



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISSPA)**

**Corso di Laurea Magistrale in
Psicologia Clinico - Dinamica**

Tesi di Laurea Magistrale

**La dipendenza messa in scena: strategie di controllo
delle impressioni durante l'accesso al Ser.D.**

**The staged addiction: impressions management strategies during the
application process to the addiction service**

Relatrice

Prof.ssa Elena Faccio

Correlatore esterno

Dott. Michele Rocelli

Laureando: Francesco Sdrubolini

Matricola: 1233498

Anno Accademico: 2021/2022

*Ad Agnese,
grazie a te ho ancora la terra sulle mani
mentre batto i tasti del computer.*

INDICE

Introduzione	1
Capitolo primo - La costruzione dei trattamenti nei servizi per le dipendenze: lo stato dell'arte	5
1.1 La relazione medico-paziente in ambito sanitario: chi decide il trattamento?.....	7
1.1.1 Il modello paternalistico: verso il tramonto di un'era	7
1.1.2 Mutamenti del conteso culturale: diritti dei pazienti e consenso informato	8
1.1.2.1 Il consenso informato in Italia	10
1.1.3 Sostituire il modello paternalistico: nuove proposte al passo con i tempi	11
1.1.4 Il modello del processo decisionale condiviso	12
1.2 La relazione medico-paziente in ambito psichiatrico	16
1.2.1 Passato, presente e futuro	16
1.2.2 Il processo decisionale condiviso in psichiatria	18
1.3. La costruzione del piano terapeutico nei servizi per le dipendenze.....	20
1.3.1 Gli obiettivi del trattamento	20
1.3.2 Coinvolgere gli utenti nella pianificazione dei percorsi di cura.....	21
1.3.3 Il processo decisionale condiviso nei servizi per le dipendenze	22
1.4 La collaborazione tra servizio e utente nei servizi per consumatori di sostanze ...	24
1.4.1 Una relazione complicata	24
1.4.1.1 Prescrivere sostanze “terapeutiche”	25
1.4.2 Gli obiettivi degli utenti	26
1.4.3 La risposta dei servizi.....	27
1.4.4 Mancata condivisione degli obiettivi: un caso di studio	28
1.5 Considerazioni d'insieme ed esigenze di ricerca	29
Capitolo secondo - I presupposti teorici della ricerca	31
2.1. Osservare i “giochi di ruolo” attraverso la teoria drammaturgica	32
2.1.1 Adattamento della teoria drammaturgica alla presente ricerca	33
2.2 Riferimenti teorico-epistemologici	34
2.3 La ricerca qualitativa	37
2.4 Il contesto osservato: i Ser.D.	38
2.5 L'osservatore: la posizione del ricercatore	39
Capitolo terzo - La ricerca	43
3.1 Obiettivi della ricerca.....	43
3.2 Strategie di raccolta dati	45
3.3 I partecipanti, il luogo e la composizione dei gruppi.....	46
3.4 La traccia del focus group.....	48

3.4.1. Note sullo svolgimento del focus group.....	52
3.5. Metodologia di analisi dei dati.....	53
3.5.1. Analisi tematica.....	53
3.5.2 Analisi del posizionamento	55
3.5.2.1 Esempio di analisi del posizionamento	57
Capitolo quarto - Analisi dei dati.....	61
4.1 Primo obiettivo: posizioni identitarie e temi legati all’accesso al Ser.D.....	63
4.1.1 Primo obiettivo: analisi dei posizionamenti identitari.....	63
4.1.2 Primo obiettivo: analisi dei temi	73
4.1.2.1 La mappa dei temi connessi all’accesso al Ser.D.	80
4.2 Secondo obiettivo: gestire la presentazione di sé	81
4.2.1 La mappa dei temi che descrivono la presentazione di sé.....	91
4.3 Terzo obiettivo: il retroscena	92
4.3.1 La mappa dei temi che compongono il retroscena.....	109
4.4 Quarto obiettivo: il cambiamento	110
4.4.1 La mappa dei temi che descrivono il cambiamento	123
Capitolo quinto - Discussione dei risultati.....	125
5.1 Discussione dei risultati relativi alla narrazione dell’accesso al servizio	125
5.2 Discussione dei risultati relativi alla presentazione di sé.....	128
5.3 Discussione dei risultati relativi al “retroscena”	130
Conclusioni.....	133
Bibliografia.....	137
Ringraziamenti	151

Introduzione

A partire dagli anni Settanta, i sistemi sanitari delle società occidentali stanno assistendo ad una rivoluzione dei principi etici e morali che accompagnano le loro prassi, sono sorti movimenti per i diritti dei pazienti ed è stato messo in discussione il senso di molte pratiche che appartenevano all'agire medico. Costrutti come "cura", "salute" o "recupero" stanno assumendo un nuovo valore. Un tempo questi termini venivano a coincidere con le definizioni che ne fornivano gli esperti della sanità, invece, oggi il loro significato è incerto: viene costantemente messo in discussione al centro di un tavolo che non è più composto da soli esperti, ma anche dai pazienti stessi o utenti dei servizi.

In questo nuovo ruolo, il paziente è chiamato ad assumere una posizione di autonomia e partecipazione rispetto ai trattamenti che riceve, interrompendo la tradizione paternalistica di approccio alla salute che lo relegava in un ruolo passivo rispetto al trattamento.

Questa rivoluzione sta acquistando costantemente maggiore forza tanto che è arrivata a coinvolgere buona parte dei servizi del sistema sanitario, compresi quelli che si occupano di salute mentale e consumo di sostanze stupefacenti. Questo coinvolgimento è avvenuto con un po' di ritardo rispetto ad altri settori del sistema sanitario, dato che per diverso tempo i pazienti psichiatrici o "tossicodipendenti" sono stati considerati incapaci di poter decidere rispetto ai propri percorsi terapeutici.

In questo elaborato sono state prese in esame le modalità con le quali, nei servizi dedicati, avviene la decisione in merito ai trattamenti per persone che consumano sostanze stupefacenti. Questo fenomeno è al centro di un animoso dibattito scientifico da ormai più di venti anni e se, ad oggi, da un punto di vista etico, vi è generale accordo sul fatto che il coinvolgimento di questo tipo di utenza vada ricercato e favorito, da un punto di vista operativo bisogna ancora comprendere a quali peculiari criticità si potrebbe andare incontro.

Implementare pratiche collaborative tra utente e servizio in questo settore è una questione molto complessa e, mentre la ricerca scientifica ne sta discutendo gli effetti e le modalità operative, i servizi presenti sul territorio italiano si trovano ad un paradigma precedente. Non è facile comprendere a pieno le prassi che vengono adoperate in Italia dai diversi

Ser.D.¹ in quanto ogni servizio opera a proprio modo e secondo le proprie teorie; tuttavia, comprendere la situazione attuale risulta fondamentale per implementare, anche nel nostro paese, nuove pratiche che coinvolgano gli utenti nella costruzione dei piani terapeutici.

L'interesse per questo tema è motivato anche dal fatto che chi scrive ha avuto modo di entrare in contatto con alcuni dei possibili racconti, che chi si è rivolto ad un Ser.D. utilizza per descrivere come si siano svolti gli incontri entro i quali è stato deciso il proprio piano terapeutico. Le storie in questione hanno aperto scenari imprevisi dai quali è emerso che la gestione che gli utenti fanno dei colloqui con il servizio è tutt'altro che passiva, anzi potrebbe essere considerata intenzionale e strategica: il racconto che fanno di se stessi al servizio è uno strumento per raggiungere degli obiettivi personali.

In questo elaborato si è scelto indagare tale fenomeno andando a descrivere come gli utenti dei Ser.D. gestiscano gli incontri con il servizio attraverso delle strategie di controllo delle impressioni. Tale scelta è stata compiuta in virtù della corrispondenza tra i racconti raccolti preliminarmente alla ricerca e la teoria drammaturgica di Erving Goffman; la gestione che un utente fa del proprio incontro con i professionisti del Ser.D. è stata osservata e analizzata *come se* fosse una *performance identitaria* che l'utente offre strategicamente al servizio per suscitare determinati effetti. Queste scelte teoriche hanno aperto ad una serie di domande sul fenomeno in questione: in virtù di quali ragioni verrebbe effettuata tale performance? Sulla base di quali credenze gli utenti amministrano la loro performance? Come è possibile intervenire affinché la situazione interattiva assuma la forma della collaborazione?

La comprensione di questi fenomeni è stata ritenuta un elemento necessario per poter intervenire sulla situazione attuale e proporre delle nuove prassi cliniche, quali quelle collaborative.

