche di un lavoro di sinergia che si cerca di attuare costantemente con servizi che presentano professionalità e competenze differenti, ma non meno importanti.

Soprattutto, un’area estremamente complessa, e che ha rappresentato la base di partenza per il progetto di ricerca, riguarda le situazioni di disagio sociale adulto. La maggiorparte dell’utenza in carico al SerD presenta situazioni multiproblematiche (anche con doppia diagnosi) dal punto di vista sociale, lavorativo, economico, abitativo o, ancora, sono cittadini extracomunitari, senza fissa dimora che, successivamente alla conclusione del programma, gravitano sul territorio senza riferimenti, in contesti di marginalità. A ciò si accompagna un numero sempre maggiore di utenti “lungoassistiti” e, in linea generale, si assiste all’ “invecchiamento” di una grossa fetta dell’utenza afferente al SerD di Padova. Tale fenomeno è conseguente al prolungamento dei trattamenti e all’abbassamento della mortalità grazie ai risultati raggiunti in ambito di prevenzione e trattamento della dipendenza. D’altra parte, il fenomeno in questione ha determinato il bisogno di gestire molteplici situazioni sempre più multiproblematiche e complesse a fronte anche di una scarsa presenza, da parte dell’utente, di risorse e di autonomia personale che certamente non favoriscono il suo pieno recupero e la sua integrazione sociale nel contesto comunitario. Il Dipartimento per le Dipendenze di Padova, per le sue caratteristiche di servizio “a bassa soglia di accesso”, ha in carico da tempo un numero consistente di

³⁰ Unità Valutativa Multi Dimensionale;

situazioni di questo tipo, con un investimento importante di risorse e in collaborazione con la rete cittadina rivolta alla grave marginalità. In tal senso, con riferimento a questa determinata tipologia di utenza si è utilizzato il termine “*ricorrente*” per riferirsi a pazienti i cui percorsi riabilitativi non hanno termine, anche con un’accezione di “*cronicità*”, nella misura in cui le risorse di alcune persone sono talmente limitate da non poter prevedere una completa autonomia, bensì un graduale miglioramento della qualità di vita. Pertanto, la condizione di ‘*cronicità*’ di un soggetto non viene definita, come molti possono immaginare, solo in relazione all’avanzamento dell’età, bensì da molteplici fattori. Si tratta di pazienti recidivi, con variegati e corposi programmi residenziali alle spalle e che presentano una situazione compromessa a livello clinico, sociale, psicologico. In molti casi si tratta di utenti che vivono in contesti di precarietà abitativa, lavorativa ed economica, e la cui rete familiare, amicale e sociale si dimostra assente o non supportiva. Inoltre, si evidenzia anche una certa difficoltà a concludere programmi residenziali rispetto a determinate persone che faticano a trovare un proprio spazio di reinserimento sociale e lavorativo e di vita indipendente. Di fatti, nonostante le esigenze terapeutiche diminuiscano di intensità continuano a permanere unitamente al costante bisogno di tipo assistenziale e di contenimento di tale popolazione. Pertanto, è necessario fornire loro un sostegno, talvolta anche giornaliero, per mantenere un buon funzionamento personale e sociale al fine di raggiungere una sufficiente autonomia nella gestione della vita quotidiana, al di fuori del contesto ‘protetto’ delle strutture residenziali.

Per tali ragioni, nel territorio Padovano e rispetto a tale fenomeno, sono state identificate alcune priorità e loro possibili sviluppi come la ridefinizione dei percorsi di dimissione dell’utenza, anche laddove non sia possibile raggiungere una completa autonomia e integrazione sociale successiva alla fase di cura. Nei casi concreti, e rispetto a ciò che ha riguardato gli interventi attivati dal SerD di Padova negli ultimi due anni, si auspica l’estensione di posti in strutture di accoglienza destinati a persone adulte in stato di particolare difficoltà sociale e di salute; l’avvio di una nuova collaborazione con il Settore Politiche Abitative del Comune di Padova per la sperimentazione di forme di co-housing; il mantenimento, per le situazioni in marginalità più stabilizzate, della collaborazione con il Privato Sociale locale per gli inserimenti abitativi protetti all’interno di appartamenti con diversi livelli di protezione e di sostegno socio educativo (Piano di Zona, 2019).

Molto spesso però, come già si è evidenziato, nonostante si tenda alla realizzazione di una proficua cooperazione e collaborazione con molteplici enti del territorio (pubblico,

privato, terzo settore e associazionismo), gli interventi di prevenzione, trattamento e reinserimento necessari per la risoluzione della problematica legata al consumo di sostanze vengono ostacolati dall'importante assenza o difficoltà di gestione della compartecipazione rispetto alle risorse economiche da spendere per la realizzazione di tali azioni. Ciò accade anche rispetto alle risorse in termine di personale presente all'interno del Servizio, specialmente in un momento storico in cui le problematiche dell'utenza diventano sempre più complesse e onerose. Inevitabilmente, si assiste ad un sovraccarico di lavoro che investe i professionisti di riferimento dell'area, portando loro ad avere scarso spazio e scarsi momenti da spendere maggiormente nell'integrazione con i vari servizi o, ancora, nella difficoltà che riscontrano nel seguire con continuità il percorso terapeutico-riabilitativo del paziente soprattutto nel momento in cui questi ultimi sono reinseriti all'interno del contesto sociale di appartenenza.

A questo scopo, il SerD di Padova sta sperimentando degli interventi coordinati e integrati, erogati da servizi differenti (AUISS, Comune, privato sociale), con l'obiettivo comune di migliorare il benessere e l'autonomia del paziente. L'obiettivo può essere raggiunto solo attraverso delle azioni mirate volte al contrasto dell'esclusione e della marginalità e che soprattutto rispondano ai bisogni dei soggetti in condizione di "cronicità". Tali necessità possono riguardare l'accompagnamento abitativo, socioeducativo, il supporto occupazionale-lavorativo e l'aiuto nell'espletamento di pratiche inerenti all'area sanitaria assistenziale. In riferimento a ciò, il Ser.D. di Padova, in collaborazione con la Cooperativa Terra, danno vita ad un servizio, di cui si parlerà approfonditamente nel prossimo paragrafo, che consta di attività di affiancamento ad utenti in carico al Ser.D., per la maggior parte assegnatari di alloggi ERP³¹, rispetto alla gestione della vita quotidiana e in autonomia. La collaborazione tra Ser.D. e operatori della Cooperativa diviene preziosa dal momento in cui il Ser.D., responsabile del percorso di trattamento e riabilitazione, si avvale degli aggiornamenti e dei monitoraggi svolti dalla Cooperativa all'interno del contesto di vita indipendente della persona.

³¹ Edilizia Residenziale Pubblica

3.2. Il “*Servizio di sostegno alla vita indipendente e all’abitare*”

Esaminando direttamente le peculiarità proprie del Dipartimento per le Dipendenze di Padova e i punti di forza e di debolezza che caratterizzano ogni singola presa in carico, si osserva che una delle problematiche principali riguarda la difficoltà di garantire una determinata continuità dell’assistenza soprattutto in fase di reinserimento nel territorio dei pazienti che giungono al completamento di un percorso terapeutico residenziale. Lo sgancio e la transizione ad una vita autonoma e indipendente rappresentano, in generale, una fase molto importante e complessa. La situazione risulta ancora più onerosa nei casi in cui ad essere protagonisti sono utenti in carico al Ser.D. e/o ad altre Servizi che presentano molteplici problematiche (situazioni di marginalità sociale, comportamenti e atteggiamenti di difficile gestione o problematiche cliniche) tali da compromettere la possibilità di fruire di importanti benefici anche laddove risulterebbero disponibili.

Pertanto, è fondamentale sostenere e supportare l’effettiva indipendenza abitativa, sociale ed economica dell’utenza, attraverso il supporto di un “collante” che da un lato, tuteli i risultati conseguiti sino a quel momento e durante il trattamento residenziale e/o ambulatoriale e dall’altro supporti l’utenza nel reinserimento graduale ad una vita “reale” caratterizzata dalla capacità di muoversi in autonomia, gestire le attività e impegni quotidiani intrattenendo costantemente contatti e rapporti sociali con il resto della comunità. Credo che ciò possa essere possibile solo attuando una piena e positiva integrazione e comunicazione tra pubblico e privato, in modo tale da progettare interventi multidisciplinari che rispondano ad esigenze e bisogni quotidiani dell’utenza con continuità e completezza. Questo avviene solo aderendo al principio di sussidiarietà orizzontale, inteso non come surrogato del privato rispetto al pubblico, bensì come alleanza e sostegno tra varie figure e istituzioni che tendono ad un obiettivo comune: il benessere del paziente all’interno del contesto sociale.

Alla luce di questo principio, nel territorio Padovano la Cooperativa Sociale Terra e l’Associazione Famiglie Padovane contro l’Emarginazione e la Droga hanno dato vita ad un “*Servizio di sostegno alla vita indipendente e all’abitare*”, pensato e progettato in collaborazione con il Dipartimento per le Dipendenze dell’AULSS6 per promuovere il reinserimento abitativo e una vita indipendente dell’utenza afferente al servizio. Il

progetto, avviato in via sperimentale, è stato finanziato dall'AULSS6 Euganea con un importo complessivo di € 51.000, stanziati dal 1 Gennaio 2021 al 31 Dicembre 2023³².

La proposta di intervento è orientata a identificare specifici aspetti critici nella gestione di pazienti tossicodipendenti, spesso lungo assistiti, rispetto ai quali offrire un servizio volto a:

- Agevolare la realizzazione di interventi riabilitativi e socio-assistenziali realizzati dal Ser.D., accompagnando gli utenti ai colloqui presso il Servizio o programmando ingressi temporanei presso le strutture terapeutiche in caso di ricaduta;
- Aumentare il coinvolgimento del servizio sociale comunale (spesso andando a cercare quello di ultima residenza) nei progetti di vita indipendente che potranno essere proposti;
- Promuovere la stabilizzazione dei risultati conseguiti dagli utenti che hanno completato un percorso terapeutico residenziale, per raggiungere un'autonomia stabile nel tempo;
- Realizzare progetti educativi e di accompagnamento nel territorio anche attraverso l'implementazione di attività che favoriscano l'apprendimento della gestione domestica e sostengano la cura della persona.

Tutto ciò con l'obiettivo generale di:

- Attivare e promuovere interventi domiciliari a carattere riabilitativo, finalizzati ad aumentare la qualità di vita delle persone con problemi di dipendenza e ridurre in tal modo il rischio di marginalità grave;
- Supportare l'inserimento degli utenti in contesti comunitari (il condominio, il rione, i gruppi di interesse locali etc...), superando così il rischio di isolamento sociale;
- Sviluppare il lavoro di rete tra vari enti (ad esempio, AULSS-Comune) in funzione dei bisogni individuali e sociali del paziente;
- Garantire agli utenti la possibilità di accedere ai Servizi socio-sanitari del territorio e di usufruirne in modo adeguato.

³² Vedi determina n.2621 del 31/12/2020, Azienda ULSS6 Euganea

- Offrire la possibilità di accedere nuovamente ad un sano sviluppo evolutivo delle persone affette da problemi di dipendenza.

A seconda delle esigenze di ogni singolo caso, la Cooperativa TerrA e l'Associazione Famiglie hanno individuato il tipo di intervento più opportuno e necessario all'interno di uno o più dei seguenti ambiti:

- *Segretariato sociale*: supportare l'utente nell'organizzazione dell'espletamento di pratiche burocratiche e accompagnarlo nell'interazione con i diversi interlocutori coinvolti. Ad esempio, supportarlo in differenti richieste di benefici economici, riconoscimento di invalidità civile etc.
- *Accompagnamento sanitario*: promuovere la compliance dell'utente laddove si rendano necessarie cure sanitarie ambulatoriali, con l'accompagnamento alle visite, il monitoraggio dell'assunzione di eventuali terapie farmacologiche, gli interventi educativi finalizzati all'adozione degli opportuni accorgimenti di igiene etc.;
- *Accompagnamento abitativo*: assistere l'utente con un intervento domiciliare di natura educativa nella fase di inserimento, come ad esempio in caso di assegnazione di alloggio di edilizia residenziale pubblica per riabituare progressivamente la persona alla gestione individuale degli spazi e tempi della propria "casa";
- *Economia domestica*: guidare l'utente nella costruzione di un proprio bilancio familiare imparando a gestire l'equilibrio tra "entrate" e "uscite" riuscendo a riconoscere cosa sia o non sia sostenibile per la propria situazione finanziaria.

Per ciascuno di questi ambiti gli operatori potranno avvalersi della consulenza specialistica di una équipe multiprofessionale (composta da infermiere, psicoterapeuta, Assistente Sociale, psicologo, sociologo) che opera normalmente nei diversi servizi gestiti dalla Cooperativa TerrA e possiede una consolidata esperienza delle risorse attivabili nel territorio dell'AUIss6. La gestione della presa in carico di ciascun utente prevederà in modo regolare:

- Un incontro conoscitivo presso il SerD finalizzato la presa in carico e alla redazione di un progetto educativo individualizzato;

- Almeno un incontro di condivisione degli obiettivi dell'intervento e delle modalità di lavoro con altri soggetti rilevanti (familiari, servizi sanitari, servizi sociali comunali etc.)
- Almeno due incontri settimanali di tre ore presso il domicilio dell'utente (Ho preso i servizi a cui l'utente si rivolge maggiormente) orientati a realizzare interventi educativi e informativi rispetto alla gestione della casa, alle regole di convivenza con il vicinato, alla gestione economica e all'organizzazione di routine quotidiane e settimanali;
- Un incontro mensile presso il SerD di aggiornamento e confronto, anche con il coinvolgimento dell'utente se necessario e funzionale.

In seguito all'analisi degli obiettivi generali del servizio posti in essere dalla Cooperativa, e in base alle criticità evidenziate e osservate direttamente durante l'esperienza di tirocinio, la mia domanda di ricerca analizza il cambiamento della qualità di vita e delle relazioni sociali dell'utenza che usufruisce del “*Servizio di sostegno alla vita indipendente e all'abitare*”. Il presente studio esplora quindi come tale servizio possa influire sul benessere e sui legami sociali della persona.

3.3. Il disegno di ricerca: obiettivi generali, setting e campionamento

Osservate le criticità presenti all'interno del SerD di Padova, con l'occasione dell'avvio del servizio sperimentale di accompagnamento ma soprattutto a fronte delle premesse teoriche descritte nei precedenti capitoli, si è dato impulso alla creazione di uno studio di ricerca e all'elaborazione di un'ipotesi secondo cui il servizio in oggetto e/o interventi territoriali equiparabili ed equipollenti a quest'ultimo, che tendono al supporto della persona in contesti di vita autonoma, possano a loro volta influire nei vari ambiti di quotidianità dell'utenza presa in considerazione.

Nello specifico, nel seguente paragrafo, verrà analizzato e descritto in maniera approfondita il progetto e le relative peculiarità che hanno dato inizio alla ricerca. In particolar modo, il primo *step* affrontato ha riguardato la definizione dell'obiettivo a cui si voleva tendere tramite la definizione dello studio. Pertanto, a seguito di una fase di selezione e individuazione dei fattori da indagare, lo scopo generale del progetto di ricerca si è concentrato sulla valutazione di come il “*Servizio di sostegno alla vita indipendente*

e all'abitare” possa contribuire a migliorare la qualità di vita e le relazioni sociali delle persone che ne fruiscono. L'obiettivo specifico, a sua volta, tende all'osservazione di come il costrutto della qualità di vita e soprattutto le relazioni sociali possano influenzarsi a vicenda e divenire una il “tramite” di miglioramento o peggioramento dell'altra e viceversa. Nel concreto si vedrà come le relazioni socialmente significative in cui si spendono maggiormente le persone possono influenzare, in linea generale, la loro qualità di vita e viceversa. Tutto ciò avverrà effettuando una comparazione tra la situazione antecedente l'attivazione del servizio e quella successiva alla presa in carico da parte della Cooperativa TerrA.

Definito lo scopo, la fase successiva ha riguardato l'impostazione del disegno di ricerca. È fondamentale sottolineare che, in vista delle variabili e delle peculiarità da indagare, ci si è interrogati sull'utilizzo dello strumento metodologico più appropriato anche in vista del campione, parte integrante dello studio. Pertanto, si è optato per la definizione di interviste semistrutturate, audio registrate, attraverso le quali somministrare alcuni strumenti, accompagnati da domande aperte e chiuse e schede metodologiche tipiche del paradigma della SNA al fine di raccogliere sufficienti dati quantitativi ma soprattutto, in linea maggiore, elementi qualitativi utili ad indagare i vissuti dei pazienti. L'intervista semi strutturata è uno strumento che permette una interazione maggiormente ravvicinata tra intervistato e intervistatore, dando la possibilità di affrontare alcune tematiche più in profondità rispetto a quelle poste nel questionario. Il fine dell'intervista è infatti quello di “accedere alla prospettiva del soggetto studiato: cogliere le sue categorie mentali, le sue interpretazioni, le sue percezioni e i suoi sentimenti, i motivi delle sue azioni” (Corbetta, 2015). Chi svolge un'intervista di questo tipo può delineare a piacere la discussione rispetto ad un determinato argomento, può chiedere chiarimenti, porre le domande che ritiene necessarie, formare un suo stile di conversazione specifico. La traccia che viene definita da chi svolge la ricerca può essere specifica o più generica, a seconda della singola situazione, e tale modalità permette di essere liberi sia nelle voci dell'intervistato che in quelle dell'intervistatore. L'intervistatore è libero di usare lo stile che desidera in termini di modalità comunicativa e di riformulare domande ove necessario. La traccia comunque consente sempre di avere un ordine da seguire e dunque l'intervistatore non affronta di sua iniziativa gli argomenti, ma segue uno schema definito. La flessibilità che consente libertà è il fulcro di tale strumento. In particolar modo, il contenuto qui è stabilito, ma non lo è la forma delle domande. Vigè uno schema flessibile e non

standardizzato di interrogazione. Infatti, se durante l'intervista nascono dei temi che non sono previsti nella traccia, ma che l'intervistatore decide di voler trattare ai fini del suo studio, questo sarà possibile proprio grazie alla flessibilità che tale modalità permette, al contrario dell'intervista strutturata inoltre, è una modalità di intervista non direttiva che svolge la propria azione al fine di definire il tempo e di non suggerire le risposte. Dunque, è particolarmente importante che sia l'intervistatore sia le domande poste siano neutrali e che non condizionino, seppur implicitamente, la risposta dell'intervistatore. (Corbetta, 2015).

