

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: la voce degli operatori e dei fruitori.***

Relatore: Prof.ssa DARIA PANEBIANCO

Laureando: GIULIANA
ARNETTA
Matricola N. 1224068

A.A. 2021/2022

Alla perseveranza, al timore, all'ostinazione,
a volte all'arroganza ed infine alla felicità e
alla paura che precedono un cambiamento.

Alle persone che credono di non poter trovare
la luce in fondo al tunnel e di non poter essere
felici ma che, alla fine, sanno di potercela fare.

Si può essere tutto ciò che si vuol essere, basta
volarlo.

Alla mia famiglia tutta,
ai miei amici,
e a me stessa.

“E quando pensi che sia finita,
è proprio allora che comincia la salita.
Che fantastica storia è la vita”

Antonello Venditti - Che fantastica storia è la vita

INDICE

INTRODUZIONE	3
--------------------	---

CAPITOLO I - IL FENOMENO DELLA DIPENDENZA E L'EVOLUZIONE DEI TRATTAMENTI

1.1 Il fenomeno della dipendenza.....	7
<i>1.1.1 Evoluzione storica dei consumi di sostanze</i>	11
1.2 L'evoluzione dei trattamenti in Italia	13
<i>1.2.1 I Servizi per le dipendenze (Serd)</i>	16
1.3 L'importanza dell'integrazione: tra terapia sostitutiva e trattamento psico-sociale	19
<i>1.3.1 IL'approccio cognitivo comportamentale</i>	22
<i>1.3.2 Il colloquio motivazionale</i>	23

CAPITOLO II - DIPENDENZA E CRONICITÀ

2.1 La realtà post-moderna e il benessere dell'individuo	28
2.2 La dipendenza da sostanze e gli aspetti socio-relazionali dell'utente.....	34
<i>2.2.1 Il WHO Quality of Life (WHOQOL)</i>	37
<i>2.2.2 Il framework della Social Network Analysis</i>	39
2.3 Il rischio dell'assistenzialismo per il paziente lungo-assistito.....	42

CAPITOLO III - LA RICERCA

3.1 Breve focus sul contesto: il fenomeno delle dipendenze in Veneto e nel Padovano	47
--	----

3.2 Il “Servizio di sostegno alla vita indipendente e all’abitare”	53
3.3 Il disegno di ricerca.....	56
3.3.1 <i>Il corpus metodologico della ricerca:</i> <i>il campione, gli strumenti e le modalità di analisi dei dati</i>	58
3.4 L’analisi dei dati e i risultati: una ricerca qualitativa e quantitativa.....	64
3.4.1 <i>Il punto di vista degli operatori e dei professionisti</i>	66
3.4.2 <i>Il punto di vista degli utenti</i>	77
CONCLUSIONI	101
BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	107
SITOGRAFIA	112

INTRODUZIONE

Bauman (1997) afferma che sono molti gli aspetti della vita contemporanea che contribuiscono ad approfondire il senso di insicurezza degli individui, uno di questi riguarda la convinzione che il futuro del mondo, sia del “mondo in sé” sia del mondo vissuto, faccia parte dei fenomeni inafferrabili e sfugga da ogni controllo.

In questo contesto i legami tra gli individui si riducono ad un susseguirsi di incontri e di interazioni, l'identità degli individui diviene una collezione di maschere indossate in relazione al contesto, le storie di vita sono un insieme di episodi il cui senso si riduce ad una memoria transitoria (Bauman, 1997).

Il messaggio trasmesso insistentemente dai media culturali più diffusi informa l'individuo della caratteristica fondamentale di indeterminatezza del mondo, dove <<tutto può succedere e tutto si può fare, ma niente può essere fatto una volta e per tutte>> (Bauman, 1997, p.37). L'individuo essendo “nel” mondo e parte “del” mondo può dirsi soggiogato da queste spinte e influenze provenienti dall'esterno. Difatti una delle paure post-moderne può essere rintracciata nell'*inadeguatezza*, la quale riassume una grande quantità di altre paure, rivolte a soggetti differenti, vissute e affrontate in modo differenti (Bauman 1999).

Un fenomeno che contribuisce alla lacerazione del tessuto sociale, delle relazioni e soprattutto dell'identità dell'individuo può essere rintracciato nell'uso, nell'abuso e nella dipendenza da sostanze legali e illegali. La “droga” è un tema tipicamente moderno, ma come vedremo fonda le sue origini molti anni orsono e investe trasversalmente le società, rispetto al genere, all'età, alle classi sociali ecc. Tutt'ora risulta infatti una problematica complessa, oggetto di molti dibattiti sociali e politici, soprattutto riguardo l'ipotesi di una sua legalizzazione e le importanti conseguenze, dirette e indirette, che apporta all'individuo.

Questo elaborato nasce dall'esperienza di tirocinio posta in essere presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Aulss 6 Euganea di Padova. Durante questa esperienza ho avuto modo di confrontarmi con una realtà difficile quale quella dei Servizi per le Dipendenze e con la molteplice tipologia di utenza fruitrice dei suoi servizi. A suscitare il mio interesse è stato soprattutto il tema del trattamento “post

residenziale” dei pazienti cronici o lungo-assistiti, su cui vertono numerosi dibattiti riguardanti le modalità e le prestazioni da attuare.

Gli utenti cronici possono presentare una diagnosi di multiproblematicità, come situazione di emarginazione ed esclusione sociale, compromissioni psico-cliniche droga-correlati e rete sociale inefficiente o inesistente. Aleggiano infatti la necessità di istituire ed implementare “nuove buone prassi” nella presa in carico di questa fascia di utenza, capaci di far fronte ai molteplici e coesistenti bisogni, a cui i servizi pubblici e privati già esistenti non riescono a rispondere od individuare pienamente. A tal proposito, durante il mio percorso di tirocinio ho potuto osservare uno dei nuovi servizi sperimentali individuati come idonei nella presa in carico di questa fascia di utenza, ideato dagli operatori del Serd ed affidato, attraverso l’istituzione di un bando di gara, alla Cooperativa Terra, ovvero il “*Servizio di sostegno alla vita indipendente e all’abitare*”.

Di conseguenza ho ritenuto opportuno elaborare una domanda di ricerca che miri alla verifica *in itinere* del raggiungimento degli obiettivi prefissati dal Servizio, quali lo sviluppo dell’autonomia e dell’auto-efficacia degli utenti fruitori. Il servizio sociale è una scienza a tutti gli effetti cui obiettivo è lo studio dei bisogni del cittadino ed utilizza la ricerca sociale come metodo attraverso il quale si costruisce il sapere professionale. La ricerca infatti attribuisce scientificità all’agire professionale e lo legittima. Quest’ultima può avere svariati utilizzi, tra i quali può essere utilizzata per acquisire una conoscenza, come il funzionamento di specifici aspetti delle politiche messe in atto, oppure in ambito accademico e in generale negli ambiti formativi.

Attraverso una ricerca sia qualitativa che quantitativa, ho analizzato l’efficienza e l’efficacia del *Servizio di accompagnamento alla vita indipendente e all’abitare*.

Prendendo in esame sia il punto di vista dei suoi erogatori, ovvero gli operatori domiciliari e gli assistenti sociali del Serd, sia dei suoi fruitori, ossia gli utenti, ho potuto verificare se gli obiettivi del Servizio siano stati raggiunti o siano in fase di raggiungimento.

Nello specifico tale elaborato si compone di tre capitoli. Il primo capitolo mira a circoscrivere ed analizzare il fenomeno della dipendenza nelle sue diverse sfaccettature attraverso un’impronta prettamente sociale. Si tratteranno infatti le

differenti definizioni del fenomeno che si sono susseguite nel corso del tempo, l'evoluzione dei trattamenti e del consumo di sostanze legali e illegali in Italia, l'importanza di andare oltre la sola terapia farmacologica ed includere gli approcci psico-sociali nella cura dell'individuo affetto da tale disturbo.

Il secondo capitolo fornisce una breve analisi della società post-moderna per poi soffermarsi sulle conseguenze socio-relazionali che le sostanze hanno sulla vita dell'individuo, sulla sua identità e sulle sue relazioni sociali. A tal proposito si è ritenuto opportuno trattare il tema riguardante la qualità della vita e la percezione dell'individuo su quest'ultima e il tema delle relazioni sociali, quali elemento trasformativo fondamentale.

Il terzo capitolo può essere considerato il cuore di questo elaborato in quanto offre la trattazione della ricerca posta in essere.

Innanzitutto si è ritenuto opportuno approfondire brevemente sia il fenomeno delle dipendenze in Veneto e nel padovano, così da poter contestualizzare il progetto di ricerca, sia il *Servizio di sostegno alla vita indipendente e all'abitare*, attraverso il ripercorrere dei suoi obiettivi, della sua attuazione e delle prestazioni erogate. Infine si è enunciato il disegno di ricerca nella sua interezza, esplorando le diverse fasi, dall'elaborazione dell'ipotesi all'analisi dei risultati, ed il *corpus metodologico*, quale il campione, gli strumenti e le modalità di analisi dei dati.

Mi preme sottolineare che nella trattazione della materia della dipendenza per facilità di comprensione e per via della reperibilità dei testi e delle ricerche inerenti, si farà riferimento e si parlerà soprattutto della dipendenza da sostanze.

Infine si è consapevoli che nel nuovo Codice Deontologico degli Assistenti Sociale del 2020 il termine "*utente*" sia stato sostituito dal concetto più generale di "*persona*", in questo elaborato però si è utilizzato ugualmente il termine utente sempre per far fronte ad una chiarezza espositiva.

CAPITOLO I

IL FENOMENO DELLA DIPENDENZA E L'EVOLUZIONE DEI TRATTAMENTI

Prima di addentrarci nel *clou* del tema trattato, occorre un breve focus sul fenomeno della dipendenza e fornire una “cassetta degli attrezzi” per fare chiarezza sull’uso di alcuni termini ad essa legati.

1.1 Il fenomeno della dipendenza

Nel corso del tempo si sono susseguite differenti definizioni del fenomeno, le quali prediligono alcune variabili o caratteristiche a discapito di altre.

Una definizione tra le più consolidate (veicolata dai *media* e diffusa nel senso comune) è stata data dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la quale descrive la dipendenza patologica soffermandosi soprattutto sugli aspetti psicologici e fisiologici. Nello specifico la definisce come una *<<condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall’interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione>>*.

Ancora l’OMS definisce la tossicodipendenza come *<<una malattia ad andamento cronico e recidivante che spinge l’individuo, in maniera 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>>*.

Il National Institute on Drug Abuse (NIDA) utilizza una impronta neurobiologica nel definire l’*addiction*, considerando quest’ultima come *<<una malattia cronica e recidivante del cervello caratterizzata dalla compulsiva ricerca e uso di una sostanza nonostante le sue conseguenze dannose>>*. Il NIDA afferma inoltre che l’uso a lungo termine provoca cambiamenti in altri sistemi e circuiti chimici del cervello, influenzando funzioni che includono apprendimento, giudizio, il processo

decisionale, fatica, memoria e comportamento. Il cervello difatti si adatta riducendo la capacità delle cellule nel circuito della ricompensa di rispondere ad esso. Questi adattamenti cerebrali spesso portano la persona a diventare sempre meno in grado di trarre piacere da altre cose che una volta davano beneficio, come il cibo, il sesso o le attività sociali.

Un passo avanti si ha con la definizione data dal Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) il quale nel definire la tossicodipendenza, oltre ai meccanismi neurobiologici, prende in considerazione anche la dimensione sociale e relazionale del soggetto, fortemente compromesse e invalidate. Nello specifico, all'interno del documento concernente "*Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi*" (2010), redatto dal DPA, la tossicodipendenza viene definita come:

Una malattia del cervello, complessa e fortemente invalidante, correlata a disturbi comportamentali, rischi infettivi e psichiatrici con gravi conseguenze sociali per l'individuo. [...] La tossicodipendenza è una malattia conseguente all'espressione di un iniziale comportamento volontario di assunzione di sostanze che mette ad alto rischio la salute della persona. 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. [...] La dipendenza è quindi caratterizzata da un'incapacità (causata dal craving) di mantenere uno stato di sobrietà continuativo e regolare, da disturbi nel controllo del comportamento, da una scarsa percezione di problemi nei propri comportamenti e nelle relazioni con gli altri e da una disfunzione nei meccanismi di risposta emozionali.

(Dipartimento Politiche Antidroga, 2010, *Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi*" a cura di Mollica R., Raimondo C., Serpelloni G., Milano. pp.15)

Infine nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)* la diagnosi di tossicodipendenza si è progressivamente evoluta da caratteristiche legate alla farmacologia, come la tolleranza e l'astinenza (nelle versioni precedenti del DSM),

a caratteristiche più psicologiche e comportamentali che riflettono la natura compulsiva del disturbo (nel DSM-IV si fa riferimento al farmaco di mantenimento utilizzato nonostante le conseguenze avverse, DSM-5 vi è l'aggiunta del termine *craving*) (Belin-Rauscent et al. 2016).

Ad oggi quando si parla di dipendenza occorre fare chiarezza su alcuni termini ad essa associati.

Arcquaro e Bignamini (2018) distinguono i termini uso, abuso e mania.

Gli studiosi affermano che per “uso” si intende l’assunzione di natura voluttuaria, ricreativa e sociale di una sostanza senza che ne conseguano disturbi soggettivi di tipo fisico o psichico e problemi di natura comportamentale.

Nel caso di “abuso”, invece, l’assunzione della sostanza causa problemi di molteplice natura (normativi, relazionali, sanitari).

Si parla invece di vera e propria “dipendenza” quando l’assunzione della sostanza diventa una necessità per compensare o equilibrare un’alterazione del funzionamento dell’individuo causata dall’assunzione della sostanza stessa.

Infine per “mania” si intende la circostanza in cui l’assunzione della sostanza non segue una “compensazione”, ma vi è l’esaltazione progressiva e la perdita del controllo che porta a voler continuare l’assunzione acuta oltre i limiti della tolleranza, fino all’intossicazione acuta a cui seguono gravi effetti collaterali.

La dipendenza può presentarsi in due diverse forme, che possono coesistere tra loro, ovvero la dipendenza fisica e quella psichica.

Per dipendenza fisica si intende la manifestazione di astinenza e tolleranza alla sostanza, i quali inducono l’individuo a non distinguere più le sensazioni piacevoli da quelle spiacevoli. Può inoltre insorgere anche l’assuefazione, ovvero il corpo si è abituato all’assunzione di una certa quantità di sostanza avendo come conseguenza la perdita della sua efficacia. Ciò induce nell’individuo la necessità di dover assumere dosi sempre maggiori. I sintomi dell’assuefazione possono riguardare dolori, sensazione di nausea e tremori diffusi in tutto il corpo.

La dipendenza psicologica si manifesta invece con il desiderio impellente e urgente di ricorrere all’utilizzo della sostanza o al comportamento oggetto di dipendenza. Ciò si può manifestare con episodi di depressione, agitazione, ansia e attacchi di panico.

Queste manifestazioni inducono l'individuo a pensare che questi sintomi si possano alleviare solamente proseguendo l'assunzione della sostanza. Questo pensiero compulsivo di assumere la sostanza o perpetrare comportamenti oggetto di dipendenza viene definito in psicologia con il termine *craving*.

Secondo Gallowey e Singleton (2008) il *craving* o "pensiero desiderante" è una motivazione primaria per l'uso di droghe e un contributore principale alla ricaduta. Gli autori affermano che il *craving drug* è in gran parte caratterizzato dal pensiero ossessivo sulle droghe, che ne innesca la ricerca compulsiva e il conseguente consumo.

La "Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi" (2022), redatta dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA), individua la globalizzazione come uno dei fenomeni che continua a stimolare l'innovazione nel traffico e nella produzione di stupefacenti.

Nello specifico la relazione afferma che:

Alla base dei problemi connessi alla droga che vediamo in Europa vi è la continua innovazione nel mercato della droga, che ha portato all'elevata disponibilità complessiva di un numero crescente di sostanze diverse, spesso di elevata potenza o purezza. [...] Continuano a essere individuate grandi spedizioni che vengono trasportate utilizzando metodi che spesso sfruttano le infrastrutture commerciali, in particolare le spedizioni intermodali dei container. Ciò è stato accompagnato da innovazioni relative a nuove rotte di traffico, metodi di occultamento e nuovi processi di produzione. Anche l'Unione europea è diventata un produttore significativo di alcune droghe, sia per il consumo interno sia per il mercato globale. [...] Nel 2020 sono state sequestrate quasi 7 tonnellate di nuove sostanze psicoattive. Queste sostanze sono vendute per le loro proprietà psicoattive, ma non sono controllate ai sensi delle convenzioni internazionali sulle droghe.

(EMCDDA, *Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi*, 2022, p.10)

Questi dati sottolineano l'evidenza che siamo di fronte ad un fenomeno multifattoriale, multiproblematico e in continua evoluzione.

Ad oggi non si può fare riferimento alla sola dipendenza da sostanze comunemente conosciute, ma possiamo infatti parlare di *new addiction* (pensiamo ad esempio alla dipendenza da internet, al gioco d'azzardo, al comportamento sessuale compulsivo o all'acquisto compulsivo). Il concetto di dipendenza comportamentale è relativamente recente, infatti è stato inserito nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) soltanto nel 2013.

1.1.1 Evoluzione storica dei consumi di sostanze

Da anni ci si interroga sul fenomeno della tossicodipendenza, o più in generale della dipendenza, cercando di trovare possibili cause e soluzioni. Nella società post-moderna si è arrivati alla conclusione che il fenomeno della dipendenza assume sembianze sempre più complesse, multifattoriali e multiproblematiche. Di conseguenza risulta impossibile ed errata la convinzione che si possa rispondere al "problema" utilizzando una sola chiave di lettura. In quest'ottica occorre un breve accenno all'evoluzione storica dei consumi di droga.

Il consumo di droghe può considerarsi come un processo tutt'altro che statico, difatti trova una sua evoluzione nel tempo. Per i paesi europei intorno agli anni '50 del secolo scorso la dipendenza, da fenomeno isolato e condiviso da una minoranza di persone, si è ampliato coinvolgendo pian piano tutte le classi sociali. Questo periodo corrisponde all'avvento degli anni del benessere, ovvero le condizioni economiche e culturali hanno reso possibile, e facilitato, l'ingresso delle droghe tra i beni di consumo (Piccone Stella, 2002). Di conseguenza, la società ha iniziato a prendere una maggiore consapevolezza della gravità del fenomeno.

Come afferma Piccone Stella (2002) in principio l'introduzione delle sostanze è avvenuto per vie legali, ovvero è stato aiutato dall'inserimento negli stessi anni di tranquillanti, anfetamine, analgesici ecc. all'interno della medicina legale.

Sostanze quindi legali, regolarmente prescritte e smerciate nelle farmacie ma dotate di potenti componenti chimiche e capaci di indurre assuefazione e dipendenza per via delle tecniche con cui venivano allora fabbricate e somministrate. L'autrice sottolinea che certamente si sta parlando di una delle scoperte farmacologiche più utili e, delle volte, indispensabili, ma solo se la prescrizione medica e l'uso sono controllati.

Negli anni '60 però l'introduzione di questi farmaci non era accompagnata da un adeguato controllo.

Ciò è riscontrabile in due fattori anomali individuati (Piccone Stella,2002):

- le nuove medicine esercitavano sulla massa dei pazienti un'influenza considerevole, spiegabile dal fatto che quest'ultimi cominciavano a farne un uso sovrabbondante;
- le industrie farmaceutiche avevano una capacità di pressione rilevante, tanto che per molto tempo riuscirono a evitare segni di allarme.

L'avvento delle sostanze illecite vere e proprie è rinvenibile intorno agli anni '60-70 del '900. La prima sostanza di cui una piccola minoranza aveva cominciato a sperimentare fu l'hashish e la cannabis. Successivamente si ebbe l'entrata in commercio prima della morfina, in seguito dell'eroina e poi della cocaina. I primi consumatori erano giovani, viaggiatori, che acquistavano le sostanze per sé ma in quantità tali che potevano rivendere ad altri qualche dose. Fu in quel periodo che entrò in gioco la criminalità organizzata che, individuando un mercato in espansione, riuscì ad allargare il bacino degli acquirenti consolidando la dinamica dell'offerta e della domanda di sostanze (Piccone Stella, 2002). I consumatori provenivano da tutte le classi sociali, sicché negli anni '90 ci si trova di fronte ad una crescita del bacino quantitativo delle persone che assumono sostanze.

Ad oggi si può parlare di una modalità molto diffusa: il policonsumo di sostanze legali e illegali, ovvero l'assunzione multipla di sostanze. Secondo Bertolazzi (2008) questo modello di consumo <<riflette trasversalmente scenari eterogenei che vanno indagati e tenuti distinti, composti da soggetti anche molto distanti per variabili anagrafiche e socio-culturali>>.

Bertolazzi (2008) riportando lo studio di Eisenbach-Stangl (2007) individua cinque sub-campioni di poli consumatori:

- *il poliassuntore "marginalizzato": associa morfina e benzodiazepine nonché altri psicofarmaci a cannabis e occasionalmente a cocaina ed eroina; è coinvolto in attività illegali [...] Si tratta di giovani-adulti;*
- *il poliassuntore di cocaina ed eroina (speedball): assume entrambe le sostanze, più spesso combinate [...] i soggetti versano in condizioni di marginalità sociale e si dedicano ad atti devianti;*

- *il poliassuntore ricreazionale: è un soggetto socialmente ben integrato, di livello socio-economico medio, che consuma principalmente cannabis, cui vengono associate occasionalmente ecstasy, anfetamine, LSD... [...] Il setting di utilizzo è pubblico (locali notturni), ma anche privato (privat “event”) e l’età media è intorno i 18-20 anni;*
- *lo sniffatore di cocaina: il contesto di riferimento è composto da persone di elevato status socio-economico; la sostanza dominante è la cocaina, occasionalmente associata ad eroina o altre sostanze, e consumata in scenari privati o in locali particolari. L’età è medialmente più elevata di 10 o 20 anni rispetto al poliassuntore ricreazionale;*
- *il fumatore di cannabis: [...] fa uso quasi esclusivo di cannabis, con frequenza variabile, ma a dosaggi elevati [...] e in contesti privati. L’età spazia dai 15 ai 30 anni e anche lo status socio-economico appare piuttosto trasversale alle varie fasce di reddito.*

(Bertolazzi A., 2008, *Sociologia della droga. Un’introduzione*. Milano, Franco Angeli editore, pp. 128,129)

Oggi lo scenario dei consumatori di sostanze appare quindi variegato e non riconducibile esclusivamente ad una classe sociale specifica o a condizioni di marginalità economica, sociale e culturale. Risulta sempre più evidente la necessità di un approccio integrato e trasversale tra i servizi e i professionisti, che sia in grado di prendersi carico della persona nella sua globalità e interezza. Occorre quindi un intervento che miri sia al potenziamento delle abilità residue dell’individuo sia all’implementazione di nuove, e risponda ai molteplici, diversificati e coesistenti bisogni che possono essere conseguenza o essi stessi causa della condizione di dipendenza. Come afferma Bertolazzi (2008) il tema delle nuove droghe o dei nuovi pattern di consumo <<pone l’esigenza euristica di contestualizzare l’uso (e l’abuso) all’interno di più ampi fenomeni culturali e sociali che caratterizzano tanto il mondo giovanile, quanto quello adulto, per cogliere globalmente la portata del cambiamento in atto>>.

1.2 L'evoluzione dei trattamenti in Italia

La rete terapeutica per il trattamento della tossicodipendenza in Italia è tra le più ricche e dotate di Europa (Piccone Stella, 2002). Dal punto di vista della evoluzione storica della normativa inerente alla materia e dei Servizi per le Dipendenze, la prima legge in materia di droga e dipendenze ad essa correlate è la Legge L. 22 dicembre 1975, n. 685. Quest'ultima disciplinava la materia relativa agli stupefacenti e sostanze psicotrope, specificando i compiti di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza dei servizi pubblici e privati, affidati ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici.

A livello provinciale, vengono costituiti i Centri Medici di Assistenza Sociale (CMAS) le cui finalità sono (Dipartimento dipendenze Patologiche, 2022):

- fornire la consulenza specialistica occorrente ai luoghi di cura, ai centri ospedalieri e sanitari locali ed ai singoli medici;
- individuare le più idonee terapie di disintossicazione, operando i necessari interventi e controlli sull'attività dei presidi sanitari;
- attuare ogni opportuna iniziativa idonea al recupero sociale degli assistiti, interessando in via prioritaria, quando è possibile, la famiglia.

Successivamente si è avuta l'emanazione della Legge 833/1978 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale e le Unità Sanitarie Locali (USL), attribuendo loro il compito di individuare i presidi socio-sanitari nel cui ambito operino servizi che possano provvedere alla somministrazione dei farmaci per il trattamento sostitutivo in caso di dipendenza da oppiacei e all'accertamento del reale stato di tossicodipendenza. Inoltre presso le USL vengono istituite le strutture per il Coordinamento per la Tutela e la Salute dei Tossicodipendenti (CTST), al pari dei CMAS.

Alla fine degli anni '70, individui e gruppi sociali sensibili al tema hanno elaborato le prime risposte al fenomeno della tossicodipendenza. Nel 1978 viene fondata da Vincenzo Muccioli la comunità di *San Patrignano*, che ha come obiettivo principale quello di fornire assistenza gratuita ai tossicodipendenti e agli emarginati attraverso la creazione un luogo dove la qualità del rapporto e delle relazioni fra le

persone riproducesse l'intensità di un vero nucleo familiare. Tale esperienza, ancora controversa e dibattuta, ha rappresentato una esperienza 'terapeutica' sperimentale nel contesto di una scarsità di risposte sanitarie largamente accessibili e strutturate. Dopo più di un decennio si è avuto un ulteriore passo in avanti grazie all'istituzione, con la legge 162/90, delle prime strutture pubbliche dedicate in modo esclusivo alle tossicodipendenze, ovvero i Servizi per le Dipendenze (Serd). Quest'ultimi, al contrario del CMAS e dei CTST, sono servizi autonomi, con una propria responsabilità gestionale ed organizzativa ed hanno il compito di svolgere attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo. Il Ser.D. ha quindi un ruolo centrale e garantisce ambulatorialmente la valutazione e il trattamento secondo il modello integrato bio-psico-sociale avvalendosi della stretta collaborazione e sinergia con il Privato Sociale per i trattamenti residenziali e semiresidenziali.

Calamai (2017) afferma che il primo studioso a parlare di dipendenza patologica in termini bio-psico-sociali fu Edward nel 1986. Quest'ultimo fondava la sua teoria (sviluppata con particolare riferimento all'alcol-dipendenza) sulla distinzione tra le condotte impulsive di uso della sostanza (le prime condotte coscienti di uso e abuso, quando la dipendenza non è strutturata) e le condotte compulsive che avvengono a disturbo instaurato.

Alla luce di tale modello, la dipendenza patologica diviene l'esito dell'interazione di più fattori: biologici (predisposizioni genetiche, effetti sul cervello derivanti dalla dipendenza, ecc.), psicologici (emozioni, pensieri, ecc.) e socio-culturali (influenze date dalla famiglia, dall'ambiente sociale e culturale, ecc.) (Calamai, 2017).

L'art.1 dell'Accordo Stato-Regione per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" (1999) afferma che *"nell'ambito dei servizi è importante che si affermi sempre più il carattere "interdisciplinare" degli interventi, così definito per la capacità delle differenti realtà e qualifiche professionali di interagire positivamente a livello della singola persona assistita"*.

Infine il D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309, decreto tutt'oggi in vigore e principale riferimento in materia, all'art.3 sancisce l'istituzione del *Servizio Centrale per le Dipendenze da Alcool e Sostanze Stupefacenti o Psicotrope*, il quale tra i tanti

compiti svolge la funzione di indirizzo e coordinamento per le politiche e i programmi inerenti il trattamento delle dipendenze.

1.2.1 I Servizi per le dipendenze (Serd)

Riferendoci ai Servizi per le Dipendenze (Serd) si possono identificare tre aree di intervento:

- Prevenzione;
- Cura;
- Riabilitazione.

Il Servizio ha il mandato di fornire informazioni, consulenza, assistenza e trattamenti alle persone con problemi di dipendenza dalle sostanze psicoattive e alle loro famiglie per migliorare la loro qualità di vita e ridurre l'incidenza delle patologie correlate, prevenire nei gruppi a rischio l'insorgenza di dipendenze patologiche e promuovere nella popolazione uno stile di vita sano e *drug-free*. Alle persone in carico al servizio viene garantita la riservatezza e gli utenti possono richiedere di essere registrati in modo anonimo. Infine, in quanto servizio a “bassa soglia¹”, l'accesso è diretto senza impegnativa del medico curante.