Sulla scorta di questo obiettivo, il coinvolgimento dell'utenza è stato inserito nel metodo di questa ricerca, che lo utilizza come suo punto di forza. Si è ritenuto che la progettazione dei servizi dovesse basarsi sulla voce di chi li utilizza, ribilanciando il rapporto di potere tra questi e gli utenti che li utilizzano, non solo rispetto alle pratiche operative, ma anche alla progettazione. Quanto emergerà nei risultati consentirà di mettere in discussione molte delle pratiche che sono oggi consolidate e farà emergere delle criticità rispetto alle

¹ I Ser.D., Servizi per le Dipendenze patologiche, costituiscono il fulcro dell'assistenza per consumatori di sostanze in Italia; afferiscono al sistema sanitario nazionale, istituiti dalla legge del 26 giugno 1990 n. 162.

proposte operative che stanno avanzando in letteratura. Dare ascolto alla voce di chi utilizza i servizi ha messo in luce che i piani terapeutici di molti utenti che frequentano i Ser.D. rispondono a obiettivi di cui i professionisti del servizio sono completamente ignari. Come i Ser.D. vengono utilizzati dagli utenti è una realtà che si muove nei racconti di chi vive e frequenta i luoghi del consumo di sostanze, mondo che tenteremo di avvicinare ai professionisti dei servizi attraverso questa ricerca. Sulla scorta di questi elementi e degli obiettivi che hanno guidato il progetto si è scelto di sviluppare il seguente elaborato in questo modo:

Nel primo capitolo viene presentata una rassegna della letteratura che prende in esame l'evoluzione della relazione medico-paziente trasversalmente a diversi ambiti. Tra questi, particolare attenzione è stata rivolta ai servizi per consumatori di sostanze ed a cosa significasse implementare delle pratiche collaborative al loro interno, evidenziando le possibili criticità emerse in altri lavori di ricerca.

Sulla scorta di questo materiale si è infine costruita un'esigenza di ricerca che consentisse di poter generare dei nuovi dati utili alla questione.

Nel secondo capitolo sono stati esplicitati tutti i presupposti teorici ed epistemologici che hanno contribuito a dare forma al lavoro di ricerca, partendo da come è stata utilizzata la teoria drammaturgica di Goffman per poi mettere in luce come è stata intesa la ricerca in senso generale e il fenomeno oggetto di indagine. Nel terzo capitolo è stata espressa la definizione formale degli obiettivi che hanno guidato il progetto di ricerca, sono stati definiti i metodi di raccolta ed analisi dei dati, oltre al luogo ed al contesto della ricerca. Nel quarto capitolo è stata presentata l'analisi dei dati raccolti in forma estesa e, infine, nel quinto capitolo è stato discusso quanto emerso in riferimento agli obiettivi del progetto e alla letteratura più ampia.

Capitolo primo

La costruzione dei trattamenti nei servizi per le dipendenze: lo stato dell'arte

*“Al congresso sono tanti
dotti, medici e sapienti
per parlare, giudicare
valutare e provvedere
e trovare dei rimedi
per il giovane in questione”*

“Dotti, medici e sapienti” – Edoardo Bennato

Che cosa avviene nei primi incontri tra un servizio che si occupa di dipendenze ed i suoi utenti? Che tipo di relazione si genera? Chi decide qual è il piano terapeutico da attuare? Sulla base di quali valutazioni?

Se la realtà di oggi fosse specchio della canzone di Edoardo Bennato sapremo già cosa risponderci. Il percorso terapeutico e il senso della cura che lo accompagna sarebbero emanati da “dotti, medici e sapienti” che, dall’alto della loro conoscenza indicherebbero il corretto rimedio. Si può dire che le cose stiano diversamente?

Questo capitolo tenterà di offrire risposta alle domande appena avanzate attraverso un’analisi della relazione medico-paziente e delle modalità che vengono utilizzate per decidere i trattamenti da implementare. Si cercherà di ricostruire la storia di questi fenomeni partendo dagli inizi del ventesimo secolo e spingendola anche oltre la situazione attuale, attraverso una disamina delle sue direzioni future.

La relazione medico-paziente e le modalità che si utilizzano per scegliere i percorsi di cura verranno esaminati trasversalmente a tre ambiti applicativi: medico-sanitario, medico-psichiatrico e dei servizi per consumatori di sostanze. Nonostante l’interesse specifico sia rivolto solo verso l’ultimo di questi tre settori non era possibile trattarlo senza affrontare i primi due, in quanto l’uso di sostanze viene spesso ricondotto a un disturbo di tipo psichiatrico e la psichiatria può essere considerata un’applicazione del modello medico a un nuovo oggetto d’indagine (Salvini & Iudici, 2020).

Si vedrà come nei diversi ambiti applicativi la relazione medico-paziente stia prendendo la medesima direzione, ovvero la ricerca di una collaborazione tra servizi ed utenti

rispetto alle decisioni sul piano terapeutico, si solleverà la questione del se sia possibile utilizzare le stesse modalità di approcciarsi ai pazienti trasversalmente ai diversi contesti applicativi, come sta avvenendo con il modello di “processo decisionale condiviso” (Elwyn et al., 2012). Sulla scorta di questa domanda verranno approfonditi tutti quegli elementi che possono costituire specifiche sfide per l’applicazione di modelli di cura condivisi nell’ambito dei servizi per persone che consumano sostanze.

1.1 La relazione medico-paziente in ambito sanitario: chi decide il trattamento?

Le modalità relazionali ed interattive che accompagnano l'incontro medico-paziente sono oggetto di interesse accademico ormai da diverso tempo, numerosi autori si sono spesi nella descrizione teorica delle forme che assume questa relazione e delle questioni non solo cliniche, ma anche etiche che la accompagnano (Charles et al., 1997; Emanuel & Emanuel, 1992; Parsons, 1951; Szasz & Hollender, 1956).

All'interno di questo ampio corpus di letteratura, si è scelto di richiamare a ciò che si rende utile e pertinente rispetto agli obiettivi della ricerca che verrà presentata, ovvero, il focus sarà sulle modalità relazionali ed interattive che accompagnano la decisione sul trattamento da attuare. In questa analisi si presterà quindi particolare attenzione alle configurazioni di ruoli che si generano nel contesto interattivo dell'incontro medico-paziente e come queste diano poi forma allo scambio di informazioni tra le diverse parti. Per cercare di fornire un ordine argomentativo nella presentazione delle diverse forme che ha assunto storicamente, ma assume ancora oggi, la relazione medico-paziente si è scelto di rifarsi alla schematizzazione di Charles et al. (1997), in quanto è uno dei lavori di riferimento rispetto a questo argomento. L'autore ha suddiviso le diverse modalità di impostare l'incontro medico-paziente in quattro modelli interattivi, che sono: il "modello paternalistico", il "modello decisionale informato", il "modello del professionista come agente" ed il "modello del processo decisionale condiviso".

1.1.1 Il modello paternalistico: verso il tramonto di un'era

Di questi quattro modelli si inizierà con la descrizione del modello paternalistico, fondato sul ruolo di malato descritto da Parsons (1951), dato che questo è storicamente antecedente agli altri tre e viene considerato il "modello dominante" fino alla fine degli anni Ottanta (Charles et al., 1999). Questa scelta è stata compiuta anche in ragione del fatto che diversi autori ritengono la formulazione di modelli alternativi come uno sforzo in reazione a questo che, come vedremo, diventerà eticamente inaccettabile al variare della dimensione culturale (Charles et al., 1997; Deber, 1994).

Il modello paternalistico, talvolta chiamato anche "modello sacerdotale" (Veatch, 1972), colloca il medico nel ruolo di chi è chiamato ad agire verso l'interesse del paziente, a dirigere le cure e a prendere le decisioni relative al trattamento in completa autonomia, senza interrogarsi rispetto alle preferenze del paziente (Emanuel & Emanuel, 1992). Così

facendo, il medico dovrebbe seguire quello che viene definito “principio di beneficenza”; tuttavia, da autori più recenti, questo modello è stato definito come la “linea dura del principio di beneficenza”, in quanto il medico agisce nell’interesse del paziente anche al di là della sua volontà (Hellin, 2002). In sostanza, il ruolo del medico viene descritto come dominante rispetto all’incontro con il paziente e quest’ultimo viene relegato all’assunzione di un ruolo passivo e dipendente da quello del clinico, il quale si configura come “esperto” anche rispetto a ciò che è da ritenersi desiderabile per il paziente (Charles et al., 1997).

Per portare alcuni esempi, Emanuel & Emanuel (1992) sostengono che, nei casi più estremi di applicazione di questo modello, il medico si occupi esclusivamente di informare il paziente rispetto a quando avrà inizio l'intervento; mentre, nei casi meno estremi, il medico fornirà al paziente delle informazioni selezionate che lo incoraggino ad acconsentire a ciò che egli considera come la cosa migliore da fare. L’assunto che vi è alla base di questo modello è che il paziente ed il medico abbiano gli stessi obiettivi, coincidenti con la definizione medica di salute e, così, solo il medico ha la competenza di decidere cosa andrebbe fatto (Deber, 1994).