Lo studio ha previsto una prima fase di raccolta dati, effettuata tra giugno e luglio 2021, completata con una seconda rilevazione (definita "*follow-up*") svolta nel mese di febbraio 2022, e quindi a distanza di sette mesi. Un *time frame* di questa durata è ritenuto un periodo ragionevolmente idoneo affinché la persona abbia la possibilità, seppur minimamente, di sperimentare e organizzare il proprio stile di vita in autonomia e di affrontare le dinamiche quotidiane in modo tale da testarsi nello svolgimento delle normali attività nel contesto in cui si è inseriti (Panebianco, 2015). La scelta di articolare la ricerca in due momenti temporali differenti concerne l'obiettivo di valutare e riflettere insieme ai partecipanti se e quali sono stati i cambiamenti intervenuti e i più importanti che hanno riguardato sia la loro condizione di benessere ma in particolar modo le loro reti sociali, nonché le criticità rilevate in questo periodo.

Nello specifico, nel corso della prima fase si è sottoposto al campione tre differenti tipi di strumenti semi-strutturati, che osserveremo in seguito più nel dettaglio, attraverso delle interviste avvenute in modalità *face to face* (n.5 soggetti), *web-based* tramite piattaforma Zoom (n. 2 soggetti) o mista (in n. 2 soggetti, in cui uno strumento è stato somministrato in modalità online). Certamente, l'obiettivo era di prediligere modalità di interviste di tipo *face to face* in quanto meno onerose dal punto di vista cognitivo per i rispondenti, ma soprattutto perché presenta la probabilità di ricevere alti tassi di risposta e una maggiore qualità e accuratezza dei dati raccolti. Le interviste faccia a faccia danno la possibilità di avere un confronto continuo avendo a disposizione l'aiuto dell'intervistatore qualora mancasse chiarezza nella risoluzione di determinati passaggi nella compilazione degli strumenti. Queste rappresentano delle caratteristiche necessarie da attuare in relazione al target preso in considerazione poiché, anche se non direttamente ipotizzata ma messa in atto in vista di problemi logistici e personali dei rispondenti, la modalità di somministrazione *web-based* è caratterizzata dall'assenza di una guida che possa aiutare

il rispondente nella complessa attività di raccolta dei dati. Inoltre, non vi è nessun controllo dell'ambiente dell'intervistato che potrebbe indurlo ad errori riguardanti distrazioni, fonte esterne di informazioni o multitasking. Qui vi è il rischio di satisficing e alti tassi di missing data concerne la mancata risposta di determinati item o di interviste incomplete³³ per volere del rispondente. Si è cercato, in qualche modo, di ovviare a tali svantaggi attuando in modalità online un'intervista etero-somministrata in cui venivano forniti in egual modo chiarimenti alla persona rispetto alla conduzione e compilazione dell'intervista.

Le interviste della prima fase hanno avuto luogo in due incontri differenti della durata di circa un'ora ciascuno, organizzati presso l'abitazione dei partecipanti (per n.3 persone) o all'interno del Ser.D. di Padova (per il restante campione). Si è optato per la scelta di suddividere la prima rilevazione in due incontri in vista di una raccolta il più possibile qualitativa e completa dei dati. In questo modo, per ovviare ad una difficoltà di concentrazione e onerosa fatica dal punto di vista cognitivo, si è chiesto ai rispondenti di organizzare due incontri in cui, nel primo si sarebbero raccolte informazioni di carattere generale rispetto ai dati socio-demografici e alla loro carriera tossicomana e in particolar modo rispetto alla percezione della propria qualità di vita; nel corso del secondo colloquio ci si sarebbe concentrati maggiormente sulla riflessione e ricostruzione in merito alle loro relazioni sociali.

Durante la seconda fase, avvenuta a febbraio 2022, le modalità di intervista sono state di tipo *face to face* per la maggiorparte del campione e solo per una persona, a causa di impedimenti fisici, è avvenuta in modalità *online*. Anche in tal caso i luoghi dell'intervista sono stati le abitazioni dei partecipanti o gli spazi del SerD di Padova. La seconda fase di valutazione, articolata in un unico incontro, ha avuto mediamente la durata di un'ora. In tal caso lo scopo del *follow-up* era quello di evidenziare ma soprattutto riflettere sui cambiamenti, seppur minimi, intervenuti in questo arco di tempo e la rilevazione delle percezioni soggettive della persona rispetto alla propria qualità di vita e alle sue relazioni. Come vedremo successivamente nel dettaglio, per la fase di *follow-up* il disegno di ricerca ha subito una modifica per ciò che concerne gli strumenti somministrati: solo rispetto all'analisi della qualità di vita si è deciso di risomministrare lo stesso questionario, mentre

³³ Per approfondimenti si rimanda al paragrafo 2.5

per l'indagine delle relazioni sociali si è preferito optare per un ulteriore strumento metodologico che verrà descritto e approfondito nel prossimo paragrafo.

È fondamentale sottolineare che, come si evince, la raccolta dati ha carattere longitudinale poiché mira a rilevare i cambiamenti in un determinato arco temporale. Pertanto, ai fini della validità scientifica dello studio, la ricerca rappresenta una valutazione in *itinere* di un progetto a lungo termine e ad ampio respiro. Pertanto, i risultati che si evidenzieranno in questo elaborato non costituiranno la valutazione definitiva del lavoro svolto dalla Cooperativa nei confronti dell'utenza in carico, bensì l'intento è quello di fornire dei feedback su eventuali criticità e miglioramenti da poter apportare nelle singole situazioni ma soprattutto come poter colmare quei *gap* che presumibilmente si presenteranno a livello di benessere generale e rispetto alla dimensione relazionale.

Nonostante l'indagine si indirizzi, per un verso, ad una raccolta dati di tipo quantitativo, visto il numero esiguo del campione e gli obiettivi specifici a cui tende, pone maggiore attenzione su un'analisi dei dati di tipo qualitativo attraverso la somministrazione di domande, pressoché aperte, che colgano la percezione soggettiva del campione rispetto al suo benessere e in particolar modo rispetto ai suoi legami significativi. L'analisi di dati qualitativi, come vedremo, sarà maggiormente utilizzata nella seconda fase di valutazione dello studio di ricerca.

Infine, un'ultima descrizione viene realizzata in merito al campione che ha aderito al progetto di ricerca. Allo studio hanno partecipato 9 utenti del SerD di Padova (7 uomini e 2 donne) tra i 43 e i 65 anni (l'età media è di 52 anni). È necessario sottolineare che, nel corso della seconda fase di valutazione, il campione era composto da 8 persone a causa del decesso di un paziente. Per ottenere un campione quanto più omogeneo possibile, sono state reclutati soggetti con specifiche caratteristiche.

In primo luogo, i soggetti presentano alcune similarità rispetto alla carriera tossicomana. La loro storia infatti è segnata da lunghe traiettorie di consumo e molteplici ricadute, e dal fatto che attualmente proseguono nell'assunzione giornaliera della terapia farmacologica sostitutiva (es. metadone). In secondo luogo, i pazienti coinvolti si possono considerare *'lungoassistiti'*, perché sono in carico da lungo tempo presso il Ser.D. di Padova e altri Servizi (ad es., Comune di Padova, Fondazione Pizzuto) e reduci di molteplici interventi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali alle spalle. Inoltre, presentano situazioni di fragilità dal punto di vista sociale, abitativo, economico,

lavorativo. In particolar modo, ciò che accomuna i partecipanti è l'assegnazione di un alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP), avvenuta nel 2021. Questo è un aspetto fondamentale rispetto all'attivazione del Servizio, perché generalmente viene usufruito da utenti che hanno vissuto per periodi considerevoli presso alloggi ed accoglienze temporanee (come asilo notturno o comunità terapeutiche), e che non hanno mai sperimentato il vivere autonomo in una propria abitazione. Il servizio, pertanto, risulta necessario per un accompagnamento graduale ad una vita indipendente e per la gestione iniziale di pratiche amministrative e domestiche che la presa di possesso di abitazione comporta (firma del contratto, consegna delle chiavi, allacciamento delle utenze, reperimento del mobilio, trasferimento nel nuovo alloggio). È utile precisare che il Servizio non sarà rivolto solo a queste persone, ma è stato valutato dall'équipe sociale che queste dovessero avere un accesso prioritario data l'importante fase di passaggio, la complessità dei bisogni assistenziali a cui dare risposta, e l'utilità di monitorare le condizioni di salute di alcuni utenti. La conoscenza e il primo contatto con il campione è avvenuta dopo un'attenta ricostruzione della storia della persona attraverso la lettura del diario clinico e la compilazione di una scheda di valutazione e segnalazione che precede l'attivazione del servizio. In tale scheda vengono riportate informazioni salienti sulla persona, inclusi i riferimenti dell'équipe del Ser.D. coinvolta nella sua presa in carico, la sua storia clinica e i trattamenti precedenti, la descrizione della situazione attuale (dal punto di vista sociale, sanitario, relazionale, giuridico, abitativo) e la proposta progettuale condivisa che viene definita in base agli obiettivi che si vogliono raggiungere. Inoltre, ho optato per una conoscenza reciproca e graduale con la persona attraverso la partecipazione a colloqui con l'Assistente Sociale di riferimento presso il Ser.D. a cui periodicamente devono prender parte al fine di poter costruire un rapporto ed un aggancio minimo ma fondamentale per l'avvio della ricerca e per una buona riuscita dell'intervista.

3.3.1. Il corpus metodologico e gli strumenti di raccolta dati

Successivamente alla fase di delimitazione dell'ambito di interesse, degli obiettivi da perseguire, del campione da prendere in considerazione e l'impostazione della struttura da fornire al disegno di ricerca, si passa alla strategia operativa con la quale si intende definire lo strumento di indagine che sarà utilizzato per la raccolta dei dati. Preventivamente, ho predisposto anche un modulo informativo in cui mi presentavo, sintetizzavo la ricerca, le sue fasi e il suo obiettivo, e chiedevo il supporto e la

collaborazione ai potenziali partecipanti allo studio. Infine, ho strutturato il documento per il consenso informato. Come esplicitato dal modulo, mentre l'intervistatore si impegnava a fornire spiegazioni esaurienti in merito alla ricerca e a garantire il pieno rispetto della normativa sulla privacy e del trattamento dei dati personali, l'intervistato dichiarava l'intento di partecipare allo studio volontariamente e senza costrizioni, e di essere al corrente della facoltà di ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento.

L'individuazione degli strumenti è avvenuta attraverso un'accurata valutazione e paragone con vari questionari, ad esempio questionari già usati in servizio o presenti nel gestionale regionale del SerD. Più nello specifico, il questionario rappresenta lo strumento di comunicazione per eccellenza finalizzato a favorire la comunicazione e l'interazione tra l'intervistato e l'intervistatore. Secondo la definizione fornita da Zammuner (1996) i questionari sono "strumenti di raccolta delle informazioni, definiti come un insieme strutturato di domande, e relative categorie di risposta, definite a priori da chi lo costruisce ovvero di domande cosiddette "chiuse", dove all'intervistato (inteso come colui che risponde alle domande scritte del questionario) viene richiesto di individuare tra le risposte presentate quella che più si avvicina alla propria posizione, e/o di domande "aperte", che non prevedono cioè delle risposte predeterminate". Caratteristica principale di tale strumento è la standardizzazione ovvero le domande somministrate devono essere identiche per tutti e comunicate nello stesso ordine ai rispondenti in modo tale che le informazioni siano comparabili e le uniche variabili soggettive siano quelle inerenti ai vissuti, esperienze personali dei soggetti che forniscono punti di vista differenti. In tal senso, il questionario si configura come strumento metodologico quale anello di congiunzione tra ricerca qualitativa e ricerca quantitativa. La costruzione di un questionario indicativamente si divide in quattro fasi: scelta delle aree di contenuto da esplorare attraverso lo strumento; formulazione delle domande o *item*; declinazione dei contenuti delle aree in singoli quesiti che rilevano le opinioni e le percezioni dei rispondenti; sistemazione degli *item* in un ordine preciso e adeguato. È consigliabile, inoltre, raggruppare le domande appartenenti la stessa tematica per facilitare la concentrazione del rispondente su un unico argomento alla volta e collocare le domande più complesse, e che sono più onerose dal punto di vista cognitivo, in un livello intermedio della sequenza. Nella formulazione delle domande da inserire nello strumento del questionario è fondamentale tenere in considerazione tre caratteristiche: focalizzarsi su un singolo argomento per evitare confusione da parte del rispondente;

definire domande brevi in quanto una domanda troppo lunga è meno focalizzata; le domande devono essere chiare cioè costruite con un linguaggio adeguato al rispondente a cui è sottoposto lo strumento. Infine, le domande di un questionario possono essere chiuse o aperte. Le prime sono accompagnate da una lista di alternative, o categorie di risposta, tra le quali il soggetto è chiamato a scegliere quella che è meglio rappresenta la sua risposta. Le domande aperte forniscono al rispondente la possibilità di esporre liberamente, con proprie parole, le sue percezioni rispetto alla tematica affrontata. Difatti, sulla base dello scopo individuato nel progetto di ricerca, si è puntato maggiormente alla somministrazione di domande aperte in quanto garantiscono una qualità delle informazioni poiché possono emergere aspetti nuovi, non preventivamente considerati dall'intervistatore; vi è una originalità delle risposte e in tal senso l'intervistatore ha la possibilità di approfondire le tematiche di interesse; inoltre, appaiono maggiormente utili nell'approfondimento di argomenti particolarmente complessi (Foglia; Vanzago, 2011). Similmente, rispetto all'impostazione del questionario per lo studio di ricerca, la formulazione delle domande aperte ha comportato un lavoro di riflessione e pensiero attorno alla strutturazione di frasi, affinché potessero risultare chiare e semplici per l'intervistato ma soprattutto in linea con il focus e l'obiettivo del progetto.

Associato allo strumento del questionario, nel corso delle interviste è stata sottoposta al campione una particolare scala di valutazione, scelta sulla base dell'analisi di molteplici scale validate e utilizzate, che appariva la più appropriata per le finalità dello studio e in particolar modo per l'indagine della qualità di vita. Le scale sono costituite da domande chiuse attraverso le quali si chiede all'intervistato di posizionarsi lungo una sequenza di possibili risposte. Può trattarsi di scale di tipo numerico, impiegabile in differenti tipi di interviste e in grado di facilitare una serie di elaborazioni dei dati di tipo quantitativo, oppure una scala con riferimenti concettuali (ad es. per nulla soddisfatto, poco soddisfatto, mediamente soddisfatto, abbastanza soddisfatto, molto soddisfatto) o, ancora, sul grado di accordo/disaccordo in merito a determinate affermazioni proposte all'intervistato. In linea generale, al fine di evitare incomprensioni e/o risposte viziate è necessario definire sin dall'inizio la tipologia di scala che verrà utilizzata accompagnata da un breve spiegazione di tipo qualitativo dei livelli numerici, in modo tale da oggettivare per tutti i rispondenti il significato numerico, e far sì che tutti i soggetti utilizzino il medesimo criterio di risposta (Foglia; Vanzago, 2011).

Rispetto all'obiettivo della ricerca e, in particolar modo al setting e al campione preso in considerazione, un focus particolare viene posto sull'analisi dei fattori individuali, relazionali e sociali che influenzano il recupero della persona rispetto al fenomeno della dipendenza. Si è evidenziato come il percorso di riabilitazione e reintegrazione del soggetto tossicodipendente non è unicamente ancorato a fattori individuali bensì vi sono anche componenti sociali che possono influenzare il ricorso all'abuso di droghe. Inoltre, si è assistito nel tempo allo sviluppo di studi che hanno allargato le proprie prospettive di analisi all'ambiente e ai legami sociali in relazione ai comportamenti additivi. Pertanto, rispetto alla dimensione relazionale, una disfunzione nella sua struttura potrebbe innescare un disagio nella persona che, di conseguenza, comporta l'assunzione e il relativo abuso di sostanze stupefacenti (Panebianco, 2015). Vista l'influenza delle relazioni sociali nell'espletamento del consumo di sostanze stupefacenti, risulta fondamentale approcciarsi e ricorrere a paradigmi, come quello della *Social Network Analysis*, e ai relativi strumenti (che verranno descritti successivamente) al fine di indagare le reti maggiormente significative e le sue implicazioni nella vita di soggetti con problemi di dipendenza chimica e/o comportamentale.

Dopo una prima strutturazione del progetto di ricerca, e prima della fase ufficiale di raccolta dei dati, ho dato avvio al pilotaggio degli strumenti identificati e risultati appropriati ai fini della ricerca, per valutare la comprensibilità del materiale da parte degli utenti, i tempi richiesti dai questionari ed eventuali implicazioni etiche della ricerca. Il pilotaggio è stato una parte fondamentale per l'avvio della ricerca, perché il paziente che ha preso parte a questa fase di valutazione ha offerto importanti feedback per una buona riuscita dell'intervista, identificandone i punti di forza ma soprattutto le criticità, le domande superflue o mancanti, le modalità di risposta confuse e/o inappropriate e i punti meno chiari che necessitavano di ulteriore elaborazione.

La prima fase di valutazione, e più nello specifico il primo incontro, ha previsto la consegna del modulo informativo e la firma del consenso informato. Successivamente, l'utente era invitato a compilare assieme all'intervistatore due strumenti. Il primo, sottoforma di questionario, rilevava alcune informazioni personali del soggetto e della sua carriera tossicomane, mentre il secondo consisteva nella scala di valutazione *World Health Organization Quality Of Life -Versione Breve (WHOQOL-BRIEF)* uno strumento di valutazione della qualità di vita validato dall'Organizzazione Mondiale della Salute.

Nello specifico, la parte delle informazioni personali è stata strutturata in domande chiuse attraverso le quali si sono raccolti dati concernenti l'età, il sesso, titolo di studio³⁴, stato civile³⁵, la condizione lavorativa³⁶ e abitativa del campione³⁷ preso in considerazione. La carriera tossicomana è stata invece ricostruita attraverso una serie di domande chiuse e aperte concernenti l'uso di sostanze del paziente (tipo di sostanza utilizzata in passato e/o attualmente e la tipologia di uso³⁸, via di assunzione³⁹, frequenza d'uso⁴⁰, età di inizio e la presunta età di fine) e i tipi di trattamenti ricevuti nel tempo (ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale). Inoltre, sono state chieste informazioni sull'età del primo trattamento e sui mesi di durata del più lungo periodo di astensione da alcol e/o altre sostanze.