Riferendoci alla prevenzione, le attività includono l'educazione e la promozione della salute, la sensibilizzazione, informazione e formazione in materia di dipendenze patologiche, rivolte alle Istituzioni Scolastiche di ogni ordine e grado e ai contesti lavorativi. Gli interventi vengono posti in essere in collaborazione con altri Enti e Servizi presenti nel territorio che si occupano della materia.

Per quanto riguarda la cura o trattamento, gli operatori del Serd erogano una serie di interventi mirati a rispondere ai bisogni clinico-psico-sociali dell'utente. Anche la rapidità dei cambiamenti economico-sociali e i bisogni sempre più dinamici hanno fatto sì che non ci si possa più approcciare alla persona utilizzando “una sola lente di lettura” o dando una sola risposta al problema. Occorre quindi un approccio globale e interdipendente che si prenda carico della multiproblematicità della persona e dia risposte mirate e differenti in base all'area di intervento, facendo

¹ I servizi “a bassa soglia” sono i servizi di facile accesso in cui non occorre un iter amministrativo-burocratico lungo

appunto riferimento alle molteplici professionalità ed ai diversi enti e servizi presenti nel territorio.

Risulta utile annoverare la famosa Legge 328/2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" la quale rappresenta un passo avanti nel settore assistenziale italiano. Tale normativa sottolinea l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria e della sussidiarietà orizzontale che siano in grado di coinvolgere ed attivare risorse pubbliche e private, col fine di garantire livelli essenziali di prestazioni che siano accessibili a tutti.

Il processo di integrazione socio-sanitaria è difatti perseguito a vari livelli (Sibilla, 2015):

- Istituzionale, in cui si attua una cooperazione tra i diversi soggetti istituzionali (amministrazioni comunali, aziende sanitarie) nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari, sociale e sociosanitari, utilizzando lo strumento del piano di zona;
- Gestionale, si riferisce alla dimensione operativa territoriale, luogo di integrazione è il distretto socio-sanitario con autonomia tecnica, gestionale e di budget, che assicura l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali, attraverso l'individuazione di metodi organizzativi e risorse.
- Professionale, secondo cui i singoli operatori sociali e sanitari, condividendo le proprie competenze attraverso l'equipe multidisciplinare, riescono a realizzare obiettivi comuni.

Infine, la condizione di dipendenza molte volte si ripercuote sulle, o è aggravata da, le condizioni sociali dell'utente. La situazione di marginalità derivante da problemi di dipendenze patologiche, di natura economica e/o sanitaria, da inadeguata o inesistente rete relazionale di supporto, da difficoltà sociali lavorative e abitative, può compromettere l'autonomia e l'autodeterminazione della persona. Risulta quindi importante attuare degli interventi che mirano alla riabilitazione dell'utente. In quest'ottica risulta utile fare riferimento ai programmi di tipo residenziale e semi-residenziale. Quest'ultimi hanno lo scopo di assicurare la continuità assistenziale attraverso la presa in carico del paziente in modo integrato e coordinato, accompagnando quest'ultimo lungo il percorso di trattamento per favorire lo

sviluppo della sua autonomia e autodeterminazione e consentire, di conseguenza, un suo rientro graduale e accompagnato nel contesto socio-relazionale.

Le comunità terapeutiche si articolano in tre diverse tipologie in base all'intensità dell'assistenza sanitaria e assistenziale degli interventi posti in essere:

- servizi di pronta accoglienza: intervento a bassa soglia con finalità di accoglienza di pazienti tossicodipendenti e alcol dipendenti, anche sottoposti a trattamenti farmacologici, di durata non superiore a 90 giorni;

- centri residenziali, che a loro volta si distinguono in:

- servizi residenziali di tipo A (di base), per utenti che non necessitano di una gestione intensiva e specialistica;
- servizi residenziali di tipo B (intensivo), indirizzati agli utenti che richiedono una gestione intensiva e, in caso di bisogno, anche specialistica e psico-terapica;
- servizi residenziali di tipo C (specialistico), indirizzati agli utenti che richiedono una gestione intensiva e specialistica psicoterapica e/o psicofarmacoterapica;
- servizi residenziali di tipo C1, indirizzati a madri tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche sottoposte a trattamenti farmacologici sostitutivi, con figli minori;
- servizi residenziali di tipo C2, indirizzati a minori e adolescenti tossicodipendenti e/o alcolodipendenti, anche sottoposti a trattamenti farmacologici sostitutivi.

Inoltre vi sono i centri semi-residenziali, che hanno lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue dell'utente, al fine di consentirne la permanenza al proprio domicilio offrendo un importante sostegno anche al nucleo familiare.

Il periodo di durata degli interventi residenziali e semi-residenziali risulta flessibile e può subire delle variazioni in quanto si considera la soggettività dell'assistito e i suoi personali tempi di recupero.

In questo elenco non sono inclusi gli appartamenti autogestiti, ovvero una istituzione intermedia che si è rivelata di grande aiuto nella fase di reinserimento

dei soggetti nel contesto sociale di appartenenza, ma non è ancora stata abbastanza implementata e sviluppata (Piccone Stella, 2002).

Piccone Stella (2002) nel suo testo riporta come gli operatori si sono resi conto che i tossicodipendenti cambiano periodicamente tipo di trattamento (da comunità a Serd, o altri servizi, e viceversa) sia per l'instabilità del loro rapporto con le sostanze sia per il modificarsi delle condizioni di vita. Per rispondere a questa riflessione e non interpretarla in termini di fallimento dei servizi, l'autrice riporta l'espressione "catena terapeutica" proposta da Luigi Cancrini, la quale indica che << *i luoghi migliori per il recupero sono quelli che non presumono di fornire da soli la risposta ideale [...] "Se i percorsi per arrivare alla droga sono diversi, diversi risultano i percorsi per uscirne"*>>.

1.3 L'importanza dell'integrazione: tra terapia sostitutiva e trattamento psico-sociale

Trattandosi di una tesi con un'impronta prettamente sociale, non ci si vuole addentrare nel campo della medicina, in quanto non si hanno le giuste conoscenze e basi teoriche, né si vuole screditare l'utilizzo dei farmaci come terapia sostitutiva. Al contrario, in questo paragrafo mi preme indagare l'importanza dell'integrazione tra il paradigma medico e il paradigma psico-sociale. L'obiettivo è infatti quello di sottolineare l'importanza della collaborazione di questi ambiti per il conseguimento degli obiettivi del programma di aiuto e, di conseguenza, il raggiungimento dello stato di benessere dell'individuo con problematiche di dipendenza. Infatti, come afferma l'OMS, la salute è <<*uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattie o infermità*>>.

Secondo Quercia (2014) le cause che influenzano l'insorgere e il consolidarsi della dipendenza possono coinvolgere diverse dimensioni dell'individuo (fisiche, psicologiche e sociali), per tal motivo è importante tenere conto che l'aiuto fornito deve prendere in considerazione la complessità della persona. Inoltre i problemi legati alla dipendenza difficilmente si presentano isolati e spesso coinvolgono progressivamente molti degli ambiti della vita.

Con l'emanazione della D.P.R. n. 309 del 9.10.1990 viene formalizzata la necessità che l'organico all'interno del Serd includa diverse figure professionali in grado di

adempiere alla presa in carico dell'utente secondo un approccio multiprofessionale e multidimensionale.

L'art. 118“*Organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze presso le unità sanitarie locali*”, comma 2, afferma che <<*l'organico dei servizi deve prevedere le figure professionali del medico, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere, dell'educatore professionale e di comunità in numero necessario a svolgere attività di prevenzione, di cura e di riabilitazione, anche domiciliari e ambulatoriali*>>.

L'integrazione professionale sancita dalla 328/2000 afferma infatti che i singoli operatori sociali e sanitari, condividendo le proprie competenze attraverso l'equipe multidisciplinare, riescono a realizzare obiettivi comuni.

Bertolazzi (2008) individua N.E. Zinberg (1984) come primo studioso che, per comprendere l'uso di droghe, ha isolato le componenti soggettive (personalità) da quelle contestuali (le strutture sociali), distinguendo il *set* (variabili soggettive come attitudini, credenze sulle droghe, ecc.) dal *setting* (contesto in cui avviene l'assunzione e, più in generale, a variabili che comprendono l'intero contesto sociale e culturale di riferimento).

Secondo l'autrice, Zinberg (1984) arrivò a sostenere che l'effetto farmacologico della sostanza può essere messo in secondo piano rispetto alle influenze delle variabili del *set* e del *setting*, in quanto è proprio quest'ultimo che, attraverso l'introduzione di sanzioni e rituali, disciplina l'uso di sostanze illegali (Bertolazzi,2008).

Secondo Jian-feng Liu e Jun-xu Li (2018) gli interventi farmacologici sono le principali terapie per il trattamento delle malattie umane. Tuttavia, analogamente ad altri ordini mentali, la tossicodipendenza è profondamente influenzata dalle emozioni, dalla coscienza e dalla cognizione.

Gli attuali trattamenti farmacologici della tossicodipendenza prendono di mira principalmente i recettori specifici su cui agiscono le droghe d'abuso. Tuttavia, i farmaci attuali possono non prevenire efficacemente l'alto tasso di recidiva dopo l'astinenza. Inoltre, tra i possibili effetti negativi, vi è l'insorgenza di gravi effetti

collaterali come ad esempio il sovradosaggio da oppiacei nel trattamento di mantenimento con agonisti² (Li e Liu, 2018).

Calamai (2017) tra le problematiche più importanti connesse alla terapia sostitutiva individua la frequente propensione dell'utente alla preferenza del trattamento con il solo farmaco rispetto agli interventi psico-sociali.

Inoltre, sappiamo che la dipendenza oltre ad interessare l'area clinica/medica dell'individuo, ed apportare rischi per la salute fisica, può presentare anche rischi che coinvolgono la sfera sociale e psicologica dell'individuo³.

Secondo Quercia infatti (2014):

La dipendenza si accompagna a problematiche nella vita familiare, lavorativa, negli studi ed espone la persona a un aumento della probabilità di coinvolgersi in attività quali la prostituzione e il gioco d'azzardo e, soprattutto, di commettere reati. [...] La dipendenza si accompagna quindi spesso alla perdita dei legami familiari e, in generale, alla difficoltà di stabilire legami amicali e affettivi con persone che non siano a loro volta coinvolte in stati di dipendenza.

La sostanza assume sempre più importanza nella vita della persona e può prendere il sopravvento su ogni altro interesse anche relazionale.

(Quercia V. "Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcol e droga", 2014, Trento, ed. Erickson, pp. 45-46)

Un aspetto da non trascurare nel processo di aiuto riguarda il presentarsi di possibili resistenze dell'utente.

Quercia (2014) sostiene che:

È normale che di fronte a un cambiamento comportamentale le persone pongano delle resistenze. La resistenza non è attribuibile a un tratto caratteriale delle persone, ma è il risultato di una somma di elementi che, nel tempo, possono variare, e con essi può variare il grado di resistenza che

² Il trattamento farmacologico della dipendenza da oppiacei è definito sostitutivo, poiché i farmaci utilizzati possiedono caratteristiche simili o identiche alla sostanza normalmente consumata e a questa si vanno a sostituire. I farmaci comunemente usati si classificano in: agonisti completi (metadone), agonisti parziali (buprenorfina) e antagonisti (naltrexone) (Calamai, 2017)

³ aspetto che tratteremo nel paragrafo 2.2 di questo elaborato

la persona esprime nei confronti del cambiamento. [...] Un elemento che influenza fortemente la resistenza è la relazione che si instaura tra la persona e coloro che la circondano e, tra questi, l'assistente sociale. [...] La resistenza rappresenta una componente della relazione e, in quanto tale, va affrontata mantenendo una particolare attenzione alla cura della qualità della relazione. [...] L'atteggiamento dell'assistente sociale può fare la differenza. [...] se la relazione è impostata sull'empatia, l'accettazione, la valorizzazione dell'autonomia e il sostegno, sarà più probabile che le resistenze diminuiscano ed aumenti la disponibilità al cambiamento della persona.

(Quercia V., 2014, "Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcol e droga", Trento, Ed. Erickson, pp. 98-100)

In quest'ottica, la ricaduta rimane una sfida clinica importante, risulta quindi fondamentale un lavoro parallelo con l'utente che miri a sviluppare la sua autonomia e aumenti la sua percezione di auto-efficacia per prevenire i rischi di reiterazione nell'utilizzo della sostanza.

1.3.1 L'approccio cognitivo-comportamentale

Un approccio psicoterapeutico che ha contribuito alla comprensione teorica del disturbo da uso di sostanza e allo sviluppo di trattamenti sociali è l'approccio cognitivo-comportamentale (Calamai, 2017).

Calamai (2017) individua K. Carroll come la prima ad utilizzare i concetti generali della terapia cognitivo comportamentale adattandoli al trattamento dei pazienti con disturbo da uso e abuso di sostanze, considerando tale disturbo come un comportamento appreso, determinato da antecedenti e rinforzato dalle conseguenze.

Nello specifico, secondo l'autrice, Carroll lo concettualizza come:

Un coping maladattivo, ovvero una strategia non funzionale di risoluzione di un problema, è appreso all'interno di una specifica storia familiare (biopsicologica e relazionale) e/o in un determinato ambiente socio-culturale. Lo sviluppo di una dipendenza è, quindi, un fenomeno multidimensionale,

dalla causalità complessa e non lineare, determinato dalla combinazione di fattori di vulnerabilità e precipitanti.

(Calamai G. 2017, “Uso e abuso di sostanze. Capire e affrontare le dipendenze da alcol e droga”, Trento, ed. Erickson, p.56)

L'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale (d'ora in poi TCC) consiste nell'attenzione posta sullo sviluppo del senso di auto-efficacia del soggetto rispetto alla propria patologia, nell'impiego di una terapia psico-farmacologica di appoggio, nel potenziamento delle *skills* di *coping* (come abilità per fronteggiare lo *stress*) al fine di ridurre progressivamente le aspettative positive riposte nell'uso di sostanze e nella collaborazione attiva tra paziente e terapeuta per la risoluzione del problema (Calamai, 2017).

Sempre Calamai (2017) afferma che:

La TTC (riferito al disturbo da uso di sostanze) si configura come un intervento breve, efficace e orientato allo scopo; può essere personalizzata, adattandosi così a un'ampia gamma di pazienti e a diversi ambienti terapeutici. È un approccio compatibile con altri trattamenti e, in particolare, la sua implementazione in abbinamento al supporto farmacologico ne potenzia gli aspetti terapeutici.

Il limite principale della TCC è quello di essere un intervento eccessivamente didattico [...] e, quindi, poco efficace per pazienti con un funzionamento cognitivo limitato o parziale

(Calamai G. 2017, “Uso e abuso di sostanze. Capire e affrontare le dipendenze da alcol e droga”, Trento, ed. Erickson, p.57)

1.3.2 Il colloquio motivazionale

Riferendoci all'area prettamente sociale, il professionista assistente sociale fa parte delle professioni di aiuto ed in quanto tale può essere definito un “agente di cambiamento” (Cortigiani e Marchetti, 2015) e un promotore del benessere psicosociale dell'individuo.

Come afferma Dominelli (2004) l'intervento posto in essere dal professionista consiste <<In una serie di processi entro i quali può avvenire il cambiamento. I

processi di intervento sono quegli aspetti della pratica professionale che evidenziano 'come' gli operatori sociali si rapportano agli utenti, il che dipende moltissimo dai valori sottesi all'azione professionale>>. Dominelli (2004) afferma inoltre che:

la vita può essere considerata come una serie di transizioni continue che iniziano con la nascita e terminano con la morte. Gli operatori sociali devono comprendere le transizioni che le persone attraversano tra un periodo di vita e l'altro [...] L'intervento del servizio sociale diventa quello di muoversi verso il benessere attraverso una serie di transizioni, tramite l'interazione fra gli individui interdipendenti, gruppi e comunità>>
(Dominelli L. ,2004, *Social work. Theory and practice for a changing profession*. Trento: Erikson, pp. 104-106)

Le tecniche e gli strumenti impiegati dall'assistente sociale nel processo di aiuto, sia propri della professione che non, risultano molteplici e la trattazione di loro tutti, data la vastità e complessità, richiederebbe una disamina più che approfondita per un'adeguata comprensione degli stessi.

Per queste ragioni prenderemo in considerazione in questa analisi solamente il colloquio motivazionale, in quanto si pensa sia uno degli strumenti più utili⁴ nella presa in carico dell'utente.

Cambria (2004) definisce il colloquio come un momento massimo di conoscenza in quanto, se condotto bene, consente di conoscere taluni aspetti dell'utente sia clinici che psicosociali altrimenti occultati. Il colloquio, difatti, permette un'accurata anamnesi dell'utente attraverso la raccolta di dati e informazioni riguardanti la sua storia di vita, la composizione della sua famiglia, la rete socio-culturale ecc. Riferendoci più nello specifico al colloquio motivazionale, Miller e Rollnick possono essere considerati gli ideatori di questo strumento (B. Matulich, 2013) e molti studi successivi hanno documentato la sua efficacia nel trattamento dell'utente, sia nel breve periodo che a lungo termine.

Miller e Rollnick (2004) descrivono quest'ultimo come <<*un metodo direttivo centrato sul cliente, per aumentare la motivazione intrinseca al cambiamento*

⁴ enfasi posta dalla scrivente

attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza>>. Gli studiosi individuano quattro principi fondamentali che l'operatore deve applicare per la buona riuscita del colloquio: esprimere empatia, ampliare la frattura interiore, aggirare ed utilizzare la resistenza, sostenere l'autoefficacia.

Questi principi richiedono specifiche abilità che possono essere rintracciate nella formazione professionale dell'assistente sociale. Il compito del professionista in questo contesto ricopre il ruolo di *counselor*, il cui obiettivo mira all'esplorazione della motivazione propria dell'utente nell'intento di aiutarlo a trovare le proprie soluzioni (B. Matulich, 2013). Importante risulta quindi anche un lavoro con il paziente che miri al rafforzamento o all'implementazione di una rete sociale di riferimento.

Tale concetto è stato analizzato da Calamai (2017), la quale afferma che nel percorso di aiuto, uno degli obiettivi fondamentali riguarda proprio la costruzione, o il rafforzamento, di una rete sociale di sostegno.

L'autrice nello specifico individua alcune indicazioni da seguire, quali:

- *identificare persone o organizzazioni da inserire nella rete sociale di sostegno (ad esempio, i gruppi di auto-aiuto);*
- *identificare i possibili ostacoli che impediscono alle persone di chiedere aiuto e sostegno (ad esempio, il timore di disturbare);*
- *identificare strategie utili per chiedere supporto;*
- *discutere la necessità di rinunciare sia ai vecchi amici, nel caso questi consumino sostanze stupefacenti, sia ad attività collegate all'uso di droga, preferendo amici e familiari drug-free.*

(Calamai G. 2017, "Uso e abuso di sostanze, capire e affrontare le dipendenze da alcol e droghe, Trento, ed. Erickson, p. 84)

CAPITOLO II
DIPENDENZA E CRONICITÀ

***Spesso il male di vivere ho incontrato* - Eugenio Montale**

*Spesso il male di vivere ho incontrato
era il rivo strozzato che gorgoglia
era l'incartocciarsi della foglia
riarsa, era il cavallo stramazzato.*

*Bene non seppi, fuori del prodigio
che schiude la divina Indifferenza:
era la statua nella sonnolenza
del meriggio, e la nuvola, e il falco alto levato.*

*Poesia scritta da Eugenio Montale, pubblicata per la prima volta nel 1925 nella
raccolta "Ossi di seppia".*

2.1 La realtà post-moderna e il benessere dell'individuo

All'inizio di questo paragrafo mi piace far riferimento ad un testo ironico, e a mio parere divertente, scritto da Mark Manson, un noto *blogger* americano, ed intitolato “*The Subtle Art of Not Giving a Fuck*” (2016). Il testo si definisce un manuale per imparare a smettere di essere ciò che la gente vuole e diventare delle persone più autentiche, per vivere felici come si è sempre voluto.

Nel primo capitolo l'autore esordisce con:

Tutti, spot televisivi compresi, vogliono farti credere che la chiave per vivere una bella vita sia avere un lavoro migliore, o un'auto più veloce, o una ragazza più carina, o una vasca idromassaggio con una piscina gonfiabile per i bambini. Il mondo ti ripete costantemente che il segreto per una vita migliore è l'aumento – compra di più, possiedi di più, fai di più [...] sii di più.

Sei bombardato di continuo da messaggi che t'impongono di sbatterti per tutto, tutto il tempo. [...]

E anche se in questo non c'è nulla di male, il problema è che sbattersi troppo per troppe cose nuoce alla tua salute mentale. Ti rende troppo legato a ciò che è finto e superficiale, ti spinge a dedicare la vita all'inseguimento di un miracolo di felicità e soddisfazione.

(M. Manson, 2016, *The Subtle Art of Not Giving a Fuck*, traduzione dalla lingua inglese a cura di Micol Cerato, 2022, ed. Newton Compton editori s.r.l, Roma, pp. 11-12)

Ho preso come esempio questo testo in quanto spiega, attraverso un linguaggio semplice e quotidiano, le continue pressioni e spinte che possono provenire dalla società (a volte anche contrastanti) rispetto la “vita felice” e il “benessere materiale”, e che possono incutere sentimenti di angoscia, confusione e infelicità nell'individuo. La persona, infatti, “incapace” nel raggiungere gli “standard di normalità” imposti dall'alto dalla società, può essere dominata da sensazioni di fallimento e inadeguatezza. Una spiegazione a tali fenomeni può essere attribuita anche al propagarsi della cultura consumista. La cultura del consumo si basa sull'enfasi posta alle motivazioni estrinseche (ad esempio il denaro) a discapito di quelle intrinseche (come l'amicizia, la solidarietà) per guidare l'agire

dell'individuo. Ovvero, i soggetti ritengono più importanti obiettivi come il denaro o i beni di consumo rispetto all'instaurazione di relazioni o ai comportamenti prosociali (Bartolini, 2015).

I risultati di numerose ricerche su questo tema, mostrano come gli "individui consumisti" godano di un minore benessere, difatti oltre ad avere delle scarse capacità relazionali, la cultura del consumo genera anche un peggior rapporto con se stessi, con minori livelli di autostima, auto-realizzazione, vitalità ed autonomia (Bartolini, 2015).

Il senso di possibilità (intesa come capacità dell'individuo di modificare l'ambiente adattandolo alle proprie necessità) viene così limitato al desiderio di profitto e competizione. Questo conduce gli individui a non sviluppare un senso critico, risultando de-responsabilizzati nei confronti della loro storia individuale e sociale, sperimentando la percezione di pressione e coercizione nella determinazione delle loro vite (Bartolini, 2015).

A questo punto sorgono spontanee delle domande: cosa si intende per "benessere" e per "qualità di vita"? E come percepisce quest'ultima un individuo con disturbo da uso e abuso di sostanze? Prima di provare a dare una risposta, risulta utile affrontare una breve analisi della società odierna.

La società del XXI secolo può definirsi in continuo divenire, caratterizzata da nuove dinamiche sociali, dalla precarietà nelle relazioni e dall'assenza di confini, sia fisici che astratti. L'individuo è parte della società, così come la società è contenuta nell'individuo, sotto forma di cultura, linguaggio e norme trasmesse nel tempo e progressivamente interiorizzate (Ciancio 2016, p.25).

Ciancio (2016), riprendendo le teorie proposte da Maslow, sostiene che il comportamento umano è il risultato complesso di spinte interne, ovvero le motivazioni, e di esigenze ambientali esterne. Utilizzando questa lente di lettura, l'autrice sostiene che il comportamento umano è quindi il risultato dell'incontro tra le determinanti motivazionali e le determinanti situazionali.

Bauman, uno dei sociologi più importanti di quest'era, nei suoi scritti affronta l'analisi della società e dell'uomo post-moderno. Nel "*il disagio della post-*

modernità” (Bauman, 1997) afferma che la società odierna è afflitta dall’incertezza⁵ ed individua diversi fattori che contribuiscono ad alimentare tale sensazione.

Nello specifico egli individua:

- Il nuovo disordine mondiale, ovvero un mondo privo di una struttura visibile e logica;
- La *deregulation universale*, ovvero l’assoluta e indiscussa priorità offerta all’irrazionalità e alla cecità morale della concorrenza di mercato, la lacerazione sociale di tutte le reti di sicurezza ed il disconoscimento di tutte le ragioni di tipo non economico;
- Si sono logorate, se non irrimediabilmente lacerate, quelle reti di protezione informali, create in casa a proprie spese e costituite dalle comunità familiari o amicali, riconducibile al lento ma inesorabile e irreversibile processo di oblio delle “qualità sociali”, ovvero la capacità di stringere e curare rapporti interpersonali.

Lo studioso (1995) sostiene che, nella post-modernità, la preoccupazione per l’autoconservazione e la sopravvivenza è stata sostituita con il concetto di “qualità della vita”, la quale è diventata il principale parametro della critica della realtà <<*nella parte del mondo in cui la sopravvivenza, nel suo senso fondamentale, biologico, è stata garantita per tutti, o quasi tutti, gli esseri umani, così che il futuro [...] può essere immaginato [...] come “più felicità”>> (Bauman, 1995, p.95).*

Ad oggi non esiste una definizione condivisa dalla comunità scientifica di “qualità della vita”, difatti nel corso del tempo ne sono susseguite diverse e la letteratura inerente ne propone molteplici che enfatizzano un aspetto a discapito di un altro.

Bauman (1995) afferma che:

Il concetto di “qualità della vita” ha avuto una carriera tanto spettacolare all’interno del discorso intellettuale proprio a causa della consonanza tra la ben nota inafferrabilità e sottodeterminazione dei suoi contenuti e le caratteristiche analoghe connaturate dall’esperienza di vita post-moderna.

⁵ Bauman (1995) definisce questa incertezza come la incapacità di comprendere, il “non sapere come procedere”, la “paura dell’ignoto”

[...] È per questo motivo che ogni definizione di ciò in cui consiste la qualità della vita è destinata ad essere specifica e transitoria.

(Bauman Z. (1995). *Life in Fragments. Essays in Postmodern Morality*. John Wiley & Sons, Inc. Trad. it. M. De Pascale (Ed.) (2018). *La vita in frammenti. La morale senza etica del nostro tempo*. Roma: Lit Edizioni Srl, p.97)

In principio si utilizzava il concetto di “benessere economico” come indicatore di benessere della popolazione, ovvero quella parte del benessere generale di una persona che derivava da fonti economiche.

Ma, anche se questi indici erano utili per la pianificazione e l'analisi su larga scala delle tendenze sociali, l'aspetto economico non era sufficiente per descrivere e valutare le condizioni di vita di una persona. Date queste considerazioni la ricerca ha ampliato il suo raggio di indagine, così è nato il *social indicators movement* (Bognar, 2005). Tale movimento sosteneva che la raccolta sistematica di dati sugli indicatori sociali sarebbe stata utile per la previsione e l'analisi, per la comprensione delle cause delle tendenze sociali e per l'elaborazione e la valutazione delle politiche. Inoltre, in combinazione con indicatori economici, gli indicatori sociali possono fornire un quadro più completo del benessere individuale e sociale (Bognar, 2005)

La ricerca si è inizialmente concentrata su indicatori sociali oggettivi come le statistiche che registrano frequenze o circostanze di fenomeni osservabili e verificabili (il verificarsi di epidemie, il livello di inquinamento ambientale, il tasso di criminalità, la disponibilità di servizi abitativi ecc.). Tuttavia, sebbene la misurazione di questi indicatori fornisca informazioni preziose sulle condizioni di vita delle persone, non sono in grado di catturare le percezioni o le valutazioni delle loro condizioni di vita.

Per misurare adeguatamente il benessere occorrono anche indicatori soggettivi che possano cogliere l'importanza delle condizioni oggettive per la vita delle persone (Bognar, 2005). In Italia, consapevoli che i parametri non possano essere esclusivamente economici ma si debba fare riferimento anche alle dimensioni sociali e ambientali del benessere, ci si riferisce al cosiddetto “benessere equo sostenibile” (Bes). Secondo il Bes sono molteplici le variabili che determinano la qualità della vita, nello specifico possiamo individuare 12 dimensioni del benessere

(Sibilla, 2015): salute; istruzione e formazione; lavoro e conciliazione tempi di vita; benessere economico; relazioni sociali; politica e istituzioni; sicurezza; benessere soggettivo; paesaggio e patrimonio culturale; ambiente; ricerca, innovazione e qualità dei servizi.