All’interno di un’interazione che assuma questa forma, lo scambio di informazioni che avviene tra le due parti può essere descritto come “unidirezionale”, dal clinico al paziente, e limitato ai contenuti medici strettamente necessari (Charles et al., 1999).

Per concludere, la descrizione di questo modello si potrebbe anche richiamare al nome che lo rappresenta, ovvero “paternalistico”. La scelta di tale denominazione non è casuale, bensì cerca di esprimere metaforicamente questa forma di relazione paragonandola a quella che vi è “tradizionalmente” tra padre e figlio. All’interno della metafora, il medico, come il padre, sta in piedi al di sopra della controparte e prende le decisioni per suo conto; mentre il paziente, come il figlio, si trova sotto il padre e obbedisce ai suoi ordini (Hellin, 2002).

1.1.2 Mutamenti del contesto culturale: diritti dei pazienti e consenso informato

Il modello relazionale paternalistico ha dominato l’incontro medico per molto tempo, tuttavia, oggi sono avvenuti dei cambiamenti del contesto culturale che stanno facendo spazio a proposte alternative. Nello specifico, negli ultimi decenni, il rapporto medico-paziente ha preso una direzione che punta verso il riconoscimento di un ruolo “autonomo” per il paziente, posizione contrapposta rispetto alla precedente, caratterizzata da passività.

I cambiamenti di cui stiamo parlando possono essere attribuiti principalmente a tre fattori: il movimento per i diritti dei pazienti, le questioni etiche sollevate dai progressi tecnologici in medicina e l'influenza dell'economia e delle politiche sanitarie (Hellín, 2002).

Questi ultimi due fattori, l'influenza dell'economia e dei progressi tecnologici, verranno trattati velocemente per dedicarsi maggiormente al movimento sociale legato ai diritti del paziente. Così, rispetto a questi due punti, si sceglie di richiamare solo al fatto che i progressi tecnologici hanno ampliato a dismisura le possibilità di trattamento, rendendo particolarmente difficile andare a definire che cosa sia nell'interesse del paziente (Hellín, 2002).

Il movimento per i diritti dei pazienti sorge con un preciso evento: nel 1969 la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, un'associazione americana non governativa, pubblicò una carta dei diritti dei pazienti.

Questo documento aprì un dibattito che, attraverso rapide evoluzioni, portò all'adozione da parte dell'American Hospital Association del "Patient's Bill of Rights" nel 1972. Inoltre, poco dopo, nel 1973, una commissione del Dipartimento della Sanità degli Stati Uniti raccomandò che le strutture sanitarie adottassero e distribuissero tali indicazioni etiche per poter favorire una "comunicazione efficace" con i propri pazienti (Faden & Beauchamp, 1986).

Il prender voce di questo movimento ha generato significativi cambiamenti in quanto eradicò il paradigma paternalistico, definendolo inadeguato a fronte dei nuovi standard etici e culturali. Il nuovo codice proposto definiva esplicitamente che i pazienti possono e devono prendere decisioni riguardanti la propria salute e che i medici avrebbero dovuto condividere il potere decisionale rispetto al trattamento, non stabilendo relazioni verticali. Inoltre, da questi codici emerse uno dei diritti più discussi di oggi e che costituisce il cardine della relazione medico-paziente, il diritto al "consenso informato" (Hellín, 2002). Questo suscitò inizialmente preoccupazione da parte dei medici, abituati a poter trascurare la dimensione etica; infatti, durante gli anni Settanta vi fu una proliferazione di articoli nella letteratura medica che avevano lo scopo di mettere in guardia rispetto alle ricadute legali che tale provvedimento avrebbe potuto avere su di loro (Beauchamp, 2011).

Negli anni a seguire, il "consenso informato" fu accettato ed il dibattito si spostò su cosa volesse dire doverlo applicare, in merito vi sono state due principali correnti di pensiero: una considerava questo diritto come uno strumento per poter promuovere l'autonomia dei

pazienti rispetto alla scelta del trattamento; l'altra si è interessata esclusivamente ai vincoli istituzionali e legali della normativa (Beauchamp, 2011). Si può considerare che, rispetto a questa relazione, vi è quindi almeno un terzo partecipante, ovvero la dimensione politica e culturale.

Riassumendo, non è più possibile mantenere la tradizionale modalità, paternalistica e verticale, in cui il medico ordinava e il paziente obbediva. Il modello attuale è maggiormente orizzontale, medico e paziente si trattano l'un l'altro come adulti responsabili; il medico rimane colui che conosce la medicina e che con essa cerca di aiutare il paziente, ma il suo potere decisionale oggi non viene più dato per scontato. Si può osservare come il vecchio principio di beneficenza si stia confrontando con il sorgere di un nuovo principio, quello di "autonomia" (Thomasma, 1983). Ancora, il vecchio "io ordino, tu obbedisci" è stato sostituito da un nuovo rapporto tra "autonomia-beneficenza", che nonostante sia una svolta rispetto alla dimensione dei diritti umani, ha anche aperto nuove sfide nella gestione dell'interazione tra le due parti (Hellín, 2002).

Si procederà illustrando come queste esigenze culturali abbiano creato lo spazio utile alla proliferazione di diversi modelli di interazione tra medico e paziente. Tuttavia, prima verrà spesa qualche riga per descrivere la situazione italiana rispetto al consenso informato nelle cure mediche.

1.1.2.1 Il consenso informato in Italia

In Italia rispetto alla questione del rapporto medico-paziente vi è stato un discreto fermento negli ultimi anni. È stata di recente approvata la legge n. 219/2017, "*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*", rispetto alla quale, come sostiene Calvo (2018), "l'autodeterminazione della persona si eleva a motivo conduttore dell'intero provvedimento normativo" (p. 689).

Questa legge è stata a lungo attesa nel nostro paese, dato il vuoto normativo precedente, ed ha l'obiettivo di fare chiarezza sulla relazione medico-paziente; specie in merito al diritto di autodeterminarsi (Furramani & Bushati, 2021). Per comprendere a pieno il senso di questo provvedimento si fa riferimento ancora al lavoro di Furramani e Bushati (2021), entro il quale sostengono che:

“La nuova normativa prevede una regolamentazione volta a valorizzare e garantire il diritto alla libera autodeterminazione e alla dignità del paziente, seguendo la linea già tracciata dalla giurisprudenza, proiettata a tutelare il paziente. [...] Il primo

articolo della legge disciplina in modo dettagliato ed esaustivo il consenso informato, riconoscendo e garantendo al paziente il diritto alla libera autodeterminazione in entrambi suoi risvolti: da un lato il diritto di esprimere il proprio consenso dopo essere stato adeguatamente informato e aggiornato sulle proprie condizioni di salute e sulle terapie mediche, fatto salvo il trattamento sanitario obbligatorio e lo stato di necessità come previsti dall'art. 54 c.p.; e dall'altro lato il diritto di rifiutare le cure, e di conseguenza anche di sospendere il trattamento medico già in atto, perfino in situazioni di rischio per la salute o vita del paziente. [...]. La comunicazione delle informazioni adeguate costituisce un elemento importante ai fini di un consenso informato valido ed essa può influenzare in modo considerevole la scelta del paziente” (p. 265-266).

Questa legge è solo l'ennesima prova di come il modello paternalistico di impostare la relazione medico paziente sia entrato in crisi già da tempo. Inoltre, anche in questo caso si può osservare come vengano promossi, a sostituto del precedente retaggio, il principio di autonomia ed il diritto del paziente a essere informato.

1.1.3 Sostituire il modello paternalistico: nuove proposte al passo con i tempi

Per rendere conto delle molteplici proposte che hanno tentato di ottemperare ai nuovi standard culturali, verranno ora ripresi gli ultimi tre modelli della categorizzazione di Charles, Gafni e Whelan (1997).

Il primo che presentiamo è il “modello decisionale informato”, il quale si configura come opposto rispetto a quello paternalistico, dato che in esso il controllo del processo decisionale viene descritto come conferito completamente al paziente (Eddy, 1990). Rispetto a questo nuovo dominatore del processo, il medico ha il ruolo di limitarsi a fornire le conoscenze tecniche e scientifiche che gli consentano di decidere in completa autonomia (Williams, 1988). Infatti, Emanuel & Emanuel (1992) notano come, entro questo modello, al medico sia addirittura vietato fornire delle raccomandazioni rispetto al trattamento da attuare per il timore di imporre la sua volontà.

Il modello informato si basa sull'assunzione che l'informazione scientifica sia di per sé abilitante a sostenere la decisione rispetto al trattamento, consentendo così al paziente di diventare un decisore autonomo (Charles et al., 1997).