Sempre nel corso del primo incontro è stata somministrata la scala *WHOQOL-BRIEF*. Quest'ultima è stata sviluppata in due versioni: una più estesa, costituita da 100 'items' (*WHOQOL-100*), ed una più breve, di 26 'items', presa in considerazione per il progetto di ricerca. Questo strumento valorizza la percezione soggettiva dello stato di salute individuale, consentendo di valutare lo stato di malattia non soltanto in termini clinici, ma anche in relazione all'impatto che questa ha sulle relazioni sociali, sull'attività lavorativa e sulle condizioni socioeconomiche, così come sono percepite dal soggetto. La scala prevede dei riferimenti di tipo numerico associati a spiegazioni concettuali per determinare la risposta (ad es. 1-Per niente; 2-Poco; 3-Abbastanza; 4-Molto; 5-Moltissimo). Inoltre, viene chiesto agli intervistati di rispondere agli item previsti in base ad un arco temporale definito: in tal caso si trattava di valutare le proprie condizioni, sotto differenti punti di vista, prendendo in considerazione "gli ultimi 15 giorni". Lo strumento è suddiviso in 4 aree che esplora rispettivamente la componente fisica (a cui corrispondono 7 *item*); la componente psicologica (a cui fanno capo 6 *item*); la componente sociale (con 3 *item*) e infine la componente ambientale (che prevede 8 *item*).

³⁴ Le categorie di risposta per il titolo di studio erano: nessun titolo di studio; licenza elementare; licenza media o di avviamento; diploma professionale; diploma di maturità; laurea triennale; laurea specialistica/specializzazione post-laurea;

³⁵ Le categorie di risposta rispetto allo stato civile erano: celibe/nubile; coniugato/a; convivente; separato/a-divorziato/a; vedovo/a;

³⁶ Le categorie di risposta sulla condizione lavorativa erano: lavoratore a tempo pieno; lavoratore part-time; disoccupato/cassa integrazione/mobilità; studente; pensionato; altro;

³⁷ Le categorie di risposta rispetto alla condizione abitativa erano: dimora fissa; senza fissa dimora; accoglienze temporanee (C.T., seconda accoglienza); non noto

³⁸ Le categorie di risposta rispetto all'uso erano: primario; secondario;

³⁹ Le categorie di risposta rispetto alle vie di assunzione erano: orale; endovenosa; intramuscolare; inalata; sniffata; fumata; altro;

⁴⁰ Le categorie di risposta rispetto alla frequenza d'uso erano: meno di una volta al mese; 1-3 volte al mese; 1 volta a settimana; più volte a settimana; giornalmente.

Inoltre, sono presenti 2 *item* di carattere generale che misurano la qualità di vita e la salute in termini complessivi. Come si può facilmente dedurre, un limite del WHOQOL-BRIEF in relazione all'obiettivo della ricerca, riguarda la scarsa importanza attribuita alla componente sociale in relazione alla qualità di vita della persona.

Infine, nel corso del secondo incontro si è sottoposto il terzo strumento, ovvero *le schede di rete*, il cui obiettivo consiste nella rilevazione di dati relazionali e dell'approfondimento dei legami interpersonali del campione e delle risorse che veicolano all'interno della propria rete sociale d'appartenenza. A tal scopo, gli strumenti utilizzati sono stati i seguenti:

- *Name generator* ('generatore di nomi') viene utilizzato per enumerare e descrivere le reti sociali. È composto da una domanda strutturata attraverso la quale si chiede di individuare le persone a cui farebbe riferimento in caso di aiuto di ogni tipo e/o sostegno psicologico. Gli alter sono differenziati sulla base dell'appartenenza ad alcune cerchie sociali, distinguendo tra: rete familiare, amicale, rete delle organizzazioni del Terzo Settore/volontariato e infine conoscenti. Il paziente poteva indicare un massimo di 10 persone. La domanda era così strutturata: *"Nella vita di tutti i giorni capita di dover affrontare dei bisogni o di dover risolvere dei problemi, e a tal fine può essere importante fare affidamento sull'aiuto o sul supporto delle persone con le quali siamo in relazione. A chi si rivolge (o si rivolgerebbe) in caso di bisogno per chiedere un sostegno o un aiuto (ad esempio, per la gestione della casa, di pratiche burocratiche, per l'accompagnamento a visite, per un consiglio, uno sfogo etc);*
- Dopo aver ricostruito la lista dei soggetti appartenenti al reticolo del campione, ho raccolto informazioni sulla rete dei soggetti attraverso il *name interpreter*, che rileva da un lato gli attributi di ciascun membro della rete di ego (età, sesso, professione⁴¹ etc.) e dall'altro la forza della relazione tra il paziente e le persone appartenenti alla sua rete prese singolarmente (ad esempio, il tipo di relazione che intercorre tra ego e il suo specifico membro⁴²; da quanto tempo si conoscono e

⁴¹ Le categorie di risposta per la professione erano le seguenti: 0=disoccupato/studente; 1=operaio; 2=impiegato; 3=professionista. Se non lavorava più era necessario indicare l'ultima professione svolta;

⁴² Le categorie di risposta per il tipo di relazione erano: 1=amico; 2=collega/conoscente/vicino di casa; 3=famigliare; 4=operatore dei servizi; 5=volontario;

quindi la durata del legame, quanto si sente emotivamente vicino a questa persona⁴³ e con che frequenza si hanno contatti⁴⁴);

- Inoltre, ho cercato di osservare e analizzare anche i rapporti che si instaurano tra le stesse persone individuate dal campione che sono presenti nella propria rete sociale attraverso l'utilizzo del *name interrelator* o *matrice di adiacenza*. Tale strumento risulta fondamentale non solo per identificare dei rapporti esistenti o meno ma soprattutto per definire l'intensità e la densità del legame stesso, se forte o al contrario debole⁴⁵;
- Infine, l'ultimo strumento presentato all'interno della sezione di indagine è rappresentato dalla *scheda di supporto sociale*, tramite la quale si rilevano il tipo di risorse che i membri della rete possono fornire alla persona in determinate situazioni o nella vita di tutti i giorni. In tal caso, le tipologie di aiuti riportati nello strumento sono state meditate sulla base dell'oggetto dello studio e dello scopo da perseguire. In particolar modo l'intervistato doveva rispondere "SI" in caso affermativo o "NO" in caso negativo sulla base degli aiuti che ogni suo singolo membro della rete, elencato precedentemente, può veicolare o veicola nella vita di tutti i giorni. Le macroaree riguardavano: *aiuto materiale* (es. denaro, mobilio); *aiuto in servizi* (es. pagamento bollette, allacciamento utenze); *aiuto di tipo sanitario* (assunzione farmaci, igiene personale); *accompagnamento abitativo* (es. pulizia e gestione degli spazi e tempi di casa); *aiuto nella gestione economica* (es. gestire entrate e uscite); *aiuto per ricevere informazioni* (es. contratto di qualcuno per trovare un lavoro); *aiuto simbolico* (es. consigli, supporto); *compagnia* (es. parlare, trascorrere il tempo libero insieme).

A tali strumenti, ho ritenuto importante accompagnare delle domande aperte, per lasciare agli intervistati la possibilità di esprimersi liberamente e di raccontare in modo più dettagliato dei propri legami più significativi, e di come il consumo di sostanze stupefacenti avesse potuto influenzerli nel tempo. Nello specifico, il secondo incontro della prima fase di valutazione, si apriva con due domande specifiche: "*Potrebbe raccontarmi delle relazioni sociali con le persone per lei più significative?; Ritiene che*

⁴³ Le categorie di risposta per la vicinanza emotiva erano: 1=MD (molto distante); 2=AD (abbastanza distante); 3=AV (abbastanza vicino); 4=MV (molto vicino);

⁴⁴ Le categorie di risposta per la frequenza del legame erano: 1=raramente (1 volta al mese o meno); 2=settimanalmente; 3=giornalmente

⁴⁵ Le categorie di risposta erano: se non hanno legami lasci la casella vuota; se hanno un legame debole inserisca la lettera "D"; se hanno un legame forte e vicino inserisca la lettera "V"

il consumo di alcol e/o altre sostanze abbia influenzato i suoi legami sociali? Può farmi qualche esempio?''. Queste domande, poste all'inizio, avevano lo scopo di introdurre quello che sarebbe stato poi il filo conduttore di tutti gli strumenti di rete successivi, nonché di maturare una propria percezione, anche in chiave retrospettiva, delle proprie persone significative. Viene posto il campione, già in questo primo momento, di fronte ad un processo di selezione dei membri che attualmente sono a lui più cari e vicini ma soprattutto di apertura al racconto di sé, delle condizioni particolari che hanno vissuto rispetto alla dipendenza e di come questa abbia intaccato i suoi legami.

Nell'ultima parte delle schede di rete, per concludere, venivano poste le seguenti domande: *“Come si sente attualmente rispetto alle sue relazioni sociali (per es. è soddisfatto della sua vita relazionale/si sente solo/sente che alcuni rapporti sono impegnativi etc.); Cosa le piacerebbe cambiare delle sue relazioni per sentirsi più gratificato da queste o più apprezzato dalle persone che le stanno accanto?”*. Attraverso queste domande, i pazienti hanno avuto anche la possibilità di maturare una percezione critica delle proprie relazioni, identificandone i punti di forze e di debolezza; nonché i possibili cambiamenti che vorrebbero apportare alla propria rete sociale per sentirsi più apprezzati e gratificati dalle persone che gli stanno accanto.

Infine, il disegno di ricerca prevedeva, come abbiamo già accennato, una seconda fase di valutazione avvenuta nel mese di febbraio 2022. Poiché l'impostazione metodologica dello studio non ha riguardato prettamente un'indagine di tipo quantitativo, nel *follow-up* non ci si è concentrati su una comparazione dei medesimi strumenti rispetto alla prima fase, piuttosto ci si è focalizzati maggiormente sui cambiamenti intervenuti in generale rispetto alla loro qualità di vita e per ciò che concerne la loro dimensione relazionale, interrogandosi sul perché siano subentrante determinate modifiche. La scelta di dare una differente direzione nella fase di *follow-up* risiede in alcune evidenze osservate dal punto di vista del numero del campione piuttosto esiguo e del *time frame* che non avrebbe potuto rilevare eccessivi cambiamenti e che, pertanto, non avrebbe garantito un'evidente comparazione dei dati, a livello di validità scientifica, tra la prima e la seconda fase. Si sottolinea nuovamente che il disegno di ricerca prende le sembianze di una *valutazione in itinere* e, pertanto, il focus è stato posto solo su quei determinati fattori indispensabili rispetto al raggiungimento dell'obiettivo di ricerca: qualità di vita e relazioni sociali. Si è optato, in tal caso, nella risomministrazione della scala di valutazione WHOQOL-BRIEF, puntando maggiormente sulla ricostruzione della rete sociale del singolo intervistato

attraverso lo strumento della rappresentazione grafica. Nel dettaglio, durante il momento di *follow-up* al soggetto veniva presentata graficamente la sua *personal support network* ricavata dalle informazioni che lo stesso ha fornito nel corso della prima fase. La visualizzazione grafica della rete mette in evidenza il numero dei nodi della sua rete, la densità, la vicinanza emotiva che intercorre tra l'intervistato e ogni singolo membro indicata dalla lunghezza delle linee e il tipo di relazione che era rilevabile dalla forma scelta per designare il nodo. Le caratteristiche che si possono porre in risalto attraverso la visualizzazione grafica della rete sono molteplici e dipende dal tipo di rete che si indaga e da ciò che si vuole evidenziare nella rappresentazione della rete. Rispetto alla costruzione grafica della rete degli intervistati si è deciso di inserire le informazioni più essenziali al fine di non indurli maggiormente in confusione (vicinanza emotiva, tipologia di relazioni). Lo scopo della seconda fase era di riflettere, insieme all'intervistato, su eventuali cambiamenti intervenuti nella sua rete attraverso la presentazione grafica della stessa, rilevata nella prima fase. L'obiettivo era di rendere tale parte dell'intervista il più flessibile possibile, affinché gli intervistati potessero realmente e liberamente riflettere sui contenuti senza essere vincolati a fornire una risposta categorica a strumenti (come le schede di rete) particolarmente limitanti. In tal caso, l'ordine delle domande poteva essere cambiato durante il colloquio; vi era la possibilità di aggiungere nuove domande rispetto all'argomento trattato; potevano verificarsi variazioni rispetto al colloquio al fine di creare un'atmosfera piuttosto "amichevole" e informale che volgesse al raggiungimento dello scopo finale.

Al soggetto si chiedeva se allo stato attuale fossero presenti nuovi membri significativi all'interno della sua rete. In caso di risposta affermativa, si chiedeva la motivazione e la ricostruzione degli eventi significativi che hanno portato a considerarli tali; le risorse che potevano o che avevo già veicolato a favore del soggetto; la vicinanza emotiva e la frequenza dei contatti e la relazione con gli altri *alter* della rete. Qualora la rete dell'intervistato non si fosse ampiamente allargata, l'obiettivo veniva indirizzato sulla ricostruzione e sulle modifiche intervenute rispetto ai legami indicati già precedentemente e nel corso della prima fase. A tal proposito, veniva chiesto al rispondente se i membri riportati nella rappresentazione grafica fossero ancora presenti, se veicolassero le stesse risorse, se fosse percepita la stessa vicinanza emotiva, se la frequenza dei contatti fosse rimasta invariata, se il legame tra gli alter stessi fosse cambiato di intensità etc. Più nel dettaglio, lo scopo era anche di capire se i soggetti fruitori del servizio della Cooperativa

TerrA inserissero nella loro rete sociale anche gli operatori di accompagnamento e, di conseguenza, riflettere insieme sul perché fossero stati reputati significativi o meno. Infine, la seconda fase di valutazione si concludeva con due ultime domande indirizzate all'intervistato attraverso le quali si chiedeva: *“Cosa avresti voluto che gli altri (operatori, i tuoi membri) facessero per darti una mano e un aiuto concreto; Avresti voluto che qualcosa fosse stato fatto diversamente da parte degli altri per ricevere realmente un supporto?”*.

Nel seguente paragrafo verranno analizzati i risultati ottenuti dallo studio di ricerca sin ora descritto, ponendo maggiormente l'attenzione su un'analisi di tipo qualitativo dei dati esaminati.

3.4. Un'indagine qualitativa: l'analisi e la discussione dei primi risultati

Conclusa la fase di raccolta delle informazioni, lo *step* successivo ha previsto l'analisi dei risultati emersi da questo studio di ricerca che muove i primi passi in vista di un progetto di monitoraggio a lungo termine. In generale, dalle interviste effettuate si è notato, mediamente, una partecipazione attiva da parte del campione. Le persone, infatti, erano propense al racconto, all'espressione del loro stato d'animo e delle loro percezioni rispetto ai legami che intrattengono con le persone più care. Ma soprattutto, è stata preziosa la condivisione del racconto del loro lungo e travagliato vissuto, e dei loro aspetti più intimi nonostante fossi una persona a loro sconosciuta. Anche se tutte le interviste sono state audioregistrate (fattore che poteva influenzare la spontaneità dei racconti) ho percepito una sincera disponibilità al racconto di sé e delle loro esperienze. Certamente non sono mancati i momenti di rabbia, tristezza, sconforto nel momento in cui ripercorrevano la loro storia, sia passata che presente. Tuttavia, non poche sono state le difficoltà iniziali anche dovute all'organizzazione delle interviste e dei vari appuntamenti. Rispetto a questo, i pazienti intervistati possono essere assimilati a una *'hard-to-reach population'*, perché le loro condizioni di vita non rendono sempre possibile reperirli, recarsi presso la loro abitazione o programmare un incontro puntuale presso il Servizio. Concretamente, non pochi sono stati i casi in cui i pazienti non si presentano all'intervista programmata, in particolar modo nel corso della prima fase di valutazione. Tale fenomeno può essere interpretato come sinonimo di un sentimento di “sfiducia” iniziale da parte del campione

nei confronti dell'intervistatore in quanto il pensiero comune che riecheggia è quello di essere osservati e "studiati" come oggetti e non come persone. L'obiettivo primario dello studio consisteva proprio nel rassicurare il campione in merito a ciò attribuendo il giusto peso alla loro storia, osservandola e "ascoltandola" con rispetto e delicatezza. Solo in tal modo, offrendo loro interesse per ciò che si racconta, si può auspicare nella buona riuscita di un'intervista. Difatti, a distanza di sette mesi dal primo incontro di valutazione, le difficoltà organizzative, gestionali e relazionali si sono notevolmente ridotte grazie alla conoscenza pregressa e all'instaurazione di un rapporto basato sul rispetto e sulla fiducia reciproca. Nel prossimo paragrafo, verranno presentati i dati raccolti durante le interviste soprattutto in chiave qualitativa. Verrà presentata dapprima una panoramica generale del campione concernente le caratteristiche socio-demografiche e la carriera tossicomana. A seguire, si cercherà di dare risposta all'obiettivo generale a cui tende la ricerca analizzando più nel dettaglio i cambiamenti intervenuti tra la prima fase e il *follow-up* rispetto al costrutto della qualità di vita e alle relazioni socialmente significative. Ciò varrà, in generale, per tutto il campione ma un *focus* particolare verrà attribuito alla descrizione e comparazione di due specifici casi oggetto di studio. La scelta di presentare più nel dettaglio due indagini dal punto di vista del benessere individuale e relazionale risiede nel potenziale rischio secondo cui un campione quantitativamente esiguo potrebbe da un lato "non raccontare nulla" e dall'altro avanzare fondate evidenze scientifiche. Pertanto, si è optato per la presentazione di due casi che rappresentassero l'uno l'antitesi dell'altro rispetto all'influenza che la qualità di vita può apportare nelle relazioni sociali e viceversa. In pratica, si dimostrerà in un caso come nella migliore delle ipotesi le relazioni porteranno al miglioramento della qualità di vita e viceversa; nell'altro caso, al contrario, si dimostrerà un fallimento per ciò che concerne l'influenzamento positivo e reciproco dei due costrutti nonostante la presenza e il supporto della Cooperativa TerrA. In particolar modo, i due casi in questione sono stati selezionati rispetto al campione totale sulla base di determinate proprietà relazionali, specifici contesti ambientali/lavorativi all'interno dei quali i sono inseriti nonché particolari *skill* individuali possedute dai due rispondenti presi in considerazione.