Il *Rapporto sul benessere equo e sostenibile in Italia* (2021) redatto dall'Istat afferma che:

La peculiarità del periodo storico che stiamo vivendo, a un anno dall'inizio della pandemia, ha reso ancora più evidente l'inadeguatezza del Pil come unica misura del benessere di una popolazione. L'importanza di avere un insieme di indicatori che rispondessero a questo fine, sostenuta dalla letteratura fino dagli anni Sessanta e sollecitata dalla società civile, ha portato l'Istat ad avviare nel 2010, insieme al Cnel, il progetto Bes, per la misurazione del Benessere equo e sostenibile.

(Istat, 2021, *Bes 2020 - Il Benessere Equo E Sostenibile In Italia*, Roma p.9)

Riferendoci al concetto vero e proprio di “qualità della vita” (QOL), la prima istituzione ad aver dato una sua definizione è stata l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'OMS la definisce come un costrutto multidimensionale ancorato al concetto stesso di salute, definendo quest'ultimo come uno stato all'interno di un *continuum* e non come semplice assenza di malattia.

La concettualizzazione di salute del modello clinico (assenza di malattia) difatti risultava sempre più inadeguata nella valutazione dell'efficacia dei trattamenti, di conseguenza si è anch'essa dovuta adeguare alla visione dell'OMS, ampliando tale concetto ad aspetti che vadano anche al di là delle condizioni mediche di salute dell'individuo e che includessero la qualità della vita e la valutazione soggettiva dell'individuo rispetto a quest'ultima.

Con l'obiettivo ultimo non solo quello di prolungare la vita del paziente il più possibile, ma anche garantire che quest'ultima sia caratterizzata da un'adeguata qualità della vita (Treccani.it).

Nello specifico il gruppo di lavoro sulla QoL dell'OMS (1995) la definisce come <<la percezione che un individuo ha della propria posizione nella vita nel contesto

della cultura e dei sistemi di valori in cui vive e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni>> (Treccani.it).

Rispetto alla macro-area di indagine di questo studio (la dipendenza) risulta utile cercare di analizzare come il concetto di qualità della vita venga percepito dai consumatori di sostanze.

Broekaert et al. (2008) analizzando il drammatico impatto sociale dell'abuso e uso di sostanze, riprendono lo studio di Fischer et al. (2001) ed affermano che l'attenzione della letteratura è stata posta quasi esclusivamente sugli indicatori oggettivi e socialmente desiderabili del cambiamento (ad esempio nessun consumo di sostanze o nessuna attività criminale), mentre altri indicatori (come la qualità della vita, la soddisfazione per i trattamenti ecc) sono stati in gran parte trascurati. I temi più comuni che i consumatori di sostanze associavano ad una buona QoL, andavano oltre il concetto stesso di salute in ambito medico/clinico, e comprendevano: le relazioni personali e l'inclusione sociale (aspetti che spesso mancano come tipo di sostegno, difatti l'isolamento e la stigmatizzazione sociale possono contribuire al difficile raggiungimento dell'inclusione sociale), l'autodeterminazione (l'importanza di fare le proprie scelte ed essere indipendenti; spesso viene criticato il livello di controllo da parte di altri, come da parte della famiglia, del sistema di giustizia penale e degli operatori sanitari), le speranze e le prospettive per il futuro (Broekaert et al. 2008). Rispetto all'offerta di cure o servizi, gli autori affermano che in questo contesto la qualità della vita potrebbe essere ridotta a "qualità dell'assistenza". I risultati della ricerca indicano infatti che QoL dovrebbe diventare un *leitmotiv* non solo nella ricerca sull'uso e abuso di sostanze, ma anche nel trattamento, quindi dovrebbe essere incorporata e tenere una posizione centrale nella discussione sulla qualità delle cure.

Alla luce delle ricerche di Waele e Hove (2005), Broekaert et al. (2008) affermano che ciò renderebbe meno gravoso l'operato dei Servizi pubblici e privati per il trattamento delle dipendenze, in quanto prendersi cura delle persone è anche un dovere della società e può essere chiaramente delineato sulla base di indicatori di qualità quali efficacia, efficienza e continuità.

2.2 La dipendenza da sostanze e gli aspetti socio-relazionali dell'utente

Negli anni molteplici studiosi e professionisti hanno cercato di analizzare i contesti e le strutture sociali, relazionali e culturali degli individui con disturbo da uso di sostanze, nell'intento di verificare se questi influissero o meno nel disturbo e/o nello sviluppo della dipendenza.

Ovviamente i soggetti che fanno uso o abuso di sostanze non sono necessariamente soggetti socialmente svantaggiati, infatti l'esclusione sociale non è una caratteristica di tutti i consumatori di sostanze. Comunque bisogna tener presente che l'uso di sostanze può essere al tempo stesso causa e/o conseguenza di esclusione.

J. Arquaro e E. Bignamini (2018), nel loro scritto "*Addiction, cronicità e Servizi per le dipendenze*", individuano due autori, Bignamini e Galassi, che prendono in considerazione le dimensioni biologiche e psicologiche dell'individuo.

Secondo gli autori l'*addiction* è:

Una patologia della relazione, risultate dall'interazione tra tre vettori: soggetto (aspetti genetico-biologici e psico-affettivi), oggetto (sostanza, situazione, comportamento) e ambiente (dimensione valoriale, culturale, relazionale, socio-economica).

Il risultato dell'interazione potrà essere diverso (uso, abuso, dipendenza, mania) in base all'equilibrio possibile in un dato momento.

Ci troviamo di fronte ad una patologia complessa in cui qualsiasi variazione intervenga, produce instabilità, determina cambiamenti continui e interroga diverse dimensioni al punto da determinare vere e proprie trasformazioni radicali della persona.

(J. Acquaro, E. Bignamini 2018, *Addiction, cronicità e Servizi per le Dipendenze*, in Mission 52, Italian Quarterly Journal of Addiction, pp.61-65, p. 62)

Ancora, Arquaro e Bignamini (2018) affermano che trattare l'individuo da persona deviante, quindi etichettarlo enfatizzando queste sue caratteristiche rispetto alle altre, fa sì che gli si venga attribuita una "identità dall'esterno" con cui il soggetto dovrà mettersi a confronto in quanto la concezione di sé viene minacciata e compromessa. La reazione dell'individuo a questi eventi avvia quel processo che

porta verso lo stigma e può portare all'accettazione di una identità negativa. Di conseguenza l'individuo tenderà a conformare la sua immagine con quella attribuitagli dall'esterno. I due autori affermano che la reazione a questi fenomeni può portare a due conseguenze:

- abbattimento dell'autostima e dell'identità, i quali possono avere come esiti fenomeni di segregazione per trovare "rassicurazione del proprio status rispetto all'esperienza di marginalità";
- intensificazione dello status di deviante e l'isolamento e l'auto-segregazione, come forma di difesa.

A tal proposito risulta interessante il contributo dato da Earpa et al. (2019) nella loro ricerca "*Addiction, Identity, Morality*".

Gli studiosi analizzano il rapporto tra dipendenza ed i giudizi sull'identità, ma invece di concentrarsi sui giudizi di tipo qualitativo, hanno analizzato i "giudizi di persistenza dell'identità", ovvero la misura in cui un individuo è visto come la stessa persona nonostante abbia subito un'esperienza trasformativa. Gli autori affermano che giudizi sull'identità conseguenti all'uso di droghe e alla dipendenza sono guidati principalmente da cambiamenti negativi percepiti nel carattere morale dei consumatori di droga, che sono visti come se avessero deviato dal loro "vero io".

Panebianco (2015) sostiene che il percorso di riabilitazione e integrazione sociale del soggetto tossicodipendente non è ancorato soltanto a variabili strettamente individuali, ma rimanda alla struttura nella quale il soggetto è inserito e nelle sue relazioni sociali. Difatti, oltre ai fattori psicologici e biologici associati allo stato di dipendenza, vi sono molteplici componenti sociali che possono influenzare il ricorso alle droghe e rendere il processo di reinserimento sociale ancora più complicato.

Sempre Panebianco (2015) afferma che:

l'individuo si esprime nelle relazioni con gli altri e in queste si <<soddisfa>>, si gratifica, forma le proprie credenze e cambia, una <<disfunzione>> nella sua struttura di relazioni potrebbe sfociare in un disagio che può avere a che fare con la relazione con la sostanza. [...] Alcune caratteristiche delle reti sociali [...] producono degli effetti sullo stato di salute dei tossicodipendenti, facilitando o prevedendo, a seconda di

come si presentano, lo sviluppo e la diffusione di malattie infettive, e altresì, influenzano la cessazione o, viceversa, l'incoraggiamento del consumo di droghe.

(Panebianco D. 2015, "Per non ricadere nella droga: una esplorazione sul ruolo di fattori individuali, relazionali e sociali", in Studi di Sociologia, 1, pp.65-66)

Un ruolo importante viene quindi attribuito alla famiglia e alla struttura sociale dei soggetti con disturbo da uso di sostanze.

Masood e Sahar (2015) nel loro scritto "*Research on the role of family in youth's drug addiction*" hanno fornito una panoramica del ruolo svolto dalla famiglia nella tossicodipendenza giovanile. Lo studio ha individuato due temi principali, quali il coinvolgimento dei genitori e l'espressività emotiva, ed arrivò ad affermare che se i genitori e altre persone significative identificano i segni della dipendenza in una fase iniziale, si può attuare un intervento e potenzialmente fermare il comportamento prima che peggiori. Inoltre, la ricerca sottolinea l'importanza della comunicazione tra genitori e figli, in quanto può essere l'anello chiave nell'individuazione e nella prevenzione di atti autodistruttivi.

Ancora, Caprioli et al. (2018) attraverso l'utilizzo di modelli consolidati di tossicodipendenza, ricaduta e *craving*, hanno dimostrato che l'accesso operante alla ricompensa sociale preveniva l'auto-somministrazione "compulsiva" di eroina e metanfetamina nei ratti dipendenti. Le loro osservazioni hanno evidenziato l'importanza di integrare i fattori sociali negli studi neuroscientifici sulla dipendenza, illustrando l'impatto profondo che hanno le interazioni sociali positive sia sul comportamento che sulle risposte cerebrali di dipendenza ai segnali associati alla droga.

Infine Bonny-Noach e Gold (2021) nel loro studio "*Addictive behaviors and craving during the COVID-19 pandemic of people who have recovered from substance use disorder*" hanno evidenziato come il Covid-19 abbia rappresentato una minaccia per il benessere globale e abbia influenzato la quotidianità delle persone di tutto il mondo. I governi di molti paesi per rispondere alle necessità derivanti dalla pandemia hanno dovuto imporre delle restrizioni a vari livelli, tra cui l'isolamento nelle case e la chiusura dei luoghi di lavoro. La ricerca ha rilevato

come gli stress causati dalla pandemia hanno contribuito all'aumento del *craving* e dei comportamenti di dipendenza delle persone che si erano riprese dal disturbo da uso di sostanze, evidenziando come i sentimenti di forte solitudine risultano associati a un forte desiderio nell'assunzione di sostanze. I ricercatori affermano inoltre che i servizi per il trattamento delle dipendenze dovrebbero prestare molta attenzione alla comunicazione con gli utenti e che l'attenzione dovrebbe essere posta soprattutto sui desideri che possono sorgere in tali momenti, senza aspettare un ritorno alla "normalità" per affrontarli.

Come abbiamo già accennato in questo capitolo, le persone con disturbo da uso e abuso di sostanza nella valutazione della loro qualità di vita prendono in considerazione anche, e forse soprattutto, le relazioni personali e l'inclusione sociale.

Lo studio condotto da Sarin et al. (2013) "*Impact of Acts of Discrimination on Quality of Life Among Injecting Drug Users in Delhi, In India*" esamina l'associazione tra qualità della vita (QOL) e discriminazione perpetrata sui soggetti con disturbo da uso e abuso di sostanze, ed ha dimostrato che le discriminazioni e gli abusi hanno un impatto sulla qualità della vita di questa fascia di popolazione. Difatti maggiore è stata la discriminazione subita, minore è stata la qualità della vita rispetto l'area sociale e psicologica. Secondo la ricerca, la QOL influisce sull'auto-efficacia degli individui, e a sua volta influenza il loro comportamento. La percezione della QOL dei partecipanti alla ricerca era legata alle loro condizioni di vita, agli atti discriminatori e alla percezione del sostegno sociale (i quali sembravano avere un grande impatto sul loro benessere psicologico e sulle loro relazioni sociali) ed un risultato primario dell'indagine dichiara che la maggior parte di loro ha sperimentato una bassa qualità della vita (Sarin, 2013).

2.2.1 *Il WHO Quality of Life (WHOQOL)*

Come si misura la qualità della vita?

Come abbiamo già detto nel paragrafo 2.1., tra i ricercatori tuttora persiste la mancanza di consenso sulla definizione di qualità della vita. Ciò di conseguenza si riflette nella scelta degli elementi da includere negli strumenti di valutazione di quest'ultima, difatti negli anni ne sono stati sviluppati molteplici. Malgrado ciò, è

pensiero ormai condiviso che la qualità della vita si riferisca ad una valutazione soggettiva, che è inserita in un contesto culturale, sociale e ambientale dell'individuo.

Tra i più importanti ed efficienti strumenti per la valutazione del QOL ritroviamo quello sviluppato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1995, ovvero il *WHO Quality of Life – WHOQOL*. Tale strumento è stato fornito in due versioni, una più estesa costituita da 100 item (WHOQOL-100), ed una più breve di soli 26 item (WHOQOL-BREF)⁶.

Questi strumenti possono essere impiegati in molteplici campi di lavoro, ad esempio nella valutazione dell'efficacia dei trattamenti⁷.

Il WHOQOL si concentra sulla qualità della vita "percepita" degli intervistati, difatti si propone di indagare gli effetti percepiti delle malattie e degli interventi sanitari sulla qualità della vita dell'individuo. Il WHOQOL è, quindi, una valutazione di un concetto multidimensionale che incorpora la percezione dell'individuo riguardo lo stato di salute, lo stato psico-sociale e di altri aspetti della vita.

Il WHOQOL-100 è stato sviluppato utilizzando un approccio interculturale e collaborativo, con l'obiettivo di sviluppare un unico strumento di qualità della vita utilizzabile in diversi contesti. Rispetto alla sua struttura, il WHOQOL-100 contiene 100 item, che rappresentano 25 aspetti a loro volta organizzati in sei settori (ovvero quattro domande per ogni area, per 24 sfaccettature della qualità della vita. Inoltre, sono state inserite quattro domande che riguardano la qualità della vita e la salute in generale) (Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse World Health Organization, 2012). Più recentemente, è stata sviluppata la valutazione WHOQOL-BREF, una sintesi delle 26 voci presenti nel WHOQOL-100 (selezionando gli item più rappresentativi della sezione presa in considerazione) per l'uso in situazioni in cui il tempo è limitato, in cui l'onere del

⁶ Nello specifico, la versione in breve (WHOQOL-BREF) è stata utilizzata nel progetto di ricerca che verrà presentato nel capitolo tre di questo elaborato per valutare la qualità della vita degli utenti partecipanti all'indagine.

⁷ Ad esempio, nel progetto presentato nel capitolo terzo di questo elaborato, lo strumento in esame è stato utilizzato per verificare se, negli utenti afferenti al Servizio di accompagnamento, si fosse verificato un cambiamento nella qualità di vita in un determinato *range* temporale.

rispondente deve essere ridotto al minimo (difatti può essere definito un questionario auto-compilato o somministrato in maniera assistita) e in cui i dettagli riguardanti le sfumature della qualità della vita non sono necessari. Infatti la struttura del WHOQOL-BREF può essere sintetizzata in quattro specifiche aree che influiscono sulla valutazione del QOL da parte del soggetto: fisica, psicologica, sociale e ambientale (Lotfy et al. 2004).

Giacché la versione breve non permette di indagare a fondo la percezione dei soggetti rispetto la loro rete relazionale, e come questa possa influire o meno sulla loro qualità della vita, nel progetto di ricerca esposto al capitolo tre si è deciso di avvalersi di ulteriori strumenti che mirino a tale conoscenza, ed i quali fanno riferimento al *framework* della *Social Network Analysis*.

2.2.2 *Il framework della Social Network Analysis*

Possiamo affermare che le relazioni sono un elemento trasformativo fondamentale. Alla luce di queste considerazioni, nel trattamento dei soggetti con disturbo da uso e abuso di sostanze, oltre alla valutazione della loro percezione della QOL, risulta utile indagare la loro dimensione socio-relazionale, a fronte di una valutazione globale delle loro condizioni sociali e psicologiche ed una corretta ed efficace presa in carico e reinserimento sociale. Sicché <<le reti sociali e le relazioni possono contribuire a definire una nuova cultura di dipendenza e promuovere il cambiamento sociale>> (Panebianco, 2019, pp.13-14).

Panebianco (2019), riprendendo lo studio di Donati (1998), afferma che:

L'importanza della dimensione relazionale sembra presupporre che l'interpretazione del fenomeno della dipendenza e il percorso di recupero e reintegrazione sociale dei soggetti dipendenti non possano essere ancorati esclusivamente a note distintive individuali, ma debbano rimandare alla struttura nella quale il soggetto è "incastonato" e le sue relazioni sociali, alla <<realtà immateriale (che sta nello spazio-tempo) dell'inter-umano, ossia che sta fra i soggetti agenti, e che – come tale – costituisce il loro orientarsi e agire reciproco per distinzione da ciò che sta nei singoli attori – individuali o collettivi – considerati come poli o termini della relazione

(Panebianco D. 2019, “*Dipendenza e cultura nelle relazioni. Social Network Analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*”, Soveria Mannelli, Rubettino editore, p.12)

A tal proposito, risulta utile fare riferimento al *framework* della *Social Network Analysis* (SNA) ovvero <<*un paradigma di studio che si focalizza sull’ambiente sociale all’interno del quale l’individuo è inserito, sulla natura delle relazioni tra un attore focale (ego) e gli altri membri di un dato sistema sociale (alter), nonché su come gli altri influenzino le credenze e i comportamenti di ego*>> (Panebianco, 2019, p.12)

L’analisi delle reti può vertere su un gruppo di attori socialmente definiti (in questo caso si prendono in considerazione i legami che connettono tutti coloro che fanno parte di quel definito *setting*) o su una rete ego-centrata (ad esempio la rete di supporto di un determinato soggetto). La rete *ego-centrata* (punto di vista utilizzato nel progetto di ricerca che verrà esposto nel terzo capitolo di questo elaborato) è appunto costituita da un attore focale (*ego*) e i soggetti con cui è in connessione (*alters*). I legami che connettono *ego* con *alters* possono essere di vario tipo, sicché lo scopo del ricercatore sarà anche quello di definire i confini della rete ad un particolare ambito relazionale. Ciò sarà utile per indagare come determinate proprietà relazionali e specifiche configurazioni della rete possono apportare benefici o svantaggi ai membri di quest’ultima (Panebianco, 2019).

Tra le diverse teorie presenti in letteratura e individuate dall’autrice, soprattutto due sono parse particolarmente utili per indagare i processi e i meccanismi che operano nelle reti sociali, e permettono di comprendere come alcune proprietà dei reticoli sono correlate a determinati *outcome*.

La prima teoria individuata dall’autrice riguarda “*la teoria della forza dei legami deboli*”, cui Granovetter fa da padre (1973).

Secondo l’autrice:

Granovetter describe la forza di un determinato legame interpersonale come la combinazione di più elementi: il tempo dedicato alla relazione, l’intensità emozionale e l’intimità tra i soggetti, i servizi reciproci che caratterizzano il legame. Sulla base di queste componenti i legami possono essere classificati in “forti” (strong tie) – relazioni che si

contraddistinguono per la frequenza della comunicazione, intimità e reciprocità tra soggetti simili tra loro sotto vari aspetti – e “deboli” (weak tie) – relazioni caratterizzate da comunicazioni più sporadiche e da un basso grado di intimità tra soggetti spesso appartenenti a cluster diversi e che rappresentano caratteristiche tra di loro eterogenee.

(Panebianco D. 2019, “Dipendenza e cultura nelle relazioni. *Social Network Analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*”, Soveria Mannelli, Rubettino editore, p.77)

La teoria di Granovetter sostiene che le opportunità degli attori sociali sono strettamente legate alle loro connessioni con altri attori e i *weak tie* in realtà debbono essere considerati dei legami forti, in quanto fungono da creatori di collegamento tra i confini delle reti sociali dei soggetti e possono quindi fornire l’accesso a delle informazioni e delle risorse che sono altre rispetto a quelle presenti nei propri circoli sociali (Panebianco, 2019).

Infine vi è la *structural holes theory* di Burt, la seconda teoria individuata dall’autrice. Essa afferma che certe caratteristiche della rete sociale possono produrre dei benefici per i suoi membri, i quali sono definiti degli attori sociali all’interno di un’area competitiva in cui investono capitale umano, capitale sociale, capitale finanziario, e che guadagnano profitto sulla base del tasso di ritorno di tale investimento operato. Per l’attore, l’azione strategica da porre in essere per raggiungere maggiori benefici e ottenere più informazioni (poiché attraverso le reti si veicolano le informazioni legate ad opportunità disponibili), consiste nell’ottimizzazione della sua rete attraverso la costruzione di una *efficient-effective network*, ovvero nel massimizzare il numero di contatti non ridondanti⁸ nella sua rete. (Panebianco, 2019).

⁸ Una rete può essere ridondante per coesione (i soggetti sono legati da una rete densa e perciò veicolano le medesime informazioni) o per equivalenza strutturale (i contatti, pur non essendo tra di loro connessi e quindi non ridondanti per coesione, conducono *ego* verso lo stesso *cluster* di attori, fornendo quindi informazioni simili) (Panebianco. 2019).

2.3 Il rischio dell'assistenzialismo per il paziente lungo-assistito

Il tema della cronicità è un argomento cardine che negli anni è stato oggetto di molti dibattiti. Come precedentemente affermato, il NIDA definisce la dipendenza come una malattia cronica e recidivante. Il termine “cronico”, dal latino *chronicus*, nel gergo comune viene associato al concetto di tempo, ma in ambito sanitario si riferisce *alla <<malattia o condizione morbosa a lento decorso, e quindi con scarsa tendenza a raggiungere l'esito, cioè la guarigione, la morte, o l'adattamento a nuove condizioni di vita, attraverso l'instaurarsi di un nuovo equilibrio>>* (Treccani.it).

I soggetti cronici, o meglio lungo-assistiti, sono quella fascia di utenza spesso in carico ai servizi da molti anni, che presenta bisogni complessi e compromissioni psico-fisiche (anche in assenza di una dipendenza attiva), cui spesso risulta difficile scindere l'area sociale da quella sanitaria in quanto sono situazioni “a cavallo” tra le due dimensioni. Ciò può incentivare la difficoltà dei vari servizi di inquadrare efficacemente la problematica dell'utente entro i propri confini, con il conseguente rischio di non riuscire ad individuare competenze specifiche e di non attuare una efficiente presa in carico (Dutto et al. 2008). Difatti, il cosiddetto “aggancio” e il successivo trattamento di questa fascia di utenza richiedono un rapporto fortemente integrato e cooperativo tra gli operatori dell'area psico-sociale e gli operatori dell'area sanitaria.

Inoltre, nella presa in carico di questi soggetti, il trattamento farmacologico può non tenere in considerazione la dimensione esistenziale dell'utente, in quanto nel lungo periodo i trattamenti con i farmaci possono cronicizzare la relazione con il servizio in una *routine* fine a stessa. Tale stagnazione della relazione tra servizio ed utenti può indurre quest'ultimi ad irrigidire la loro modalità di gestione della dipendenza, redendo di conseguenza inadeguato il trattamento finora attuato (Ciaramella et al, 1991).

I soggetti lungo-assistiti spesso presentano una diagnosi di multiproblematicità, risulta quindi opportuno individuare dei criteri per tale diagnosi.

Tra le molteplici caratteristiche, i pazienti multiproblematici possono presentare (Casciaro F. et al, 2014).:

- *Una cronicizzazione della dipendenza che ha ulteriormente consolidato il loro rapporto con il servizio;*
- *una lunga storia di tossicodipendenza i cui esiti negativi hanno complicato patologie ascrivibili all'invecchiamento;*
- *deficit fisici e funzionali come esito di patologie croniche correlate alla tossicodipendenza [...];*
- *problematiche di adattamento e funzionamento sociale per residue abilità sociali insufficienti ad un processo di autonomia e potenziamento delle stesse;*
- *appartenenza a famiglie problematiche e quindi assenza di caregiver idonei a offrire supporto all'interno della rete primaria.*

(a cura di Casciaro F. et al., 2014, *I pazienti tossicodipendenti "multiproblematici". Dall'approccio intuitivo alla definizione di criteri scientifici*, in "Dal fare al dire. Rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza" a cura degli operatori dei Servizi n.2/2014. Publiedit, Cuneo, pp. 15-25)

Il trattamento di cura e riabilitazione (fine ultimo dei Servizi per le dipendenze) risulta quindi essere più problematico per i pazienti che presentano tale condizione. Un ulteriore fattore che può inficiare l'efficacia del trattamento dei soggetti lungo-assistiti riguarda la presenza della "doppia diagnosi". Con tale concetto si intende la circostanza in cui vi è la co-presenza nello stesso individuo di un disturbo da uso di sostanze ed uno o più patologie psichiatriche.

Mueser (Calamai, 2018) ha proposto quattro modelli di relazione tra disturbi mentali e disturbo da uso e abuso di sostanze:

1. il disturbo da uso di sostanze è primario rispetto al disturbo psichiatrico;
2. il disturbo psichiatrico è primario rispetto all'uso di sostanze;
3. entrambi i disturbi sono coesistenti poiché si influenzano a vicenda;
4. entrambi i disturbi sono dovuti ad un fattore terzo comune.

De Leon (1989), studiando gli utenti presenti nelle comunità terapeutiche per disturbo da uso e abuso di sostanze, individua tre tipiche condizioni che si possono presentare (Calamai, 2018):

- *pazienti psichiatrici con problemi legati all'abuso/dipendenza da sostanze;*

- persone con problemi primari di tossicodipendenza in comorbilità con gravi disturbi psichiatrici;
- persone con problemi di tossicodipendenza primari associati a disturbi di personalità e/o lievi aspetti psichiatrici.

La Federazione Italiana Società di Psicologia (FISP), in una delle pubblicazioni presenti nel loro sito ufficiale, afferma che:

Nonostante sia importante fornire trattamenti efficaci per i disturbi mentali comorbili per i pazienti con disturbo da uso di sostanze, c'è ancora mancanza di consenso per quanto riguarda non solo le strategie farmacologiche e psicosociali più adatte, ma anche l'impostazione più appropriata per il trattamento. I pazienti spesso hanno difficoltà nell'individuazione, e anche nell'accesso e nel coordinamento, dei servizi richiesti per la salute mentale e per l'uso di sostanze. La doppia diagnosi è stata associata a esiti negativi nei soggetti affetti. Questi quadri diagnostici sono difficili da trattare. Rispetto ai pazienti con un singolo disturbo, i pazienti con doppia diagnosi mostrano una maggiore gravità psicopatologica, più ammissioni di emergenza, aumento dei tassi di ospedalizzazione psichiatrica e una maggiore prevalenza di suicidio.

((Nizzoli U. 2018, *Comorbilità fra disturbi da uso di sostanze, addiction, disturbi dell'alimentazione e altri disturbi mentali: una sfida per la pratica clinica*, pp. 69-78, pubblicato nel sito della FISP - Federazione Italiana Società di Psicologia, p.71)

I soggetti cronici possono infatti versare in una condizione di profonda fragilità sociale, caratterizzata da una remissione non sempre totale dalla dipendenza (pensiamo alle ricadute, a volte molteplici nella storia tossicomane della persona), situazioni di marginalità sociale, assente o inadeguata rete socio-familiare di supporto, e sovente sono “veterani” di molteplici e differenti trattamenti socio-psico-sanitari non andati a buon fine. Di conseguenza necessitano di un sostegno costante da parte dei servizi, sia *in itinere*, durante il trattamento terapeutico-riabilitativo, che *ex-post*, durante tutto l'arco della loro vita.

Particolare attenzione bisogna porre agli *unmeet needs*, ovvero i bisogni non soddisfatti. I servizi non sempre riescono a riconoscere i bisogni o, seppur individuandoli, reiterano l'attuazione dei medesimi strumenti e meccanismi di

risposta, che possono non rispondere efficacemente alle reali, molteplici e dinamiche necessità della persona, risultando di fatto insufficienti.