Per concludere la descrizione di questa nuova proposta, va evidenziato che lo scambio di informazioni che avviene tra le due figure è in realtà molto simile a quello del modello precedente, ovvero unidirezionale, limitato alla dimensione medica ed allo stretto necessario per la presa di decisione del paziente (Charles et al., 1999); la sostanziale svolta consiste in uno spostamento netto del potere decisionale dal medico al paziente.

Il secondo dei tre modelli sorti in opposizione a quello paternalistico è quello del “professionista come agente”. Questa formulazione può anche essere descritta in opposizione al modello appena presentato, il “modello decisionale informato”, dato che il modello del professionista come agente vede l’accentrarsi di tutto il potere decisionale sulla figura del medico, questa volta però con una novità: il possesso di potere decisionale da parte del clinico, si discosta da ciò che avveniva nel modello paternalistico, dato che il professionista non agisce soltanto con l’obiettivo di perseguire una salute medicalizzata, ma tenta di scegliere ciò che il paziente avrebbe scelto se fosse stato ben informato come lo è il professionista rispetto al suo ambito di lavoro (Evans, 1984).

In altre parole, in questo modello è il medico che prende la decisione relativa al trattamento, ma solo dopo aver suscitato e preso in considerazione le preferenze personali del paziente sullo stato di salute desiderato. Come nel modello precedente, vengono considerati importanti due domini di informazioni per poter prendere la decisione relativa al trattamento, le conoscenze tecniche e le preferenze personali. Tuttavia, questa volta entrambi i domini risiederebbero nel medico che diventa, ancora una volta, l’unico possessore del potere decisionale (Charles et al., 1997).

Infine, il terzo ed ultimo modello che tenta di sostituire il vuoto lasciato dalla “morte del padre” è il “modello del processo decisionale condiviso”. Tuttavia, si è scelto di dedicare un paragrafo separato a quest’ultima proposta di impostazione della relazione medico-paziente dato che è la maggiormente discussa nell’attuale panorama scientifico e, come vedremo, lo è anche rispetto ai servizi per consumatori di sostanze.

1.1.4 Il modello del processo decisionale condiviso

Il modello del processo decisionale condiviso viene inizialmente proposto come risposta ai dettami delle legislazioni sul consenso informato; nel report della President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research del 1982 viene riconosciuto come “l’ideale di riferimento per la

gestione delle relazioni paziente-professionista che una sana dottrina del consenso informato dovrebbe sostenere” (p. 30, tda).

Inoltre, questo modello è stato considerato anche come qualcosa che va oltre il mero consenso informato, in quanto non si limita solo all’ottenimento di questo e alla condivisione delle informazioni, ma anche a una condivisione del potere decisionale (Whitney et al., 2004).

Nella letteratura scientifica il modello di processo decisionale condiviso è esploso negli ultimi trent’anni; ciò è anche legato al fatto che, rispetto alle prime pubblicazioni in cui il modello veniva utilizzato per patologie che prevedevano trattamenti a lungo termine, ora viene rivolto e declinato rispetto a sempre più ambiti di applicazione, ad esempio, quello psichiatrico e quello dei trattamenti per persone che consumano sostanze stupefacenti. Ciò ha generato una dispersione della sua definizione concettuale, che ora si tenterà di ricostruire.

La prima definizione del termine la si ha da parte della President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research che nel suo report del 1982 definisce tale costrutto come un processo basato sul rispetto reciproco e sulla collaborazione tra medico-paziente. Aggiungendo che esso consiste:

“in discussioni tra il professionista e il paziente entro le quali ognuno porta la propria conoscenza, le proprie preoccupazioni e le proprie prospettive personali per favorire il processo di ricerca di un accordo sul corso del trattamento. In parole povere, questo significa che il medico o un altro professionista della salute invita il paziente a partecipare a un dialogo in cui il professionista cerca di aiutarlo a comprendere la situazione medica e i suoi possibili sviluppi, mentre il paziente trasmette le sue preoccupazioni e i suoi desideri” (p. 38, tda). “Il processo decisionale condiviso richiede che un professionista cerchi non solo di comprendere le esigenze di ciascun paziente e di sviluppare delle alternative ragionevoli per soddisfarle, ma che debba anche presentarle in un modo che consenta ai pazienti di scegliere quella che preferiscano. Per poter partecipare a questo processo, i pazienti devono impegnarsi in un dialogo con il professionista e rendere chiare le loro opinioni sul benessere” (p. 44, tda).

Da questa prima definizione emergono già degli elementi cardine del processo decisionale condiviso, ciò che serve evidenziare è che tale processo di gestione della relazione medica viene definito come una pratica di collaborazione entro la quale è di

fondamentale importanza la comunicazione tra le due figure coinvolte. Lo scambio che avviene dovrebbe da un lato consentire al paziente di comprendere la situazione medica e dall'altro consentire al medico di comprendere la situazione del suo assistito.

Ciò che caratterizza tale modello è il coinvolgimento di entrambe le figure, le quali vengono entrambe considerate come esperte di un dominio di conoscenza fondamentale per giungere a una decisione sul trattamento da attuare (Deegan & Drake, 2006). Il medico viene considerato esperto rispetto alle conoscenze scientifiche e cliniche, mentre il paziente lo sarà rispetto alla propria situazione personale, alle proprie preferenze e ai propri obiettivi. Idealmente, il processo decisionale condiviso dovrebbe rappresentare lo strumento entro il quale questi due domini di conoscenza si vanno a colmare per raggiungere un accordo su quale sia il problema in esame e quali dovrebbero essere i risultati del trattamento (Deegan, 2007).

Secondo Charles et al. (1997) il processo decisionale condiviso ha quattro caratteristiche fondamentali:

1. Il processo decisionale coinvolge almeno due partecipanti;
2. Entrambe le parti adottano misure per partecipare al processo decisionale;
3. La condivisione delle informazioni è un prerequisito;
4. La decisione presa viene accettata da entrambe le parti.

Così, anche in questo tentativo di definizione del modello ritorna ancora la condivisione di informazione tra le parti come elemento essenziale per poter giungere a una decisione condivisa. Tuttavia, a seguito di questo primo articolo gli stessi autori ne pubblicano un secondo (Charles et al., 1999), aggiungendo altre specifiche per chiarire ancora di più il modello presentato. In questo lavoro vengono definite tre fasi analitiche generali di tutti gli incontri medico-paziente e viene analizzato come queste si caratterizzano nel modello di processo decisionale condiviso. Le fasi sono:

1. Lo scambio di informazioni: il modello decisionale condiviso si caratterizza per la bidirezionalità. Il medico informa relativamente alle possibilità di trattamento, i loro benefici e i loro rischi; il paziente, invece, informa relativamente ai valori, alle preferenze e allo stile di vita. Ciò consentirebbe di contestualizzare la scelta del trattamento nel contesto dato dalla vita della persona, piuttosto che impostarla rispetto a un menù standard di opzioni;

2. La deliberazione: con questo termine gli autori si riferiscono al processo di espressione e discussione delle preferenze terapeutiche, rispetto al quale evidenziano che, in un approccio condiviso, ogni persona deve essere disposta a impegnarsi nel processo decisionale esprimendo qualsiasi altra informazione utile. Ritengono che lo scambio rappresenti un primo passo alla condivisione del processo decisionale, ma che non sia un elemento di per sé sufficiente a definirlo come condiviso;
3. La decisione: gli autori considerano che in questo modello si debba raggiungere un accordo rispetto al quale entrambe le parti si siano coinvolte; si intende che la condivisione non è quindi solo relativa alle informazioni, ma anche al potere decisionale.

Questo secondo articolo di Charles et al. aggiunge che lo scambio di informazioni che il modello richiede non consiste meramente nel passaggio di una serie di contenuti determinabili prima dell'incontro, ma in un impegno verso la condivisione di tutto ciò che potrebbe risultare utile alla presa di decisione.

L'ultimo modello che tratteremo è quello di Elwyn (2012), nel quale vengono individuate tre dimensioni di discorso che il medico dovrebbe attuare nell'implementazione di questo processo:

1. Il discorso sulle possibilità di trattamento: Questo primo momento viene descritto come preliminare e consiste nell'informare il paziente rispetto all'esistenza di molteplici possibilità di trattamento.
2. Il discorso sulle opzioni: questa fase consiste nel fornire una lista delle opzioni perseguibili e una descrizione dettagliata di queste e delle relative implicazioni.
3. Il discorso sulla decisione: fase finale che consiste nel supportare la decisione prendendo in considerazione le preferenze personali del paziente.

Quest'ultima proposta è, più che una definizione, un insieme di indicazioni pratiche per i medici al fine di poter raggiungere una condivisione del processo di decisione del trattamento.

1.2 La relazione medico-paziente in ambito psichiatrico

In questo paragrafo affronteremo i medesimi contenuti specificati per l'ambito psichiatrico, ovvero verranno trattate le diverse modalità di gestire l'interazione con gli utenti e il processo di decisione del trattamento, partendo da alcuni elementi storici e arrivando a valutare le direzioni future, tra cui il processo decisionale condiviso.