Fatta questa doverosa premessa, si può affermare che l'elaborazione dei dati è avvenuta tramite il software Excel sia per ciò che concerne le informazioni generali e la carriera tossicomana, sia per la qualità di vita (rispetto anche all'articolazione delle 4 principali aree) e i fattori relazionali. È necessario sottolineare che l'analisi delle misure relazionali

è avvenuta unicamente per i due casi presi in considerazione indagando, rispetto a ciò che è stato tematizzato dal paradigma della SNA, variabili che riguardavano il *network range* e le proprietà relazionali della rete in oggetto. Si fa riferimento al *network range* dal momento in cui include misure specifiche quali: ampiezza della rete (*size*) e la densità del reticolo preso in considerazione. La *network size*, o ampiezza della rete, concerne il numero dei legami e quindi di alters presenti nella rete di supporto di ego. Infine, la densità attiene all'intensità (o forza) media delle relazioni tra i membri di una rete. Rispetto alle proprietà relazionali di una rete di fa particolare riferimento alla forza e al contenuto dei legami. In particolare, la forza della relazione tra ego e gli alters è stata misurata rispetto attraverso la durata del legame, vicinanza emotiva e frequenza del contatto¹. Per quanto concerne il contenuto del legame ossia le risorse veicolate all'interno della rete, si è fatto riferimento a 8 tipi di aiuto/supporto elencati precedentemente. Infine, i restanti dati estrapolati da domande aperte o dalle riflessioni emerse nell'osservazione della rappresentazione grafica sono stati analizzati ricorrendo ad un'indagine di tipo qualitativo e di tematica resa possibile grazie alle registrazioni acquisite dalle singole interviste e le relative trascrizioni delle riflessioni emerse.

Si sostiene dunque la “piena legittimità, utilità e pari dignità dei due metodi, e si auspica lo sviluppo di una ricerca sociale che, come sostiene Bryman (1988), “arriva a sostenere l'utilità di un approccio che fonda nella stessa ricerca metodi qualitativi e metodi quantitativi” (Corbetta, 2014). Infine, i risultati di tipo qualitativo della ricerca vengono quindi illustrati attraverso la ripresa di stralci di interviste e brevi narrazioni, cercando di proporre una sorta di “fotografia” dei pensieri degli intervistati (Corbetta, 2014), con l'obiettivo di comprenderne ed interpretarne il punto di vista.

3.4.1. *Le variabili indipendenti: caratteristiche socio-demografiche e carriera tossicomane degli intervistati*

In seguito, sono riportati i dati aggregati rispetto alle variabili personali e per ciò che concerne la ricostruzione della loro carriera tossicomane, del primo contatto con il consumo di sostanze stupefacenti e i relativi trattamenti ricevuti nel corso della presa in carico presso Servizi preposti alla cura della dipendenza chimica e/o comportamentale.

Tabella 1: Informazioni socio-demografiche

	Campione n=9 %
GENERE	
Maschio	78%
femmina	20%
ETA' (media anni compiuti)	
	52.9
STATO CIVILE	
Celibe/nubile	78%
Coniugato/a	20%
Convivente	-
Separato/a; Divorziato/a	-
Vedovo/a	-
TITOLO DI STUDIO	
Nessun titolo di studio	-
Licenza elementare	20%
Licenza media o di avviamento	78%
Diploma professionale	-
Diploma di maturità	-
Laurea triennale	-
Laurea specialistica; specializzazione post-laurea	-
STATUS OCCUPAZIONALE	
Lavoratore a tempo pieno	-
Lavoratore part-time	11%
Disoccupato/cassa integrazione/mobilità	44%
Studente	-
Pensionato	33%
Altro/stagista	11%
CONDIZIONE ABITATIVA	
Dimora fissa	100%

Senza fissa dimora	-
Accoglienze temporanee (C.T., seconda accoglienza)	-
Non noto	-
<hr/>	
CON CHI VIVE	
Da solo	67%
Con altre persone	33%

Le informazioni ricavate offrono una panoramica generale delle caratteristiche del campione che ha partecipato allo studio (vedi Tabella 1) e confermano, in qualche modo, il *trend* tendenzialmente stabile nel tempo secondo cui i maggiori consumatori di sostanze sono gli uomini (78%) piuttosto che le donne. L'età media ricavata (53 anni circa) rappresenta uno dei dati fondamentali che confermano l'evidenza che si tratti di campioni "lungoassistiti" e cronici (come vedremo anche dall'analisi dei successivi dati). La maggior parte del campione (78%) possiede una licenza media o di avviamento e rispetto lo status occupazionale per un verso il 44% risulta disoccupato e il 33%, a fronte anche dell'età relativamente avanzata, è attualmente in pensione. La condizione abitativa conferma il relativo requisito di accesso allo studio di ricerca ossia l'assegnazione di un alloggio autonomo. Pertanto, tutti e 9 i rispondenti hanno una propria dimora fissa il 67% vive da solo. Solo una minima parte degli intervistati condivide la propria abitazione con una terza persona quale amico, conoscente, coniuge etc. Inoltre, si è chiesto loro di indicare l'ultima professione svolta ed è un'analisi qualitativa è emerso che quasi tutti, in linea generale, hanno ricoperto in passato ruoli di manovalanza (operaio specializzato, falegname, addetto ai servizi cimiteriali etc.). Attualmente solo due campioni sono attivi dal punto di vista lavorativo: un soggetto svolge lavoro part-time presso un'impresa di pulizia mentre l'altro inserito come stagista presso una Cooperativa sociale del territorio.

Tabella 2: Carriera tossicomana

	Campione= N.9 %
ETÀ PRIMO CONSUMO (in media)	17,8
ETÀ PRIMO TRATTAMENTO (in media)	25,4
TRATTAMENTI RICEVUTI	
Ambulatoriale	-

Residenziale	-
Semiresidenziale	-
Ambulatoriale/residenziale/semiresidenziale	100%

MAGGIOR PERIODO DI ASTENSIONE	
1-6 mesi	22,2%
6-12 mesi	11%
1-2 anni	33,3%
2-4 anni	22,2%
Più di 4 anni	11%

Dai risultati rispetto alla ricostruzione del consumo di sostanze stupefacenti è emerso che la maggiorparte del campione ha abusato nel tempo di droghe come eroina e cocaina (anche in maniera associata) ma anche di un importante consumo di alcol. La frequenza d'uso era, mediamente, di tipo giornaliero. Una conferma di questo dato è riportata dalla consapevolezza che gli stessi consumatori hanno delle sostanze che utilizzano, in questo caso dell'eroina e cocaina:

“Dopo ho provato l'eroina e la cocaina e qui ci “cascano” tutti perché quando le utilizzano per la prima volta non sentono nulla [...] E allora le “prendono” ancora... alla terza volta tu sei dipendente” (Uomo, 54 anni).

Il campione in oggetto presenta una certa “storicità” rispetto al consumo di sostanze stupefacenti e/o alcol dato che l'età di primo contatto con la droga è avvenuto mediamente intorno alla maggiore età (vedi Tabella 2). La storicità è confermata anche dall'età di primo contatto con i servizi per le dipendenze (25 anni circa). Si può quindi dedurre come siano persone estremamente complesse e “croniche” dato l'ingente arco temporale in cui sono in trattamento. Quest'ultimo dato trova conferma anche rispetto alla tipologia dei trattamenti ricevuti nel tempo: tutti e 9 rispondenti sono stati destinatari di trattamenti di tipo ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale. Infine, il maggior periodo di astensione che hanno sperimentato si aggira intorno a 1-2 anni (per il 33%). Molto spesso questo dato era conseguenza non di una spontanea adesione alla sospensione da sostanze e/o alcol, bensì coincideva con periodi in cui gli utenti erano all'interno di spazi “protetti” (ad es. casa circondariale, comunità terapeutiche, pronta accoglienza etc.).

3.4.2 La prima fase di valutazione e il focus sui casi di L.S. e A.F.

Lo studio di ricerca si apre con una prima fase di osservazione in cui si invita la persona alla riflessione del suo benessere individuale e della situazione relazionale che vantano attualmente. In prima battuta ho notato, da parte degli intervistati, un certo stupore nella fase di reperimento del campione e dal momento in cui le variabili prese in considerazione non sono così frequentemente indagate. L'atteggiamento di stupore era anche dettato dal fatto che un *target* di campione simile non viene abitualmente considerato per relative indagini, così come non è generalmente frequente l'applicazione di pratiche di ricerca di servizio sociale di cui sono direttamente protagonisti gli utenti. Le prime riflessioni raccolte evidenziavano come in alcuni casi le domande poste non erano percepite e intuite "correttamente" dagli intervistati. La causa risiede principalmente nella presenza di deficit cognitivi che alcuni di loro presentavano come conseguenza di un uso prolungato e duraturo nel tempo di sostanze stupefacenti. Per ovviare a questa problematica, nel corso delle interviste, si è optato per una modulazione degli incontri, a seconda del singolo soggetto chiamato in causa, con lo scopo di rendere le domande più comprensive e chiare possibili. Anche per questo motivo nella seconda fase di valutazione si è fatto leva sulla somministrazione grafica delle reti degli intervistati, affiancata ad un'intervista minimamente strutturata, al fine di rendere più intuitiva possibile l'intervista e gli argomenti trattati. La suddivisione della prima fase in due incontri distinti ha certamente agevolato l'intervista dal punto di vista della condivisione delle riflessioni emerse in quanto ai rispondenti veniva offerta l'opportunità di concentrarsi maggiormente (soprattutto nei passaggi di selezione dei membri significativi della propria rete attraverso lo strumento del *name generator*) e di offrire risposte più mirate che centrassero pienamente il focus della domanda. Similmente, il riferimento a casi pratici di vita quotidiana che sostenessero la spiegazione delle domande presentate ha rappresentato una strategia efficace nella conduzione di un'intervista il più possibile scorrevole. Tuttavia, non sono mancate digressioni da parte del campione che spaziava su tematiche poco inerenti all'indagine ma che, alla fine, sono risultate utili in quanto hanno riportato, anche se in maniera implicita, tratti distintivi dal punto di vista caratteriale e della vita condotta dai pazienti. Pertanto, ogni loro affermazione è stata considerata essenziale poiché portatrice di storie peculiari e da cui trarre spunto per un'impostazione di successo di interventi destinati a persone con problemi di dipendenza.

Descritto il panorama generale che si è presentato nel corso della prima fase, si passa adesso all'analisi di alcune variabili specifiche che rappresentano il *corpus* dello studio di ricerca. In primis, la qualità di vita indagata attraverso la scala di valutazione WHOQOL-BRIEF ha fornito preziosi elementi di indagine che riportiamo in seguito.

Tabella 3: La qualità di vita degli intervistati

	Frequenza In %	Media (punteggio massimo=5)
QUALITA' DI VITA GENERALE		
Molto insoddisfatto/a	5,6	2,9
Insoddisfatto/a	34,7	
Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	26,9	
Soddisfatto/a	30,1	
Molto soddisfatto/a	2,8	
AREA FISICA		
Molto insoddisfatto/a	4,8	2,75
Insoddisfatto/a	44,4	
Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	23,8	
Soddisfatto/a	25,4	
Molto soddisfatto/a	1,6	
AREA PSICOLOGICA		
Molto insoddisfatto/a	3,7	2,94
Insoddisfatto/a	31,5	
Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	33,3	
Soddisfatto/a	29,6	
Molto soddisfatto/a	1,9	
AREA SOCIALE		
Molto insoddisfatto/a	4	3,00
Insoddisfatto/a	37	
Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	22	
Soddisfatto/a	30	
Molto soddisfatto/a	7	
AREA AMBIENTALE		
Molto insoddisfatto/a	8	2,96
Insoddisfatto/a	28	
Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	26	
Soddisfatto/a	35	
Molto soddisfatto/a	3	

Osservando i dati qui riportati rispetto al benessere individuale si può notare che, mediamente, anche in relazione alla distinzione delle quattro specifiche aree indagate nella scala le persone sono “abbastanza” soddisfatte della loro qualità di vita. Un dato che è certamente da riflettere in quanto è come se metaforicamente rappresentasse un'assenza di presa di posizione, da parte del campione, per ciò che concerne gli ambiti della loro quotidianità a sua volta correlata ad un semplice “adeguamento” della vita che conducono. Infatti, secondo le affermazioni emerse:

“La mia vita è ingarbugliata, è sempre stata ingarbugliata [...] me la godo poco e niente” (uomo, 49 anni)

“Non ha molto senso la mia vita perché sono sempre a casa e non ho la possibilità di passare del tempo libero come vorrei” (donna, 48 anni)

“Riesco a godermi la vita fino ad un certo punto... dopodiché non posso andare oltre, almeno io” (uomo, 54 anni)

Tuttavia, osservando più nel dettaglio le singole categorie dal punto di vista ambientale, fisico, psicologico e sociale possiamo scorgere ulteriori dati interessanti. Le aree che dimostrano una netta differenza, in termini di risposte, riguardano l'area fisica e sociale. Rispetto alla prima il campione avverte un'insoddisfazione per il loro benessere dal punto di vista fisico (44,4%) tenendo presente che molti di loro sono affetti da patologie droga-correlate. Rispetto all'area sociale invece si può notare una concentrazione di risposte sulla variabile di insoddisfazione per ciò che concerne le relazioni sociali e al supporto ricevuto (37%). Alcuni utenti hanno riportato le seguenti riflessioni:

“In questo momento non ho nessuna relazione importante, ho conoscenti ma non ho compagnie... non ho nessuno.” (uomo, 54 anni)

“Ho qualche amico qui a Padova ma non sono relazioni importanti e significative. non ricevo dei veri sostegni [...] Loro passano di qua e mi salutano ma nulla di più” (donna, 48 anni)

Tuttavia, un aspetto favorevole è riportato all'interno dell'area ambientale, che concerne sia l'ambiente esterno ma anche le condizioni della propria abitazione, in cui il 35% dei rispondenti si ritiene soddisfatto di tali aspetti. Questo dato è sicuramente influenzato dal

drastico cambiamento che i rispondenti hanno subito passando da situazioni in cui erano fisicamente collocati per strada, in asilo notturno, presso comunità terapeutiche ad avere concretamente una propria casa. L'abitazione non rappresenta solo “fisicamente” un grande traguardo ma assume anche un significato valoriale di stabilità e protezione.

“Io nella vita ho passato brutte cose ma anche belle. e la casa è una di quelle [...] avere una casa è una cosa importante” (uomo, 49 anni)

“Ne ho passate tante e, nonostante ciò, in questo momento mi sento realizzata. Avere una casa, un ambiente domestico in cui poter stare e condividere gli spazi con le persone che ami è fondamentale” (donna, 49 anni)

Rispetto alla dimensione relazionale indagata, le schede di rete somministrate hanno rappresentato un valido strumento di raccolta di dati preziosi. Le seguenti informazioni sono state trattate attraverso un'analisi tematica e qualitativa di quello che è stato il racconto del soggetto. Solo nei due casi particolari, che verranno descritti a breve, si sono ricostruite misure che richiamano il paradigma della SNA, in particolare il *network range* e la forza e il contenuto dei legami significativi che gli utenti hanno riportato e descritto.

Dalle analisi qualitative effettuate emerge il vissuto e la difficoltà riscontrate da parte degli utenti di rientrare in società anche per il semplice fatto che, frequentemente, si potrebbe incorrere e imbattersi in come vengono definite dagli stessi “*compagnie sbagliate*” che potrebbero indurli nuovamente al consumo di sostanze. Tale consapevolezza è provata anche da ciò che gli utenti hanno riportato:

“Mi piacerebbe avere qualche amico in più [...] conosco alcune persone però sono molto falsi con me perché mi hanno indotta a bere. Questa non è amicizia” (donna, 48 anni)

“[...] perché anche se vado in giro trovo sempre le solite persone ed è facile ricaderci e io non voglio. È meglio così... magari passato, saluto e basta perché il “ciao” non puoi rinnegarlo a nessuno” (uomo, 54 anni)

“Ho paura di uscire da casa per paura di ricadere. Infatti non voglio avere nuovi rapporti per evitare relazioni negative, brutti incontri che mi portino su brutte strade. Per questo preferisco stare solo” (uomo, 49 anni)

Pertanto, si può dedurre come generalmente il campione in considerazione da una parte faccia fatica a relazionarsi nonostante avverta il desiderio di intrattenere nuove e sane

relazioni. Dall'altra parte, proprio per le motivazioni appena evidenziate, preferiscono stare da soli piuttosto che imbattersi in persone disfunzionali per la loro vita e rispetto alla loro dipendenza.

“Adesso voglio stare da solo. Sono sempre stato in mezzo agli altri ma questo non mi permette di fermarmi e riflettere. Per questo amo la solitudine in questo momento” (uomo, 64 anni)

Nonostante ciò, viene avvertito ugualmente questo senso di “solitudine” accompagnato da una difficoltà a ristabilire nuovi legami una volta reinseriti nella comunità. Ciò è testimoniato dal fatto che non hanno indicato nessuna persona a cui farebbero riferimento nella loro vita. Molto spesso, questo sentimento e stato d'animo della persona può essere un facile promotore di consumo di sostanze.

“Le uso quando non ho niente da fare... quando sono in solitudine. Se esco non le persone non mi viene da fare uso di sostanze [...] perché la solitudine è brutta, ne ho fatta parecchia in carcere. E uscire dalle istituzioni per poi ritrovarmi di nuovo così non è bello” (uomo, 48 anni)

La difficoltà di spendersi in nuove relazioni è dovuta a quella mancanza di fiducia che dapprima hanno sperimentato legandosi a persone fortemente negative o a causa di traumi passati.

“Amici veri in questo momento non ne ho. Sono solo conoscenti... amici sono un'altra cosa. Non mi fido più delle persone. L'amico per me è quella persona a cui dai le tue confidenze, la tua vita privata e faccio fatica a fare questo se non è un vero amico. È normale non aprirsi con facilità perché se si perde la fiducia, non ci si fida più di nessuno. Le persone ti pugnalano alle spalle, ti tradiscono” (uomo, 64 anni)

Pertanto, a fronte della richiesta di elencare alcune caratteristiche che idealmente dovrebbero possedere le loro relazioni sociali attuali, gli aggettivi più elencati sono stati: fiducia, rispetto, comprensione. Inoltre, è forte il desiderio di avere qualcuno che funga da guida e li supporti nei momenti più destabilizzanti e difficili. Così come, viene avvertita l'esigenza di essere inserito in contesti differenti, anche dal punto di vista lavorativo, per fare nuove conoscenze al di là della propria cerchia sociale di appartenenza.

“Voglio avere amicizie fidate. Ma voglio anche ricevere fiducia. Se alla persona non dai fiducia, lo fai sempre rimanere per quello che combina guai. Però io quando sto

vicino a persone che stanno bene, sto bene anche io e non mi viene voglia di usare sostanze” (uomo, 49 anni)

“A me va bene qualsiasi persona attorno, anche una persona in carrozzina. L’importante è che sia giusta con me anche se in passato ha avuto qualche problema. Per giusto intendo una persona che non ti prenda in giro, che ci sia fiducia e rispetto” (uomo, 54 anni).