Il rischio maggiore ricade quindi proprio nell'utente, che può non percepire più il servizio come "funzionale" alla propria presa in carico. Difatti, è possibile che si instauri un rapporto asettico tra la persona ed il servizio, la quale considererà quest'ultimo come "mezzo" per ottenere la terapia farmacologica e nessun altro tipo di trattamento a carattere psico-sociale.

Alla luce di queste considerazioni si può dunque affermare che, attuando interventi e trattamenti "di tamponamento", che non permettano la messa a terra di un vero e proprio cambiamento positivo che miri ad una evoluzione significativa della persona, come il rafforzamento dell'empowerment e dell'auto-determinazione (soprattutto quando questa è ridotta), vi è il rischio di innescare meccanismi di vero e proprio assistenzialismo. A tal proposito, risulta opportuno far riferimento al Codice Deontologico degli Assistenti Sociali (2020), al Titolo IV concernente le *responsabilità dell'assistente sociale verso la persona*, Capo I "*rispetto dei diritti della persona*", agli articoli 26 e 27, i quali fanno riferimento al concetto di autodeterminazione della persona.

L'art. 26 riporta che <<*l'assistente sociale riconosce la persona come soggetto capace di autodeterminarsi e di agire attivamente; impegna la propria competenza per instaurare una relazione di fiducia e per promuovere le potenzialità, l'autonomia e il diritto della persona ad assumere le proprie scelte e decisioni, nel rispetto dei diritti e degli interessi legittimi degli altri*>>.

Ancora, l'art. 27 afferma che <<*l'assistente sociale riconosce che la capacità di autodeterminarsi della persona può essere ridotta a causa di condizioni individuali, socioculturali, ambientali o giuridiche. In queste situazioni, promuove le condizioni per raggiungere il miglior grado di autodeterminazione possibile e, quando ciò non sia realizzabile, si adopera [...] affinché siano attivati gli opportuni interventi di protezione e tutela*>>.

Al fine di perseguire il benessere della persona nella sua accezione più globale, risulta fondamentale una innovazione economicamente sostenibile dei servizi socio-assistenziali e trattamentali, il cui scopo miri ad arginare i rischi correlati alla dipendenza. Difatti, occorre sempre più l'implementazione di trattamenti che

mirino alla presa in carico della persona a 360 gradi (consapevoli quindi dei repentini cambiamenti dei bisogni e delle modificazioni delle strutture sociali) e che i trattamenti già istituzionalizzati vengano adattati alle particolari esigenze di questa fascia di utenza, soprattutto sotto l'aspetto inter-servizi nell'ottica della sussidiarietà orizzontale⁹.

A tal proposito, il “*servizio di sostegno alla vita indipendente e all’abitare*” risulta un buon primo passo nella presa in carico dell’utenza, in quanto mira al rafforzamento delle abilità residue, e all’implementazione di nuove, della persona, sotto un’ottica di empowerment, auto-determinazione e auto-efficacia. Per tal motivo, nel capitolo tre di questo elaborato si è scelto di esaminare, attraverso una ricerca qualitativa e quantitativa, l’efficacia e l’efficienza di questo servizio sperimentale.

⁹ Cfr. Legge 328/2000 art.1 comma 4 e comma 5

CAPITOLO III

LA RICERCA

3.1 Breve focus sul contesto: il fenomeno delle dipendenze in Veneto e nel Padovano

Una breve descrizione del campo di indagine, ovvero del territorio veneto e più precisamente del padovano, in merito agli argomenti trattati è fondamentale per contestualizzare il progetto di ricerca di seguito esposto. Come afferma il *Piano Triennale per le Dipendenze Regione Veneto 2020-2022* (2020) dagli anni '70 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.

Attualmente il Sistema della Dipendenze della Regione Veneto si articola in n.9 Dipartimenti (funzionali) per le dipendenze, al cui interno si collocano:

- 38 Ser.D. (Servizi per le Dipendenze);
- 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.

Negli ultimi anni il Veneto ha assistito ad una forte evoluzione nell'uso e dipendenza da sostanze psicotrope e dall'alcol all'interno del territorio con un aumento della domanda da parte dei giovani e giovanissimi. Difatti, secondo i dati nazionali enunciati dalla *Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia* (2021) <<Nel corso del 2020 i Ser.D. hanno assistito complessivamente 125.428 soggetti tossicodipendenti, dei quali 15.671 sono nuovi utenti (12%) e 109.757 risultano già in carico dagli anni precedenti (88%)>>.

Ad inficiare tale fenomeno non possiamo non annoverare le conseguenze psico-sociali che il Covid ha avuto su una molteplicità di persone. La pandemia, infatti,

per via delle restrizioni derivanti dalle misure di contrasto e contenimento del contagio dal virus, ha contribuito ad aumentare il senso di solitudine e fragilità delle persone in generale, ma soprattutto di coloro che hanno un disturbo da uso e abuso di sostanze, facendo sì che quest'ultime fossero più esposte al rischio di ricaduta nell'uso di sostanze psicoattive legali e illegali. Di conseguenza anche i Ser.D. hanno dovuto affrontare l'emergenza dovuta alla diffusione del virus SARS-CoV-2 con particolare attenzione, in quanto le dipendenze da droghe e/o alcol, con le loro conseguenze debilitanti sul piano fisico e psicologico, aumentano sensibilmente i rischi delle persone assistite.

È stata comunque mantenuta la continuità terapeutica per i pazienti afferenti ai Servizi, in carico ed in trattamento, modificando le prassi operative. Ad esempio, gli operatori hanno incrementato le forme di colloquio e consulenza telefonica e online, e limitato l'attività in *smart working* per garantire la presenza in caso di necessità. Inoltre in ogni sede è stata garantita l'applicazione dei protocolli previsti dal Ministero della Salute, quali l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, la misurazione della temperatura corporea, la costante e sistematica igienizzazione, il distanziamento, ecc. (bur.regione.veneto.it).

In riferimento al Covid-19, il Piano Triennale per le Dipendenze della Regione Veneto 2020-2022 (2020) afferma che:

Da un lato le misure di lock down per il contenimento del contagio hanno determinato un calo dello spaccio di stupefacenti su strada, dall'altro si è consolidata l'ipotesi secondo cui i consumatori di sostanze d'abuso si siano procurati droghe classiche rivolgendosi al mercato illecito del dark web. Più in generale, l'ISS ha affermato che lo scenario, suffragato dai dati provenienti dalle forze dell'ordine, lascia supporre che l'emergenza epidemiologica Covid-19 abbia favorito la crescita di domanda di droga tramite il web e i mezzi informatici. Inoltre, il ritiro sociale imposto dalle misure di contrasto e contenimento del contagio da Covid-19 ha aumentato il senso di solitudine e ha favorito il manifestarsi di stati depressivi, entrambi fattori di vulnerabilità potenzialmente associabili all'uso di sostanze.

(Piano Triennale per le Dipendenze della Regione Veneto 2020-2022, 2020, p. 2)

Un'ulteriore criticità riguarda il graduale invecchiamento della popolazione in carico ai Servizi per le Dipendenze, il quale <<*mette quest'ultimi di fronte al problema della "gestione della cronicità semplice e complessa" degli utenti lungoassistiti, che necessitano comunque di protezione e di supporto per contenere il mantenimento dello stato di salute e delle abilità residue, per prevenire le ricadute e per contrastare il rischio di marginalità psicosociale e l'aggravamento delle patologie correlate*>> (Piano Triennale per le Dipendenze della Regione Veneto 2020-2022, 2020). Difatti, i pazienti una volta terminato il programma predisposto dal Serd e senza un accompagnamento successivo possono incorrere nel rischio di ricadute e di reiterazione dei comportamenti a rischio.

Andando più nello specifico, il progetto di ricerca esposto in questo elaborato è stato svolto presso il Servizio per le Dipendenze (Serd) di Padova, il quale è collocato all'interno dell'Azienda Ulss 6 Euganea¹⁰.

I servizi per le dipendenze dell'Aulss 6 Euganea sono organizzati in un Dipartimento che conta due Unità Operative Complesse, l'UOC Ser.D. Alta e Bassa Padovana e l'UOC Ser.D. Padova e Piove di Sacco, servizio in cui ho svolto il tirocinio curriculare. Possono usufruire dei servizi del Dipartimento le persone e le famiglie residenti nel territorio corrispondente all'ULSS 6 Euganea, nonché i cittadini residenti fuori territorio ma domiciliati nell'ULSS 6.

¹⁰ L'Azienda ULSS 6 Euganea è stata recentemente istituita in seguito alla riforma organizzativa sulla sanità della Regione Veneto, avvenuta a seguito della Legge Regionale n° 19/2016. Si individuano due ambiti di innovazione: l'istituzione della *Azienda Zero* secondo cui si trasferiscono le attività di natura gestionale dall'amministrazione regionale al nuovo ente del servizio socio sanitario regionale, operando così una forte semplificazione e razionalizzazione del sistema; l'*accorpamento delle Aziende ULSS*, in quanto la Legge Regionale, ridefinendo l'assetto organizzativo, ha soppresso alcune delle Ulss presenti sul territorio e accorpandole ha creato 9 nuove Aziende, a fronte delle 21 Ulss precedenti. Quest'azione è stata motivata dal bisogno di garantire l'equità e l'universalità del sistema sanitario, migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi resi in un'ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi, garantire la trasparenza dei sistemi organizzativi nonché la partecipazione dei cittadini.

Dal punto di vista organizzativo è utile precisare che, oltre ad essere una UOC, il Dipartimento per le Dipendenze può essere definito come Dipartimento Funzionale in quanto coordina tutte le Unità Operative Pubbliche e Private che direttamente o indirettamente si occupano di dipendenze patologiche, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale.

Il Ser.D. di Padova opera in modo sovradistrettuale ed ha pertanto un bacino di utenza molto più ampio rispetto ad altri servizi del territorio. La creazione e il mantenimento di una rete che include molteplici servizi è necessaria per rispondere ai complessi bisogni dell'utente ed elaborare e sviluppare azioni e interventi integrati e/o propedeutici.

Come abbiamo accennato nei precedenti capitoli, le dipendenze sono un fenomeno estremamente complesso, in continua evoluzione e soggetto a molte variabili. Anche nel territorio padovano si sta assistendo ad una evoluzione non solo del tipo di sostanze, ma anche nelle modalità di assunzione di quest'ultime.

Come affermato dalla *Delibera del Direttore Generale* n.931 del 08/11/2019:

Il fenomeno 'tossicodipendenza' negli ultimi anni a Padova, si è caratterizzato per una diffusione dello spaccio su tutta la città [...] e per i cambiamenti repentini riguardanti le tipologie di sostanze usate e le fasce d'età, sociali e professionali coinvolte. Sono in diffusione all'interno del mercato le nuove sostanze di sintesi. È in aumento l'offerta di cocaina, il cui consumo non è più riservato ad una élite, come nel passato, ma è trasversale a tutte le fasce d'età e strati sociali. L'uso prevalente tra i giovani e i giovanissimi è di hashish e marijuana, ma [...] anche cocaina e eroina. La diffusione delle sostanze ha infatti indotto i consumatori [...] a "fumare" l'eroina anziché iniettarla, anche in considerazione della notevole riduzione dei costi. Sono in aumento la "poliassunzione" e il "poliabuso", caratterizzati dall'uso di sostanze stupefacenti associate ad alcool e psicofarmaci, con rituali di consumo socialmente più accettati, come ad esempio "fumo" e 'pasticche'.

Il nuovo trend è formato da giovani che assumono le sostanze stupefacenti precedute, accompagnate o seguite dall'alcool, con l'obiettivo di usare una

sostanza per contrastare o amplificare l'effetto di un'altra. Le nuove droghe sintetiche, sono generalmente usate da una categoria di giovani particolare, in tempi e spazi ben precisi (week-end, discoteca, rave party...). Si tratta di sostanze diverse e rituali di consumo differenti, accomunati però da una crescente tolleranza sociale sul fenomeno”.

(Deliberazione del Direttore Generale n.931 del 08/11/2019, p. 200)

Per fotografare meglio la tipologia di utenza dell'U.O.C. Ser.D. Padova-Piove di Sacco, si possono riprendere i numeri forniti dal Direttore del Dipartimento, dott. Giancarlo Zecchinato, alla *VI commissione consiliare “Politiche dei servizi alla persona”*. Nel 2020 il Servizio ha seguito 2446 persone. Di queste 1612 per problemi di tossicodipendenza, 572 per problemi di alcol, 68 per dipendenza da tabacco, 137 per dipendenza da gioco d'azzardo, 24 altri utenti (ad es. familiari di persone con dipendenze), e 13 lavoratori a rischio inviati da medici del lavoro. Nonostante le restrizioni dovute al *Covid-19* e le loro conseguenze, le dipendenze non sono scomparse. Infatti, su 2446 casi il Ser.D. ha avuto 485 nuovi casi (+20%): 259 per sostanze stupefacenti, 126 per alcol, 40 per tabacco, 33 per gioco d'azzardo, 19 altra utenza.

Inoltre, l'invecchiamento di una consistente parte dell'utenza afferente al Ser.D. ha determinato la necessità di gestire situazioni multiproblematiche complesse di persone con scarse risorse e con prospettive limitate di recupero dell'autonomia personale a causa di grosse problematiche socio-sanitarie e di integrazione sociale. Come afferma il Piano di Zona (2019) il Serd di Padova ha in carico un numero consistente di situazioni multiproblematiche, con un investimento importante di risorse e in collaborazione con la rete cittadina rivolta alla grave marginalità. Difatti, questa fascia di utenza può essere anche definita “lungo-assistita” in quanto presenta dei percorsi riabilitativi pregressi non portati a termine e le risorse personali delle persone possono essere talmente limitate da non poter prevedere una completa autonomia, bensì un graduale miglioramento della qualità di vita, passando attraverso la fase della cosiddetta “riduzione del danno”. Ciò è però possibile solamente attraverso lo sviluppo di progetti integrati personalizzati, affinando le valutazioni e riorganizzando il sistema di risorse disponibili.

Infatti, come sostenuto dal Piano di Zona (2019), oltre alle situazioni di multiproblematicità, possono presentarsi problematiche di vario genere.

Tali problematiche possono riguardare:

- la difficoltà di concludere programmi residenziali per le persone che faticano a trovare uno spazio di reinserimento sociale e di vita indipendente, poichè le esigenze terapeutiche possono diminuire di intensità ma permangono, unitamente a bisogni di tipo assistenziale e di contenimento;
- la necessità di implementazione del lavoro tra i vari Servizi del territorio, che miri allo sviluppo della corresponsabilità nella gestione delle situazioni problematiche;
- soprattutto negli utenti oltre i 45 anni possono manifestarsi problematiche neurologiche, di decadimento cognitivo e di perdita dell'autosufficienza, che si innestano in strutture di personalità tossicomane, rendendo difficile la gestione dell'utente all'interno delle comunità terapeutiche, ma non trova nemmeno risposta efficace nelle altre strutture assistenziali presenti nel territorio.

In risposta a ciò, il Piano oltre a prevedere il mantenimento degli interventi già previsti dal Sistema di offerta dei Servizi, individua alcune priorità e i possibili sviluppi, quali: l'estensione dei posti per l'accoglienza residenziale; la ridefinizione dei percorsi di dimissioni, anche laddove non sia possibile raggiungere l'autonomia e la completa integrazione sociale successiva alla fase di cura; 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; l'avvio di una nuova collaborazione con il Settore Politiche Abitative del Comune di Padova per la sperimentazione di forme di *co-housing*.

Alla luce di tali considerazioni, in linea con le evoluzioni delle problematiche inerenti al fenomeno della dipendenza, il Serd di Padova sta sperimentando degli interventi coordinati e integrati in collaborazione con le diverse realtà territoriali, ed erogati da servizi differenti (sia pubblici che del privato sociale) con l'obiettivo comune di migliorare l'autonomia della persona e il suo benessere globale. Uno di

questi interventi è rintracciabile nella realizzazione del *Servizio di sostegno alla vita indipendente e all'abitare*.

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

Come abbiamo visto, il problema della continuità assistenziale e terapeutica per i pazienti lungoassistiti risulta argomento centrale e di vitale importanza, sia per la comunità che per i servizi che si occupano di dipendenze.

Secondo il Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2022 della Regione Veneto (2020):

Per rispondere ai bisogni di questa popolazione in modo più personalizzato [...] è emersa la necessità di adattare e rendere più appropriati i percorsi di valutazione, assistenziali, terapeutico-riabilitativi e di sostegno psicosociale offerti nel territorio. Si tratta di interventi che richiedono un'alta integrazione sociosanitaria e un'articolazione dell'offerta che risponda ai reali bisogni dei pazienti e dei loro famigliari. [...] Questa tipologia di utenza si caratterizza per un deterioramento generale delle competenze sociali, lavorative e relazionali, un aggravamento delle condizioni di salute, un impoverimento della propria rete familiare e sociale e una compromissione delle risorse economiche e talvolta abitative. All'interno della rete territoriale questo richiede un aumento della durata della presa in carico, con conseguente accompagnamento nelle varie fasi della vita. [...]

Si rende necessario, nella stessa prospettiva, strutturare delle progettualità specifiche a favore di adulti che presentano caratteristiche di cronicità, non completamente autosufficienti, ma che, se sostenuti, possono mantenere un livello di funzionamento adeguato. Si tratta di un target specifico che si caratterizza per un fragile equilibrio: remissione protratta di sostanze, discreta compliance farmacologica e che riconosce nei Servizi un punto di riferimento significativo. È un target che esprime bisogni di accompagnamento socioeducativo, di supporto occupazionale lavorativo e di interventi facilitanti l'espletamento delle pratiche inerenti l'area sanitaria assistenziale.

(Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2022 della Regione Veneto, 2020, p.12)

Come affermato anche nel Piano di Zona del 2019, vi era quindi la necessità di attivare dei nuovi servizi che permettano il reinserimento graduale nella società dei pazienti che, dopo aver intrapreso diversi percorsi terapeutici per periodi lunghi, non sono ancora autonomi e necessitano pertanto di un iniziale accompagnamento ed insegnamento da parte di professionisti. Infatti, il personale educativo operante all'interno dei Servizi per le dipendenze, numericamente inferiore ed eccessivamente oberato di lavoro, con grandi difficoltà riusciva a verificare e valutare efficientemente e con continuità il percorso terapeutico-riabilitativo della persona, soprattutto quando questa è re-inserita all'interno del tessuto sociale.

Alla luce di tali considerazioni, nel 2021 è stato creato il “*Servizio di sostegno alla vita indipendente e all’abitare*”, finanziato dall’AULSS 6 Euganea con un importo complessivo di € 51.000, stanziati dal 1 gennaio 2021 al 31 dicembre 2023.

Dal confronto con gli operatori, è emerso che l’elaborazione di tale servizio è però frutto di anni di dibattito sul tema. Sin dal 2013 gli Assistenti Sociali avevano individuato la necessità di dare risposte personalizzate che permettessero agli utenti di mantenere il contatto con il territorio e garantire al contempo il mantenimento complessivo della loro salute una volta terminato il percorso terapeutico residenziale. Erano già presenti interventi territoriali, pubblici e convenzionati, che offrivano supporto per l’indipendenza sociale, abitativa ed economica, come ad esempio i Centri Diurni o gli ‘appartamenti protetti’ presenti a Padova. Questi però rappresentavano interventi semiresidenziali temporanei e, nonostante il loro importante lavoro, non sempre riuscivano a rispondere ai bisogni degli utenti che, finito il percorso nelle strutture residenziali, passavano da “contesti protetti” ad “alloggi autonomi e sul territorio”.

Mancavano quindi delle risposte che sostenessero la persona nella globalità dei suoi bisogni, all’interno della comunità e nel luogo in cui vive. Questo supporto è fondamentale soprattutto nella fase in cui inizia il monitoraggio a lungo termine del Servizio, e la persona attua una transizione verso una vita autonoma. Il Servizio di accompagnamento alla domiciliarità promuove infatti il reinserimento abitativo degli utenti e lo sviluppo della loro autonomia sociale ed economica facendo sì che

questi ultimi mantengano una situazione di vita dignitosa, condizioni di salute adeguate e la capacità di amministrare in modo sufficientemente ordinato la quotidianità. Al contempo ciò garantisce il monitoraggio dei programmi da parte del Ser.D.

La dimensione educativa del servizio risulta un elemento fondamentale, in quanto il percorso dell'utente è volto all'apprendimento di modalità nuove e più adeguate per affrontare le situazioni di difficoltà e quindi allo sviluppo e al potenziamento delle sue capacità intrinseche. L'affiancamento dell'utente da parte dei professionisti nella sua quotidianità si coniuga con la possibilità per l'utente stesso di modificare la propria percezione di sé e delle proprie capacità.

A seconda dei bisogni dell'utenza individuati, il servizio offre le seguenti prestazioni:

- segretariato sociale: fornire informazioni sui servizi, indirizzare gli utenti verso i servizi più consoni alle loro necessità e supportarli nel disbrigo delle pratiche;
- accompagnamento sanitario: accompagnare l'utente alle visite mediche, monitorare la terapia farmacologica ecc;
- accompagnamento abitativo: accompagnare e supportare l'utente nella gestione del proprio domicilio, come ad esempio la gestione della casa;
- economia domestica: accompagnare l'utente nelle varie modalità per la conduzione degli aspetti pratici della vita quotidiana, come ad esempio la gestione economico-finanziaria;
- supporto socio-relazionale: attraverso un colloquio informale si monitorano gli aspetti sociali e relazionali dell'utente.

La presa in carico di ciascun utente prevede diversi *step*. Innanzitutto un incontro conoscitivo presso il Serd tra il fruitore del servizio, l'assistente sociale di riferimento e l'operatore domiciliare, in cui viene stabilito di comune accordo il progetto di assistenza individualizzato e gli obiettivi dell'intervento. L'operatore domiciliare (educatore o psicologo) è un elemento centrale per la buona riuscita del progetto, perché è la relazione instaurata ad incentivare l'espressione di risorse da parte del beneficiario. Inoltre, il rapporto di fiducia può aiutare a intercettare e prevenire possibili difficoltà (ad esempio, relative al mantenimento dell'astensione,

alla cura di sé e dell'abitazione, etc). Le componenti relazionali sono centrali anche per sciogliere possibili ambivalenze manifestate dai pazienti, che possono percepire l'intervento non solo in termini di sostegno, ma anche di sorveglianza e controllo. Successivamente, viene posto in essere almeno un incontro tra gli attori principali coinvolti, quali ad esempio la famiglia dell'utente, i servizi sociali comunali, i servizi sanitari, in cui vengono condivisi gli obiettivi individuati e le modalità operative per adempiere al progetto. Inoltre, attraverso un incontro mensile tra tutti gli attori coinvolti, vengono condivisi gli sviluppi del trattamento.

Riferendoci all'utente, la frequenza degli accessi dell'operatore al suo domicilio è di due volte a settimana, essendo però un servizio flessibile gli incontri possono variare in base alle necessità e alle esigenze esposte dalla persona. Durante questi momenti vengono realizzati interventi educativi e informativi che riguardano ad esempio la gestione della loro casa o l'organizzazione dei loro impegni giornalieri o settimanali.

3.3 Il disegno di ricerca

L'obiettivo della mia ricerca era quello di investigare il contributo del *Servizio di accompagnamento alla vita indipendente e all'abitare* nella promozione dell'autonomia dei pazienti lungo-assistiti, nonché nel miglioramento della qualità di vita, così fornendo un *feedback* al Serd e alla cooperativa TerrA rispetto al funzionamento del Servizio sperimentale e al suo andamento, a distanza di circa un anno dal suo avvio. Per effettuare tale valutazione si è preso in considerazione innanzitutto il punto di vista degli operatori che erogano il servizio domiciliare e dei professionisti assistenti sociali del Serd di Padova, i quali hanno in carico gli utenti fruitori del servizio.

Per avvalorare tale indagine si è ritenuto opportuno includere anche il punto di vista degli utenti, effettuando il follow up, a distanza di un anno, di uno studio precedentemente condotto presso il servizio in oggetto, attraverso la somministrazione di diversi strumenti di rete ad alcuni dei suoi fruitori. Ciò mi ha consentito di verificare in modo critico se in questo arco temporale sono avvenuti dei cambiamenti nell'utenza rispetto al miglioramento della loro autonomia e delle condizioni sociali e relazionali.

L'analisi del punto di vista degli attori principali, diretti ed indiretti, ha fatto sì che avessi una visione quanto più possibile globale e completa dell'intero servizio. Possiamo affermare che la ricerca può essere suddivisa in due fasi, una conoscitiva-esplorativa ed una prettamente pratica-operativa.

Nella fase conoscitiva-esplorativa ho ritenuto opportuno dedicarmi alla conoscenza del *Servizio di accompagnamento alla vita indipendente e all'abitare*. Innanzitutto ho reperito informazioni attraverso il confronto con i professionisti del Ser.D. Successivamente, ho avuto l'opportunità di assistere ad alcuni degli incontri periodici svolti al Ser.D. tra l'assistente sociale di riferimento, l'operatore della Cooperativa e l'utente, ed attraverso un dialogo con l'operatore ho potuto conoscere più da vicino di cosa si occupa il Servizio.

In seguito, prima dell'attuazione del primo contatto con il campione di utenti precedentemente selezionato, è stata presa visione delle cartelle personali e del diario clinico di ciascun utente tramite il gestionale regionale G.E.D.I e dei dati raccolti nella prima rilevazione dello studio sui fruitori. Non avendo effettuato la prima fase di interviste, ciò mi ha permesso di conoscere e ricostruire la loro storia e poter svolgere l'intervista avendo delle conoscenze pregresse che mi hanno potuta aiutare nel gestire il colloquio. Certamente la presa visione di queste informazioni sensibili è stata fatta tenendo conto dei principi cardine quali la riservatezza e il segreto professionale.

Nella seconda fase pratica-operativa, mi sono interessata innanzitutto alla formulazione delle domande di intervista da somministrare agli operatori e ai professionisti, la quale ha richiesto una notevole analisi e riflessione. Le domande infatti dovevano essere semplici e chiare ma soprattutto funzionali all'obiettivo della ricerca. In seguito ho organizzato gli strumenti da somministrare agli utenti, in modo da effettuare l'intervista in modo preparato e soprattutto consapevole della loro storia di vita.

Successivamente ho attuato le interviste agli operatori ed agli utenti del servizio ed ho analizzato i dati ottenuti.

Questa fase è stata non poco ardua da affrontare. Gli operatori, oberati di lavoro, con qualche difficoltà sono riusciti a ritagliare un momento da poter dedicare alla ricerca e a svolgere l'intervista. Posso quindi affermare che il campione è stato

molto collaborativo e supportivo, riuscendo a trovare un punto di incontro per poter effettuare la ricerca entro i termini previsti. Riferendoci agli utenti, anche in questo caso è stato difficile reperire quest'ultimi ed effettuare le interviste, in quanto i tempi dei servizi possono variare in base alla disponibilità degli operatori e alle condizioni cliniche e psico-sociali degli utenti. Inoltre, non si può escludere il punto di vista degli utenti che, da un lato, erano un po' restii nell'accogliere all'interno della loro dimora una persona per loro estranea e, dall'altro lato, le loro condizioni di salute non risultano sempre stabili. Malgrado ciò sono riuscita a portare a termine le interviste e ad effettuarne un numero sufficiente tale da poter dare consistenza e validità all'indagine.

3.3.1 Il corpus metodologico della ricerca: il campione, gli strumenti e le modalità di analisi dei dati

Riferendoci al campione oggetto di studio di questa indagine, è formato dagli operatori che erogano il Servizio e dagli assistenti sociali del Serd, circa sei persone, e da tre utenti che usufruiscono del servizio. Si è deciso di includere sia gli operatori che si occupano delle visite domiciliari (n.3) sia gli assistenti sociali del Serd (n.3) in quanto, essendo a stretto contatto con l'utenza e avendo seguito e supportato le loro evoluzioni e modifiche socio-relazionali, possono avere maggiore contezza dei cambiamenti attuati, anche di quelli percepiti dall'utenza come meno significativi. L'idea iniziale era di includere anche coloro che avessero interrotto il loro rapporto di lavoro con la cooperativa TerrA., ma che in precedenza avevano preso parte a tale progetto. Risultava infatti utile ottenere informazioni rispetto la data di inizio e di fine della loro collaborazione, per individuare in quali fasi del Servizio sono stati inseriti (se nella fase iniziale o a progetto già avviato) ed avere quindi una migliore comprensione della loro percezione del Servizio. Malgrado ciò le due persone individuate non si sono rese disponibili per effettuare la ricerca.