1.2.1 Passato, presente e futuro

In ambito medico-psichiatrico si sta verificando una rivoluzione simile a quella già affrontata, ovvero si sta enfatizzando l'attenzione verso il riconoscimento di un ruolo attivo e coinvolto del paziente (Del piccolo & Goss, 2012). La linea storica dice che in realtà questo movimento ha preso voce molti anni prima nelle discipline "psi" rispetto a quanto sia avvenuto nel più generale ambito medico-sanitario, seppure gli studi mettano in evidenza che a oggi il modello centrato sul medico rimanga preminente (Goss et al., 2008).

Per fare chiarezza su questo fenomeno bisogna innanzitutto considerare che l'operato psichiatrico non può essere osservato come un unico corpus teorico, in quanto questa disciplina, per sua costituzione epistemica, è soggetta a proliferazione e dispersione teorica (Turchi & Perno 2009). Ovvero, non disponendo di un'unica definizione dell'oggetto di riferimento, ma di molteplici, la "psiche" assume diverse forme che generano diverse prassi; così, tra l'operato di un professionista ed un altro vi potrebbero essere delle notevoli differenze. Si potrebbe dire che il sapere relativo alla psiche tende a "spalmarsi" su un piano orizzontale in cui le diverse teorie hanno tutte lo stesso valore, quello di ipotesi, e non costituiscono quindi conoscenze "cumulabili", come avviene in altre branche della conoscenza scientifica.

Ritornando al ruolo del paziente, tale ragionamento potrebbe spiegare come mai, nonostante il suo coinvolgimento sia stato riconosciuto come centrale da molti psichiatri, esso non venga oggi preso analogamente in considerazione da molti servizi di psichiatria. Facendo un passo indietro ed applicando questa riflessione alla storia della disciplina si può comprendere come mai la relazione tra lo psichiatra e il suo utente sia arrivata ad assumere certe forme: osservando il lavoro dei principali psichiatri di inizio Novecento, potremmo riconoscere che essi utilizzavano diverse concettualizzazioni della "psiche" e della "malattia mentale" e che, in virtù di queste differenze, essi proponevano diverse

modalità di relazione tra paziente e “professionista della psiche” riconducibili a due principali approcci (Szasz et al., 1958).

Il primo è quello definito “Kraepeliniano” o “organico” entro il quale la malattia viene concettualizzata esattamente come nell’ambito sanitario, ovvero come qualcosa che il paziente “ha” su un piano organico e che va eliminato “come se fosse un batterio patogeno” (Szasz et al., 1958, p. 526). Questa modalità di concettualizzare la malattia mentale ha così riprodotto le stesse formule relazionali che si potevano osservare in quegli anni nell’ambito medico, fondate sulla passività del paziente e sulla predominanza del medico; riconducibili quindi a quello che è stato chiamato “modello paternalistico”.

Il secondo approccio, sviluppatosi contemporaneamente al primo, è invece legato al “metodo catartico” sviluppato da Breuer e Freud che hanno offerto un contributo dirompente rispetto alle concezioni di “malattia mentale” dell’epoca. Questi sono stati tra i primi a ricondurre la malattia mentale a problemi o conflitti di natura relazionale e non organica e, così, questa nuova lente osservativa considerava di centrale importanza la storia del paziente, generando un nuovo ruolo per lo stesso, più collaborativo ed attivo rispetto al proprio stato di salute (Szasz et al., 1958).

La spinta iniziale generata da questi autori ha acquistato una forza sempre maggiore e sta conducendo il mondo psichiatrico a orientarsi verso pratiche terapeutiche centrate sulla persona, che comprendono anche l’implementazione di un processo decisionale condiviso (Kaba & Sooriakumaran, 2007; Adams & Grieder, 2013).

Oggi, si può affermare che nell’ambito della salute mentale stia avvenendo una riforma basata sul costrutto di “cura centrata sulla persona” in tutto il mondo (Daniels et al., 2005; Drake, 2010). Un esempio di questa potrebbe essere dato dal Mental Healthcare Act indiano del 2017, che indica agli psichiatri di garantire ai loro assistiti una maggiore autonomia rispetto alla presa di decisione che riguarda il trattamento (Harbishettar et al., 2019).

Così, anche in psichiatria, sembrerebbe proprio che il modello paternalistico si stia gradualmente trasformando in un modello più interattivo in cui il paziente è considerato come un agente attivo rispetto alla propria salute (Edwards e Elwyn, 2009).

Ciononostante, la routine psichiatrica vede ancora uno scarso coinvolgimento dei pazienti nel processo di decisione del trattamento (Del piccolo, 2012), ma l’evidenza di un basso livello di aderenza al trattamento (Nosè et al. 2003) e la scoperta di questi metodi come modalità per favorirla, stanno contribuendo ad attirare l’attenzione dei ricercatori su

metodi come il “processo decisionale condiviso” (Hamann et al. 2003; Adams & Drake 2006; Del piccolo, 2012).

Nel paragrafo che segue si cercherà di esplicitare con maggiore accuratezza quali siano le possibilità e le sfide di un’implementazione del processo decisionale condiviso nell’ambito della psichiatria.

1.2.2 Il processo decisionale condiviso in psichiatria

Solo verso la fine degli anni Novanta iniziano a diffondersi modelli operativi coerenti con il processo decisionale condiviso nell’ambito psichiatrico; quindi, dopo che questo fosse stato adottato nell’ambito medico-sanitario, che sembra aver dato, per l’ennesima volta, direzione a quello medico-psichiatrico.

Hamann et al. (2003), nella prima revisione sul tema del processo decisionale condiviso, trova soltanto quattro studi che discutono dell’adozione di questo modello in psichiatria. L’autore arriva a concludere che è ancora presto per poter considerare il processo decisionale condiviso come una procedura implementabile, dato che mancano le adeguate evidenze scientifiche. Le questioni che animano inizialmente il dibattito sono rivolte alla possibilità di praticare il modello teorico: si parla di valutazione della disponibilità e delle competenze che i pazienti psichiatrici mostrano nell’affrontare delle scelte di questo tipo (Bunn et al., 1997) e della possibilità che essi siano in grado di esprimere il proprio consenso informato (Carpenter et al., 2000). Rispetto a tali quesiti, gli studi presi in considerazione nella revisione hanno mostrato una generale fattibilità, ma, nonostante gli autori promuovano con entusiasmo l’utilizzo del modello, sottolineano anche l’insufficienza di evidenze in proposito (Hamann et al., 2003).

Risale a cinque anni più tardi una seconda revisione (Patel et al., 2008) che mette in luce come il tentativo di coinvolgere l’utenza dei servizi di salute mentale nelle decisioni rispetto al proprio trattamento sia una direzione utile e necessaria. Emerge che gli utenti della salute mentale desiderano questo coinvolgimento e sono in grado di farvi fronte. Tuttavia, viene anche osservato come tale modello venga ancora poco utilizzato da parte dei clinici: sembra esservi “cauta disponibilità” da parte loro, nonostante vi siano prove sufficienti per riconoscerne la fattibilità (Patel et al., 2008).

Negli anni a seguire, l’entusiasmo verso il modello di processo decisionale condiviso applicato alla salute mentale continua ad avanzare. Drake et al. (2010) riconosce che in virtù dei mutamenti sul piano normativo, relativi ai diritti dei pazienti, l’adozione di

questo modello dovrebbe essere una “priorità assoluta” per la riforma della salute mentale.

Nel complesso, prendendo in analisi questi lavori, risulta evidente come i sostenitori dell’adozione di questo modello utilizzino due strategie per giustificare la proposta: una di carattere etico, entro la quale la questione viene risolta in termini di diritti dei pazienti, ed una di carattere clinico, ove l’oggetto di valutazione è dato dai risultati che tali pratiche consentono di ottenere (Slade, 2017); rispetto a quest’ultima c’è ancora qualcosa da aggiungere. Diversi studi si sono posti l’obiettivo di indagare quali siano gli effetti dell’adozione del processo decisionale condiviso in psichiatria e tra i risultati si ha: un aumento della soddisfazione del paziente ed una riduzione del suo disagio (Adams & Drake, 2006), una riduzione dell’auto-stigmatizzazione e della vergogna (Hamann et al., 2017) ed un aumento dell’utilizzo dei trattamenti (Dixon et al., 2016). Per concludere, va riconosciuto che rispetto ai risultati dati dall’adozione del processo decisionale condiviso sembra vi sia generale accordo che gli studi forniscano dati incoraggianti, ma ancora insufficienti (Duncan et al., 2010; Slade, 2017).