“Voglio ricostruirmi una vita. Io ce la metto tutta. Se mi danno una mano e mi aiutano passo passo [...] nella vita una persona può sbagliare, ma si può rimettere in gioco. Però serve sempre una guida [...] voglio anche che ci sia comprensione per tutte le altre persone che conosco e che hanno problemi come me. Non c’è soddisfazione più grande di essere accettati per quello che si è” (uomo, 49 anni)

“Mi piacerebbe avere un lavoretto, anche di 4 ore, per tenermi impegnata e non pensare. Ma soprattutto per fare nuove amicizie... fino ad adesso non ne ho avute tante. Penso che uscire da casa e frequentare posti nuovi faccia bene” (donna, 48 anni)

Concludendo, ciò che ha colpito di più è la percezione che alcuni di loro hanno dei propri legami che, nonostante fossero presenti nella loro rete e quotidianamente nella loro vita, vengono considerati non come “veri amici” o persone a cui si sentono emotivamente vicine, piuttosto come “conoscenti”, “persone di passaggio” e quindi non indispensabili. Ciò suggeriva una ormai radicata assenza di fiducia nei confronti di una società sentita come marginalizzante, e delle persone che stanno attorno. Nella società odierna, e nel lavoro sociale, spesso i “sentiti” dell’utenza rischiano di passare in secondo piano perché si è portati a vivere e a lavorare nell’urgenza e nella complessità del quotidiano. In questo contesto, è possibile che l’‘agire’ e la predisposizione di una risposta ‘concreta’ e ‘predefinita’, diventino predominanti rispetto alla lettura dei bisogni profondi e reali, che si possono comprendere solo attraverso l’ascolto delle persone e dei loro racconti.

Il caso di L.S.

La scelta di presentare più nello specifico la storia di due casi distinti risiede nell’idea di osservare più da vicino il comportamento e le variazioni che il costruito della qualità di vita e la dimensione relazionale subiscono a vicenda. L’obiettivo è di cercare quanto più possibile di osservare dei cambiamenti intervenuti, anche in minima parte, piuttosto che presentare dati aggregati ma che, a causa del numero insufficiente del campione, avrebbero impedito di avanzare fondate e coerenti riflessioni. Piuttosto si è puntato

sull'analisi qualitativa dell'indagine rispetto alle informazioni raccolte, comparando due situazioni completamente opposte rispetto allo scopo dello studio. La scelta dei due casi è ricaduta su due uomini la cui analisi è risultata preziosa per le riflessioni avanzate durante l'intervista, per le caratteristiche della propria *personal support network* e del contesto ambientale (in linea generale) in cui sono inseriti. Similmente, appaiono interessanti le percezioni che hanno riportato in merito alla propria rete sociale attuale e ipotetica, a cui vorrebbero appartenere. Nello specifico, il caso L.S. rappresenta la situazione in cui maggiormente si sono verificati dei cambiamenti positivi rispetto alla prima fase e in particolar modo rispetto alle relazioni sociali. Le modificazioni sono risultate la conseguenza delle variabili appena citate quali requisiti fondamentali per la scelta dei due casi. Per converso, il caso di A.F. concerne la storia che maggiormente ha evidenziato un fallimento rispetto all'apporto di un positivo cambiamento dal punto di vista del benessere individuale e dei propri legami significativi. Si fornisce attualmente una panoramica generale della loro situazione nel corso della prima di valutazione. Solo successivamente, nel prossimo paragrafo, l'indagine ottenuta in un primo momento verrà comparata con il *follow-up* avvenuto a distanza di sette mesi per analizzare gli eventuali cambiamenti in merito.

Il caso di L.S. riguarda un uomo di anni 55. Il soggetto in questione, dal punto di vista abitativo, possiede una dimora fissa presso la quale vive da solo mentre, per ciò che concerne la situazione occupazionale attualmente ricopre il ruolo di stagista presso una Cooperativa sociale territoriale nella quale è impegnato in attività lavorative di assemblaggio. Durante il primo incontro dell'iniziale fase di valutazione dello studio, con il signor L. si è provato a ricostruire e indagare, successivamente alla raccolta dei dati personali e della ricostruzione della carriera tossicomana, la propria qualità di vita. è emerso quanto riportato nella Tabella 4:

Tabella 4: La qualità di vita di L.S.

	Media (punteggio massimo=5)
QUALITA' DI VITA GENERALE	2,8
AREA FISICA	3,57

AREA PSICOLOGICA	3
AREA SOCIALE	2,3
AREA AMBIENTALE	2,5
1- molto insoddisfatto/a 2- insoddisfatto/a 3- né soddisfatto/a né insoddisfatto/a 4- soddisfatto/a 5- molto soddisfatto/a	

Come si evince dall'analisi dei dati, la qualità di vita in linea generale presenta un punteggio in media pari a 2,8 che corrisponde ad una situazione né insoddisfacente/né soddisfacente del proprio benessere individuale. Osservando più nel dettaglio le singole aree d'indagine si può notare un punteggio relativamente basso rispetto alla propria condizione sociale (2,3). A tal proposito, il signor L. dichiara di non essere soddisfatto del supporto che abitualmente riceve dai suoi rapporti personali e, in particolar modo, da parte dei suoi legami significativi in quanto, come vedremo, sono relativamente assenti. Al contrario, le restanti aree del benessere presentano comunque un punteggio mediamente discreto. Rispetto alla propria personal support network, come già premesso precedentemente, si ricorrerà alle misure tipiche del paradigma della SNA. Nello specifico si indagherà il network range che a sua volta include misure specifiche quali ampiezza della rete (*size*) e densità del reticolo in questione. In particolar modo si osserverà la forza e il contenuto dei legami presenti. La prima verrà osservata attraverso l'analisi della durata del legame, della vicinanza emotiva percepita e della frequenza, dal punto di vista quantitativo, dei contatti. Il contenuto invece attiene alla tipologia di risorse che vengono veicolate all'interno della rete a favore del soggetto L. in questione.

Tabella 5: Misure del reticolo; forza e contenuto del legame

		Media
Misure della rete*		
	Ampiezza	0,1
	Densità	0
Forza del legame**		
	Durata del legame (anni)	2
	Vicinanza emotiva	2
	Frequenza dei contatti	3

*Per calcolare l'ampiezza della rete si diviso il numero di soggetti presenti per il massimo di soggetti che si potevano indicare (10) nel *name generator*; per il calcolo densità si è attribuito 0=no legame; 0,5=debole 1=forte;

**Per calcolare vicinanza emotiva si sono attribuiti i seguenti valori: 1=Molto distante; 2=Abbastanza Distante; 3=Abbastanza Vicino; 4=Molto Vicino. È stata poi applicata la funzione "media"; per la frequenza di contatto ho attribuito i seguenti valori: 1=raramente; 2=settimanalmente; 3=giornalmente. Anche in tal caso si è ricorso alla media.

Tematizzando i dati riportati ed evidenziati nella tabella 5, il signor L. presenta un'ampiezza di rete (concerne il numero dei membri che compongono in reticolo) piuttosto carente dato che è stato riportato come persona a lui significativa solo un soggetto. Pertanto, la densità del reticolo che rappresenta l'intensità e la forza del legame che intercorre tra i membri stessi del reticolo è pari a 0. Il membro indicato dall'intervistato è un uomo con il quale L. intrattiene rapporti da circa 2 anni (vedi durata del legame) e con il quale ha contatti quasi giornalmente (vedi frequenza del legame). Nonostante ciò, non nutre nei confronti di tale persona una forte vicinanza emotiva e pertanto il dato riportato è pari a 2 (cioè viene considerato "abbastanza distante" dal punto di vista emotivo). La motivazione per la quale è stata riportata questa unica persona all'interno della rete del signor L.S. risiede nel sostegno che la stessa veicola nei suoi confronti e quindi il contenuto del legame stesso. Si è potuto notare durante lo svolgimento della ricerca che tale soggetto fornisca differenti tipi di aiuto da quello materiale, simbolico, per la gestione abitativa, per ricevere informazioni e soprattutto per trascorrere tempo libero in sua compagnia. Analizzando la percezione soggettiva che il signor L.S. ha rispetto alle sue relazioni emergono degli elementi importanti. Esso denuncia il fatto che sia una persona che caratterialmente riscontra una certa fatica in merito alle relazioni con le persone. Tale condizione risale ed è la conseguenza di vissuti passati particolarmente difficili e definiti dallo stesso "traumatici" che si sono manifestati, nello specifico, durante l'adolescenza dal momento in cui è stata vittima di soprusi da parte dei suoi coetanei:

“Non riesco a relazionarmi, a socializzare. Faccio fatica a parlare con le persone che non sono come me. Mi crea ansia, non lo sopporto. È sempre stato così sin dall’adolescenza [...] preferisco stare in solitudine perché non riesco a trovare soddisfazione nel relazionarmi con le persone di nessun tipo”

In questo particolare momento storico risalente all’adolescenza, come afferma lo stesso L.S., ha iniziato ad abusare di sostanze quale *escamotage* per non stare male e “dimenticare” anche solo apparentemente la sofferenza interiore. Inoltre, si evince come, tendenzialmente e per deformazione caratteriale, l’intervistato non chieda in generale supporto a nessuno qualora ne avesse bisogno. Tutt’al più le relazioni che intrattiene sono basate prettamente su rapporti di circostanza (in cui si è inevitabile accennare un minimo di comunicare e rapporto come nei contesti lavorativi) e non su legami costituiti su base emotiva.

“Io per inerzia non chiamo nessuno e non ho mai chiamato qualcuno perché i miei problemi me li scarico addosso [...] posso avere stima per certe persone ma finisce lì perché le mie relazioni sono passive, non sono importanti per me. Ho solo rapporti con persone con le quali mi devo per forza relazionare come scuola, lavoro...”

Nonostante ciò, è forte la consapevolezza dei limiti che il campione stesso descrive dal punto di vista relazionale. Pertanto, al di là dei dati appena evidenziati, il signor L. dimostra una presa di coscienza e un grado sufficiente di consapevolezza, seppur implicita, rispetto alla necessità di intrattenere relazioni importanti il sentimento di solitudine viene evidenziato e reso presente. Infine, il campione sottolinea come la conseguenza della conduzione in cui riserva attualmente risiede nella conduzione di una vita tendenzialmente insoddisfacente e vissuta sempre “ai margini” senza aver vissuto momenti estremamente significativi, soprattutto dal punto di vista relazionale ed emotivo.

“Mi piacerebbe avere relazioni sane e importanti. Mi sento molto solo, moltissimo. La vita che ho condotto non mi ha mai permesso di relazionarmi con le persone, con gli ambienti... sono stato sempre insoddisfatto e quindi dopo lo sconforto mio personale non ho mai trovato il modo di relazionarmi e trovare una via d’uscita... purtroppo”

Il caso di A.F.

In antitesi alla situazione poc’anzi descritta, viene di seguito presentata la storia del signor A.F. uomo di anni 65. La persona in questione vive attualmente da solo all’interno di una

propria abitazione dopo che in passato ha sperimentato differenti forme di co-housing in appartamenti protetti di proprietà di Cooperative sociali del territorio. Dal punto di vista lavorativo A. è in pensione. Con il soggetto in questione la conduzione delle interviste è risultata pressoché “faticosa” per via di lati caratteriali della stessa e di scetticismo rispetto allo studio di ricerca in sé. Pertanto, nella prima fase di valutazione, l’impegno e la partecipazione attiva dimostrati rispetto alla conduzione e alla buona riuscita dell’intervista risultavano decisamente scarsi. Tuttavia, si è cercato di ovviare nel corso degli incontri a tale difficoltà e resistenza, e pertanto si è ricostruita la percezione che il soggetto ha, dal punto di vista qualitativo, della sua vita. Le informazioni ricavate sono sintetizzate nella seguente tabella:

Tabella 6- La qualità di vita di A.F.

	Media (punteggio massimo=5)
QUALITA' DI VITA GENERALE	2,3
AREA FISICA	2,43
AREA PSICOLOGICA	2,5
AREA SOCIALE	2
AREA AMBIENTALE	2,38
1- molto insoddisfatto/a 2- insoddisfatto/a 3- né soddisfatto/a né insoddisfatto/a 4- soddisfatto/a 5- molto soddisfatto/a	

Le deduzioni che si possono avanzare rispetto alla raccolta dei dati sul benessere individuale sono molteplici. La qualità di vita in linea generale di A. appare molto scarsa

(in media il punteggio è 2,3) al netto delle quattro aree indagate. Anche in tal caso alcune riflessioni possono essere avanzate rispetto all'osservazione specifica dell'area inerente alle condizioni sociali del campione la cui media è pari a 2. Ciò significa che il soggetto in questione ha manifestato un sentimento di insoddisfazione rispetto a tutti gli item che rientravano in tale categoria. Se in precedenza, nel caso di L.S., le ulteriori aree d'indagine presentavano mediamente un discreto punteggio, nella situazione riportata da A.F. si avverte decisamente una certa preoccupazione anche dal punto di vista fisico (2,43), psicologico (2,5) e ambientale (2,38). Approfondendo le condizioni del rispondente anche dal punto di vista relazionale e per ciò che concerne la propria rete di appartenenza, le informazioni ricavate restituiscono la seguente immagine:

Tabella 7: *Misure del reticolo; forza e contenuto del legame*

		Media
Misure della rete*		
	Ampiezza	0,3
	Densità	0,5
Forza del legame**		
	Durata del legame (anni)	4,3
	Vicinanza emotiva	1,6
	Frequenza dei contatti	1

*Per calcolare l'ampiezza della rete si diviso il numero di soggetti presenti per il massimo di soggetti che si potevano indicare (10) nel *name generator*; per il calcolo densità si è attribuito 0=no legame; 0,5=debole 1=forte;

**Per calcolare vicinanza emotiva si sono attribuiti i seguenti valori: 1=Molto distante; 2=Abbastanza Distante; 3=Abbastanza Vicino; 4=Molto Vicino. È stata poi applicata la funzione "media"; per la frequenza di contatto ho attribuito i seguenti valori: 1=raramente; 2=settimanalmente; 3=giornalmente. Anche in tal caso si è ricorso alla media.

Analizzando più nel dettaglio la situazione del signor A. dal punto di vista relazionale, le persone significative, numericamente parlando, alle quali chiederebbe un supporto in caso di bisogno e aiuto sono sostanzialmente 3 per un'ampiezza di rete pari a 0,3. Rispetto alla conoscenza reciproca tra gli *alter* della rete dell'intervistato in oggetto si rileva ugualmente un legame ma di debole intensità (0,5). In media, la durata dei legami che intercorrono tra l'intervistato e i membri della sua rete si aggira all'incirca tra i 4 anni. Inoltre, per ciò che concerne la vicinanza emotiva e la frequenza dei contatti si può osservare come i membri, nonostante fossero riportate tra le persone a cui chiedere un supporto in caso di necessità, non vengono percepiti e "sentiti" come emotivamente vicini

ma, al contrario, sono rappresentati dallo stesso A. come legami “abbastanza distanti”. Similmente è un dato che trova conferma anche nella frequenza dei contatti, fisici e telefonici, i quali avvengono sporadicamente. Il fenomeno in evidenza dal punto di vista delle risorse veicolate appare relativamente più omogeneo in quando vengono messi a disposizione quasi tutti i tipi di aiuto elencati con particolare riguardo per l’aiuto a ricevere informazioni, materiale, in servizi e di tipo simbolico. Sono risorse veicolate che certamente trovano conferma rispetto alla presenza di determinati alter dal momento in cui rappresentano per la maggiorparte operatori di servizi e, pertanto, più indotti a veicolare supporti di questo tipo piuttosto che persone con le quali passare del tempo libero o richiedere una man rispetto alla somministrazione della terapia farmacologica o nella gestione e pulizia degli spazi di casa o della propria igiene intima etc. Le domande aperte somministrate ad A.F. hanno cercato di colmare quel “non detto” durante la conduzione e presentazione di strumenti più strutturati e quindi più limitanti sotto questo punto di vista. Tutt’al più se il rispondente, come in questo caso, si presenta come una persona sfuggente e tendenzialmente distaccata. Nonostante ciò, alcuni elementi preziosi sono stati raccolti, seppur implicitamente, adottando una strategia tale per cui non si somministrava in modo pedissequo la domanda e lo strumento, piuttosto cercando di creare uno spazio di apertura al dialogo che in qualche modo lo conducesse a porre fiducia nei confronti di chi aveva di fronte. Come già accennato, il soggetto in questione si presenta come una persona particolarmente diffidente e tale percezione trova fondamento in ciò che egli stesso ha dichiarato:

“Nella mia testa succede solitamente questo... se tu non mi vuoi non ti voglio neanche io nonostante io alcune volte mi senta escluso”

In quest’ultima frase si può osservare come vi sia un’incoerenza tra ciò che esplicitamente manifesta il soggetto attraverso atteggiamenti di chiusura nei confronti degli altri rispetto a quello che interiormente sente e di cui avverte l’esigenza. Anche qui, la manifestazione di un simile comportamento pare condursi, a sua volta, all’assunzione nel tempo di comportamenti di *addiction* rispetto al consumo di alcol che hanno allontanato il soggetto A. da vari rapporti. Correlato a ciò, viene descritta anche l’assenza di una rete familiare supportiva in passato e attualmente.