Per quanto riguarda l'utenza, la persona che mi ha preceduto nello studio aveva individuato un campione di otto persone, al quale ho aggiunto due utenti. Di questi:

- un utente purtroppo è deceduto;

- un utente ha preferito fare rientro nella comunità in cui era in trattamento prima di ricevere l'alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica e sta proseguendo il progetto individuale concordato;
- un utente versava in uno stato di salute precario e, dati i tempi limitati per poter svolgere la ricerca, non ha potuto partecipare allo studio;
- due persone hanno concluso il progetto di accompagnamento con un esito positivo, ma non hanno dato la loro disponibilità a partecipare all'intervista.

Di conseguenza, essendo un campione ridotto, si è ritenuto opportuno procedere attraverso un *case study* di tre utenti, comparando la loro situazione al tempo T0 (la prima intervista) e al tempo T1 (fase di *follow up*), analizzando i cambiamenti avvenuti in questo arco temporale.

La caratteristica del *case study* è infatti quella di isolare e interrogarsi su una singola questione o un singolo evento ed introduce elementi di analisi comparata tra eventi per ricavarne la possibilità di dare evidenza a costanti che, proprio a partire dalle situazioni di singolarità e differenza, aprono a percorsi di generalizzazione anche al di fuori di ambiti strettamente tipologici (Cannavò et al, 2007)

Il campione è quindi composto da tre persone, due uomini e una donna, tra i 45 e i 65 anni, che usufruiscono del Servizio. Quest'ultimi sono accomunati da caratteristiche ed elementi simili in modo da rendere il campione quanto più omogeneo possibile, quali:

- carriera tossicomana segnata da numerose ricadute nell'assunzione di una o più sostanze;
- assunzione giornaliera della terapia farmacologica sostitutiva;
- l'assegnazione di un alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica o rientro presso la propria casa dopo il trattamento in una comunità terapeutica residenziale.

Analizzando i dati ottenuti dalle interviste agli operatori e dalle interviste agli utenti, è possibile avere una visione completa e globale dell'intero servizio e poter esprimere una valutazione che tenga conto sia del punto di vista dei suoi fruitori sia quello dei suoi erogatori.

Ciò risulta eticamente rilevante, in quanto è utile dar voce ad entrambe le "facce della stessa medaglia" per poter veramente individuare ed analizzare le risorse e i

vincoli del servizio e poter così attuare un possibile cambiamento che abbia un impatto positivo considerevole per entrambi gli attori.

L'individuazione degli strumenti è avvenuta in seguito ad un'attenta riflessione e valutazione coadiuvata dal supervisore di tirocinio, la dott.ssa Assistente Sociale Serena Vicario, e la relatrice della mia tesi magistrale, la prof.ssa Daria Panebianco. Prima di avviare la ricerca, innanzitutto è risultato utile redigere una lettera di presentazione, in cui si invita l'intervistato a partecipare all'indagine, e l'informativa sulla privacy, la quale è stata fornita al campione.

La lettera di presentazione:

- conteneva gli obiettivi dell'indagine e i recapiti telefonici per ulteriori chiarimenti o delucidazioni;
- è stata utile per fissare una data di contatto in quanto l'intervista si è svolta *face to face* o telefonicamente.

L'informativa sulla privacy in cui sono esplicitate:

- le categorie di dati trattati e finalità del trattamento;
- la base giuridica del trattamento ovvero il legittimo interesse nello svolgere l'indagine;
- la finalità di utilizzo dei dati raccolti;
- i soggetti destinatari ai quali i dati possono essere comunicati;
- l'ambito di diffusione di quest'ultimi.

Poiché le interviste agli operatori sono state effettuate telefonicamente, le informazioni contenute in questi due moduli sono state fornite anch'esse telefonicamente prima dell'intervista, in cui il campione ha fornito il suo consenso per la partecipazione alla ricerca e per l'audio-registrazione dell'incontro.

Per ciò che riguarda gli utenti, questi due strumenti sono stati presentati durante l'incontro svolto *face to face*. Dopo aver fornito spiegazioni in merito alla ricerca e aver specificato il pieno rispetto della normativa sulla privacy e del trattamento dei loro dati personali e sensibili, l'utente dichiarava il consenso volontario alla partecipazione allo studio e alla audio-registrazione dell'intervista e di essere al corrente della facoltà di ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento.

Successivamente l'indagine è stata posta in essere attraverso delle interviste semi-strutturate e dei questionari.

Nello specifico, per ciò che concerne gli operatori, sono state utilizzate delle interviste semi-strutturate per poter raccogliere dati qualitativi utili per verificare l'ipotesi di ricerca individuata. Le interviste sono state somministrate nei mesi di settembre e ottobre del 2022.

Si definisce intervista l'interazione tra un intervistato ed un intervistatore, provocata dall'intervistatore, avente come fine uno scopo conoscitivo, guidata dall'intervistatore sulla base di uno schema di interrogazione (*topic guide* o traccia) e rivolta a un numero di soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione (Cannavò et al, 2007). La traccia è uno strumento di interrogazione ovvero la griglia operativa che consente lo svolgimento dell'intervista, l'elenco delle domande e/o degli argomenti che si intendono sottoporre all'intervistato (Cannavò et al, 2007). Riferendoci all'intervista semi-strutturata, questa rientra nell'ambito degli strumenti non standard e prevede un insieme fisso ed ordinato di domande aperte, poste agli intervistati nello stesso ordine, lasciando a quest'ultimi la libertà di rispondere come ritengono opportuno (Bichi, 2002).

L'intervista mirava a reperire informazioni relative a diverse aree tematiche, quali:

- dati anagrafici dell'intervistato (nome e cognome, professione, data di inserimento nel progetto di accompagnamento, numero di pazienti in carico);
- tipologia di prestazioni erogate all'interno del servizio di accompagnamento;
- cambiamenti individuati nell'utenza rispetto l'area socio-relazionale;
- facilitatori e barriere alla fruizione del servizio di accompagnamento;
- potenzialità e aspetti critici del servizio di accompagnamento;
- sviluppi futuri del servizio di accompagnamento.

Per quanto riguarda gli utenti, per attuare la fase di *follow up*, nei mesi di settembre ed ottobre 2022 sono stati somministrati al campione i medesimi strumenti individuati precedente studentessa, accompagnati anch'essi da una intervista semi-strutturata, in modo da poter verificare se vi sono stati dei cambiamenti tra "il prima e il dopo" a distanza di circa un anno.

Tali strumenti sono:

- *World Health Organization Quality Of Life -Versione Breve (WHOQOL-BREF)*, uno strumento di valutazione della qualità di vita validato dall'Organizzazione Mondiale della Salute;
- Sociogramma di rete, ovvero la rappresentazione grafica *ego-centered o personal support network* dell'utente, supportato da un'intervista semi-strutturata. Nello specifico la rappresentazione riguarda il numero dei legami *first order* della rete, la tipologia di relazione e la vicinanza emotiva che intercorre tra l'intervistato e ogni singolo membro da lui indicato. Il numero dei nodi riguarda il numero di persone individuate dall'intervistato, la vicinanza è indicata dalla lunghezza delle linee, il tipo di relazione è rilevabile dalla forma¹¹ scelta per designare il nodo.

Le informazioni utilizzate per la creazione del sociogramma sono state estrapolate dalle schede di rete somministrate durante la prima rilevazione. Le schede di rete sono infatti uno strumento che ha l'obiettivo di approfondire i legami interpersonali del campione e le risorse che veicolano all'interno della propria rete sociale d'appartenenza. Tale strumento è articolato in 4 sezioni di indagine, che sono:

- *Name generator* ('generatore di nomi'): l'intervistato dovrà individuare le persone (per es. familiari, amici, operatori della Cooperativa, conoscenti) a cui si rivolgerebbe in caso di aiuto di ogni tipo e/o sostegno psicologico.
- *Name interpreter*, rileva sia le informazioni personali di ciascun membro della rete (età, sesso, professione etc.) sia le proprietà della relazione che intercorre singolarmente tra il paziente e le persone appartenenti alla sua rete;
- *Name interrelator* (o matrice di adiacenza) ha lo scopo di individuare ed analizzare i rapporti tra le persone individuate dal campione per descrivere la propria rete sociale.
- *Scheda di supporto sociale*, si rilevano il tipo di risorse relative al sostegno sociale, relazionale, sanitario e pratico (aiuto materiali, aiuto in servizi, aiuto di tipo sanitario, aiuto per l'accompagnamento

¹¹ Nel sociogramma per evidenziare che tipo di relazione intercorre tra *ego* e gli *alters* sono state individuate cinque diverse forme: triangolo= operatore; rombo= amico; quadrato=famiglia; cerchio= conoscente/vicino di casa/ collega; poligono= volontario.

abitativo, aiuto nella gestione economica, aiuto per ricevere informazioni, aiuto simbolico, compagnia) che i membri della rete possono fornire all'intervistato.

Ottenendo le informazioni sopradescritte si può comprendere se il *Servizio di sostegno alla vita indipendente e all'abitare* abbia effettivamente raggiunto gli obiettivi prefissati, quali il miglioramento dell'autonomia e delle condizioni socio-relazionali degli utenti, in modo efficace e funzionale. Inoltre in tal modo è possibile individuare se occorra un'implementazione per migliorare o aumentare la sua efficacia.

Per ciò che concerne la fase di analisi dei dati, per quanto riguarda i dati qualitativi, ottenuti dalle interviste agli operatori ed agli utenti, le interviste sono state trascritte e sono state estrapolate le aree tematiche di maggior importanza e rilievo individuate dagli intervistati.

Riferendoci ai dati quantitativi, ottenuti dai questionari somministrati agli utenti, dopo aver trasformato le variabili in dati, attraverso il *software Statistical Package for Social Science (SPSS)*, sono stati elaborati ed analizzati nel modo più coerente ed adeguato possibile, in modo da avere dei risultati attendibili e facilmente comparabili.

Per il progetto di ricerca è stato individuato un tempo di realizzazione di circa 6 mesi (vedi diagramma di Gantt) in cui sono state svolte le seguenti attività:

- Consultazione degli strumenti di ricerca precedentemente utilizzati dalla dottoressa Invidia ed elaborazione dei nuovi strumenti di ricerca;
- Presa visione dei dati raccolti dalla dottoressa ottenuti dalle precedenti interviste e della letteratura inerente alla ricerca;
- Individuazione del campione;
- Somministrazione degli strumenti di ricerca al campione individuato;
- Verifica e analisi dei dati rilevati;
- Elaborazione dei risultati.

GANTT CHART:

TEMPI ATTIVITA'	MAGGI O 2022	GIUGN O 2022	LUGLI O 2022	AGOST O 2022	SETTEMB RE 2022	OTTOBR E 2022
<i>Consultazione ed elaborazione degli strumenti</i>	X					
<i>Consultazione dei dati e della letteratura</i>	X	X				
<i>Individuazione campione</i>		X	X			
<i>Somministrazione strumenti</i>					X	X
<i>Verifica ed analisi dei dati</i>						X
<i>Elaborazione dei risultati</i>						X

3.4 L'analisi dei dati ed i risultati: una ricerca qualitativa e quantitativa

Conclusa la fase di raccolta delle informazioni e di somministrazione degli strumenti all'intero campione, si passa alle ultime due fasi della ricerca ovvero l'analisi dei dati e la discussione dei risultati.

L'organizzazione delle informazioni costituisce la conclusione della fase di rilevazione e, insieme l'inizio dell'analisi dei dati, il momento in cui le informazioni vengono predisposte per essere analizzate. In questo caso si parla di "codifica" poiché vi è la trasformazione del materiale raccolto in fase di rilevazione in informazione significativa, ovvero il "dato" (Cannavò et al. 2007).

L'indagine presentata in questo capitolo è stata svolta utilizzando parallelamente due modalità di analisi dei dati: la ricerca qualitativa, per ciò che concerne le

interviste semi-strutturate sia agli operatori che agli utenti, e la ricerca quantitativa per l'analisi dei dati estrapolati dai questionari somministrati agli utenti.

I dati qualitativi sono stati trascritti, organizzati e classificati ed infine elaborati. I risultati vengono quindi illustrati attraverso la ripresa di stralci di interviste e brevi narrazioni degli intervistati, con l'obiettivo di comprendere il loro punto di vista.

La forza delle narrazioni delle persone non è elemento da sottovalutare, infatti durante le interviste più che trascrivere minuziosamente il loro racconto, ho preferito audio-registrare la conversazione. Ciò mi ha permesso di attenzionare maggiormente, quando mi è stato possibile, il linguaggio verbale e non verbale degli intervistati e far "vivere" l'intervista come una conversazione amichevole più che come una "inquisizione". Le persone in questo modo possono sentirsi meno "sotto indagine" e più libere di esprimere le loro opinioni, rispondere sinceramente e raccontare la loro storia di vita.

Rispetto ai dati quantitativi, le informazioni ottenute sono state trasformate in variabili e sono state organizzate in una matrice dati. Nello specifico sono state indagate le variabili che riguardano:

- la qualità della vita delle persone, rispetto le cinque aree di indagine del WHOQOL-Breve, ovvero l'area della qualità della vita in generale, l'area fisica, l'area psicologica, l'area dei rapporti sociali, l'area della padronanza ambientale;
- Il *network range*, il quale si riferisce a misure specifiche quali l'ampiezza della rete (ovvero il numero di legami, o di *alter*, presenti nella rete di supporto di *ego*) e la densità di quest'ultima (fa riferimento all'intensità media delle relazioni tra i membri di una stessa rete);
- Le proprietà relazionali della rete, le quali fanno riferimento alla forza e al contenuto dei legami. La forza della relazione tra *ego* e gli *alters* è stata misurata considerando la vicinanza emotiva e la frequenza del contatto. Per ciò che concerne il contenuto del legame, ossia le risorse veicolate all'interno della rete, si è fatto riferimento a otto tipi di aiuto (aiuto materiale, aiuto in servizi, aiuto di tipo sanitario, aiuto per l'accompagnamento abitativo, aiuto nella gestione economica, aiuto per ricevere informazioni, aiuto simbolico, compagnia).

3.4.1 Il punto di vista degli operatori e dei professionisti

Come precedentemente accennato (vedi par. 3.3.2) le interviste semi-strutturate somministrate agli operatori miravano ad indagare innanzitutto le variabili indipendenti quali la professione, la data di inserimento nel progetto di accompagnamento, il numero di pazienti in carico e le prestazioni erogate.

Tabella 1- Variabili indipendenti del campione in oggetto (percentuale, media, anno)

Variabili	Campione = n.6 persone
Professione del campione (%)	Assistenti Sociali 50% Operatori domiciliari 50%
Data inserimento nel progetto (anno)	
2021	n.5 operatori/professionisti
2022	n.1 operatore/professionista
N. pazienti in carico al campione (media)	7
Prestazioni erogate dal campione (%)	
Segretariato sociale	100%
Accompagnamento sanitario	100%
Accompagnamento abitativo	84%
Economia domestica	100%
Supporto socio-relazionale	100%
Altro	33%

Come si evince dalla tabella 1, il campione è composto da 50% assistenti sociali e 50% operatori domiciliari.

La maggior parte del campione è stato inserito nel progetto di accompagnamento già nella fase del suo avvio nel 2021 (n.5) soltanto un soggetto è stato inserito a progetto già avviato nel 2022 (n.1), ed in media il campione ha in carico n.7 utenti. Inoltre quasi tutte le prestazioni individuate sono state erogate dall'intero campione (100%). Per ciò che concerne la prestazione inerente all'accompagnamento abitativo è stata erogata dall'84% del campione, e soltanto il 33% del campione ha specificato altre prestazioni non incluse nell'elenco.

Successivamente sono state esplorate due aree tematiche: la percezione dell'operatore rispetto ai cambiamenti individuati nell'utenza; la percezione dell'operatore riguardo al servizio di accompagnamento posto in essere.

Dalle risposte ottenute dalle interviste somministrate si evince un grado di soddisfazione generale.

In riferimento alla prima area tematica, in risposta alla domanda *“ha notato dei cambiamenti negli utenti che usufruiscono del servizio di accompagnamento? Se sì, quali? se no, perché secondo Lei?”* tutto il campione ha risposto positivamente.

I cambiamenti maggiormente individuati riguardano l'autonomia, il senso di soddisfazione personale e il mantenimento delle condizioni cliniche:

“Ho notato dei miglioramenti proprio nel senso della soddisfazione. Loro si sentono contenti, meno soli, più supportati nei compiti che per loro erano difficili” (Assistente Sociale)

“Ho notato che nel momento in cui si è creata una maggiore alleanza le persone tendevano più a richiedere presenza, poi capacità di autonomia, di gestione economica nel momento in cui gli venivano dati gli strumenti, e sono aumentate le capacità di gestione” (Operatore domiciliare)

“Sì, per quanto riguarda l'autonomia. Il caso più significativo è quello di un paziente che, dopo qualche mese dell'avvio del servizio, si è visto un mantenimento anche delle condizioni cliniche. Aveva autonomia ma aveva la necessità di qualcuno che gli ricordasse le cose, difatti non ha avuto più ingressi ospedalieri” (Assistente Sociale)

Inoltre uno dei cambiamenti individuati riguarda la possibilità di arrivare agli obiettivi concordati nel progetto di assistenza individualizzato. Infatti, attraverso il tramite dell'operatore la persona comprende meglio il senso di alcuni obiettivi e aderisce meglio al programma:

“È sicuramente un importante agente di mediazione perché la persona aderisca meglio al programma e vada a conseguire alcuni obiettivi, che sembrano minimi ma che in realtà sono alla base per migliorare la qualità della vita. [...] Dopo un anno che (l'utente) vede la stessa operatrice, se deve

dire qualcosa a qualcuno lo dice all'operatrice non lo viene a dire a me (professionista) in ufficio” (Assistente Sociale).

La seconda domanda mirava ad individuare le risorse mobilitate nella presa in carico dell'utente. La maggior parte del campione ha individuato l'attivazione di risorse soprattutto di tipo affettivo-relazione e temporale, sia da parte degli operatori che degli utenti, oltre che economiche e in termini di competenza professionale.

“Sicuramente risorse di tipo relazionale, queste persone che di fatto erano in una situazione di solitudine si sono sentite più in relazione [...] Mentre la persona delle volte ha tirato fuori delle competenze che non immaginavamo” (Assistente Sociale).

“Risorse di tipo emotivo e di tipo cognitivo, proprio perché al di là del concreto (ad esempio accompagnare alle visite, piuttosto che svolgimento di attività di monitoraggio) penso che ci voglia molta pazienza e anche una capacità di apprendere, insieme alla persona, cosa serve” (Operatore domiciliare).

“Sicuramente a livello di empowerment, quindi anche la capacità di relazionarsi in modo assertivo più efficace, anche un pensiero positivo maggiore rispetto al futuro, le capacità, l'autonomia” (Operatore domiciliare).

“Il fatto che noi abbiamo impiegato delle risorse temporali nella presa in carico dell'utenza ha fatto sì che la persona sviluppasse delle proprie risorse, che già erano presenti” (Operatore domiciliare)

L'aspetto relazionale può essere definito il filo conduttore di tutto il Servizio. Durante le interviste è emerso che è proprio la relazione, la vicinanza con l'utente, ciò che rende il servizio efficiente ed efficace.

Difatti, alla terza domanda *“secondo Lei, il servizio attraverso quali prestazioni ed attività ha contribuito al rafforzamento dell'autonomia dell'utente?”*, quasi tutti gli intervistati hanno fatto riferimento alla *“relazione”* e all'implementazione delle *“life skills”*:

“L’autonomia che passa attraverso non solo le relazioni ma anche attraverso un mantenimento di equilibrio generale. Nel senso che, più che attraverso ‘fare qualcosa per la persona’, si sta con lei. L’operatore non si sostituisce alla persona. Questo è un servizio prettamente educativo e lavora anche sulle abilità delle persone, sulle life skills, e credo che questo sia una componente fondamentale” (Assistente sociale).

“Tutto quanto io credo di gioca nello ‘stare’, anche affrontando le varie cose quotidiane che le persone devono affrontare. [...] Stando a fianco dell’utente, quindi non sostituendosi a lui, la persona ha avuto modo di lavorare sulle sue capacità. Sostanzialmente quello che ha aiutato al rafforzamento dell’autonomia dell’utente è proprio ‘stare con lui” (Operatore domiciliare).

Importante è stata la presa di coscienza da parte degli utenti anche dei loro “limiti”, oltre che delle loro capacità. Alcune situazioni, per via delle condizioni cliniche particolarmente problematiche, rendono impossibile per l’utente raggiungere un grado di autonomia “completo” tale da non fare più riferimento ai servizi:

“Secondo me, nel fare analisi insieme alla persona delle capacità di ciò che la persona era in grado di gestire autonomamente. [...] Su alcune cose c’era anche il riconoscimento che alcune pratiche non rientravano più nella possibilità della persona, nelle capacità di un’autonomia, quindi è stato dato per assodato che rispetto ad alcuni pazienti c’era la necessità di un affiancamento e non c’erano margini di autonomizzare una persona” (Operatore domiciliare).

Inoltre, per la buona riuscita del progetto, fondamentale è stato il lavoro di rete tra i servizi che, come sappiamo, non è sempre facile da attuare:

“Attraverso una valutazione seria del bisogno e un lavoro di rete con i servizi che andasse a definire un progetto integrato. Quindi c’è stato un lavoro di integrazione e di minuziosa osservazione dei bisogni e degli esiti” (Assistente Sociale)

La seconda area di indagine dell'intervista mirava ad analizzare la percezione dell'operatore rispetto il Servizio di accompagnamento nella sua interezza.

La prima domanda ha voluto focalizzare fin da subito l'attenzione sullo scopo principale della ricerca, ovvero la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del Servizio. La domanda era così formulata *“secondo Lei il Servizio è funzionale e utile nella presa in carico dell'utente? In che modo?”*.

Anche qui l'intero campione ha risposto positivamente, facendo ancora una volta riferimento alla relazione che si instaura tra l'operatore e l'utente. Tale relazione infatti non si basa sul mero accompagnamento nel disbrigo di pratiche o per effettuare delle visite mediche ma, come abbiamo già detto, aiuta l'utente ad aumentare o “ri-creare” una percezione positiva di sé, delle proprie capacità e di speranza rispetto al proprio futuro:

“Molto funzionale, proprio perché si mette a fianco della persona e lo accompagna in tutte queste azioni che da solo rischieremmo che lui non faccia, non perché non è in grado, ma perché teme di non esserne in grado. Non è un accompagnamento di delega, ma di supporto, di fare in modo che la persona acquisti fiducia” (Assistente Sociale).

“Si assolutamente, proprio perché permette alle persone di non sentirsi sole, [...] per fargli vedere quali sono le loro capacità e le possibilità che avevano da mettere in atto” (Operatore domiciliare).

“Sì, prima di tutto utile dal punto di vista relazionale cioè per creare un rapporto di prossimità del Servizio, attraverso l'operatore, con la persona. [...] Perché nel momento in cui la persona non ha di che sostenersi o non ha la possibilità di andare a fare una visita ecc.. è inutile parlare di disintossicazione o di socializzazione, manca il bisogno primario. Il bisogno primario è diciamo veicolato dall'affiancamento di un operatore, cui emergono anche un po' le capacità della persona, un po' vengono sostenute ed implementate, un po' anche la soddisfazione perché la persona nel momento in cui arriva a farsi una domanda di invalidità da solo, magari con la regia dell'educatore, raggiunge un livello di auto-efficacia che magari non aveva mai provato, aumenta la percezione positiva di sé” (Assistente Sociale).

La seconda e la terza domanda miravano ad individuare rispettivamente i punti di forza e i punti di debolezza del Servizio.

In risposta alla domanda “*secondo Lei quali sono i punti di forza del Servizio?*” gli aspetti maggiormente individuati riguardano il carattere flessibile del Servizio che, rispetto alla rigidità dei servizi pubblici come il Serd, riesce ad andare in contro alle esigenze e necessità esposte dall’utenza.

“Direi il fatto che poi la disponibilità [...] deve essere necessariamente una disponibilità mobile, perché non è un progetto previsto una volta a settimana su di un giorno fisso, ma un’organizzazione che va in contro a quelle che poi sono le esigenze della persona, che possono essere anche molto variabili da persona a persona che rientra in questo progetto”
(Operatore domiciliare)

Altra caratteristica maggiormente attenzionata si riferisce alla “prossimità” che si instaura con la persona, ovvero l’entrare nella sua situazione comprendendo il suo punto di vista.

“Come un riportare una situazione che non è mai completamente capita perché finché la persona non la vedi in azione o non la accompagni a fare cose [...] non si capisce effettivamente quanto è in grado o non è in grado. Quindi è anche un elemento di valutazione in più per il Serd” (Assistente Sociale).

“Il fatto che ti permette di stare con la persona nelle varie richieste che la persona può fare e andare a casa della persona quindi vederlo nel suo ambiente fa sì che si instauri una buona alleanza. E tramite una buona alleanza positiva ecco che si possono sviluppare tante progettualità”
(Operatore domiciliare).

Riguardo i punti di debolezza, la domanda era così formulata “*secondo Lei quali sono gli aspetti da migliorare?*”

Il campione non ha individuato dei veri e propri *bug* del Servizio. Difatti, più che degli aspetti da migliorare, sono state individuate delle attività da implementare

come la supervisione, una migliore pianificazione delle risorse, l'aumento del bacino di utenza che usufruisce del servizio:

“Probabilmente la piccola scala è un po' un limite, per cui sarebbe anche da sperimentare con altre tipologie di pazienti. [...] Perché alla fine gli operatori che vanno al domicilio coprono tutta quanta una serie di attività che gli educatori del Serd o dei servizi pubblici non riescono a fare, o negli anni hanno smesso di fare per tutta una serie di situazioni, come i carichi di lavoro eccessivi del servizio e non tutte le aree e i bisogni vengono esplorati” (Assistente Sociale)

“Secondo me ci va una supervisione, cioè ci vorrebbero dei momenti di riflessione sui percorsi per riprendere un po' degli obiettivi. Quindi dei momenti di non solo di confronto con l'operatore inviante, ma anche di regia. [...] E poi che ci fosse a priori una migliore pianificazione delle risorse [...] quindi serve anche un monitoraggio della spesa” (Assistente Sociale)

“Secondo me bisogna quanto più una valutazione iniziale del caso e puntuale, tanto più una persona è conosciuta più si può anticipare un progetto utile” (Operatore domiciliare)

Un altro aspetto attenzionato dal campione si riferisce al fatto che l'utente, più che una richiesta di supporto pratico, avanzi un bisogno di vicinanza emotiva.

Come detto in precedenza spesso gli utenti riversano in una situazione di disagio non solo clinico ma anche socio-relazionale. Sovente la loro rete sociale e relazionale risulta inefficiente se non addirittura inesistente. Avere un operatore con cui dialogare, esternare i propri pensieri, le proprie paure e aspirazioni, fa sì che l'utente, come abbiamo visto, si senta meno solo e abbia di nuovo la possibilità di relazionarsi con altri.

Malgrado ciò, gli operatori e i professionisti non possono rispondere pienamente a questo bisogno, in quanto va oltre il loro compito e le loro mansioni. Difatti da un lato è importante che si instauri una relazione di fiducia e di rispetto reciproco tra l'operatore/professionista e l'utente, dall'altro lato però bisogna ricordare i propri confini e i propri limiti.

“Il bisogno della persona è molto affettivo-relazionale e noi, nel nostro ruolo, ovviamente non possiamo offrire una risposta appieno a questo bisogno. [...] penso che per rispondere a questa ‘mancanza’ ci debbano essere più situazioni in cui l’utente riesce ad essere inserito per soddisfare il bisogno di ‘essere sociale’, quindi di avere qualcuno con cui stare, con cui chiaccherare” (Operatore domiciliare).

La quarta domanda mirava ad individuare le possibili difficoltà incontrate dall’utenza nella fruizione del Servizio. Sono stati individuati soprattutto due aspetti, il primo richiama il limite precedentemente esposto rispetto il bisogno dell’utenza di relazionarsi:

“La difficoltà dell’utente può essere il fatto che è difficile per la persona riuscire a capire ed accettare che l’operatore può arrivare fino ad un certo punto...deve essere molto bravo l’operatore a rendere chiari i confini. L’utente molte volte non riesce a scindere il ruolo dell’operatore da quello che vorrebbe... un amico, un familiare, qualcosa del genere” (Operatore domiciliare)

Il secondo aspetto riguarda la percezione che l’utente può avere del Servizio che, più che vederlo come un supporto e un sostegno, può percepirlo come un controllo sociale oppure darlo per scontato:

“Per qualcuno all’inizio sì, può esserci stato il rischio di vederlo come un modo per controllarlo” (Assistente Sociale).