Nonostante l’utilizzo di questo modello nell’ambito dei servizi psichiatrici stia guadagnando molto interesse, dovuto sia a questioni etiche che cliniche, esso rimane un’avanguardia, ovvero non viene ancora utilizzato come routine nei servizi psichiatrici (Huang, 2019). Si è di fronte a quella che potrebbe essere considerata una fase “rivoluzionaria” (Khun, 1962) rispetto alla relazione tra clinico e utente, ove il paradigma dominante, quello paternalistico, è stato messo in discussione, ma non si sono ancora consolidate delle pratiche alternative, anche se, la strada sembra ben tracciata.

1.3. La costruzione del piano terapeutico nei servizi per le dipendenze

Attraverso il percorso di questo paragrafo si affronterà innanzitutto una breve rassegna storica di come sono evoluti gli obiettivi dei servizi per le dipendenze; successivamente, il coinvolgimento dell'utente rispetto alla pianificazione dei trattamenti nel campo dei servizi per consumatori di sostanze; infine, verrà trattato il “processo decisionale condiviso” nella sua applicazione a questo settore.

1.3.1 Gli obiettivi del trattamento

La progettazione dei servizi che si occupano di consumo di sostanze stupefacenti ha storicamente visto un continuo evolversi dei suoi mandati e obiettivi, così, per accorpere quest'ampio e sfumato fenomeno, si è deciso di suddividerlo in tre fasi, di cui la successione logica non corrisponde necessariamente a quella temporale².

In una fase iniziale l'obiettivo su cui si fondava la maggior parte dei servizi era esclusivamente legato al consumo delle sostanze stupefacenti, al punto che inizialmente i percorsi di “recupero” venivano reificati in percorsi di astinenza (White, 2007). Successivamente, gli obiettivi dei servizi si sono ampliati creando la possibilità per gli utenti di perseguire tre diverse soluzioni, sempre legate al consumo della sostanza: astinenza, riduzione dei consumi e riduzione del danno. Queste tre soluzioni venivano determinate dalla tipologia servizio e solo nelle proposte più recenti si contempla che sia l'utente a scegliere (Korkel 2021). Infine, nella terza ed ultima fase, si è verificato un radicale cambiamento: gli obiettivi dei servizi si sono espansi a tal punto da andare oltre la mera questione del consumo di sostanze, considerando rilevanti tutte le questioni che ruotano attorno alla vita di una persona che consuma sostanze; è cambiato radicalmente il significato del termine “recupero” (“recovery”. White, 2007).

Oggi, con tale espressione si fa riferimento alla presa in carico “olistica” delle persone, alla volontà di creare servizi rivolti alla totalità dell'individuo e non esclusivamente alla sua “malattia”. Tuttavia, se da un lato la definizione rimane incerta, dall'altra si ha la certezza che questa sia composta anche dalla voce di chi usufruisce dei servizi (Ashford, 2019; Witkiewitz, 2020). Mettere al centro la persona e i suoi obiettivi nella definizione

² Si specifica che le diverse fasi che stiamo ripercorrendo si riferiscono maggiormente ai servizi per le dipendenze offerti dai sistemi sanitari dei rispettivi stati, ovvero sono stati meno considerati fenomeni come Synanon o Narcotici Anonimi.

del mandato dei servizi è oggi un'idea così diffusa da potersi dire paradigmatica (White, 2007); l'impostazione teorica dei servizi, rispetto alla definizione dei mandati, si fonda sulla condivisione degli obiettivi con l'utenza.

Nell'ambito delle dipendenze si sta quindi generando una nuova modalità di partecipazione dell'utente alla sua fase di accesso ai servizi, invitandolo sempre più a partecipare alla fase di decisione del suo piano terapeutico; tuttavia, la strada è ancora lunga dato che al 2017 sembrerebbe che solo il 23% delle cliniche coinvolgeva regolarmente gli utenti rispetto alle decisioni sul trattamento (Park et al., 2020).

Che implicazioni ha questo cambio di paradigma nell'impostazione del percorso terapeutico? E come viene realizzato nella pratica clinica?

1.3.2 Coinvolgere gli utenti nella pianificazione dei percorsi di cura

Il presente paragrafo offre alcuni contributi ed esempi di applicazione di questo nuovo paradigma relativo alla progettazione dei servizi per le dipendenze. I contributi che verranno presentati ora non utilizzano, o mettono in secondo piano, il modello di "processo decisionale condiviso", ma ne utilizzano gli elementi essenziali come la condivisione degli obiettivi, delle preferenze di trattamento e, in generale, collocano gli utenti in un ruolo attivo rispetto alla pianificazione del trattamento.

Tra questi, Korkel (2021; 2015; 2014) propone il metodo "OTAT" (open-target addiction treatment) per realizzare servizi all'interno dei quali le progettualità terapeutiche si fondano sugli obiettivi dell'utenza e non del servizio. Questo approccio mira a coinvolgere gli utenti in un ruolo collaborativo, all'interno del quale essi condividono con il servizio i loro modelli di consumo, le loro preferenze di trattamento e i loro obiettivi nella costruzione del piano terapeutico. In sostanza, l'autore propone di realizzare dei servizi all'interno dei quali gli utenti possano scegliere liberamente tra diverse possibilità di trattamento. Egli descrive la sua proposta come una forma "speciale" di processo decisionale condiviso (Korkel, 2021).

Altri lavori prendono in seria considerazione il ruolo degli utenti nella pianificazione del trattamento. Ad esempio, Iudici et al. (2019) attraverso uno studio che coinvolge i fornitori dei servizi in dei focus group mette in evidenza l'importanza della condivisione degli obiettivi tra utenza e servizio durante la fase di ammissione al trattamento.

Infine, vi è anche il filone di studi sulla "person centered care" applicata al trattamento delle problematiche legate al consumo di sostanze che utilizza il processo decisionale

condiviso, ma lo considera come parte di un modello più ampio (Adams & Grieder, 2013; Marchand et al., 2019).

1.3.3 Il processo decisionale condiviso nei servizi per le dipendenze

Il primo studio che tratta specificatamente dell'applicazione del processo decisionale condiviso nei servizi per consumatori di sostanze risale al 2009; i suoi risultati incoraggiano tale pratica, mettendo in evidenza che gli interventi implementati tramite il processo decisionale condiviso hanno effetti positivi sulle aree legate all'utilizzo di sostanze e ai problemi psichiatrici (Joosten, 2009). Sempre lo stesso autore, in un secondo studio, ha anche osservato come l'utilizzo di tale pratica conduca l'utente a una maggiore percezione di autonomia rispetto al proprio trattamento e a sviluppare relazioni amichevoli con il servizio (Joosten, 2011).

Sono seguiti molti altri lavori sull'adozione del processo decisionale condiviso nell'assistenza a persone che utilizzano sostanze, così per riassumere questa mole di studi potremmo suddividere la letteratura in tre macro-sezioni principali, ma non esclusive: una si è occupata di valutare la disponibilità dei soggetti a essere coinvolti, una di valutare i risultati di tale applicazione ed un'ultima di valutare l'applicazione con persone che hanno ricevuto doppia diagnosi per uso di sostanze e "malattia mentale".

Rispetto alla prima, la valutazione della disponibilità degli utenti a partecipare al processo decisionale condiviso, è stata recentemente pubblicata una review degli studi (Friedrichs, 2016). Da questo lavoro è emerso che i pazienti con "disturbo da uso di sostanze" preferiscono essere coinvolti attivamente nel loro trattamento e che consentire al paziente di poter scegliere in virtù delle proprie preferenze sembra aver prodotto degli effetti positivi sull'assunzione di sostanze. Studi successivi sono arrivati a risultati analoghi, confermando la preferenza degli utenti per ruoli attivi rispetto alle decisioni relative al proprio trattamento (Friedrichs, 2018).

Rispetto alla seconda macro-sezione, oltre ai risultati di Joosten presentati a inizio paragrafo, si può aggiungere che il coinvolgimento dell'utenza ha mostrato effetti positivi sull'alleanza terapeutica (Marchand 2019) e sulla percezione di adeguatezza del dosaggio di metadone offerto dal servizio (Trujol, 2017). Come vedremo in seguito, la gestione della quantità di oppiacei sostitutivi o di altre sostanze psicotrope prescritte dai servizi è una questione legata a molte criticità sulle quali si sta ancora dibattendo.

Infine, rispetto alla terza macro-sezione, i risultati hanno mostrato una generale fattibilità e outcome positivi per l'applicazione del processo decisionale condiviso nei casi di comorbilità da uso di sostanze e "malattia mentale" (Fisher, 2021). Vale la pena considerare che tale modello è stato proposto anche per i servizi che si occupano di utenti con problematiche legate all'assunzione di alcolici e, rispetto a questi, l'implementazione di tale pratica sembra aver prodotto effetti positivi in termini di qualità della vita, di accesso trattamenti e di aderenza alle terapie (Hell, 2020).