“L’alcol porta agli estremi di qualsiasi cosa, nei vari ambiti di vita... anche nelle relazioni. I miei rapporti sono cambiamenti e sono diminuiti. Prima avevo rapporti con un “tipo” da quando eravamo piccoli ma adesso non lo sento più”

“I rapporti sono cambiati anche in famiglia perché bevevo e quindi loro stavano male. I miei rapporti familiari sono stati sempre disastrosi. Ho avuto un padre che lasciava a desiderare... inveiva contro di noi [...] ero considerato la “pecora nera” di casa. Con mia sorella non ho più contatti... non ho più nessun tipo di legame”

Dalle storie evidenziate si può notare come, a parità di scarse condizioni di vita e numero piuttosto minimo di relazioni presenti, a far la differenza è il bisogno che i due campioni avvertono rispetto al soddisfacimento e l'esigenza di essere *embedded* in nuove e sane relazioni. Da una parte il signor L. assume un atteggiamento positivo e di apertura verso nuovi legami che lo aiutino ad uscire anche dallo stato di sconforto in cui si ritrova. Al contrario, per ciò che concerne la condizione del signor A., si osserva un atteggiamento protettivo rispetto alla sua persona e ai suoi sentimenti nonché un atteggiamento di rassegnazione verso quello che non potrebbero mai essere le sue relazioni e le persone per lui importanti. Infatti, rispetto a ciò afferma che:

“A volte soffro di solitudine. Sono sempre stato solo e tutt'ora abito da solo. Anche quando ero più giovane ho sperimentato cosa significa la solitudine. Nonostante ciò, non mi dà fastidio essere solo [...] è difficile stare con me”

3.4.3 Il follow-up dello studio e il focus sui casi di L.S. e A.F.

La seconda fase di valutazione è avvenuta, come già premesso in precedenza, a distanza di sette mesi dalle prime informazioni ricavate dal campione che si è analizzato poc'anzi. La scelta che sottende alla tipologia di strutturazione data al progetto di ricerca e cioè la divisione in due fasi di valutazioni distinte, riguarda l'obiettivo principale di verificare, sempre tenendo in considerazione i limiti presenti dal punto di vista della numerosità del campione e delle carenze dal punto di vista temporale, delle piccole modificazioni intervenute nelle singole situazioni presentate dagli intervistati nella prima fase. Le modificazioni che maggiormente interessano lo studio di ricerca attengono alla qualità di vita nonché le peculiarità relazionali che intervengono tra il campione e i suoi membri significativi. A ciò si aggiunge, in questa determinata fase, un ulteriore fattore di valutazione che attiene il supporto fornito dal servizio di sostegno e di accompagnamento da parte della Cooperativa TerrA. Più nello specifico, per la maggior parte del campione considerato saranno state attivate una serie di attività, a seconda delle necessità che ogni

singolo presenta, che verranno rese possibili dagli operatori della Cooperativa in questione. Inoltre, qualora non fosse stato ancora attivato il progetto di accompagnamento, sono egualmente presenti nelle singole situazioni del target oggetto di studio servizi equipollenti a quelli della Cooperativa Terra che tendono al perseguimento dei medesimi obiettivi: autonomia del paziente, miglioramento della qualità di vita e integrazione del soggetto nel nuovo contesto comunitario. Il reinserimento sociale offre a sua volta, la possibilità di intrattenere nuove relazioni che fungano da veicolo di supporto per la persona dal punto di vista non sono materiale ma soprattutto psicologico e simbolico. Soprattutto, bisogna fare in modo che tali relazioni conducano la persona all'assunzione di sane abitudini rispetto ad un uso sempre meno frequente di sostanze stupefacenti che, tendenzialmente, vengono vissute come mezzo per evadere da una realtà marginale e discriminante dalla maggioranza dei soggetti che presenta problemi di dipendenza. Dal punto di vista gestionale, l'organizzazione delle interviste condotte per il follow-up è risultata maggiormente più fluida rispetto alla prima fase. Una spiegazione potrebbe risiedere nell'idea che i soggetti intervistati erano già a conoscenza della persona che avevano di fronte e quali sarebbero state le modalità di conduzione delle interviste. Ciò è manifestato anche dalle affermazioni riportate da alcuni utenti attraverso le quali si percepiva una maggiore collaborazione per la buona riuscita e conclusione delle fasi di valutazione della ricerca e soprattutto realmente interessati ad osservare eventuali cambiamenti intervenuti nelle proprie vite. Come già riportato nei precedenti paragrafi (vedi 3.3.1) il *corpus* metodologico a cui si è ricorso in questa fase non ha riguardato nuovamente la somministrazione dei precedenti strumenti, piuttosto si è optato per il ricorso ad ulteriori strategie di analisi che agevolassero l'osservazione dei cambiamenti dal momento che, qualora si fossero effettivamente verificati, risulterebbero anonimi se si ricorresse unicamente alle stesse metodologie di riferimento nella prima fase di valutazione. Pertanto, il *follow-up* dello studio è maggiormente caratterizzato da un'analisi tematica e di contenuto delle riflessioni offerte dal campione in merito alle modificazioni intervenute nelle proprie relazioni e, al contempo, cercando di cogliere il ruolo del servizio della Cooperativa Terra che ha avuto in merito alle variazioni osservate, positive o negative, dal punto di vista relazionale e del benessere individuale dei singoli soggetti presi in considerazione. Solo rispetto a quest'ultimo costrutto, si è ritenuto utile somministrare nuovamente la scala di valutazione WHOQOL-BRIEF i cui dati emersi sono rappresentati nella seguente tabella. Infine, è bene sottolineare che tutti i dati che successivamente si analizzeranno sono relativi ad un campione di 8 persone in

quanto, nell'arco temporale considerato di 7 mesi, si è verificato il decesso di un intervistato.

Tabella 8: Qualità di vita degli intervistati nel follow-up

	Frequenza In %	Media (punteggio massimo=5)
QUALITA' DI VITA GENERALE		
Molto insoddisfatto/a	3,1	3,2
Insoddisfatto/a	28,1	
Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	29,2	
Soddisfatto/a	33,9	
Molto soddisfatto/a	5,7	
AREA FISICA		
Molto insoddisfatto/a	7,1	2,9
Insoddisfatto/a	33,9	
Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	26,8	
Soddisfatto/a	25,0	
Molto soddisfatto/a	7,1	
AREA PSICOLOGICA		
Molto insoddisfatto/a	0	3,2
Insoddisfatto/a	22,9	
Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	41,7	
Soddisfatto/a	27,1	
Molto soddisfatto/a	8,3	
AREA SOCIALE		
Molto insoddisfatto/a	0	3,42
Insoddisfatto/a	17	
Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	29	
Soddisfatto/a	50	
Molto soddisfatto/a	4	
AREA AMBIENTALE		
Molto insoddisfatto/a	3	3,09
Insoddisfatto/a	31	
Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	22	
Soddisfatto/a	41	
Molto soddisfatto/a	3	

Comparando i dati emersi nel corso della prima valutazione possiamo notare un leggero miglioramento per ciò che riguarda la qualità di vita percepita poiché si può evidenziare attualmente una media di 3,2 a fronte del 2,9 riscontrato nella precedente analisi. È un

dato che certamente trova riscontro anche nelle singole aree d'indagine nelle quali si osserva un cambiamento positivo, seppur minimo. In particolare, nell'area sociale si osserva una media del 3,42 rispetto alla media di 3 su 5 osservata nella prima fase di valutazione. È bene sottolineare che non si tratta di dati estremamente variati nel tempo, sia in positivo sia in negativo. Si era già consapevoli, rispetto all'implementazione della struttura di ricerca, di riscontrare in un breve arco di tempo (sette mesi) variazioni non eccessivamente significative. Tuttavia, è fondamentale notare come, in media, il quadro generale della qualità di vita delle persone sia anche di poco migliorato piuttosto che peggiorato. Questo risulta un elemento essenziale e non da sottovalutare visti che la percezione di un benessere maggiore nella quotidianità della propria vita viene altrettanto avvertito dagli utenti stessi:

“Sto molto bene. mi sono anche ripreso dal punto di vista fisico, dopo i dovuti accertamenti. Mi sento anche io molto meglio in generale. Ho iniziato pian piano a sistemare tante cose nella mia vita... anche la casa.” (uomo, 54 anni)

“Adesso più godo di più la vita quando ho un po' di tempo a disposizione. Mi piace andare al cinema, fare una passeggiata, o anche un semplice aperitivo con degli amici” (uomo, 55 anni)

“Quando ho risolto il problema con la schiena riesco a fare più cose. Mi impegno di più e sono contenta di questo” (donna, 48 anni).

Per ciò che concerne l'analisi delle relazioni sociali descritte dagli otto intervistati, si è fatto ricorso all'uso della rappresentazione grafica (associata ad una *topic guide* per la conduzione dell'intervista) per ciò che concerne la descrizione dei reticoli sociali indicati dagli stessi nel corso delle interviste condotte durante la prima fase di valutazione. Tale strategia è apparsa decisamente più efficace rispetto alla somministrazione delle medesime schede di rete dal momento in cui ha permesso agli utenti di riflettere sulle proprie relazioni in maniera più chiara e semplice attraverso l'osservazione visiva delle stesse. Si è cercato in ogni caso di non sovraccaricare gli intervistati di molteplici informazioni rispetto alle relazioni indicate che, per ciò che concerne l'obiettivo di indagine, apparivano fuorvianti e superflue. Tutt'al più si è puntato alla trasposizione degli elementi più importanti, in chiave grafica, in modo tale da riflettere e osservare più facilmente i cambiamenti intervenuti. Ad esempio, si è evitato nel disegno delle reti sociali di riportare graficamente i legami che intercorrono tra gli alter stessi, che tipo di risorse veicolano. Piuttosto si è ritenuto più opportuno ricorrere alla rappresentazione di informazioni basilari come i nomi delle persone che avevano indicato come parte

integrante della rete (raffigurate con forme geometriche differenti a seconda del tipo di relazione: amici, conoscenti, operatore di servizi etc.) e la vicinanza emotiva indicata dalla lunghezza delle linee che collegano singolarmente l'intervistatore con il suo singolo membro (pertanto la lunghezza era maggiore se considerate emotivamente distanti etc.). Le restanti informazioni (come il contenuto del legame, la densità etc.) venivano ricostruite e riferite a voce direttamente al soggetto nel momento dell'intervista affinché la rappresentazione, e la relativa spiegazione annessa, apparissero più chiare possibili. Per una questione di massima comprensione rispetto alla presentazione delle analisi apportate ai dati relazionali della fase di *follow-up* non verranno riportate le singole rappresentazioni grafiche di ogni intervistato. Piuttosto si ricorrerà alla descrizione in chiave tematica dei dati qualitativi che, in media, si sono evidenziati in questa fase e dei relativi cambiamenti intervenuti comparandoli, a loro volta, agli elementi raccolti durante la prima fase di valutazione. Le rappresentazioni grafiche verranno presentate solo in seguito e unicamente per le due situazioni cardine della ricerca a cui si è posto maggiormente il focus in quanto portavoce dei principali risultati emersi durante l'elaborazione dei dati.

La dimensione relazionale, in questa specifica fase, appare particolarmente eterogenea rispetto alle possibili modificazioni intervenute. In linea generale si sono presentati i casi in cui i reticoli sociali di determinati soggetti non hanno subito variazioni anche per volere degli stessi. Pertanto, la rete presentava le medesime caratteristiche della situazione antecedente alla fase di *follow-up* sia dal punto di vista del *network range* sia per ciò che concerne la forza e il contenuto del legame. Molto spesso, questa situazione ha rappresentato il risultato di una continua mancanza di fiducia nelle persone non appartenenti alla propria rete nonché una difficoltà personale a relazionarsi con persone a seguito di vissuti difficili e traumatici. Inoltre, si sono verificate situazioni in cui gli stessi intervistati affermavano di volere mantenere comunque “poche relazioni ma buone”:

“Faccio fatica a parlare con gente che non conosco e preferisco restare nel mio. Le persone importanti per me sono sempre queste. Come fai a fidarti di persone estranee? È difficile” (donna, 48 anni)

“A me non importa avere tante relazioni. Conta la qualità dei rapporti e non la quantità. Perché dovrei essere circondato di rapporti che poi non sono significativi per me. Adesso sto bene così” (uomo, 64 anni)

Al contrario, non sono mancate situazioni dal punto di vista relazionale in cui si sono verificati cambiamenti positivi rispetto all'inserimento di nuove persone (o persone che già si conoscevano precedentemente ma che non sono state indicate nella prima fase) nella propria rete sociale di appartenenza. Molto spesso il contatto e il conseguente inserimento di queste persone nella relativa rete sociale dell'intervistato sono il risultato di determinate situazioni vissute dagli stessi che li hanno indotti a reputarle tali:

“Adesso c'è anche A. Con lei mi conoscevo già perché eravamo insieme in comunità e mi trovavo molto bene. Adesso lei è uscita [...] può capire i miei stati d'animo e i miei momenti di debolezza. Anche perché li ha passati anche lei. Ci sentiamo molto spesso e sono felice di questo” (donna, 48 anni)

“Adesso condivido la mia casa con H. Eravamo già amici da prima [...] aveva bisogno di una mano e quindi l'ho aiutato. Perché io sono il primo ad aiutare la gente, non bisogna giudicare nessuno. Ci facciamo compagnia a vicenda [...] è veramente una persona semplice e umile. Conosco tutti i suoi parenti [...] sono molto felice perché mi considera parte della sua famiglia” (uomo, 49 anni)

Ancora, si sono verificati dei cambiamenti non rispetto all'ampiezza e la densità dei legami piuttosto rispetto alla forza e al contenuto dei rapporti stessi. Generalmente, le principali motivazioni di tale variazione risiedevano, da una parte, ad una scelta personale dei membri medesimi e dall'altra ad una frequentazione meno assidua di determinati contesti sociali.

“M. non lo sento più di tanto perché sta vivendo dei momenti difficili. Ma comunque non ci sentivamo più così spesso. Non so il perché. Comunque, resta un amico fidato. C'è stato sempre per me” (donna, 48 anni)

“Per via dell'operazione non frequento più la cooperativa come prima [...] quindi non ho più tanti contatti con N., E. e L. Alcune settimane fa li ho sentiti per una questione di lavoro ma nulla di più. Quindi non li sento vicini come prima” (uomo, 49 anni)

Infine, ulteriori situazioni che si sono verificate rispondono all'indagine principale del progetto di ricerca. Difatti, alcuni intervistati hanno ritenuto opportuno inserire nel proprio reticolo costituito dai legami più significativi anche gli operatori della Cooperativa TerrA per il supporto che hanno fornito nei loro confronti sotto differenti punti di vista. La maggiorparte afferma che gli operatori sono stati fondamentali per la risoluzione di alcune questioni, in particolar modo dal punto di vista burocratico-amministrativo, per accompagnamenti a visite sanitarie, per pagamento di bollette.

Nonostante fosse questa la motivazione principale per la quale sono stati reputati persone importanti, tuttavia gli intervistati restituiscono un'immagine precisa di tali operatori vissuti e percepiti come persone affidabili, di conforto.

“Ogni tanto C. passa da qui anche solo per un saluto. Lui è come un fratello per me e con lui posso parlare di tutto. Mi ha aiutato anche per risolvere alcuni problemi con le bollette” (donna, 48 anni)

“L. lo sento molto vicino in questo periodo perché ci sta aiutando tanto anche per accompagnarmi alle visite con i dottori. Io quando ho bisogno di una mano chiamo sempre lui [...] è un punto di riferimento [...] si vede che lui tiene a noi” (uomo, 48 anni)

Infine, l'intervista rispetto all'indagine della dimensione relazionale degli intervistati nella seconda fase di ricerca si concludeva con una specifica domanda: *Cosa avresti voluto che gli altri (operatori, i tuoi membri) facessero per darti una mano e un aiuto concreto?; Avresti voluto che qualcosa fosse stato fatto diversamente da parte degli altri per ricevere realmente un supporto?“. Le risposte fornite presentavano differenti similitudini e gli aggettivi principalmente elencati richiamavano in alcuni casi quelli evidenziati nella prima fase di ricerca. In media gli intervistati non sentono l'esigenza di ricevere qualcosa di materiale piuttosto reputano fondamentale l'aiuto e il supporto sia fornito tramite manifestazioni emotive, valoriali per poter realmente comprendere quanto una persona tenga e sia fondamentale per loro e viceversa.*

“Anche un semplice come stai, mi farebbe stare meglio. Non mi viene chiesto molto spesso. Basterebbe così poco. Siamo persone come tutte le altre ed è importante sapere che qualcuno crede in noi e ha fiducia” (donna, 48 anni)

Il caso di L.S.

Dopo una breve introduzione rispetto alle modalità di conduzione dell'intervista e vari aggiornamenti in merito alle sue condizioni dal punto di vista sociale, personale, lavorativo e abitativo l'intervista ha previsto inizialmente la somministrazione della scala di valutazione WHOQOL-BRIEF ha riportato i seguenti dati:

Tabella 9: La qualità di vita di L.S. al follow-up

	Media (punteggio massimo=5)
QUALITA' DI VITA GENERALE	3,4
AREA FISICA	4
AREA PSICOLOGICA	3,5
AREA SOCIALE	3,3
AREA AMBIENTALE	2,75

1- molto insoddisfatto/a
2- insoddisfatto/a
3- né soddisfatto/a né insoddisfatto/a
4- soddisfatto/a
5- molto soddisfatto/a

Si assiste ad un miglioramento generale del benessere individuale di L.S. con una media pari a 3,4 rispetto ad un punteggio di 2,8 restituito dall'analisi dei dati ricavati nella prima fase. Di conseguenza, anche i vari ambiti di vita considerati presentano un miglioramento sotto molteplici aspetti.

“Se posso divertirmi lo faccio. Anche se ho poco tempo a disposizione per via del lavoro in cooperativa. Mi piace andare al cinema, a fare un aperitivo con i colleghi, anche delle piccole gite fuori porta”

In particolar modo l'area sociale restituisce un notevole cambiamento passando da un punteggio di 2,2 nella prima fase a 3,2 nel *follow-up*. Il dato oggettivo è confermato anche dalle percezioni soggettive di L.S. il quale afferma di essere molto contento delle relazioni che ha attualmente e soprattutto del supporto che riceve dai suoi “nuovi amici”. Ad ogni modo, anche il punteggio ottenuto all'interno dell'area psicologica risulta importante in quando lo stesso L. afferma di aver passato momenti realmente bui e di depressione motivo per il quale, attualmente, certe di attuare delle strategie per controllarla.

“Sono molto illusionistico. Io mentalmente sono fatto così: mi piace contemplare, osservare, scrutare, mentalmente viaggiare, inventarmi storie per riuscire ad emanciparmi dal peso della depressione che ogni tanto si fa presente anche se in questo periodo molto meno”

Il motivo per il quale il caso di L.S. rappresenta, in linea generale, una delle situazioni che ha riscontrato maggiori cambiamenti e miglioramenti nell’arco di soli 7 mesi risiede soprattutto nelle sue condizioni dal punto di vista relazionale. Come già si è osservato nella prima fase, il soggetto in questione aveva indicato come persona significativa un’unica persona (indicata con la forma del triangolo) con la quale aveva frequenti contatti, riceveva supporto sotto differenti punti di vista ma, dal punto di vista emotivo, lo considerava un membro abbastanza distante da sé e dai suoi sentimenti. In seguito, verrà presentata una comparazione grafica della rete di L.S. tra la prima fase (luglio 2021) e il *follow-up* (febbraio 2022).