“Soprattutto all’inizio, dipende anche dalla relazione che riesce ad instaurare il paziente con l’operatore che si occupa di lui...può percepirlo come un controllo più che come un sostegno” (Operatore domiciliare).

“Questo servizio si propone come sostegno sociale, però a volte viene percepito come un controllo sociale, cosa che non è. Ciò può creare una resistenza nell’instaurare una relazione efficace con l’operatore, vedendo il servizio come un controllo più che come un supporto” (Assistente Sociale)

“Forse capire esattamente il senso di questo servizio e circoscriverlo ecco. Magari lo danno per scontato, quando in realtà dovrebbe essere un servizio

a termine. Dovrebbe aiutare la persona a sviluppare alcune abilità/capacità e/o fare degli interventi hot-spot che iniziano e che finiscono” (Assistente sociale)

Altro aspetto a cui un intervistato ha fatto riferimento riguarda la mancata percezione degli utenti rispetto ai benefici ed ai cambiamenti apportati nella loro qualità della vita dalla fruizione del Servizio di accompagnamento. Spesso i cambiamenti non sono “eclatanti”, nel senso che possono essere intangibili e passare come inesistenti dal punto di vista dell’utente. I cambiamenti individuati dal campione, in risposta alla prima domanda dell’intervista, riguardano soprattutto l’implementazione delle abilità residue della persona. La persona però può non avere piena contezza dell’evoluzione della propria situazione e spesso per lei questi cambiamenti non sono evidenti o rintracciabili. Ciò può essere dovuto alla scarsa fiducia nel sistema e nelle istituzioni che sovente presentano gli utenti lungo-assistiti, in quanto hanno alle spalle diversi trattamenti non andati a buon fine e spesso ciò li porta ad essere amareggiati nel non trovare “una via d’uscita” ai loro problemi.

“I punti di forza non sempre sono percepiti dagli utenti, nel senso che probabilmente gli utenti non li percepiscono perché sostanzialmente il servizio permette loro di mantenere una certa stabilità, quindi non ci si accorge dei benefici perché sembrano quasi che facciano parte della quotidianità. In realtà i benefici ci sono, ci sono anche per noi (operatori domiciliari e professionisti) nel senso che veramente i pazienti, soprattutto lungo-assistiti, portano via tantissime nostre energie. Quindi se c’è un operatore che regolarmente passa dalla persona, evita un sovraccarico in termini di lavoro. Sono benefici che si vedono nel medio termine” (Assistente Sociale).

La quinta domanda mirava ad analizzare il ruolo svolto dall’equipe, il quale spesso viene sottovalutato o dato per scontato per la buona riuscita di un progetto e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nello specifico la domanda era così formulata “secondo Lei il lavoro di equipe ha facilitato il raggiungimento degli obiettivi del Servizio?” Dalle risposte date dal campione si evince un buon grado di

soddisfazione, in quanto afferma che non ci sono state “sconnessioni” tra i membri e i bisogni degli utenti sono stati “coperti”:

“Questi progetti possono avere un risultato solo se c’è una condivisione”
(Assistente Sociale).

“Sì, sicuramente ha facilitato la cosa. Da migliorare sicuramente perché è stato faticoso” (Operatore domiciliare).

“È importante ovviamente che ci sia un’equipe dietro il Servizio, dopo di che è importante che tutta l’equipe condivida anche l’importanza e ne richiami ai colloqui. Nel senso che il rischio è che il servizio funzioni talmente bene che alla fine i pazienti non sentano il bisogno di essere monitorati periodicamente. Per cui è importante il lavoro di equipe anche per richiamare la persona e riportare il servizio anche all’interno del progetto del Serd. [...] È importante anche all’interno del colloquio (presso il Serd) sottolineare o comunque discutere come va o come non va la situazione” (Assistente Sociale)

Infine, la sesta ed ultima domanda mirava ad esplorare quali potessero essere secondo il campione gli sviluppi futuri del Servizio. Innanzitutto l’intero campione ha auspicato la possibilità che il Servizio non abbia più un carattere sperimentale, ma che al contrario venga incardinato nell’operatività dei servizi. Altri aspetti riguardano il lavoro di rete, che sia sempre più solido e strutturato, e che venga aumentato il numero di operatori che si occupano del Servizio:

“Secondo me andrebbe inserito nella attività routinarie del Serd, possibilmente andrebbe finanziato anche in modo più stabile. Nel senso che noi adesso chiamiamo questo servizio ‘sperimentale’, in realtà questo è un servizio che servirebbe da anni e anni fa. Per cui sarebbe importante istituzionalizzarlo e ampliarlo, anche per dargli una uniformità a livello più ampio del Serd” (Assistente Sociale)

“La mia speranza è che un tipo di servizio di questo genere possa continuare con ovviamente più risorse nel senso che possono arrivare a soddisfare le diverse esigenze che la persona ha. [...] Una cosa che per me è sempre molto importante è il lavoro di rete a livello comunitario, proprio perché le

risposte ai bisogni delle persone sono diversificate e tramite un lavoro di rete efficace si possono raggiungere gli obiettivi” (Operatore domiciliare)

“Ideale sarebbe che questo servizio facesse parte di quello che il servizio pubblico offre. Cioè diventasse in pianta stabile un servizio svolto dagli educatori del Serd, che facesse parte del ‘pacchetto riabilitativo’ del Serd” (Assistente Sociale)

“Secondo me può diventare un buon protocollo di intervento per tutta una serie di persone che rientrano in una marginalità sociale in cui si ritrovano magari a gestire nuove risorse ad avere un supporto pratico. [...] Faccio riferimento all’assegnazione della casa popolare perché per tante persone è un evento di vita altamente significativo ed importante, e bisogna confrontarsi con la necessità di gestire un’autonomia diversa e che pone la persona davanti a una sfida. Per cui questi interventi domiciliari possono diventare un buon protocollo di affiancamento ed intervento” (Operatore domiciliare)

“Aumentare forse la rete di operatori che si occupano del servizio, o meglio... sto pensando al miglioramento della rete di chi si occupa di questi pazienti” (Operatore domiciliare).

Alla fine dell’intervista ho ritenuto opportuno dare al campione la possibilità di attenzionare altri aspetti da loro individuati ma che non erano stati esplorati dall’intervista, attraverso la domanda *“ci sono altri aspetti di cui vorrebbe parlare e che non sono stati individuati nell’intervista?”*. La maggior parte del campione si riteneva soddisfatto e non ha ritenuto opportuno aggiungere altro. Sono stati inclusi soltanto tre aspetti che riguardano l’integrazione sociale, il ruolo del terzo settore e la necessità di una valutazione globale dell’andamento del Servizio:

“Altra cosa è che si lavori di più sull’integrazione sociale, questo è quello che manca. Queste persone sono sole, emarginate, escluse, o comunque non hanno una rete o dei riferimenti, non riescono a sviluppare interessi. Si appoggiano alle strutture terapeutiche perché è l’unica possibilità che hanno. Per cui sicuramente un lavoro di integrazione nel territorio e ricostruzione della rete, per quello che si può” (Assistente sociale)

“Un'altra cosa che non viene fatta ma bisogna è il supporto alla socialità e all'integrazione nei nuovi territori. Spesso questi servizi sono stati o saranno avviati in occasione dell'assegnazione di case in nuovi territori. Quindi proprio un supporto alla socialità e all'integrazione nei nuovi territori di appartenenza” (Assistente Sociale)

“Penso che sia importante riconoscere il contributo del terzo settore, nel senso che comunque gli operatori delle cooperative che svolgono il Servizio hanno da anni una esperienza di lavoro con questa fascia di utenza. Per cui non è che si può pensare che qualsiasi persona può comunque lavorare così. Ci deve essere una preparazione e formazione a monte ed una sensibilità. Inoltre sarebbe utile verificare l'andamento del servizio, quindi valutarlo 'a tutto tondo'” (Assistente Sociale)

In conclusione, alla luce dei risultati esposti in questo paragrafo, si può affermare che la percezione degli operatori rispetto al Servizio di accompagnamento è molto positiva. Tutto il campione ha valutato il Servizio come funzionale ed efficiente per la presa in carico degli utenti e per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Certamente non si può avanzare una valutazione “finale”, in quanto il Servizio è stato avviato da solo un anno e non è ancora concluso. Infatti, l'obiettivo di questa ricerca era quello di fornire una valutazione *in itinere* del Servizio. In questa ottica le opinioni dei professionisti e degli operatori fin qui esposte possono essere utili per il suo miglioramento e per l'implementazione di possibili attività e prestazioni utili a rispondere ai molteplici e coesistenti bisogni e necessità dell'utenza.

Malgrado quindi il suo carattere sperimentale, questo servizio è risultato molto utile per tutti gli attori impegnati, innanzitutto per gli utenti e di riflesso anche per il Serd e gli stessi operatori che lavorano nell'ambito delle dipendenze.

3.4.2 Il punto di vista degli utenti

Per quanto riguarda il punto di vista degli utenti, la fase iniziale dell'intervista ha rappresentato la sfida più ardua poiché le persone si dimostravano molto introversive e restii al dialogo. Man mano che l'intervista proseguiva però ho notato che il loro atteggiamento stava cambiando, mostravano più entusiasmo e risultavano più partecipi e cooperativi. Infatti, da fornire risposte quasi monosillabiche, hanno

ampliato le loro argomentazioni, spaziando oltre ai temi di indagine e raccontandomi la loro storia di vita, le loro speranze, i loro ricordi belli e meno belli. In alcuni casi non sono mancati i piccoli momenti “di scherzo” e di battute per alleggerire la situazione e smorzare possibili disagi, ma anche momenti di sconforto e tristezza ripensando ad eventi traumatici del passato o alla loro condizione clinico-sociale.

Gli sconfinamenti da parte del campione rispetto alle tematiche poco inerenti all'indagine sono risultate ugualmente utili in quanto hanno reso chiaro il loro punto di vista ed hanno enfatizzato alcune delle loro sfaccettature caratteriali. Ogni loro affermazione è stata considerata essenziale sia per entrare in relazione con loro in maniera efficace sia per cogliere alcuni aspetti impliciti inerenti alle aree di indagine dell'intervista. Questo atteggiamento di condivisione l'ho infatti tradotto come un bisogno di raccontarsi all'altro, di sentirsi capiti e considerati. Altra resistenza è stata attuata nella richiesta di audio-registrare l'intervista, motivando tale avversione dalla paura che i loro racconti potessero essere ascoltati da qualcun altro che non fosse l'intervistatore. Ho dovuto più volte rassicurarli che la registrazione non venisse ascoltata da alcuna persona che non fossi io. Facendo notare le mie origini sicule, ho specificato che mi sarebbe servita per non perdere nessuna informazione fornita, poiché alcune volte il campione utilizzava degli intercalari dialettali. Inoltre, durante l'intervista ho preferito ascoltare il loro racconto mantenendo un contatto visivo e mostrare sincero interesse a ciò che dicevano piuttosto che prendere appunti e poter perdere quelle risposte non verbali inerenti ad un cambiamento di espressione od un accenno di sorriso. Infine ho notato che, a causa di deficit cognitivi droga-correlati che alcuni utenti presentavano, le domande poste sovente non venivano intuite correttamente. Difatti, in relazione alla persona oggetto di indagine, ho dovuto ri-calibrare lo stile di intervista e la formulazione delle domande, in modo da poter andare “in contro” alle loro esigenze.

Nella esposizione dei tre *case study* innanzitutto si presenterà una breve descrizione delle variabili indipendenti del campione ovvero i dati socio-demografici, quali le loro informazioni personali (età, titolo di studio, stato civile, condizione abitativa), e la loro storia tossicomana. Successivamente verranno analizzati e contestualizzati i risultati derivanti dalla somministrazione dei questionari e delle

interviste semi-strutturate. Verranno quindi commentati i risultati relativi al questionario sulla loro qualità della vita e al questionario delle loro schede di rete. Nello specifico, riferendoci all'area di indagine relativa alle loro reti sociali, è stata mostrata al campione la rappresentazione grafica delle loro schede di rete associata ad un'intervista semi-strutturata riguardante i cambiamenti avvenuti in quest'ultima e la valutazione, secondo la loro percezione, del Servizio di accompagnamento.

- *Il caso di A.B.*

Il signor A.B. è un uomo di 55 anni, è celibe, ha conseguito la licenza media, vive da solo in un alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP)¹².

Riguardo la sua storia tossicomana, l'utente ha fatto uso di diverse sostanze legali e illegali, ma l'eroina sniffata ed endovena come uso primario e con una frequenza giornaliera. L'età di prima assunzione delle sostanze è avvenuta intorno ai 22 anni, il primo trattamento di carattere ambulatoriale e residenziale è avvenuto a 25 anni, mentre il periodo più lungo di astensione dalle sostanze è di quattro anni.

Come terapia farmacologia assume il metadone.

Inoltre la sua situazione clinica risulta abbastanza compromessa soprattutto dal punto di vista motorio.

Tra i tre casi presentati questo è stato il meno collaborativo.

Durante l'intervista erano presenti un operatore del Servizio di accompagnamento, un assistente sociale del Serd e un assistente sociale delle politiche abitative.

Il signore aveva ricevuto la notizia di dover lasciare la sua abitazione per via dei lavori di ristrutturazione e bonifica del palazzo, quindi doveva trasferirsi in un altro contesto, cambiando quartiere e modificando di conseguenza le proprie abitudini che con difficoltà e perseveranza aveva costruito. Questo aveva turbato non poco la persona, che si mostrava fin da subito nervosa e infastidita. L'utente era palesemente contrario a questi cambiamenti e più volte ha affermato che non si sentiva abbastanza supportato dai i servizi e che quest'ultimi non stavano effettivamente tenendo conto dei suoi bisogni e delle sue necessità. Secondo la mia percezione il signore non è riuscito a scindere il mio ruolo da quello degli altri

¹² Gli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) sono abitazioni di proprietà pubblica destinati all'assistenza abitativa, ovvero concesse in affitto a persone o famiglie che versano in una condizione di bisogno.

professionisti presenti, attuando una resistenza all'intervista ed utilizzando quest'ultima come segno di protesta e non accettazione della situazione che gli si presentava/imponeva. Infatti suppongo che il suo stato d'animo abbia in qualche modo influenzato le risposte all'intervista.

Riferendoci alla qualità della vita, nella tabella 2 sono riportati i risultati relativi alla prima intervista e all'intervista di *follow up*.

Tabella 2- La qualità della vita dell'utente A.B. al tempo T0 e al tempo T1

QUALITÀ DELLA VITA		
MEDIA		
(PUNTEGGIO MASSIMO 5 = 1 molto insoddisfatto / 5 molto soddisfatto*)		
	FASE 1 (GIUGNO 2021)	FOLLOW UP (OTTOBRE 2022)
QUALITÀ DELLA VITA GENERALE	3,1	1,5
AREA FISICA	3	2,1
AREA PSICOLOGICA	3,3	1,7
AREA DEI RAPPORTI SOCIALI	2,7	1
AREA AMBIENTALE	2,8	1

[*sono stati attribuiti i valori: 1= molto insoddisfatto; 2=insoddisfatto; 3= né soddisfatto né insoddisfatto; 4= soddisfatto; 5= molto soddisfatto. Attraverso il software SPSS sono stati calcolati i valori applicando la funzione "media"]

Si può notare come vi è un drastico peggioramento della qualità della vita secondo la percezione dell'utente (da 3,1 nella prima intervista a 1,5 nella fase di *follow-up*), soprattutto rispetto l'area psicologica (da 3,3 a 1,7), l'area dei rapporti sociali (da 2,7 a 1) e l'area ambientale (da 2,8 a 1).

La persona infatti nell'intervista di *follow up* ha risposto a quasi tutte le domande del questionario con una accezione negativa ("male-zero-per niente"), alcune volte

anche precedendo le domande e rispondendo “in automatico”. Alla mia richiesta di ulteriori delucidazioni riguardo le risposte ad alcune domande, per cercare di spronarlo a condividere e riflettere concretamente, rispondeva in modo evasivo e monosillabico. La mia percezione è stata che, data la presenza degli altri operatori durante l’intervista, l’utente rispondesse “meccanicamente” di non essere soddisfatto con lo scopo di enfatizzare la sua contrarietà e il suo malessere derivante dalla situazione presentata in principio relativa al cambiamento di abitazione.

Di conseguenza per comprendere meglio la situazione ho ritenuto opportuno indagare più a fondo. Quindi ho domandato “*prima che Lei ricevesse questa notizia, come andavano le cose?*”, ma lui risultava sempre più infastidito e ha risposto “*fino a due settimane fa stavo molto meglio, stavo bene... adesso con questa situazione della casa non lo sono più*”.

Si può pensare che questo infici l’intervista facendola risultare poco valida. Al contrario, penso che faccia emergere alcuni aspetti esplorati nei capitoli precedenti. Abbiamo visto che la qualità della vita si basa sulla percezione che il soggetto ha di ciò che lo circonda e che quindi il benessere della persona dipende da una molteplicità di variabili che entrano in gioco e che si influenzano in un rapporto che possiamo definire circolare. In questo caso, la notizia di dover cambiare abitazione e trasferirsi in un altro quartiere di Padova ha comportato nella persona uno scompenso di tutte le altre sfere che la riguardano. Possiamo supporre che per la persona sono entrati in circolo sentimenti di tristezza, inquietudine e irritabilità, che hanno comportato altri sentimenti di rassegnazione e sfiducia nei confronti dei Servizi e dei professionisti. Ciò conferma la teoria secondo cui un cambiamento, anche minimo, nelle diverse dimensioni che appartengono all’utente, può far sgretolare quell’equilibrio, che può essere definito precario, che la persona stessa è riuscita a ricreare. Il drastico peggioramento nell’area dei rapporti sociali trova corrispondenza anche nell’analisi delle schede di rete della persona.

Nella tabella 3 sono infatti riportati i risultati relativi al *network range* e le proprietà relazionali dei legami¹³ relativi alla prima intervista (tempo T0) e alla intervista di *follow up* (tempo T1).

¹³ Cfr. par. 3.3.1

Tabella 3 –Il network range e le proprietà relazionali dei legami del caso A.B.

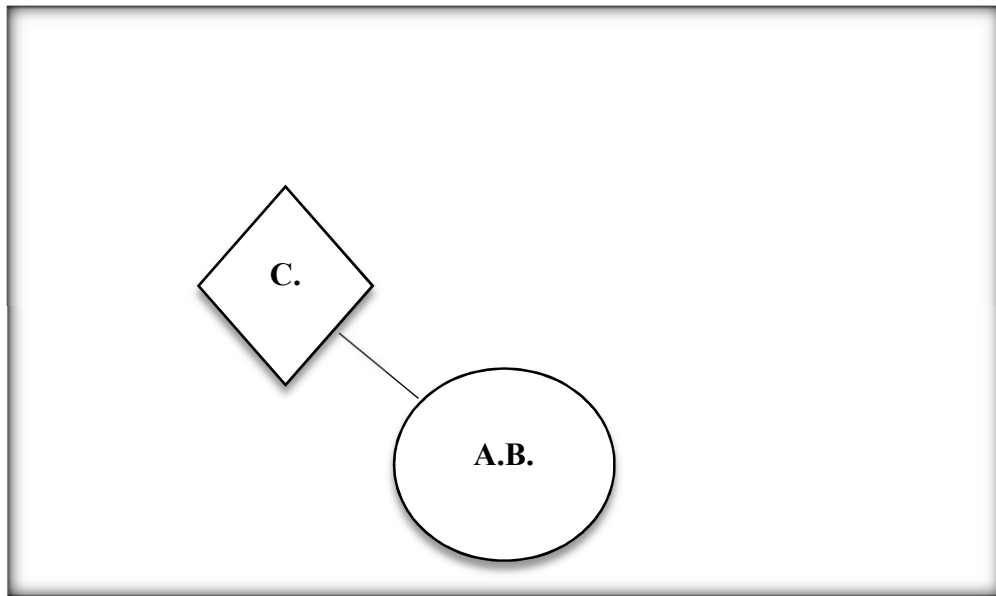
		Fase 1 (giugno 2021)	Fase follow up (ottobre 2022)
Network range (media)*	Ampiezza rete	1	1
	Densità rete	0	0
Proprietà relazionali (media)**	Vicinanza emotiva	4	2
	Frequenza comunicazione	3	2

[Attraverso il software SPSS sono stati calcolati: *ampiezza rete, ovvero il numero di alters indicati nel *name generator*; densità si è attribuito 0=no legame; 0,5=legame debole 1=legame forte. **vicinanza emotiva si sono attribuiti i seguenti valori: 1=Molto distante; 2=Abbastanza Distante; 3=Abbastanza Vicino; 4=Molto Vicino; per la frequenza di comunicazione si sono attribuiti i seguenti valori: 1=raramente; 2=settimanalmente; 3=giornalmente. In tutti i casi è stata applicata la funzione “media”]

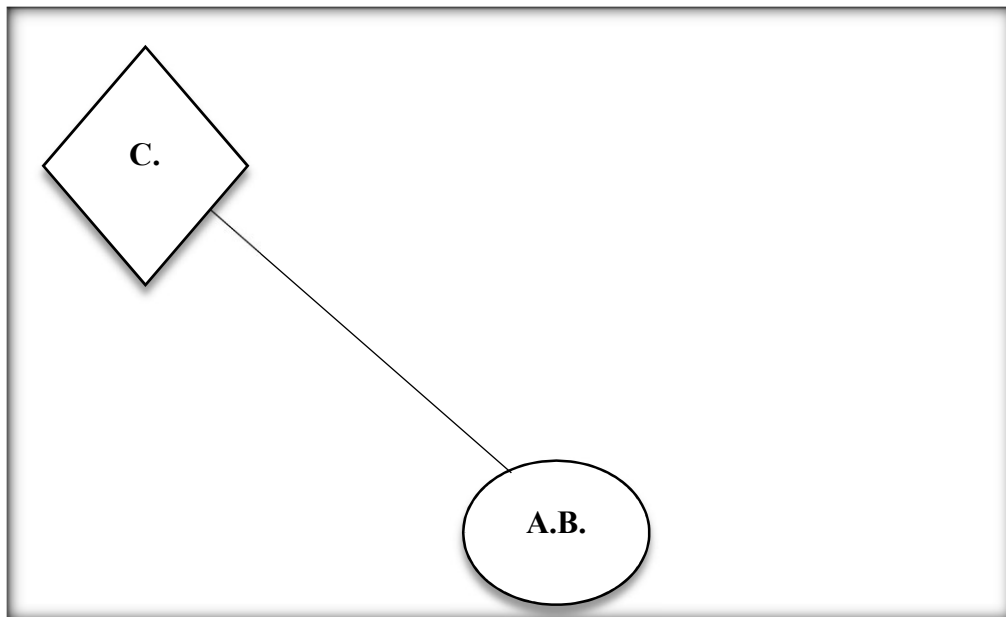
Il signor A.B. durante la prima intervista aveva indicato nel suo reticolo un solo individuo (C.) come persona significativa alla quale chiedere supporto in caso di bisogno e aiuto, definendolo un “amico”. Infatti possiamo notare che l’ampiezza della sua rete è pari a 1 e la densità della sua rete è pari a 0 in quanto non sono presenti altre persone. Intratteneva con questa persona un legame da circa un anno, si sentiva emotivamente molto vicino (4) a quest’ultima e la frequenza della comunicazione tra i due attori era giornaliera (3). Riferendoci al contenuto del loro legame, veicolavano principalmente risorse relative all’accompagnamento abitativo, all’aiuto nel ricercare informazioni, all’aiuto simbolico e alla compagnia. Come si evince dalla tabella 3, anche in questo caso si assiste ad un mutamento in negativo della situazione. Nella fase di *follow up*, a distanza di poco più di un anno dalla prima intervista, non ci sono stati miglioramenti, al contrario la relazione che A.B. intratteneva con la persona (C.) da lui indicata ha subito un allontanamento rispetto la vicinanza emotiva (da 4 a 2, ovvero abbastanza distante) e la frequenza del contatto (da 3 a 2, cioè settimanalmente).

Ciò risulta ancora più evidente se compariamo il sociogramma 1 (relativo alla prima intervista) con il sociogramma 2 (relativo all’intervista di *follow up*).

Sociogramma 1 - Rappresentazione grafica della rete sociale di A.B. nella prima intervista (giugno 2021)



Sociogramma 2 - Rappresentazione grafica della rete sociale di A.B. nella intervista di follow up (ottobre 2022)



Il signore A.B. malgrado la sua relazione abbia subito un drastico cambiamento, individua sempre C. come unica persona appartenente al proprio reticolo.

In questo caso ho ritenuto opportuno somministrare all'utente diverse domande per indagare più a fondo sul rapporto con C. e rintracciare lo stato d'animo derivante

da questo cambiamento: *come procede la relazione con C.? Può spiegare il motivo di questo allontanamento?*

Anche in questo caso l'utente è stato restio nel parlare rispondendo con poche affermazioni, quali:

“La sto chiudendo (la relazione con C.) ... lo so io il motivo, no non voglio spiegarlo... l'altro giorno è venuto a salutarmi e poi è andato via, però ormai solo questo, basta.

Successivamente ho somministrato altre domande per cercare di rintracciare i sentimenti che sono entranti in gioco: *Come la fa sentire questa cosa? Ha riflettuto sui suoi sentimenti in merito?*

L'utente ha risposto con:

“Non lo so in questo momento...non ci voglio nemmeno pensare, non solo riflettere”.

Capendo che la persona non voleva parlare di questo argomento, ho focalizzato l'attenzione sul Servizio di accompagnamento, per verificare la percezione dell'utente in merito e se questo avesse inficiato nel miglioramento della qualità della vita e delle relazioni sociali.

*“Con il servizio andava bene, quando ho bisogno gli chiedo di venire (agli operatori), con loro ho fatto tante cose... è stato fondamentale, ma non solo per me per tutti penso... nelle relazioni con gli altri non c'entra niente... i cambiamenti ci sono stati, non so...l'unico cambiamento che hanno fatto è stato romperti i co*****i dicendoti una settimana prima <<ah dovete andare via>>”.*

Quest'ultima frase conferma il mio pensiero iniziale, ovvero che il signor A.B. aveva assunto un atteggiamento provocatorio per enfatizzare il suo disappunto rispetto al cambio di abitazione.

Inoltre possiamo anche affermare che ciò trova corrispondenza nel pensiero esposto da alcuni operatori secondo cui i cambiamenti non sempre vengono percepiti dall'utenza. Molti di questi utenti, come abbiamo affermato, sono spesso emarginati ed esclusi, hanno una rete relazionale scarsa o addirittura inesistente, quindi molte volte, come sostenuto più volte dagli utenti durante le interviste, si ritrovavano a

passare le loro giornata all'interno della loro abitazione senza aver nessuno con cui parlare. Ciò ha potuto avere come conseguenza la riduzione della loro capacità di mettersi in relazione con gli altri. La presenza degli operatori nella loro quotidianità, e la conseguente relazione instaurata tra i due attori, può essere un trampolino di lancio nel riacquistare la capacità di mettersi in relazione e di comunicare con altre persone. Successivamente ho provato a richiamare l'attenzione nuovamente sul Servizio di accompagnamento, prima però ho chiesto al signore di parlarmi del suo cane, ciò mi è servito per cercare di tranquillizzarlo, metterlo a proprio agio e riuscire a creare una vicinanza. Ciò ha avuto un riscontro positivo infatti A.B. sembrava più propenso al dialogo, assumendo anche un linguaggio non verbale più rilassato:

“Il cambiamento c'è stato nel senso che loro ti danno una mano a reinserirti nella società, se no tu torni dov'eri prima, torni a fare uso di eroina, a fare uso di questo, di quello... e per me in quel senso sta andando bene... è che non trovo giusto questo discorso della casa”.

- *Il caso di C.D.*

La signora C.D. è una donna di 48 anni, è nubile, ha conseguito la licenza media, vive da sola in un alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP).

Riguardo la sua storia tossicomana, l'utente ha fatto uso di diverse sostanze legali e illegali, ma con alcool, cocaina e morfina (sniffate ed endovena) come uso primario e con una frequenza giornaliera. L'età di prima assunzione delle sostanze è avvenuta intorno ai 12 anni con l'alcool, il primo trattamento di carattere ambulatoriale e residenziale è avvenuto a 16anni, mentre il periodo più lungo di astensione dalle sostanze è di quattro mesi.