Per concludere va osservato che, nonostante il generale entusiasmo verso questo modello, sono molti gli autori che riconoscono l'esigenza di avere maggiori studi in merito per poter arrivare a delle solide conclusioni (Hell, 2020; Friederich, 2016, Friederich, 2018, Fisher, 2021).

1.4 La collaborazione tra servizio e utente nei servizi per consumatori di sostanze

Facendo riferimento all'esigenza di disporre di più studi per valutare l'adozione del processo decisionale condiviso nei servizi per consumatori di sostanze si è deciso di esplorare alcuni settori di letteratura che potrebbero coinvolgere questa pratica. Nello specifico si è domandato: cosa si conosce già sulle interazioni tra servizio e utente nel mondo delle sostanze? Che forme assume questo incontro che si auspica sia di collaborazione?

In questa sezione verrà presentato ciò che è emerso da questa ricerca. Innanzitutto, verranno presentati degli studi che si sono occupati di analizzare il tema della fiducia tra servizio ed utente, successivamente verranno presi in analisi gli obiettivi che spingono l'utenza a rivolgersi ai servizi e, infine, si osserverà come questi obiettivi vengano accolti dai servizi. Per concludere verrà presentato un caso di studio che a titolo esemplificativo cerca di portare alla luce alcune delle criticità emerse dalla letteratura.

1.4.1 Una relazione complicata

Approfondendo il tema del rapporto servizio-utente si è scelto di denominare il presente paragrafo in questo modo, “una relazione complicata”. Per mostrare le ragioni che stanno alla base di tale scelta introdurremo ora una serie di studi partendo dal lavoro di Merrill et al. (2002) che attraverso l'analisi qualitativa di osservazioni dirette ed interviste, sia a medici che a pazienti, arriva a individuare quattro temi che aiutano a immergersi nelle sfide di questa relazione. Il primo è che i medici temono di essere ingannati da questo tipo di utenti, soprattutto per quanto riguarda il bisogno di oppiacei per trattare il dolore o l'astinenza. Il secondo è che tale difficoltà risulta legata alla mancanza di un approccio standard, che costringe i clinici a basarsi sul resoconto dei sintomi dell'utente che viene considerato sospetto. Il terzo è che i medici tendono a evitare alcuni temi della discussione con certi pazienti, esprimendo disagio ed incertezza. Infine, il quarto riguarda gli utenti che tendono a interpretare l'incertezza o l'inefficienza del medico come un maltrattamento intenzionale. L'autore, a fronte di questi risultati, conclude che questo tipo di rapporto sia caratterizzato da sfiducia reciproca, ove la paura dell'inganno degli uni interagisce con quella del maltrattamento o stigmatizzazione degli altri (Merrill, 2002). Questa sfiducia reciproca, purtroppo, è un risultato a cui sono arrivati anche altri autori (White et al., 2014).

Entrando nel merito della relazione servizio-utente, è stato messo in evidenza che nei servizi per consumatori di sostanze la difficoltà a stabilire una relazione con il personale può essere legata a un'anticipazione di rifiuto o a una differenza di status percepita da parte degli utenti verso i membri dello staff (Choltron et al., 2015).

Altri studi che si sono occupati di descrivere questi aspetti hanno rilevato un atteggiamento negativo dello staff verso l'utenza (Howard, 2010) e una descrizione dell'utenza come "clientela difficile" per via dell'atteggiamento distante e sospettoso che mostra nei confronti dei terapeuti (Janeiro, 2018).

Queste problematiche relazionali sembrerebbero anche collegate a una questione fondamentale per questo settore, ovvero l'alto tasso di abbandoni del trattamento (Janeiro, 2018; Iudici et al., 2019); quindi, costruire la relazione nell'ambito dei servizi per le dipendenze risulta un compito tanto impegnativo quanto necessario (Janeiro, 2018).

Per concludere, non dovrebbe stupire che la sfiducia reciproca, la quale caratterizza questi incontri, è stata anche considerata un ostacolo per l'implementazione di servizi che tentino di coinvolgere l'utenza nei processi di decisione del trattamento (Park, 2020).

1.4.1.1 Prescrivere sostanze "terapeutiche"

Si è scelto di creare questa sottosezione dato che la prescrizione di oppiacei o di altre sostanze psicotrope a scopo medico gioca un ruolo legato a molte problematiche all'interno di questa "relazione complicata". Per entrare nel merito, bisogna comprendere che il consumo di queste sostanze a scopo non medico è un fenomeno estremamente diffuso, tanto che in un report degli anni Novanta la DEA ha stimato che, rispetto ai consumi di sostanze che avvengono in strada, il valore del mercato dei farmaci soggetti a prescrizione è secondo solo a quello della cocaina e primo rispetto a marijuana ed eroina (American Medical Association, Department of Substance Abuse, 1990).

Secondo Longo et al. (2000) in reazione a questo fenomeno si innescano delle dinamiche relazionali specifiche tra medico e paziente, ovvero, dal lato dei medici si genera la preoccupazione di essere ingannati e di incorrere in ripercussioni legali legate a prescrizioni errate; fenomeno che potrebbe anche condurre a maltrattare i pazienti. Mentre, dall'altro lato, sembrerebbe che l'attenzione dei medici al non cadere vittime di inganno conduca i pazienti a utilizzare delle strategie di "raggiro" per fare quella che gli autori definiscono "spesa dal medico", ovvero per ricevere le sostanze desiderate. Relativamente a queste strategie l'autore descrive il comportamento del paziente come

un “giocare di ruolo” e definisce diversi di questi “giochi”: la strumentale descrizione di sintomi, l’insistenza, il dichiarare inefficaci altri farmaci o il dichiarare false allergie (Longo, 2000).

Infine, è stato messo in evidenza come questa dinamica conduca a non condividere i processi di decisione del trattamento, indebolisca la relazione ed incoraggi l’idea che servizio e utente abbiano obiettivi opposti, arrivando a far sì che il clinico si senta nella posizione di “agente di polizia” o “giudice” (Nicholaidis 2011). Si arriva a un punto in cui gli utenti preferiscono mentire per poter mantenere la fornitura del metadone, non parlando apertamente dei loro problemi e impedendo così lo sviluppo di una sana relazione terapeutica (Grønnestad & Sagvaag, 2016).

1.4.2 Gli obiettivi degli utenti

La connessione tra questo tema e la relazione servizio-utente è data dal fatto che l’obiettivo per cui ci si rivolge e si utilizza un servizio è un elemento che può avere delle importanti implicazioni su come viene gestita la relazione.

L’interesse per questo tema sembra sorto in conseguenza al movimento di coinvolgimento dell’utenza nella pianificazione del trattamento, al punto che Joosten in uno studio del 2011 dichiara il suo lavoro come il primo che si concentra non solo sugli obiettivi dei clinici, ma anche su quelli degli utenti.

Qui è stato trovato un solo studio precedente a questo che descrive dettagliatamente gli obiettivi dell’utenza raggruppandoli in cinque domini di contenuto: l’uso di sostanze, la formazione scolastica, il lavoro, la crescita sociale ed altri obiettivi personali. In questo studio, oltre a un’esplorazione dei contenuti, è stato anche messo in evidenza che gli obiettivi cambiano sia con l’età che con la fase del trattamento: risultano inizialmente maggiormente centrati sull’uso di sostanze per poi spostarsi su altro (Peckham 1977).

Vi è anche uno studio più recente di Laudet & White (2010) che conferma alcuni dei risultati già esposti riconoscendo come obiettivi dell’utenza i seguenti: il recupero dall’uso di sostanze, il lavoro, le relazioni sociali e familiari, l’alloggio e la qualità della vita. Tuttavia, questo studio si rende molto più preciso nella descrizione di come questi obiettivi si modificano nel tempo e, rispetto a ciò, le principali conclusioni che vengono presentate sono: un iniziale periodo focalizzato sull’astinenza, mentre obiettivi quali la qualità della vita e l’alloggio sorgerebbero solo in fasi avanzate del percorso.

Nonostante questi studi, nella letteratura contemporanea viene riconosciuta la necessità di poter disporre di maggiori informazioni su questo tema, dato che la conoscenza di questi consentirebbe di migliorare l'utilizzo, l'aderenza e i risultati dei trattamenti (Korkel, 2021).

1.4.3 La risposta dei servizi

In questo paragrafo esploreremo l'interazione che si genera tra gli obiettivi degli utenti e gli obiettivi dei servizi. In uno studio di Joosten del 2011 l'autore esplora esplicitamente questa dinamica, arrivando a concludere che vi sono delle differenze tra gli obiettivi delle due parti: in particolare risulta che i clinici pongano maggiore enfasi rispetto a questioni psicologiche, mentre gli utenti rispetto alla salute fisica. Inoltre, risulta anche che vi sia un maggiore allineamento durante lo sviluppo del trattamento e che vada posta una costante attenzione su tali discrepanze, dato che possono essere un prerequisito a buoni esiti del trattamento.