Immagine 1: La rappresentazione grafica della rete sociale di L.S. nella prima fase di valutazione

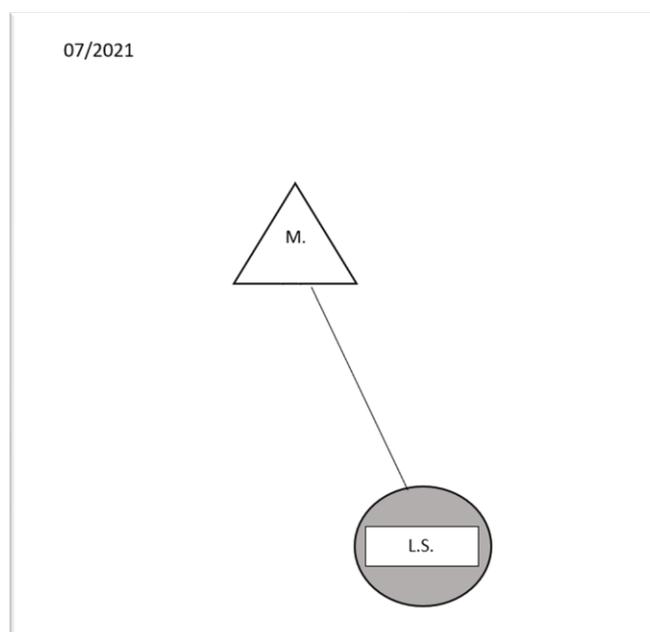
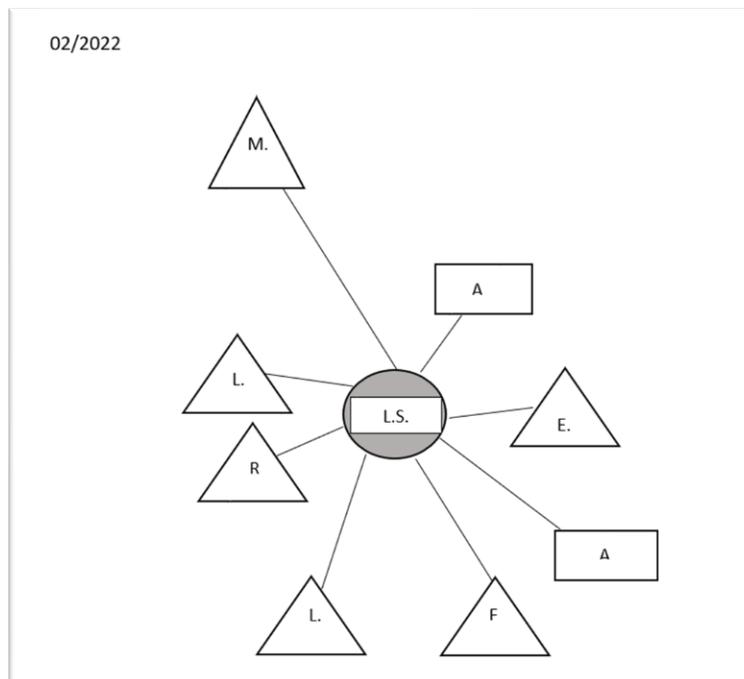


Immagine 2: La rappresentazione grafica della rete sociale di L.S. nel follow-up



Uno dei cambiamenti che hanno riguardato la sua vita e che pare essere la base delle conseguenti variazioni dal punto di vista relazionale riguarda la frequentazione, da parte di L.S., di un'azienda ortofrutticola del territorio all'interno della quale è impegnato in attività manuali inerenti alla raccolta di frutta e verdura. In particolare, questa nuova esperienza ha reso possibile conoscere nuove persone alle quali il signor L. si è legato particolarmente tale da renderle in questo momento importanti e significative. La maggiorparte dei nuovi membri evidenziati sono amici e colleghi di lavoro conosciuti durante queste attività. Inoltre, si osserva la presenza di due membri particolarmente interessanti, un familiare e un amico d'infanzia (che ho rappresentato con la forma del rettangolo) che dapprima non sono comparsi nella sua rete sociale. Il motivo risiede nelle difficoltà, dal punto di vista psicologico, che ha vissuto in passato e che lo ha ostacolato nella relazione con gli altri. Pertanto, grazie alla risoluzione di questa problematica e la possibilità di spendersi in nuove esperienze, L.S. attualmente intrattiene nuovi e importanti legami, soprattutto nel contesto lavorativo.

“Non è da tanto che sono uscito dal mio tunnel dove stavo male veramente. Pochi anni prima vivevo per strada [...] poi da poco avevo ripreso a lavorare e a stare a contatto

con le persone. sono stato l'unico ad accettare questa nuova esperienza [...] ha avuto i suoi vantaggi perché dopo le conoscenze si sono per forza amplificate. E si è fortificata la mia rete in questo senso”

Al momento la sua rete sociale è composta da sette persone di cui sei sono colleghi di lavoro (indicati con la forma del triangolo). È presente, inoltre, lo stesso membro identificato nella prima fase ma con il quale mantiene le distanze (infatti viene rappresentato più lontano rispetto ai restanti soggetti). I nuovi membri identificati riguardano relazioni nate grazie alla frequentazione di nuovi contesti lavorativi grazie ai quali il signor L.S. ha potuto dedicarsi al rapporto con nuove persone, che in media frequenta quotidianamente, e superare l'iniziale difficoltà relazionale. I colleghi di lavoro, che lo stesso reputa amici, sono stati considerati tali in quanto lo hanno supportato veicolando per un verso aiuti materiali ma soprattutto aiuto simbolico, psicologico e con i quali trascorre il tempo libero oltre agli orari di lavoro. In particolar modo, reputa fondamentali alcuni aggettivi che questi soggetti possiedono: vengono descritti come persone sulle quali riporre fiducia, generose, umili, che offrono conforto morale.

“Ad oggi ci sono nella mia rete i colleghi di lavoro. C'è un mio amico in particolare che frequento assiduamente [...] altre le ho conosciute presso la nuova azienda. Ci tengo ad una persona in particolare perché suo papà era amico di mio papà, era in classe con mia sorella. È una persona veramente fantastica L. C'è anche il mio amico di infanzia, che vedo raramente, ma che è stato presente nell'ultimo periodo”

“L. mi dà quella fiducia che molto spesso è mancata nelle mie relazioni”

Inoltre, si evince come, nonostante fossero persone conosciute da poco, alcune di loro vengono reputate emotivamente molto vicine (vedi immagine 2). Le aspirazioni che il signor L.S. riferisce rispetto alla propria dimensione relazionale non riguardano tanto la restituzione di supporti di tipo materiale piuttosto gli aiuti simbolici, il conforto che la stessa potrebbe ricevere dai suoi membri significativi nei momenti di particolare difficoltà.

“Dagli amici non mi aspetto una grossa mano perché io sono dell'idea che una persona deve essere capace di arrangiarsi da solo. Io di indole, non chiedo aiuto a nessuno. Anche se sbaglio perché in certi momenti chiedere supporto è importante... magari dovrò lavorare ancora di più su questo aspetto. E pensare che le persone, quelle che contano veramente, possono darti una mano.”

Infine, un'ulteriore affermazione che ha colpito particolarmente riguarda l'aiuto concreto che le altre persone, seppur implicitamente, hanno offerto a L. per poter uscire dallo stato di depressione:

“Sono state veramente importanti queste persone. Mi sento completo. Ho cercato di impegnarmi tanto per non abbattermi e solo in questo momento ho capito quanto queste persone siano fondamentali. Prima non riuscivo a dare fiducia perché ero rilegato in quel “buco” di solitudine. A noi basta ricevere anche un minimo di fiducia per poter veramente cambiare”

Il caso di A.F.

Parallelamente alla situazione appena descritta, quella di A.F. rappresenta la condizione più estrema, in negativo, che potesse verificarsi rispetto alla buona riuscita del servizio e, in generale, rispetto ad un auspicato miglioramento del benessere individuale e delle proprie relazioni sociali. Come per L.S. anche per tal caso si è riproposta la somministrazione della scala di WHOQOL-BRIEF e i dati che si evidenzieranno risulteranno completamente differenti al netto delle analisi riscontrate per il caso del signor L.

Tabella 10: La qualità di vita di A.F. al follow-up

	Media (punteggio massimo=5)
QUALITA' DI VITA GENERALE	2,3
AREA FISICA	2,3
AREA PSICOLOGICA	2,2
AREA SOCIALE	2
AREA AMBIENTALE	2,50
1- molto insoddisfatto/a	
2- insoddisfatto/a	
3- né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	
4- soddisfatto/a	

La qualità di vita in questo caso, anche in comparazione con la prima fase della ricerca, non ha subito notevoli cambiamenti. Piuttosto, è lievemente diminuita rispetto ad alcune aree di indagine come quella fisica (2,3 rispetto 2,43 della prima fase) e psicologica (2,2 a fronte del 2,5 della prima fase). Al contrario, è di poco aumentata rispetto alle proprie condizioni ambientali (in precedenza la media di questa determinata area corrispondeva a 2,38). Ciò è dovuto, come affermato dallo stesso, da un leggero miglioramento riscontrato nell'organizzazione degli spazi di casa.

“Ho comprato un nuovo materasso e adesso dormo anche meglio [...] ho risolto il problema della cucina perché prima non andava bene e funzionava solo per metà. Mancano ancora delle altre sedie da poter inserire in soggiorno però per il resto non posso lamentarmi della mia casa. Si sta bene”

L'area sociale è ugualmente rappresentata da un punteggio piuttosto basso che, in media, corrisponde ad un'insoddisfazione da parte del signor A.F. rispetto al sostegno che potrebbe ricevere dai suoi amici (poiché non presenti all'interno della sua rete) e dalle sue relazioni personali in generali. Pertanto, in generale il benessere individuale del signor A.F. al momento viene percepito come insoddisfacente anche a causa di alcune dinamiche che non riesce a gestire rispetto alle nuove relazioni che intrattiene con gli operatori della Cooperativa TerrA.

Per analizzare più nello specifico le dinamiche relazionali intervenute in questi mesi, è stata presentata ad A. la rappresentazione grafica della sua rete, descritta dallo stesso nella prima fase di valutazione, e riflettuto sui possibili cambiamenti. Come si nota dalle seguenti immagini il reticolo sociale non è attualmente cambiato, anzi si avverte un ulteriore allontanamento emotivo da parte di A. nei confronti dei membri precedentemente indicati.

Immagine 3: La rappresentazione grafica della rete sociale di A.F. nella prima di valutazione

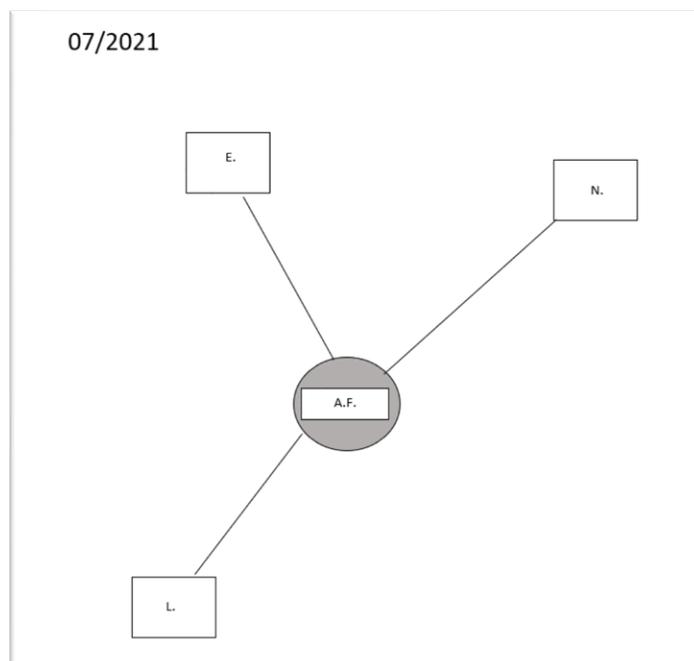
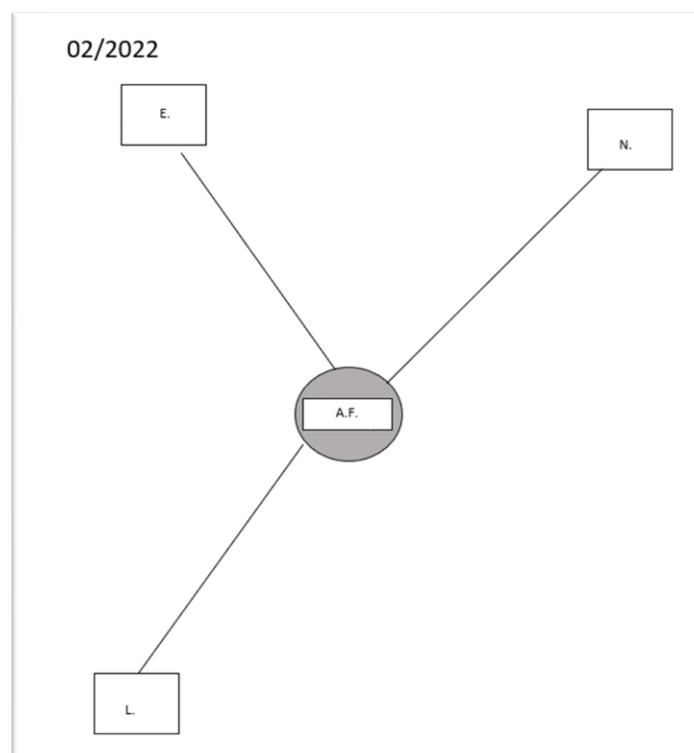


Immagine 4: La rappresentazione grafica della rete sociale di A.F. nel follow-up



Osservando e analizzando le immagini riportate, si può notare come l'unico cambiamento intervenuto nella rete di A.F. riguardi la vicinanza emotiva percepita dallo stesso da parte

dei membri indicati. Sono definiti graficamente con una forma a quadrato per identificare la tipologia di relazione ossia, in questo caso, operatori di servizi. L'intervistato afferma che nonostante fossero persone che reputa importanti per il supporto che hanno veicolato, soprattutto nel passato, vengono avvertiti emotivamente molto distanti (vedi immagine 4) rispetto alla prima fase di valutazione in cui era rappresentati ugualmente abbastanza distanti da A. ma con i quali vi erano contatti (soprattutto telefonici) di tipo sporadico. Attualmente, il signor A.F. ha totalmente interrotto i contatti con tali operatori. Questa mancanza di comunicazione (fisica e/o verbale) viene vissuta in maniera negativa dallo stesso intervistato.

Pertanto, il soggetto risulta molto scettico rispetto ai legami relazionali da poter intrattenere e soprattutto rispetto alla lealtà delle persone che ha di fronte.

“Se la gente si comportasse in maniera oggettiva e leale “da buona gente”, non ci sarebbe niente da dire. In maniera consona, logica, da buona gente. Questo lo sapevo anche prima. Trovi poca gente veramente brava.”

La difficoltà che avanza A. per ciò che concerne la poca credibilità che viene vissuta nei confronti della sincerità che dimostrano le persone che ha attorno viene per un momento confutata rispetto a ciò che lo stesso afferma nella seguente affermazione:

“Io ne avevo trovati alcuni qua (conoscenti), che mi hanno dato una mano per tornare a casa quando avevo male alla gamba. Sono ragazzi che ho trovato in giro. Sono stati bravi, potevano fregarsene. Fino a quest'estate ne ho visto qualcuno ma poi dopo le cose si perdono. Non c'è un rapporto, un'amicizia piuttosto un buon senso da parte loro. Io neanche li conoscevo”

In linea generale è stato appurato che il soggetto in questione faccia molta fatica ad entrare in contatto e a relazionarsi con le persone, in particolar modo se conosciute da poco tempo. Questo è dimostrato anche dal fatto che la sua rete, nel corso della prima fase, presenta una durata dei legami pari a circa 4 anni e che, nonostante la poca vicinanza emotiva che viene percepita nei confronti di tali persone, permangono ugualmente come parte integrante della propria rete in quanto considerate significative e punto di riferimento dal momento in cui si presentasse una determinata difficoltà. Pertanto, risulta evidente che al netto di qualsiasi soggetto che entra in relazione con A.F., ma che non conosce a sufficienza e soprattutto da molto tempo, attui atteggiamenti di protezione e difesa che lo portano, inevitabilmente, a non considerarlo importante e di aiuto anche qualora fosse stato fatto ciò in varie occasioni quotidiane.

“Quindi nelle questioni burocratiche mi ha aiutato C. Ma anche T. mi ha aiutato in diverse cose e mi sono trovato bene, relativamente bene. Ma hanno fatto unicamente il loro lavoro. In generale quelli della Cooperativa TerrA non hanno molto tempo. Si occupano di troppe cose”

Una dimostrazione di tale percezione può essere ricondotta al dispiacere che lo stesso A. prova rispetto all'assenza di rapporti con i relativi operatori sociali indicati nella prima fase di valutazione e con i quali ha trascorso la maggior parte dei suoi ultimi anni dal momento in cui ha convissuto in un gruppo appartamento gestito dalla stessa realtà sociale di cui fanno parte gli operatori.

“Prima mi aiutavano tanto quelli della “M.”, io mi volevo tenere quelli. E. ad esempio è stata una brava persona, mi ha aiutato veramente. Io tornerei con lui se potessi. Lui lo trovavi quasi sempre. Non ho sentito questa grande attrazione con la Cooperativa TerrA, cosa che era nata invece con gli operatori della M.”

Molte spesso, lo stesso A. cita parole come “abbandono” “allontanamento” da parte di persone con le quali trascorreva la maggior parte del suo tempo e di cui poteva, anche se in parte, fidarsi. Di conseguenza, fa fatica a relazionarsi nuovamente con ulteriori operatori, e in generale con il contesto sociale, dal momento in cui lo sgancio dal gruppo appartamento ad una propria abitazione autonoma è stato vissuto come un vero e proprio abbandono da parte di figure che fungevano da supporto e da guida. Ciò trova conferma anche nell'idea che le relazioni per lui dovrebbero essere basate sulla lealtà e sul rispetto reciproco. Inoltre, lo stesso evoca il desiderio di intrattenersi in qualche attività lavorativa per poter trascorrere del tempo e in particolar modo per coltivare la sua passione per la falegnameria.

“Sono caduto... è un caso di apatia la mia. Quando torno a casa è uno sgomento. Non mi viene voglia neanche di fare niente. E vorrei iniziare a frequentare qualche contesto, per tenere occupata la mente [...] a me piace tanto lavorare il legno”

Infine, anche il signor A.F. denuncia una certa solitudine e malinconia dal momento in cui lo stesso ricorda momenti passati vissuti insieme alla sua famiglia e insieme ad un suo amico di infanzia. Anche indirettamente l'intervistato avanza il desiderio di avere una guida al suo fianco stabile e continuativa. Vedere in maniera frequente una determinata figura, professionale e non, che sia per lui un punto di riferimento significativo può essere

motivo per A. di considerare come tale questa persona ed emotivamente più vicina, al di là delle risorse che essa può veicolare.