Come terapia farmacologia assume il metadone.

Inoltre rispetto alla sua situazione clinico-psico-sociale le è stata diagnosticata una doppia diagnosi con disturbo bipolare, ha difficoltà nella deambulazione e dei nuovi farmaci somministratole dal medico le provocano qualche effetto avverso come inappetenza e stanchezza.

La signora C.D. fin da subito si è mostrata disponibile al dialogo, anche se in alcuni momenti non nascondo che ho fatto non poca fatica nel seguirla, poiché spaziava da un argomento all'altro, senza che questi avessero un filo logico che li unisse.

La signora mi raccontò della sua storia di vita, del suo passato, della sua quotidianità, di cosa pensa della vita e del mondo, del suo desiderio di avere un bel rapporto con la famiglia, soprattutto con la sorella, e della sensazione di sentirsi rifiutata e non voluta bene.

Infatti in merito al rapporto con la sorella e i suoi familiari mi racconta:

“Ci sentiamo ogni 4-5 mesi. Non abbiamo un rapporto bello. Non mi dice mai “mi manchi, ti voglio bene, siamo dello stesso sangue”. Sai quante volte gli ho ripetuto che ho pianto per lei e lei se ne è sempre fregata e mi rispondeva che dovevo smetterla, che lei stava male e aveva una famiglia a cui pensare. E io come sono ridotta?! sono a pezzi [...] Questa cosa mi fa sentire triste, pensare che la mia famiglia e mia sorella non ne vogliono più sapere di me. Mi hanno abbandonato. Si può anche perdonare nella vita no?!”

Più volte durante l'intervista fa riferimento anche al burrascoso rapporto con la madre, dalla quale afferma di essersi sentita più volte rifiutata:

“Oggi ho pianto per un film [...] quando ho visto la scena che la madre toccava il figlio e il figlio si staccava dalla madre o dal padre, mi ricordava me quando io cercavo di toccare la mano di mia madre e lei diceva di non toccarla, oppure quando mi mettevo del suo letto e lei mi diceva di togliermi”

Il mancato rapporto con la famiglia sembra essere qualcosa che riecheggia spesso nei suoi pensieri e per il quale prova profonda tristezza e anche un po' di rabbia.

La signora si dimostra molto dura con sé stessa e consapevole della sua storia di vita:

“Sono insoddisfatta da sempre. Sono sempre stata alcolizzata, tossicodipendente da quando avevo 12 anni. Non faccio una bella vita, sono sempre stata fuori di casa”

*“Io mi ero disintossicata, solo che poi io sono testa di ca**o... ero diventata bella magra, solo che poi ho iniziato a bere come una spugna e mi sono un po' ingrassata”*

Inoltre nutre molta sfiducia nelle persone, e nel mondo in generale, per via delle vicende successe nel passato e il sentirsi emarginata dal resto della società:

*“Io ho sofferto troppo nella vita, ho passato 27 anni per la strada, con la neve, il vento, la pioggia. Mi alzavo con la pioggia o l’acqua alta fin sopra la testa, annegavo su un cartone e mi dovevo spostare di inverno, senza avere un cambio, solo con lo zaino o con una copertina, e aspettavo la mattina verso le 6 per andarmene perché se no la gente di guardava e alcuni davano calci perché sei considerato una me**a se sei un barbone”.*

Riferendoci alla percezione della sua qualità della vita, la signora C.D. non presenta significative modifiche nella maggior parte delle aree tematiche prese in esame (tabella 4).

Tabella 4- La qualità della vita dell’utente C.D. al tempo T0 e al tempo T1

QUALITÀ DELLA VITA		
MEDIA		
(PUNTEGGIO MASSIMO 5 = 1 molto insoddisfatto / 5 molto soddisfatto)		
	FASE 1	FOLLOW UP
	(GIUGNO 2021)	(OTTOBRE 2022)
QUALITÀ DELLA VITA GENERALE	2,9	2,8
AREA FISICA	3,3	4
AREA PSICOLOGICA	2,3	2,3
AREA DEI RAPPORTI SOCIALI	4	3,7
AREA AMBIENTALE	3,1	2,8

[*sono stati attribuiti i valori: 1= molto insoddisfatto; 2=insoddisfatto; 3= né soddisfatto né insoddisfatto; 4= soddisfatto; 5= molto soddisfatto. Attraverso il software SPSS sono stati calcolati i valori applicando la funzione “media”]

Si può notare un incremento nell’area fisica (3,3 a 4), infatti malgrado il peggioramento delle condizioni fisiche della signora, lei si mostra consapevole della sua condizione e adesso accetta di buon grado il suo corpo.

Inoltre si possono notare delle lievi diminuzioni rispetto la qualità della vita in generale (da 2,9 a 2,8), nell'area dei rapporti sociali (da 4 a 3,7) e nell'area ambientale (da 3,1 a 2,8).

Rispetto all'area dei rapporti sociali la signora ha inserito due persone nel suo reticolo (cfr. tabella 5 e sociogramma 3-4), ma afferma di sentirsi giudicata dalle persone, di aver sfiducia nel mondo e di voler ricevere maggiore sostegno dai suoi amici e dalla gente che la circonda:

*“Non c**o più sta gente. Ho capito che sono quattro galline padovane che non fanno altro che chiacchierare dietro le spalle dicendo ‘alcolizzata, drogata’”.*

“Sono giù per ora sia per tutti questi dolori che ho sia per i rapporti con la gente...vedo il telegiornale penso “ma in che mondo siamo?!” tutto sto schifo in generale... il mondo mi spaventa”

Rispetto all'area ambientale la signora afferma che le piace molto la sua abitazione ma che, non essendo al piano terra del palazzo, con il peggioramento delle sue condizioni fisiche le provoca del disagio e a volte la rende impossibilitata nel fare qualcosa, come salire in autonomia la spesa.

“Per adesso le mie condizioni fisiche sono mal messe. Ad esempio l'altro giorno dovevo andare a prendere la gattina e metterla nella cassetta mi sono resa conto che il mio braccio sinistro è malato gravemente, più di quel che pensavo...sono peggiorate da tanti mesi le mie condizioni fisiche”.

Infine nessun cambiamento per quanto riguarda l'area psicologica, in quanto il punteggio rimane invariato (2,3 nella fase 1 e 2,3 nella fase di *follow up*).

Per ciò che concerne la rete sociale dell'utente, nella tabella 5 sono riportati i risultati relativi al *network range* e le proprietà relazionali dei legami relativi alla prima intervista (tempo T0) e alla intervista di *follow up* (tempo T1).

Tabella 5 – Il network range e le proprietà relazionali dei legami del caso C.D.

		Fase 1	Fase follow up
		(giugno 2021)	(ottobre 2022)
Network range	Ampiezza rete	3	5
(media)*	Densità rete	0,7	0,6
Proprietà relazionali	Vicinanza emotiva	4	4
(media)**	Frequenza comunicazione	2	2

[Attraverso il software SPSS sono stati calcolati: *ampiezza rete, ovvero il numero di alters indicati nel *name generator*; densità si è attribuito 0=no legame; 0,5=legame debole 1=legame forte. ** vicinanza emotiva si sono attribuiti i seguenti valori: 1=Molto distante; 2=Abbastanza Distante; 3=Abbastanza Vicino; 4=Molto Vicino; per la frequenza di comunicazione si sono attribuiti i seguenti valori: 1=raramente; 2=settimanalmente; 3=giornalmente. In tutti i casi è stata applicata la funzione “media”]

Dalla tabella 5 si evince come l’ampiezza della rete della signora ha subito un lieve incremento. Nella fase 1 l’utente aveva indicato tre persone presenti nel suo reticolo, mentre nella fase di *follow up* aveva individuato altre due persone (5).

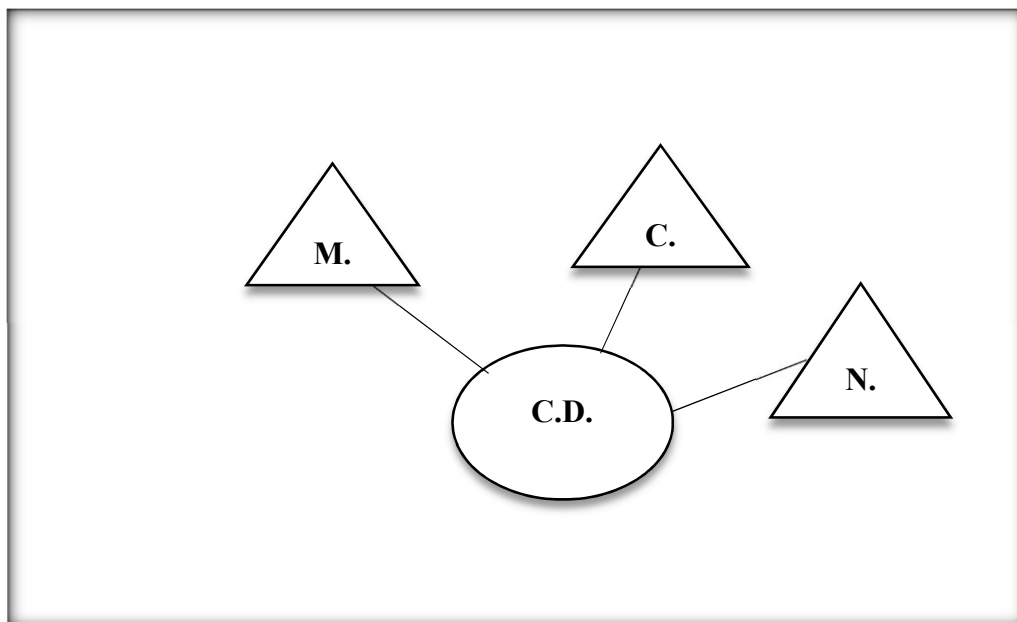
Riferendoci alla densità della rete possiamo notare una lieve diminuzione (da 0,7 a 0,6) in quanto le due persone inserite successivamente intrattengono rapporti solo tra loro e non hanno legami con il resto degli *alters* presenti nella rete.

“Un’altra persona è un mio grande amico, G., è un siciliano, ha 54 anni, e sua moglie S., hanno due figli. Siamo amici, quando i suoi figli mi vedono impazziscono perché sono spiritosa, faccio ridere. Mi tiene la bicicletta nel suo giardino con tanto di catenaccio e coperta, se no qui me la rubano”.

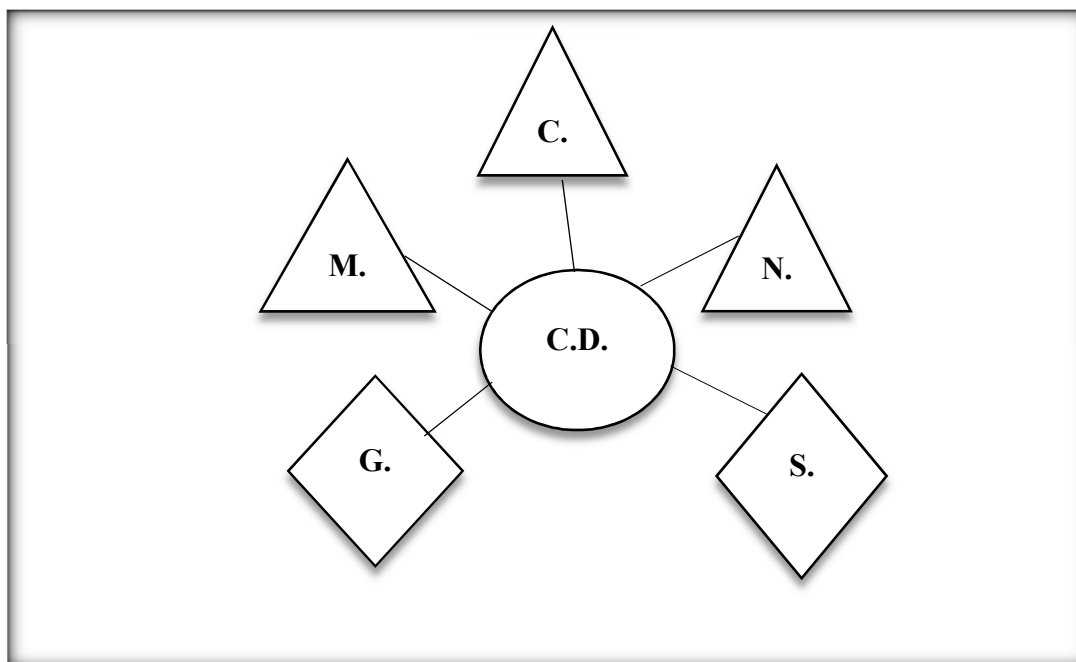
Per ciò che concerne la vicinanza emotiva e la frequenza del legame non vi sono stati cambiamenti in questo arco temporale, infatti la signora si sente emotivamente molto vicino (4) agli *alters* presenti nella sua rete, ed intrattiene una frequenza di comunicazione settimanale (2) con quest’ultimi.

L'evoluzione della rete sociale di C.D. si evidenzia maggiormente nella rappresentazione grafica di quest'ultima (cfr. sociogramma 3 – 4).

Sociogramma 3 - Rappresentazione grafica della rete sociale di C.D. nella prima intervista (giugno 2021)



Sociogramma 4 - Rappresentazione grafica della rete sociale di C.D. nella intervista di follow up (ottobre 2022)



Come si evince dalle rappresentazioni, la rete sociale di C.D. ha subito un incremento.

Rispetto alle risorse mobilitate, i due nuovi *alters* (G. ed S.) inseriti nella fase di *follow up* offrono soprattutto aiuto simbolico, aiuto nel ricevere informazioni e compagnia.

Risulta importante sottolineare che la signora ha inserito nel suo reticolo tre operatori come persone di riferimento, tra cui gli operatori della Cooperativa Terra, ovvero una infermiera (M.), un operatore (C.) e il suo amministratore di sostegno (N.).

La signora afferma infatti che gli operatori sono stati fondamentali per la risoluzione di alcune questioni, in particolar modo offrono sostegno e aiuti dal punto di vista materiale, come l'adempimento di pratiche burocratiche e amministrative, dal punto di vista dei servizi per accompagnamenti a visite sanitarie, per ricevere informazioni e anche dal punto di vista socio-relazionale per la compagnia e aiuto simbolico.

“Gli operatori sono simpatici, sono pronti ad ascoltarmi quando ne ho bisogno... sono un riferimento importante”

“Sono soddisfatta del Servizio, mi ha dato una mano nel prendermi cura di me, della mia vita... sono contenta”.

“Con N. il rapporto è buono, è migliorato. Mi sta accanto di più, mi ha comprato un telefono nuovo più bello e buono con i numeri più grandi. Ho imparato da sola (il funzionamento) e sono riuscita ad usarlo”.

- *Il caso di E.F.*

Il signor E.F. è un uomo di 48 anni, è celibe, ha conseguito la licenza media, vive con il fratello minore in un alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP).

Riguardo la sua storia tossicomana, l'utente ha fatto uso di diverse sostanze legali e illegali, ma l'eroina endovena come uso primario e con una frequenza giornaliera. L'età di prima assunzione delle sostanze è avvenuta intorno ai 13 anni, il primo trattamento di carattere ambulatoriale e residenziale è avvenuto a 16 anni, mentre il periodo più lungo di astensione dalle sostanze è di 9 mesi.

Come terapia farmacologia assume il metadone.

Inoltre la sua situazione clinica risulta abbastanza compromessa soprattutto dal punto di vista neuro-cognitivo e motorio. La compromissione del sistema nervoso è stata infatti causata da uno stato comatoso temporaneo in cui versava l'utente.

Il signore E.F. è stato molto collaborativo, in quanto oltre a rispondere alle domande ha approfondito alcune tematiche o alcuni particolari in modo da farmi comprendere meglio il suo punto di vista e i suoi sentimenti.

Fin da subito dimostra molto sconforto rispetto i risvolti della sua vita e come l'uso di sostanze abbia influito su quest'ultima e sui rapporti sociali.

“L'uso di sostanze ha influenzato i miei legami... si cercano persone con lo stesso stile di vita[...] non ho più amici”.

"La mia vita non ce l'ha più un significato...mi alzo la mattina e la prima cosa che penso è come tagliarmi le vene”.

Il signore E.F. si mostra molto critico con sé stesso, non accetta il suo aspetto esteriore e non è soddisfatto delle sue condizioni, sia sociali che economiche. Uno dei suoi desideri, ripetuto più volte durante l'intervista, è quello di sentirsi amato e di avere una compagna con cui condividere la vita.

“(rispetto le sue relazioni e il suo aspetto esteriore) Io mi sono sempre sentito bene con me stesso, però se gli altri mi... quando qualcuno mi intralcia io...purtroppo nella vita bisogna vivere con gli altri e io quando uno mi intralcia sicuramente non riesco... prima mi curavo di più”.

“Ho sempre il confronto di come ero una volta, di come ero prima di tutto questo. Prima se mi impegnavo un po' riuscivo a trovarmi una ragazza, adesso no.....Sono sempre da solo, magari trovare qualcuno che mi desse compagnia, che mi vuole bene”.

Inoltre afferma di avere la sensazione di non sentirsi accettato e capito dalle persone che lo circondano e dalla società in generale. Mi confida di sentirsi sempre giudicato e/o accusato dalle persone e che, pur volendo creare una rete amicale, non riesce in questo intento.

“Sembra che tutti ce l'hanno con me”.

“Sembra che non vedono l’ora che sbaglio e vado a farmi. Pur per avere ragione volevano che andassi a farmi o trovare una siringa per casa. Mi sento sempre accusato, non solo su questo ma in qualsiasi cosa. Loro non capiscono quello che ho passato”.

I sentimenti che emergono da quanto enunciato dall’utente fino ad adesso trovano riscontro nel punteggio ottenuto nelle diverse aree del questionario sulla valutazione della qualità della vita (tabella 6).

Tabella 6- La qualità della vita dell’utente E.F. al tempo T0 e al tempo T1

QUALITÀ DELLA VITA		
MEDIA		
(PUNTEGGIO MASSIMO 5 = 1 molto insoddisfatto / 5 molto soddisfatto)		
	FASE 1 (MARZO 2022)	FOLLOW UP (OTTOBRE 2022)
QUALITÀ DELLA VITA GENERALE	2,2	1,8
AREA FISICA	2,9	2,3
AREA PSICOLOGICA	2,8	2,5
AREA DEI RAPPORTI SOCIALI	1,7	1,7
AREA AMBIENTALE	2,4	1,5

[*sono stati attribuiti i valori: 1= molto insoddisfatto; 2=insoddisfatto; 3= né soddisfatto né insoddisfatto; 4= soddisfatto; 5= molto soddisfatto. Attraverso il software SPSS sono stati calcolati i valori applicando la funzione “media”]

Possiamo individuare dei cambiamenti in negativo in quasi tutte le aree di indagine. La variazione più evidente riguarda l’area ambientale (da 2,4 a 1,5), ovvero da insoddisfatto a molto insoddisfatto. Il signore, come abbiamo visto, vive con il fratello minore. Il rapporto con quest’ultimo era tutt’altro che solido e nell’ultimo periodo è peggiorato.

“La casa diciamo che non è pulita, mio fratello non mi aiuta a fare niente. Io faccio quello che posso... io mi alzo, metti che devo lavare per terra, mettere a posto un po' la casa... ma dopo mezz'ora sono k.o. sono stanco”.

Le altre aree hanno subito delle lievi modifiche in negativo.

Rispetto l'area fisica (da 2,9 a 2,3) e l'area psicologica (da 2,8 a 2,5) il paziente prima era né soddisfatto né insoddisfatto, adesso per via del peggioramento delle sue condizioni cliniche e fisiche afferma di essere insoddisfatto, in quanto vorrebbe poter fare qualche attività di svago e non passare tanto tempo a casa.

“Da quando sono stato in coma mi sono perso tante cose... io vorrei fare di più, Gioco con la playstation, scarico qualcosa sul telefonino...non vorrei passare tanto tempo in casa”.

Per ciò che concerne l'area dei rapporti sociali non c'è stata alcuna variazione (1,7 e 1,7). Il signore risulta sempre insoddisfatto riferendosi alla sua rete relazionale. Vorrebbe migliorare il rapporto con il fratello ma quest'ultimo risulta disinteressato e poco presente nella vita del paziente, pur convivendo.

Questo aspetto trova una migliore rappresentazione nella tabella 7 e nei sociogrammi 5 – 6.

Tabella 7 – Il network range e le proprietà relazionali dei legami del caso E.F.

		Fase 1 (marzo 2022)	Fase follow up (ottobre 2022)
Network range (media)*	Ampiezza rete	3	2
	Densità rete	0,8	0,5
Proprietà relazionali (media)**	Vicinanza emotiva	2,7	1
	Frequenza comunicazione	2	1,4

[Attraverso il software SPSS sono stati calcolati: *ampiezza rete, ovvero il numero di alters indicati nel *name generator*; densità si è attribuito 0=no legame; 0,5= legame debole 1=legame forte. ** vicinanza emotiva si sono attribuiti i seguenti valori: 1=Molto distante; 2=Abbastanza Distante; 3=Abbastanza Vicino; 4=Molto Vicino; per la frequenza di comunicazione si sono attribuiti i seguenti valori: 1=raramente; 2=settimanalmente; 3=giornalmente. In tutti i casi è stata applicata la funzione “media”]

La rete del signore E.F. ha un'ampiezza di 3 in quanto nella prima intervista ha individuato tre *alters* nel *name generator*, ovvero il fratello (C.), la sorella (G.) e l'operatore (C.).

La densità è pari a 0,8 in quanto il legame tra fratello C. e sorella G. risulta molto elevata, l'operatore C. non intrattiene nessun legame con gli altri *alters*.

Rispetto alle risorse veicolate all'interno della relazione tra *ego* e *alters*, il fratello e la sorella offrivano soprattutto aiuto simbolico, aiuto nei servizi, aiuto nella gestione economica, aiuto per ricevere informazioni; la sorella offriva anche compagnia. L'operatore (C.) offriva soprattutto aiuto in servizi, aiuto nella gestione economica, aiuto per ricevere informazioni, aiuto simbolico e compagnia.

Nell'arco temporale di circa 8 mesi (dalla intervista della fase 1 alla intervista della fase di *follow up*) è avvenuto un cambiamento in queste due aree.

Infatti l'ampiezza della rete è pari a 2 poiché l'utente ha escluso uno degli *alters* indicati nella intervista precedente (cfr. sociogramma 6), e la relazione tra i due *alters* restanti risulta debole (densità 0,5).

Un cambiamento considerevole riguarda la vicinanza emotiva (da 2,7 a 1) e la frequenza della comunicazione (da 2 a 1,4) tra *ego* e gli *alters*.

Infatti, come abbiamo precedentemente accennato, la relazione con il fratello (C.) e la sorella (G.) è peggiorata. L'utente prima si sentiva emotivamente abbastanza vicino a loro ma adesso, non sentendosi compreso, afferma di sentirsi molto distante.

“Finché vivo con certa gente è impossibile...mio fratello è insopportabile adesso si è messa anche mia sorella”

“Se te ti alzi la mattina e ti trovi davanti uno che ti offende...cioè...è difficile vivere”

“È sempre chiuso nella sua stanza (il fratello), io ho anche problemi gravi e lui non se ne accorge. Io non so mai con chi parlare”.

Rispetto al rapporto con l'operatore (C.) il signore E.F. ha affermato di non aver più avuto nessun rapporto con lui e non ha voluto approfondire ulteriormente.

Inoltre, per quanto riguarda la sua valutazione del servizio, afferma che il servizio non ha apportato alcun aiuto, cambiamento o miglioramento nella sua situazione.

“L’operatore C. non l’ho più sentito”.

“Il servizio non mi è servito. Non c’è stato un cambiamento, proprio niente”.

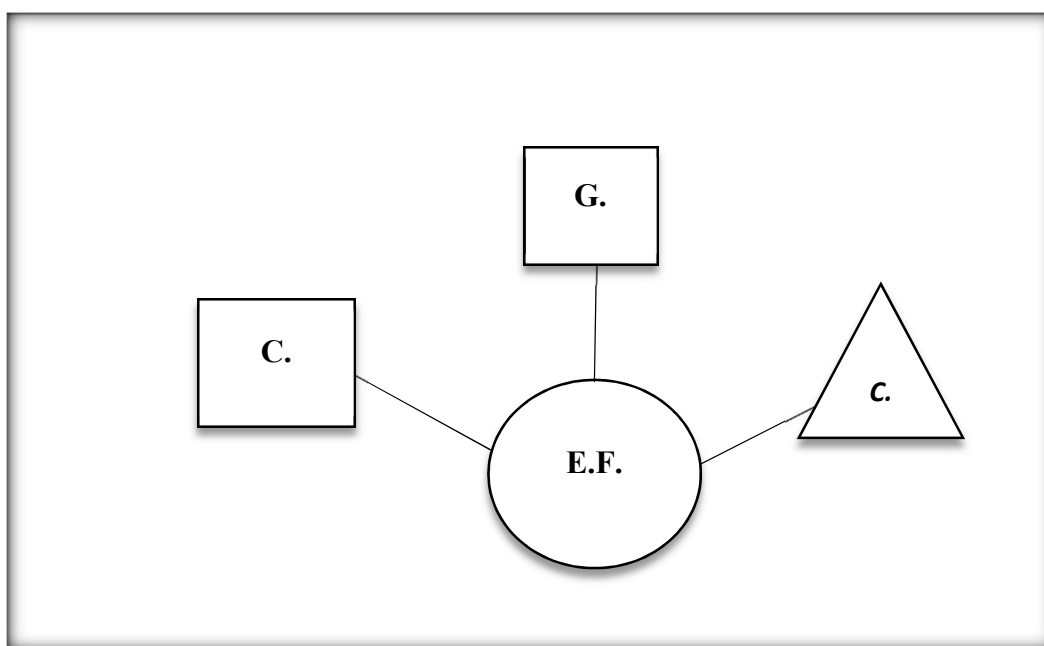
Volendo approfondire meglio l’argomento ho posto un’ulteriore domanda, la quale mirava ad individuare le aspettative del signore rispetto agli aiuti forniti dalla sua rete: *“cosa avrebbe voluto che gli altri facessero per aiutarla?”.*

Il signore, secondo la mia percezione, attraverso il linguaggio non verbale del corpo e le espressioni facciali ha mostrato sincera frustrazione e dispiacere, e dopo un lungo sospiro ha affermato:

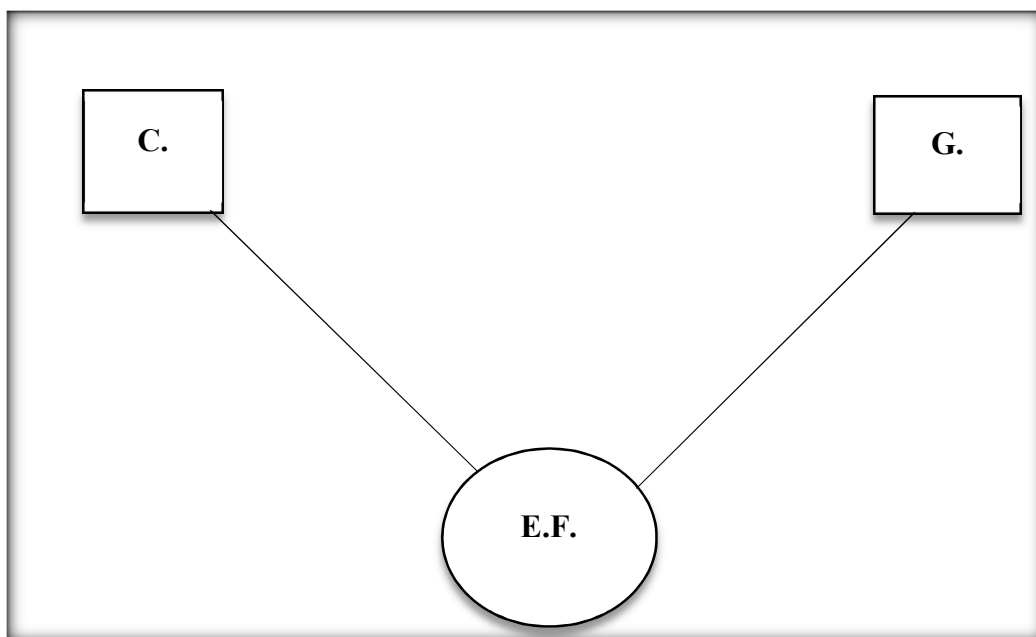
“A credere in me, a credere che io sto facendo qualcosa, avere più fiducia, comprensione e supporto da parte della mia famiglia”

I sociogrammi forniscono una rappresentazione visiva delle modifiche avvenute nella rete del signor E.F., così da comprenderne meglio il cambiamento.