CONCLUSIONI

Le finalità del seguente elaborato mirano all'analisi e all'osservazione di determinati elementi che, rappresentando una parte integrante della vita del soggetto, devono essere necessariamente analizzati. I fattori in questione riguardano la dimensione relazionale e l'importanza dei legami sociali nonché la percezione soggettiva che si ha rispetto alla propria qualità di vita in generale. In particolar modo, la peculiarità dello studio attiene all'indagine della situazione di benessere individuale e relazionale di persone con problemi di dipendenza chimica e/o comportamentale. Nell'ultimo capitolo ci si è focalizzati sull'elaborazione dei dati che si sono raccolti rispetto al campione preso in considerazione per valutare gli effettivi cambiamenti avvenuti rispetto al costrutto della qualità di vita e dei rapporti sociali in vista dell'avvio sperimentale presso il SerD di Padova di un servizio di accompagnamento alla vita autonoma per gli utenti afferenti e in carico a tale struttura. Le riflessioni che si possono avanzare a fronte della conclusione dell'indagine in *itinere* sono molteplici. In primis, si può evidenziare come dai due casi specifici presentati, nonostante rappresentassero uno l'antitesi dell'altro, si possa avvertire l'importanza che contesti sociali positivi e supportivi come le Cooperative del territorio (e i relativi operatori) o la partecipazione a Laboratori Occupazionali Protetti in quanto fungono da espediente per il miglioramento delle relazioni sociali e, di conseguenza, del benessere generale dell'utenza. Nello specifico, per un verso l'adesione ad una nuova esperienza lavorativa (realizzata ad opera di figure professionali afferenti ad un'Associazione del territorio), che avviene in contesti differenti rispetto a quelli che si è soliti frequentare, ha offerto la possibilità di conoscere e intrattenere nuove relazioni significativamente rilevanti per il soggetto in quanto hanno fornito un valido supporto dal punto di vista relazionale e hanno indotto ad un miglioramento nella percezione che la stessa persona ha della sua vita (vedi il Caso di L.S.). Al contrario, nel caso di A.F. l'allontanamento da operatori sociali di riferimento con i quali aveva instaurato una forte relazione e un contatto assiduo ha costituito un deterioramento delle condizioni di benessere generale e relazionale, tutt'al più se ciò che è accaduto riguarda una persona

che abitualmente fa fatica ad intrattenere relazioni significative con soggetti che conosce da poco tempo e che non presentano similitudini rispetto al proprio stile di vita, pensiero, valori etc.

Si può quindi affermare che le relazioni che il soggetto intrattiene con i membri della sua rete potrebbero riguardare sia legami forti ma anche legami deboli. Tuttavia, sia che una relazione si configuri come debole o forte è fondamentale che essa generi differenti benefici che possono essere resi tali solo se la relazione stessa costituisca un ponte di collegamento ad altre cerchie sociali. Rispetto a ciò, si auspica che il servizio e gli operatori che accompagneranno l'utenza nella gestione della nuova quotidianità potessero rappresentare un valore aggiunto e un "*bridge*" che aiuti il soggetto ad aprirsi alla conoscenza di nuove persone, figure professionali a cui chiedere sostegno di qualsiasi tipo. Si auspica soprattutto che l'utenza riceva l'aiuto necessario per ritrovare quella fiducia che molto spesso è assente nei confronti degli altri e dei legami sociali attraverso anche la conoscenza del territorio e della comunità circostante in cui è inserito (es. quartiere, vicinato, luoghi sociali di aggregazione etc.), che potrebbe dar modo alle persone di scardinarsi dalle situazioni di marginalità sociale in cui spesso sono bloccati. Credo anche che il Servizio di accompagnamento all'Abitare sia un valido strumento per accrescere, per quel che è possibile, l'autonomia e l'indipendenza della persona partendo dalle semplici pratiche quotidiane (ad es. pagare una bolletta, reperire i documenti necessari per il rilascio di un'attestazione ISEE etc.), ma soprattutto per poter migliorare gradualmente il benessere della persona e la percezione della loro qualità di vita dal punto di vista economico, abitativo, sociale, psicologico, clinico, relazionale.

Tuttavia, lo studio presenta differenti limiti. Primo fra tutti la difficoltà ad estendere e generalizzare i risultati attuali al target della popolazione considerata. Ciò significa che il campione è risultato relativamente esiguo (9 partecipanti) e per questo non necessariamente rappresentativo. Inoltre, non poche sono apparse le difficoltà dal punto di vista gestionale e di reclutamento in quanto nella fase di selezione, sia ai fini della ricerca ma anche secondo gli obiettivi dell'attivazione del servizio, il campione doveva presentare determinati prerequisiti dal punto di vista della carriera tossicomane ma soprattutto rispetto alle condizioni abitative (possessori di alloggio autonomo). Pertanto, nel momento di sviluppo dell'indagine di ricerca le uniche persone che rispondevano a pieno a tali attributi risultavano in totale 10. Solo un soggetto ha manifestato la volontà di non voler partecipare allo studio. Inoltre, un'ulteriore difficoltà riscontrata concerne il

breve periodo intercorso dall'avvio del servizio e l'effettivo dispiegarsi di cambiamenti concreti. Vi è la cognizione che tra la prima fase valutazione (Luglio 2021) e la fase di *follow-up* (Febbraio 2022) il tempo considerato può risultare insufficiente per osservare dei reali cambiamenti ma soprattutto per fornire una valutazione conclusiva e finale del lavoro apportato da parte della Cooperativa TerrA sul campione in oggetto rispetto alla qualità di vita e ai legami sociali.

Per cui, per ovviare a tali limiti lo studio prevede e auspica degli sviluppi futuri e che in parte stanno già avvenendo. Un primo obiettivo riguarda l'incremento del campione dal punto di vista quantitativo attraverso il reclutamento di nuove persone che presentino i simili requisiti e che manifestino la volontà di partecipare allo studio. Sebbene il fine ultimo consista nell'estensione e generalizzazione dei risultati, allora la ricerca futura dovrebbe tentare di replicare lo studio facendo leva su un campione più ampio. Attualmente, si è avviata un'ulteriore fase di somministrazione del progetto di ricerca a 4 nuovi partecipanti. Una tale disposizione, tuttavia, non dovrebbe esulare dal riferimento al campione preso in considerazione nella seguente indagine ma, al contrario, fornire un monitoraggio continuo delle loro condizioni ad una distanza temporale tale per cui visionare concretamente dei notevoli cambiamenti e differenze tra la situazione antecedente alle attività di accompagnamento e il periodo successivo in cui il servizio della Cooperativa TerrA è abbondantemente avviato.

Un'ulteriore limitazione è che le informazioni fornite rispetto la qualità di vita e alle reti di supporto provengono esclusivamente da un'auto-percezione degli intervistati. Ciò lascia intendere che l'effettiva presenza o assenza di determinate persone nel reticolo, il legame stesso che intercorre tra i membri e gli effettivi supporti ricevuti dipendano esclusivamente da riflessioni che ha maturato il singolo intervistato. Ciò non significa che queste siano del tutto errate o poco affidabili, piuttosto per avere un quadro completo d'analisi è prevista l'elaborazione e integrazione di un'ulteriore intervista (attualmente abbozzata) da destinare agli operatori della Cooperativa TerrA che risultano parte attiva delle azioni che designano a favore dell'utenza del SerD. Lo scopo principale è percepire il loro punto di vista rispetto all'accettabilità che gli utenti stessi dimostrano del servizio di cui usufruiscono nonché degli effettivi cambiamenti avvenuti in relazione ai fattori del benessere individuale e delle relazioni sociali. In particolar modo, rispetto a questi due ultimi aspetti si analizzeranno i cambiamenti concretamente avvenuti nel singolo utente (rispetto alla qualità di vita, integrazione comunitaria, relazioni personali etc.) ma

soprattutto quali sono gli aspetti che rappresentano un punto di debolezza del servizio sperimentale. A tal fine, si richiederà un *feedback* all'operatore per migliorare le attività proposte. Infine, verrà esplorata l'ipotetica relazione creatasi tra l'operatore stesso e l'utente, discutendo delle eventuali riflessioni emerse in merito a ciò.

Lo studio di ricerca ha cercato di far comprendere, attraverso l'osservazione pratica e reale delle situazioni, l'importanza dell'influenza che le relazioni sociali hanno nei percorsi di reinserimento sociale e, in generale, nel benessere individuale percepito dal soggetto. Nella società odierna non ci si può esimere dalla considerazione che le relazioni sociali della persona portatrice di determinati bisogni siano parte integrante della sua vita e, pertanto, possano fungere da soluzione o, nei casi peggiori, da principio stesso delle problematiche evidenziate dal soggetto. L'osservazione sul campo ha permesso di comprendere come tale situazione sia piuttosto radicata in utenti caratterizzati da una certa complessità e "*cronicità*" e che vivono ormai da tempo questa dimensione di marginalità percepita dagli stessi come qualcosa di sofferente e alla quale porre rimedio. Similmente, il consumo di sostanze stupefacenti viene recepito come conseguenza di una situazione di solitudine vissuta non solo rispetto alle relazioni personali ma anche al contesto sociale in generale. Di conseguenza, per sopperire a tale difficoltà è sempre più necessario attuare strategie di intervento che mirino all'analisi delle reti sociali dei pazienti con problemi di dipendenza. In tal caso, lo scopo verterà sul consolidamento e rafforzamento dei legami sociali, qualora fossero presenti, o nella maggior parte dei casi sulla ricostruzione di un nuovo reticolo sociale costituito da persone che fungano da guida e da supporto per il paziente soprattutto nella fase di reinserimento sociale nel contesto comunitario. Ciò che è stato compreso, soprattutto attraverso il progetto di ricerca, è di non tendere ad eccessivi e quasi utopici cambiamenti in merito, piuttosto far leva su quei fattori positivi che costituiscono i legami significativi per l'utente al fine di svincolarlo, seppur in parte, da comportamenti illeciti e devianti.

BIBLIOGRAFIA

Akers R.L., Marvin D.K., Lonn L., Marcia R. (1979), “*Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory*”, in *American Sociological Review*, 44;

Andreassen C.S., Griffiths M.D., Hetland J., Pallesen S. (2012), “*Development of a work addiction scale*”, in *Scandinavian Journal of Psychology*, 53;

Bacchereti A.; Smorti A. (2006), “*I linguaggi della tossicodipendenza*” in *Psicologia clinica dello sviluppo*, pp.291-312;

Bertelli M., Bianco A., Rossi M., Scuticchio D., Brown I. (2011) “*Relationship between individual quality of life and family quality of life for people with intellectual disability living in Italy*” in *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, pp. 1136-1150;

Bertolazzi A. (2008), “*Sociologia della droga. Un'introduzione*”, Milano: Franco Angeli;

Brown, I. (1989). “*Aging, disability and quality of life: A challenge for society*” *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(3), 551–559;

Bryman A. (1988), “*Doing research in organizations*”, New York: Routledge;

Burt R.S. (1992), “*Structural holes. The social structure of competition*”, Cambridge, MA:Harvard University Press;

Commissione per le libertà e i diritti dei cittadini, la giustizia e gli affari interni (2003), “*Documento di lavoro sulle Convenzioni ONU sulle sostanze stupefacenti*” pp. 2-6;

Conrad P., Schneider J.W. (a cura di) (1992), “*Deviance and medicalization: From badness to sickness*”, Philadelphia: Temple University Press;

Consiglio dell'Unione Europea (2020), *Strategia dell'UE in materia di droga per il periodo 2021-2025*, Bruxelles, Segretariato Generale del Consiglio;

Corbetta P. (2014), “*Metodologia e tecniche della ricerca sociale*”, Bologna, Il Mulino;

Corbetta P. (2015), “*La ricerca sociale: metodologia e tecniche. III Le tecniche qualitative*” Bologna, Il Mulino.;

De Girolamo G., Rucci P., Scocco P., Becchi A., Coppa F., D'Addario A., Darù E., De Leo D., Galassi L., Mangelli L., Marson C., Neri G., Soldani L., (2000) “*La valutazione*

della qualità della vita: validazione del WHOQOL-Breve” in *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 9, pp. 45-57;

Dipartimento Politiche Antidroga (2010), *Piano di Azione Nazionale Antidroga (PAN) 2010-2013*, Roma;

- (2011), Il Dipartimento delle Dipendenze. *Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi*, Roma;
- (2011), *Progetto RELI. Reinserimento sociale e lavorativo delle persone dipendenti*, Manuale teorico pratico, Roma;
- (2018) *Relazione annuale al Parlamento 2018*, Roma;
- (2021) *Relazione annuale al Parlamento 2021*, Roma;
- (2021) *STATUS QUO 2.0: Governance e management dei sistemi per le dipendenze*, Roma;

Donati P. (1998), “La società è relazione” in P. Donati (a cura di), *Lezioni di sociologia. Le categorie fondamentali per la comprensione della società*, pp.1-54. Cedam, Padova;

Durkheim E. (1950), “*Rules of sociological methods*”, Glencoe: Free Press;

Foglia E., Vanzago A. (2011) “*Metodologia e metodi della ricerca qualitativa*”, Castellanza: CREMS- Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale;

Foster J.H., Peters T.J., Marshall E.J. (2000) “*Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women*” *Alcohol Aug*; 22(1):45-52;

Goffman E. (2001), “*Asylums*”, Milano: Comunità;

Goode E. (2007), “*Drugs in American society*”, New York, NY: McGraw-Hill;

Gottfredson M.R., Hirschi T. (1990), “*A general theory of crime*”, Standford, CA: Standford University Press;

Granovetter M. (1973), “*The strenght of weak ties*” in *American Journal of Sociology*, 78;

Grant J.E., Potenza M.N., Weinstein A., Gorelick D.A. (2010), “*Introduction to behavioral addictions*”, in *Am J Drug Alcohol Abus*, 36;

Griffiths M. (1998), “*Internet Addiction: does it really exist?*”, in J. Gackenbach (a cura di), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, Interpersonal and transpersonal implications*, San Diego, CA: Academic Press;

Kandel D.B. (1980), “*Drug and drinking behavior among youth*”, in *Annual Review of Sociology*, 6;

Knoke D., Kuklinsky J.H. (1982), “*Network analysis. Series: Quantitative applications in the social sciences*” New York: Sage University Paper;

Kraemer K.L., Maisto S.A., Conigliaro J., McNeil M., Gordon A.J., Kelley M.E. (2002) “*Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved*

quality of life and fewer alcohol-related consequences”, J Gen Intern Med May; 17(5):382-6;

Loi A.; Tarantini F. (2006), “Tossicodipendenza: il significato sociale del sintomo”, in *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 23, pp.25-30;

Lopez S.A. (2010), “Estrategias para la diversificacion de la red personala de personas drogo-dependientes en procesp de reinsercion”, in *REDES- Revista hispana para el analisis de redes sociales*, 18(1);

Meneghini G. (1993), “Droga, narrazione e retorica. Tossicodipendenza e identità in un gruppo di interviste ad Abbadia San Salvatore”, pp.1-12;

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2021), *Relazione Europea sulla droga 2021: tendenze e sviluppi*, Lussemburgo, Ufficio delle Pubblicazioni dell’Unione Europea;

Panebianco D. (2015), “Per non ricadere nella droga: una esplorazione sul ruolo di fattori individuali, relazionali e sociali”, in *Studi di Sociologia*, 1;

Panebianco D. (2019), “Dipendenza e cultura delle relazioni. Social Network Analysis e capitale sociale nei servizi alla persona”, Soveria Mannelli: Rubbettino Editore;

Parsons T. (1951), “*The social system*”, New York: Free Press;

Peplau L.A., Russel D., Heim M. (1979), “*The experience of loneliness*”, in I. Frieze, D. Bar-Tal, J.S. Carroll (a cura di), “*New approaches to social problems: Applications of attribution theory*”, San Francisco, CA: Jossey-Bass;

Regione del Veneto (2019) *Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023*, Consiglio Regionale del Veneto

- (2019) *Piano di Zona 2011-2015. Presa d'atto della ripianificazione anno 2019*;
- (2020) *Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2022*;

Rudolf H., Priebe S. (2002) “*Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment Drug Alcohol*” *Depend* Mar 1; 66(1):71-6;

Schalock R.L. (1991) “*The Concept of Quality of Life in the Lives of Persons with Mental Retardation*” in ERIC, pp. 1-40;

Schipper, H. (1990). “*Quality of life: principles of the clinical paradigm.*” *Journal of Psychosocial Oncology* 8, 171–185;

Serpelloni G., Zermiani M., Girelli F., (2003) “*Sistema sperimentale per la valutazione della qualità di vita del paziente tossicodipendente (ql td system)*” in *La valutazione dell’outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*;

The WHOQOL Group (1993). “*Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life instrument (WHOQOL)*” *Quality of Life Research* 2, 153–159;

The WHOQOL Group (1994a). “*The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)*”. In *Quality of Life Assessment: International Perspective* (ed. Orley, J. and Kuyken, W.), pp. 41–57. Springer Verlag: Heidelberg;

The WHOQOL Group (1995a). “*The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*” *Social Science and Medicine* 41, 1403-9;

The WHOQOL Group (1998b). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BRIEF quality of life assessment*. *Psychological Medicine* 28, 551–558;
Vaillant G.E. (1995) “*Natural history of alcoholism revisited*” Cambridge MA: Harvard University Press;

Volk R.J., Cantor S.B., Steinbauer J.R., Cass A.R. (1997) “*Alcohol use disorders, consumption patterns, and health related quality of life of primary care patients*” *Alcohol Clin Exp Res* Aug; 21(5):899-905;

Watson A.L., Sher K.J. (1998) “*Resolution of alcohol problems without treatment: Methodological issues and future directions of natural recovery research*” *Clinical Psychology: Science and Practice* 5, 1-18.;

Zammuner V.L. (1996), “*Interviste e questionari*” Roma: Borla edizioni;

Zamperini A. (2002), “*La costruzione sociale del tossicomane*”, in Salvini A., Testoni I., Zamperini A., Droghé. *Tossicofilie e Tossicodipendenza*, UTET, Torino;

Zucherman M. (1983), “*Biological Bases of Sensation Seeking, Impulsivity and Anxiety*”, Hillsdale, NJ: Erlbaum;

Zullig K.J., Valois R.F., Huebner E.S., Oeltmann J.E. Drane J.W. (2001) “*Relationship between perceived life satisfaction and adolescents’ substance abuse*”, *J Adolesc Health* 2001 Oct; 29(4):279-88.

SITOGRAFIA

<http://www.droganews.it>

<http://www.dronet.org>

<http://www.emcdda.europa.eu>

<http://www.politicheantidroga.it>

<http://www.who.it>