Sociogramma 5 - Rappresentazione grafica della rete sociale di E.F. nella prima intervista (marzo 2022)



Sociogramma 6 - Rappresentazione grafica della rete sociale di E.F. nella intervista di follow up (ottobre 2022)



Rispetto alle sue relazioni il signor E.F. afferma:

“Io ho avuto tanti amici e ho perso tanti amici. Tanti si sono suicidati, tanti sono morti... Ho perso una ragazza che è morta... Là però era diverso perché se mio fratello iniziava a litigare io preferivo andare con i miei amici. Adesso mi tocca stare a casa”.

“Non sono soddisfatto delle mie relazioni, vorrei più compagnia”.

Alla luce dei risultati derivanti dai *case study* presi in esame possiamo affermare che due dei tre utenti presi in considerazione identificano il Servizio di accompagnamento come funzionale al miglioramento della loro autonomia, ma pare non vi siano effetti evidenti sulla dimensione relazionale.

Si è visto come il campione il più delle volte abbia difficoltà a relazionarsi con altre persone nonostante avverta il desiderio di intrattenere nuove relazioni o migliorare/rafforzare le relazioni “sane” esistenti, pensiamo ad esempio alla relazione di C.D. con la sorella o di E.F. con il fratello.

Inoltre si evince come la maggior parte del campione di utenti riponga poca fiducia e sconforto nelle persone che li circondano, nella società e più in generale nel mondo. Dai loro “sentiti” emerge la consapevolezza di voler migliorare le loro

condizioni sociali e relazionali, non volendo più ricadere nell'uso di sostanze e non voler più intrattenere relazioni con persone che possono indurli in comportamenti poco salutari e illegali. D'altro canto, questa consapevolezza è accompagnata dalla sensazione di fragilità e paura nel "fallire" nuovamente e reiterare in quella *routine* malsana per sé stessi e, di riflesso, per le relazioni che si possono instaurare.

"Con l'alcol non ho deciso di chiudere totalmente... io ho paura di ricaderci, di solito duro due mesi e poi ricomincio a bere...con l'alcol non sono per niente sicura" (caso C.D.)

"Alcuni sono molto falsi con me... mi hanno indotta a fare uso di eroina, avevo fatto un piacere al fidanzato di una mia conoscente e me l'hanno regalata, ma non mi è piaciuta. Questa secondo me non è amicizia. Cerco relazioni basate sulla fiducia e sulla comprensione" (caso C.D.)

"Devi fare una scelta, oppure te li tieni (gli amici e i conoscenti) saluti e basta e vai. È difficile lasciare anche la compagnia o averne. È difficile avere la compagnia giusta" (caso A.B.)

"Se anche vado a fare un giro trovo sempre le solite persone ed è facile ricaderci e io non voglio. È molto difficile rientrare nella società. Tutti hanno una doppia faccia" (caso A.B.)

Nei precedenti capitoli abbiamo visto come il contesto sociale e relazionale della persona influisca nell'uso di sostanze e/o nello sviluppo della dipendenza.

Dai racconti degli utenti esposti in questo paragrafo si evince come le loro reti ricoprono un ruolo fondamentale e cruciale nella loro vita, malgrado ciò risultano particolarmente ristrette, precarie e a volte disfunzionali.

La ricerca evidenzia però come il servizio di accompagnamento non abbia avuto una particolare incidenza sulla dimensione relazionale dell'utente, la quale risulta molto importante nel percorso di cura e riabilitazione intrapreso dalla persona.

Per colmare questa "lacuna" risulterebbe utile attivare un servizio od intervento parallelo al Servizio di accompagnamento che miri alla costruzione e/o rafforzamento delle reti sociali e relazionali degli utenti.

In quest'ottica possiamo fare riferimento al paradigma della *Social Network Analysis*, la quale prevede molteplici programmi di intervento *network-oriented* per la costruzione di reti di supporto solide indirizzati a soggetti con disturbo da uso e abuso di sostanze.

Come afferma Panebianco (2019) tra i diversi modelli enunciati dal paradigma possiamo fare riferimento al *Social Behaviour and Network Therapy* e al *Prevention and social rehabilitation program*.

Secondo l'autrice, il primo modello ha l'obiettivo di far acquisire all'utente competenze sociali specifiche finalizzate allo sviluppo e alla promozione di supporto sociale, costruendo e consolidando la rete sociale del soggetto per favorire un cambiamento che miri al raggiungimento della condizione di astinenza e moderazione nell'uso di sostanze. La peculiarità di questo modello risiede nell'adattamento di quest'ultimo alle diverse esigenze della persona che vi partecipa. Dato che la condizione di dipendenza può aver inficiato e corrosato le relazioni della persona, nella *network session* uno degli scopi può essere la creazione di una rete di supporto sociale per coloro che non hanno connessioni con altri *alter*, includendo un membro iniziale così da far uscire la persona dallo stato di isolamento in cui versava, creando quindi dei nuovi collegamenti e fornendo delle strategie di *coping* (Panebianco, 2019).

Il modello della *Prevention and social rehabilitation program* si pone l'obiettivo modificare la struttura e la composizione della rete sociale della persona che vi partecipa favorendo l'accesso al supporto sociale. Lo scopo è quello di fornire il soggetto del possesso di capitale sociale relazionale in modo da aiutarlo ad evitare il rischio di sviluppare una dipendenza dalle istituzioni che lo hanno avuto in carico e promuovere la sua connessione a *cluster* diversi da quello di appartenenza. Tra gli obiettivi che il modello si propone possiamo individuare quello di colmare i deficit della rete di supporto personale, attraverso il lavoro sulla paura del rifiuto che il soggetto vive lavorando sulla sua autostima e diminuendo lo stress che può derivare da situazioni sociali nuove, e focalizzarsi sulla motivazione a voler impegnarsi in una vita senza le sostanze (Panebianco, 2019).

Altro aspetto che emerge dai dati presentati e che occorre evidenziare riguarda una certa discrepanza tra il punto di vista degli operatori e quello degli utenti nella valutazione del servizio.

Difatti, mentre i primi hanno manifestato una piena soddisfazione nella valutazione del servizio e negli obiettivi raggiunti, gli utenti intervistati, pur avendo valutato il servizio positivamente, dai loro racconti non traspare un evidente soddisfacimento di quest'ultimi sui cambiamenti avuti.

Queste differenti percezioni possono trovare giustificazione nel fatto che, a distanza di solo un anno dalla fruizione del servizio, i cambiamenti avvenuti possono essere "minimi" e l'utenza può non percepire quest'ultimi in quanto possono essere incardinati nella quotidianità della persona diventando "prassi" e non più eccezione, sfociando nell'abitudine.

Per colmare questo divario tra le diverse percezioni, potrebbe essere valido creare, all'interno dei colloqui già predisposti dal programma, dei momenti di rielaborazione tra l'assistente sociale e l'utente che mirino maggiormente all'analisi della sua percezione riguardo la propria persona e la propria vita invece che alla valutazione dei cambiamenti veri e propri posti in essere, qualora lo stesso risulti poco consapevole dei suoi progressi.

CONCLUSIONI

Questo elaborato affronta il tema del disturbo da uso e abuso di sostanze, soffermando l'attenzione sui servizi di riabilitazione e di cura dei soggetti cronici o lungo assistiti, i quali sovente presentano alcune lacune come l'ancoraggio ai "vecchi" bisogni degli utenti e poco concordi alle loro evoluzioni e necessità.

In quest'ottica è risultato interessante un nuovo servizio educativo sperimentale elaborato dal Serd di Padova e posto in essere dalla Cooperativa Terra, ovvero il *Servizio di sostegno alla vita indipendente e all'abitare*, il cui scopo è quello di aumentare l'autonomia, l'auto-efficacia e le abilità residue degli utenti fruitori.

Il recupero delle capacità residue dell'utente da un lato aiuterebbe la persona a sviluppare una propria autonomia e responsabilità, rendendosi "protagonista" e non semplice "comparsa" nella sua vita, trovando sempre nei servizi regia, sostegno e supporto. D'altro canto ciò aiuterebbe di conseguenza anche i professionisti dei servizi in quanto, oberati di lavoro, risulterebbero sempre un riferimento per questa fascia di utenza, ma avrebbero la possibilità di utilizzare le proprie energie e risorse in altre progettualità.

Di conseguenza si è deciso di attuare una ricerca qualitativa e quantitativa per analizzare l'efficacia e l'efficienza del Servizio in esame, e poter dare una valutazione *in itinere* dei risvolti avuti a distanza di circa un anno dalla sua attivazione. Nello specifico la ricerca ha attenzionato soprattutto il punto di vista degli operatori domiciliari e degli assistenti sociali del Serd. Attraverso la somministrazione di una intervista semi-strutturata si è tentato di analizzare la loro percezione sull'andamento del Servizio, esaminando soprattutto due aspetti, quali i cambiamenti rilevati nell'utenza e lo sviluppo del servizio. Successivamente, con la finalità di avere una visione quanto più globale e completa del Servizio, si è presa in considerazione la percezione dell'utenza.

Attraverso la presentazione di *case study* di tre utenti, si è cercato di analizzare la loro percezione della qualità della vita e della loro rete-sociale e se la fruizione del Servizio abbia potuto contribuire al miglioramento di quest'ultime. Abbiamo visto come la qualità della vita dipenda da una molteplicità di variabili e non rimandi soltanto all'assenza di malattia o al benessere fisico. Influiscono infatti tutte le altre

sfere dell'individuo e un cambiamento, anche minimo, in un ambito specifico può apportare delle modifiche, in positivo o in negativo, nella qualità di vita della persona.

Uno di questi ambiti è sicuramente quello sociale, nel quale rientrano le relazioni dell'individuo, il suo "sentirsi" nel mondo.

Consapevoli che le relazioni siano un elemento fondamentale per l'individuo nella sua globalità, oltre alla somministrazione agli utenti del *WHOQOL-breve* per valutare la loro percezione della qualità della vita, si è deciso di ricorrere al *framework* della *Social Network Analysis* (SNA) per analizzare i legami di *ego* con gli *alter* e come questi influiscano sull'individuo.

Dai dati ottenuti e dai conseguenti risultati si evince come il Servizio di accompagnamento generalmente apporti un contributo significativo riguardo il processo di sviluppo ed implementazione dell'autonomia e delle capacità residue dell'individuo.

Gli attori erogatori del Servizio, ovvero gli operatori domiciliari e gli assistenti sociali, sostengono l'importanza del suddetto affermando di aver individuato negli utenti un ampliamento della consapevolezza rispetto la propria auto-efficacia e le proprie risorse intrinseche.

Difatti auspicano la possibilità che il suddetto servizio possa essere incardinato all'interno dell'operatività dei servizi, con il conseguente aumento quantitativo del bacino di utenza che ne usufruisce e con un finanziamento più stabile.

Quei cambiamenti rilevati, seppur possono sembrare minimi, in realtà contribuiscono notevolmente al miglioramento delle condizioni dell'utente che, capace di adempiere ad una pratica o sapere re-interagire con le persone che lo circondano, aumenta la sua autostima e migliora la propria percezione di sé.

Nello specifico, gli utenti che terminano un progetto all'interno di un servizio residenziale e si ritrovano ad avere una abitazione, soprattutto dopo molto tempo, possono provare sentimenti di solitudine.

Quest'ultimi passano infatti da una situazione in cui si è a contatto e in relazione con una molteplicità di individui (utenti stessi ed operatori e professionisti) ad un contesto in cui ci si ritrova da soli nella quotidianità e nella gestione degli ambienti.

Ciò può portare uno scompenso non indifferente nell'utente, che può non sapere gestire le nuove dinamiche che gli si presentano.

Avere il supporto di un operatore e la sua presenza nella quotidianità dell'utente, aiuta quest'ultimo a capire di non essere solo e di poter riprendere le redini della propria vita, imparando, se capita sbagliando, ma imparando di nuovo, senza arrendersi.

Infatti come elemento fondamentale per la riuscita del progetto e il raggiungimento degli obiettivi, e richiamato più volte dal campione durante le interviste, è proprio la "relazione", l'esserci dell'operatore.

“Il servizio assicura un affiancamento non continuativo alla persona, magari saltuario, che però lo aiuta ad avere la sicurezza che determinate cose saranno in grado di poterle gestire, magari non completamente in autonomia ma con un supporto” (Operatore)

“La presenza nel far vedere e percepire all'utente che non è solo, e che non deve gestire alcune cose da solo...se c'è la paura di sbagliare magari l'utente evita di andare a fare le visite mediche, di pagare le bollette, magari non sa gestire l'economia domestica, oppure non tiene pulita la casa perché non c'è nessuno da ospitare o nessuno che va a trovarlo” (Operatore)

Nonostante ciò, gli intervistati hanno individuato anche dei possibili limiti in cui l'utenza può incorrere nella fruizione del Servizio. Tra questi vi è la percezione del Servizio come un controllo più che un supporto e il bisogno affettivo-relazionale non pienamente soddisfatto.

Per ciò che concerne il primo aspetto, ovvero la percezione del servizio come un controllo, risulterebbe utile instaurare dei momenti con l'assistente sociale del Serd per indagare più a fondo la percezione dell'utente rispetto il Servizio di accompagnamento ed i cambiamenti avvenuti.

Ciò da un lato migliorerebbe la comprensione da parte dell'utente che il Servizio non funge da controllo, bensì da “bastone” per guidarlo nello sviluppo della sua autonomia. Dall'altro lato ciò potrebbe colmare la discrepanza tra il punto di vista dell'utente e quello dell'operatore rispetto la valutazione del servizio, in quanto

aiuterebbe l'utente a prendere maggiore consapevolezza dei propri sviluppi e progressi.

L'assistente sociale infatti funge da ponte tra la persona e i servizi del territorio e, in questo contesto, ricopre la figura di regia. In alcune circostanze però gli utenti con alle spalle diversi progetti terapeutici non andati a buon fine possono identificarla come un mero intermediario dei servizi pubblici e non come figura professionale importante nella loro presa in carico. Difatti il professionista, conoscendo la storia personale e tossicomantica della persona, può individuare alcuni cambiamenti poco evidenti ma ugualmente importanti. Di conseguenza, risulta la figura più idonea per far comprendere alla persona gli sviluppi avvenuti o meno nella sfera di vita di quest'ultima.

In questa ottica, il momento instaurato con l'utenza per la rielaborazione dell'esperienza inficerebbe positivamente anche nella relazione di fiducia tra il professionista assistente sociale e l'utente, diminuendo le possibili resistenze poste in essere da quest'ultimo.

Rispetto al bisogno affettivo-relazionale non pienamente soddisfatto, trova anche riscontro nell'enunciato dell'utenza, la quale sottolinea il bisogno di relazionarsi con altre persone e il desiderio di instaurare relazioni sane e durevoli, ma soprattutto non disfunzionali.

Difatti per ciò che concerne il punto di vista degli utenti i risultati ottenuti mostrano una soddisfazione generale per ciò che concerne il Servizio di accompagnamento.

Due utenti su tre intervistati hanno definito quest'ultimo un punto di riferimento e lo hanno valutato come funzionale alle loro esigenze e necessità, poiché fornisce gli strumenti e il supporto necessario affinché le condizioni di vita della persona migliorino. Malgrado ciò dai risultati emerge come il servizio non incida

notevolmente sulla creazione e sul rafforzamento delle reti sociali della persona, le quali risultano però fondamentali e di vitale importanza per il benessere generale.

Rispetto alla qualità della vita e le reti sociali degli utenti è utile sottolineare che le risposte ai questionari e i conseguenti punteggi sono frutto unicamente dell'auto-percezione degli intervistati.

Percezione che, come abbiamo visto, può modificarsi in qualsiasi momento e in corrispondenza di un qualsiasi cambiamento apportato nella vita dell'individuo.

Un esempio è il caso del signor A.B. che, conseguentemente la notizia di dover cambiare dimora, ha valutato negativamente l'intera qualità della sua vita e delle sue reti sociali.

Abbiamo anche notato come vi è una correlazione tra la qualità di vita e la rete sociale dell'individuo, un esempio è il caso del signor E.F.

L'utente, oltre ad aver valutato negativamente il Servizio di accompagnamento come per niente funzionale al miglioramento della sua situazione socio-relazionale, afferma di soffrire molto la solitudine e non essere soddisfatto della sua vita, avvertendo il desiderio di costruire una rete relazionale più sana e solida, con le persone presenti all'interno del suo reticolo ma anche con delle nuove.

Questo desiderio ha quindi delle ripercussioni nelle altre aree dell'utente che, scoraggiato, ha giudicato la sua vita “*senza senso*”.

In merito a questo ho notato che tutti e tre i casi presentati malgrado il loro desiderio di intrattenere rapporti e creare legami, siano incardinati o “bloccati” in una situazione di marginalità sociale derivante dalla sfiducia che essi ripongono nella società e nei servizi.

Come descritto nel paragrafo 3.4.2 per ovviare a tale mancanza e favorire il reinserimento sociale risulterebbe utile fare riferimento al paradigma della *Social Network Analysis* ponendo in essere degli interventi *network-oriented*, aventi lo scopo di implementare e rafforzare le reti sociali e relazionali degli utenti.

Tra i vari interventi si sono attenzionati soprattutto due modelli quali il *Social Behaviour and Network Therapy* e il *Prevention and social rehabilitation program*. Inoltre un ulteriore servizio od intervento da poter attivare per aumentare l'autonomia della persona e il suo adattamento nel nuovo contesto sociale di residenza riguarda l'educazione e il supporto alla socialità e all'integrazione nei nuovi territori, ovvero aiutare le persone ad ambientarsi nel nuovo contesto sociale e territoriale in cui si ritrovano.

In conclusione, in relazione ai dati esposti nel terzo capitolo di questa disamina, posso affermare che il *Servizio di sostegno alla vita indipendente e all'abitare*, soprattutto di fronte alla cronicità e nell'ottica di una guarigione completa non sempre auspicabile, possa essere un buon strumento di presa in carico dell'utenza per lo sviluppo della sua autonomia e delle capacità residue. Inoltre, con

l'implementazione di ulteriori interventi e/o servizi, potrebbe aiutare quest'ultima ad uscire dalle situazioni di marginalità sociale in cui sovente si ritrova e, grazie all'iniziale presenza degli operatori, si possa riuscire a ricostruire una rete sociale che supporti l'utente non solo nello sviluppo del suo empowerment e dell'auto-efficacia ma anche nel suo reinserimento nel contesto sociale e territoriale.

Difatti, i risultati ottenuti dalla ricerca posta in essere comprovano i risultati degli studi e delle ricerche scientifiche precedenti riguardo l'importanza della rete sociale e relazionale nel supporto alla persona con disturbo da uso o abuso di sostanza e come questa influisca, positivamente o negativamente, sulle ricadute nell'uso della sostanza e sulla qualità della vita dell'utente.

È bene sottolineare che, consapevole dell'esiguità del campione, i risultati non siano generalizzabili e rappresentativi dell'intera popolazione che afferisce al Servizio e, come si è più volte specificato, questa ricerca mira a fornire una valutazione *in itinere* e non finale dell'andamento del Servizio e del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Malgrado ciò credo che le conclusioni tratte possano innanzitutto aiutare il Serd e la Cooperativa TerrA ad apportare migliorie alle prestazioni fornite dal Servizio in relazione alle tematiche ed agli aspetti individuati.

Inoltre spero che possa gettare le fondamenta per aprire la strada ad una più ampia ricerca che abbia un respiro non solo in ambito sociale ma anche psicologico e clinico, in modo da poter considerare professionalmente l'utente nella sua globalità. Le riflessioni qui avanzate spero dunque che possano fungere da *incipit* a studi e ricerche future.

BIBLIOGRAFIA

Arquaro J., Bignamini E., (2019), “Addiction, cronicità e Servizi per le Dipendenze”, in *Mission – Open Access* (52) (a cura di), Italian Quarterly Journal of Addiction, Torino, Franco Angeli, pp. 61-65

Bartolini S., (2015), *Manifesto per la felicità, Come passare dalla società del benessere a quella del ben-essere*, Seconda edizione, Milano, Universale Economia Feltrinelli/Saggi.

Bauman Z., (1999), *La società dell'incertezza*. Traduzione italiana a cura di Marchisio R. (1999), Bologna, Il Mulino.

Bauman Z. (1995). *Life in Fragments. Essays in Postmodern Morality*, John Wiley & Sons. Traduzione italiana a cura di De Pascale M., (2018), *La vita in frammenti. La morale senza etica del nostro tempo*. Roma, Lit Edizioni Srl.

Bauman Z., (1997), *Postmodernity and its Discontents*. Cambridge, Polity Press. Traduzione italiana a cura di Verdiani V., (2018), *Il disagio della postmodernità*, Bari, Giuseppe Laterza & figli Spa.

Belin-Rauscent A. et al., (2016), “How Preclinical Models Evolved to Resemble the Diagnostic Criteria of Drug Addiction”, in *Society of Biological Psychiatry Biological Psychiatry* January n.1, pp. 39–46.

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

Bichi R., (2002), *L'intervista Biografica. Una proposta metodologica*, Vita e Pensiero.

Bognar G., (2005), “The Concept of Quality of Life”, in *Social Theory and Practice*, (2005), Vol. 31, N. 4, Florida State University Department of Philosophy, pp. 561- 580.

Bonny-Noach H. e Gold D., (2021), “Addictive behaviors and craving during the COVID-19 pandemic of people who have recovered from substance use disorder”, in *Journal Of Addictive Diseases* (2021), VOL. 39, N. 2, pp. 257–264.

Brian D. et al., (2019), “Addiction, Identity, Morality”, in *AJOB Empirical Bioethics*, N.10:2, pp. 136-153.

Broekaert E. et al. (2009), “Exploratory Study on Drug Users' Perspectives on Quality of Life: More than Health-Related Quality of Life?” in *Social Indicators Research*, (2009), Springer, Vol. 90, N. 1, pp. 107-126.

Calamai G., (2017), *Uso e abuso di sostanze. Capire e affrontare le dipendenze dal alcol e droghe*, Trento, Erickson

Cambria S., (2004), *Tossicodipendenza e servizio sociale. Elementi di psichiatria delle tossicodipendenze*”, Milano, FrancoAngeli.

Cannavò L. e Frudà L., (2007), *Ricerca sociale. Dal progetto dell'indagine alla costruzione degli indici*, Cannavò L. e Frudà L. (a cura di), Roma, Carocci editore.

Caprioli et al.. (2018) “Volitional social interaction prevents drug addiction in rat models” in *Nature Neuroscience*, Vol 21, pp. 1520–1529

Casciaro F. et al., 2014, *I pazienti tossicodipendenti “multiproblematici”. Dall'approccio intuitivo alla definizione di criteri scientifici*, Casciaro F. et al. (a cura di), in *Dal fare al dire. Rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza* (2014), a cura degli operatori dei Servizi n.2, Publiedit, Cuneo, pp. 15-25

Ciancio L., (2016) *Il cambiamento possibile. Comprendere e guidare il cambiamento nella società contemporanea*, Roma, Intrecci Edizioni.

Ciaramella A. et al., (2013), *Il monitoraggio del trattamento farmacologico nel tossicodipendente di lungo periodo*, Ciaramella A. et al (a cura di), in *Dal fare al dire. Rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza* (2013), a cura degli operatori dei servizi. Edizione numero speciale n.3, Publiedit, Cuneo, pp. 43-51.

Codice Deontologico degli assistenti sociali (2020) Titolo IV “responsabilità dell’assistente sociale verso la persona”:

- Capo I “rispetto dei diritti della persona”, artt. 26 e 27
- Capo II “riservatezza e segreto professionale”, art. 32

Cortigiani M. e Marchetti P., (2015), “L’assistente sociale. Società complesse, nuovi bisogni, strategie e modelli di intervento”, Cortigiani M. Marchetti P. (a cura di), in *Lavoro di cura e di comunità*, Maggioli.

Decreto Del Presidente Della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 “*Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*”

- Titolo I, art.3 “*Istituzione del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope*”;
- Titolo X, art. 118 comma 2 “*Organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze presso le unità sanitarie locali*”.

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.
- (2021) *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, 2021*, Roma.

Division of Mental Health And Prevention of Substance Abuse World Health Organization, (2012), *Programme On Mental Health. WHOQOL User Manual*.

Dominelli L., (2004), *Social work. Theory and practice for a changing profession*. UK: Polity Press. Traduzione italiana a cura di Pasini A., Raineri M. L., (2015), *Servizio Sociale. La professione del cambiamento*, Trento, Erikson.

Dutto S. et al., (2008), *La cronicità. il passaggio da “non è mio non è tuo...” ad una esperienza di integrazione socio-sanitaria e sperimentazione di un progetto*, Dutto S. et al (a cura di), in *Dal fare al dire. Rivista italiana di informazione e*

confronto sulle patologie da dipendenza (2008) a cura degli operatori dei Servizi del Piemonte n.2. Publiedit, Cuneo, pp. 41-43

Galloway G.P. et al., (2008) "How Long Does Craving Predict Use of Methamphetamine? Assessment of Use One to Seven Weeks After the Assessment of Craving" in *Substance Abuse: Research and treatment*, pp. 63-79.

Istat, (2021), *Bes 2020 - Il Benessere Equo E Sostenibile In Italia*, Roma.

Jian-feng L. e Jun-xu L. (2018) "Drug addiction: a curable mental disorder?" in *Acta Pharmacologica Sinica*, n. 39, pp.1823 – 1829.

Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

Lotfy M. et al., (2004). "The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial a Report from the WHOQOL Group", in *Quality of Life Research*, (2004), Springer, Vol. 13, N. 2, pp. 299-310.

Manson M., (2016), *The Subtle Art of Not Giving a Fuck*, traduzione italiana a cura di Cerato M., (2022) Roma, Newton Compton Editori s.r.l.

Masood S. e Us Sahar N. (2014) "An exploratory research on the role of family in youth's drug addiction," in *Health Psychology & Behavioural Medicine*, Vol. 2, N. 1, pp. 820–832

Matulich B., (2013), *How To Do Motivational Interviewing: A Guidebook*. Traduzione italiana a cura di Guelfi G. P. (2015), *Il Colloquio Motivazionale passo dopo passo*, Trento, Centro Studi Erikson.

Miller W. R. e Rollnick S., (2002), *Motivational Interviewing - Second edition - Preparing people for change*. New York, The Guilford Press. Traduzione italiana a cura di Leoni M., (2004). *Il Colloquio Motivazionale: preparare la persona al cambiamento*, Trento, Erikson.

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, (2022), *Relazione Europea sulla droga 2021: tendenze e sviluppi*, Lussemburgo, Ufficio delle Pubblicazioni dell'Unione Europea;

Panebianco D., (2019), *Dipendenza e cultura nelle relazioni. Social Network Analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*, Soveria Mannelli, Rubettino.

Panebianco D., (2015), “Per non ricadere nella droga: una esplorazione sul ruolo di fattori individuali, relazionali e sociali”, in *Studi di Sociologia*, n.1, pp.65-86.

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

Provvedimento 21 gennaio 1999, *Accordo Stato-Regioni per la Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*.

Quercia V., (2014) *Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcol e droga*, Trento, Erickson.

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

- (2019) *Delibera del Direttore Generale* 8 novembre 2019, n.931;

- (2019) *Piano di Zona 2011-2015. Presa d'atto della ripianificazione anno 2019*;

- (2020) *Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2022*.

Sarin E. et al. (2013) “Impact of Acts of Discrimination on Quality of Life Among Injecting Drug Users in Delhi, India”, in *Social Indicators Research*, (2013), Springer, Vol. 113, No. 1, pp. 319- 334.

Sibilla M., (2015) *Politica Sociale. Un approccio differente*, Bari, Giuseppe Laterza.

SITOGRAFIA

<https://bur.regione.veneto.it>

<https://mattinopadova.gelocal.it>

<https://nida.nih.gov>

<http://www.ddpmc.it> Dipartimento Dipendenze Patologiche

<https://www.ilpopolano.com>

<https://www.libriantichionline.com> Montale E. , (1925), “Spesso il male di vivere ho incontrato”, nella raccolta *Ossi di seppia* (1925).

<https://www.salute.gov.it> Definizione OMS di “dipendenza”

<https://www.stateofmind.it/craving/>

<https://www.treccani.it> Definizione termine “cronico”