Oltre alla discrepanza degli obiettivi del trattamento, un'altra questione importante può essere legata all'accettazione da parte dei clinici degli obiettivi degli utenti. È già stato messo in evidenza come offrire maggiori possibilità di scelta agli utenti sia una strategia per rendere i trattamenti maggiormente utilizzati, tuttavia, in alcuni casi non è da dare per scontato che sia facile accordarsi. Infatti, in uno studio di Davis (2013) viene messo in luce che "obiettivi di non astinenza" vengono accettati in percentuali molto basse dai clinici per quanto riguarda i pazienti con diagnosi di "dipendenza da sostanze" o "dipendenza da alcol" (DSM-IV).

Una review su questo tema ha rilevato che diversi fattori influiscono sull'accettazione degli obiettivi di non astinenza. Questi verrebbero maggiormente accettati per: utenti meno gravi, come obiettivi intermedi e non finali del trattamento, per sostanze come alcol e cannabis, in servizi ambulatoriali piuttosto che residenziali e in base ai paesi di appartenenza (Rosenberg, 2020). Quindi, se da un lato vi è la spinta verso una collaborazione aperta con l'utenza, dall'altro sembrerebbe che a oggi vi sono ancora delle questioni da gestire.

A tal proposito, uno studio di Deegan (2017) ha fatto emergere che nei servizi di salute mentale quando si verificano delle situazioni di non accordo rispetto agli obiettivi del trattamento gli utenti tendono a mantenere un ruolo passivo, non affrontando con il clinico la situazione di disaccordo.

Infine, in uno studio di Turpin & Shier (2018), gli autori hanno messo in evidenza che bisogna fare un lavoro costante per riuscire a includere l'opinione degli utenti nella progettazione del trattamento. Andrebbero offerte loro diverse modalità e spazi per potersi esprimere, in gruppo o in sessioni uno a uno, e tale coinvolgimento andrebbe anche costantemente monitorato nel tempo attraverso un accurato sistema di feedback che sappia tenere viva la voce degli utenti.

1.4.4 Mancata condivisione degli obiettivi: un caso di studio

Per concludere questo paragrafo si è scelto di inserire un'ultima breve sezione nella quale verranno esemplificate alcune delle criticità emerse attraverso un caso di studio.

La storia in questione appartiene ad un articolo di Faccio et al. (2021) in cui l'autrice racconta il percorso di un utente che si è rivolto ad un servizio per ottenere del metadone: ciò che è di interesse, è il significato che l'utente attribuiva a questa sostanza in quanto differente da quello che gli veniva attribuito dal servizio. Il ragazzo utilizzava infatti il metadone come sostanza per drogarsi e non per smettere di farlo: sia il servizio che l'utente partecipavano al progetto terapeutico, ma questo era rivolto ad obiettivi opposti per le due parti, il servizio in questione era finito per diventare un elemento utile al mantenimento della dipendenza, quando credeva di lavorare per interromperla.

In questa relazione l'utente configurava lo staff del servizio come delle persone da ingannare, proprio come in Longo (2000), e la collaborazione era solo una facciata dietro alla quale si nascondevano delle trame puramente personali.

La storia raccontata in questo articolo è soltanto uno dei possibili esempi delle complicate dinamiche che possono venire a configurarsi tra servizio ed utente e mette in evidenza l'importanza di considerare i significati personali dell'utenza per poter generare dei percorsi collaborativi. Infine, risulta anche evidente come una gestione standardizzata dei processi di decisione dei trattamenti possa condurre a dei risultati del tutto scardinati rispetto agli obiettivi definiti.

1.5 Considerazioni d'insieme ed esigenze di ricerca

Attraverso il materiale presentato in questo capitolo si è cercato di rendere fruibile al lettore una panoramica della letteratura relativa alla fase di accesso ai servizi per le dipendenze, al processo di decisione del trattamento e a tutti gli aspetti che lo riguardano con un particolare focus sulle possibili criticità.

Dovrebbe essere emerso chiaramente che rispetto a questi temi sia la ricerca che l'etica contemporanea spingano verso una nuova concezione del ruolo dell'utente, che diventa collaboratore attivo del servizio rispetto alla costruzione e implementazione del suo percorso terapeutico. Ancora, rispetto a questo passaggio si è cercato di mettere in luce che tra una proposta teorica di collaborazione e collaborare all'interno dei servizi vi è in mezzo un insieme di criticità che non possono essere ignorate, tra cui: la "sfiducia reciproca", le discrepanze di obiettivi, la prescrizione di sostanze psicotrope e tutti quegli elementi che conducono l'utente a scegliere di "giocare di ruolo" piuttosto che rendersi disponibile alla collaborazione.

Per affrontare tali criticità, in questo elaborato si ritiene che sia di fondamentale importanza comprenderle non solo da un punto di vista teorico, ma anche attraverso la prospettiva dell'utente. Assumere questa posizione significa entrare nel merito delle peculiari modalità che quest'ultimo, e non il suo osservatore, utilizza per descrivere la realtà entro la quale agisce. Così, tra le molteplici esigenze che potevano essere definite rispetto a questo quadro teorico, si è scelto di impostare la seguente: "*Comprendere le ragioni e le modalità che gli utenti utilizzano per gestire il processo di decisione del trattamento*".

Tentare di rispondere a questa esigenza potrebbe essere considerato un passo verso l'obiettivo più ampio di implementare dei processi condivisi di decisione dei trattamenti. Ora, definito il terreno e l'oggetto di interesse, ci si ritrova nella necessità di disporre degli strumenti teorici per osservare e produrre dati rispetto al fenomeno in questione.

Capitolo secondo

I presupposti teorici della ricerca

*“Cadranno i secoli, gli dèi e le dee, cadranno torri, cadranno regni
E resteranno di uomini e di idee, polvere e segni,
Ma ora capisco il mio non capire, che una risposta non ci sarà,
Che la risposta sull' avvenire è in una voce che chiederà”*

“Shomèr ma mi-llailah?” – Francesco Guccini

In questo capitolo verranno discussi tutti gli elementi preliminari che consentono di governare le scelte teorico-metodologiche su cui si fonda il presente progetto, primo tra tutti si è cercato di fornire un senso alla ricerca stessa. Cosa è stato inteso con “ricerca”? Cosa ci si aspetta di poter trovare ricercando?

Alla luce di queste domande la scelta della strofa presentata in principio inizia forse ad apparire più sensata. Questo racconto biblico viene utilizzato dall'autore per affrontare diversi temi che da sempre animano la condizione umana, come la continua ricerca di un senso e l'angoscia provata di fronte all'impossibilità di risolvere questa sfida. Tuttavia, il personaggio di questo racconto, una vedetta, invita un vagabondo viaggiatore a non arrendersi di fronte a questa che è, forse, la condizione umana e lo esorta come segue: “insistete, voi lo potete, ridomandate, tornate ancora se lo volete, non vi stancate”.

Il racconto in questione si conclude con strofa che è stata presentata, ovvero, il vagabondo non vince la sfida del senso, ma ne esce con la convinzione che le risposte cercate saranno in delle nuove domande.

Questo è il modo in cui si è inteso il senso di questa attività di ricerca, così, il lavoro non sarà un tentativo di generare una risposta alla domanda che è stata posta, ma uno sforzo per rilanciare quest'ultima ancora più avanti, oltre quelle che erano le sue possibilità iniziali. L'auspicio è che questo lavoro serva per potersi chiedere qualcosa di nuovo, che invogli a “ridomandarsi” e a non arrendersi di fronte alla sfida di poter realizzare dei servizi migliori per le persone che sentono di averne il bisogno.

Riprendendo la conclusione del primo capitolo, l'esigenza generata per dare una direzione alla seguente ricerca era quella di “Comprendere le ragioni e le modalità che gli utenti utilizzano per gestire il processo di decisione del trattamento”; così, risulta

necessario disporre di una teoria che consenta di osservare il fenomeno in questione, il quale è stato anche paragonato ad un “giocare di ruolo”. In questo capitolo verrà così inizialmente presentata la teoria drammaturgica di Erving Goffman, poi verrà definita teoricamente l’attività di ricerca, descrivendone la sua storia ed il suo contesto. Insomma, si sta iniziando a preparare lo zaino per affrontare questo percorso.

2.1. Osservare i “giochi di ruolo” attraverso la teoria drammaturgica

Per osservare l’interazione medico-paziente durante la decisione dei piani terapeutici si è scelto di utilizzare la teoria drammaturgica di Goffman (1959), un modello teorico che studia micro contesti interattivi attraverso una metafora, quella teatrale.

Questa impalcatura teorica si fonda su due principali distinzioni (Romania, 2005): la prima è quella che riguarda la separazione delle persone che compongono il contesto interattivo in pubblico ed attori, mentre la seconda riguarda i luoghi in cui viene prodotta la rappresentazione, i quali sono divisi in “ribalta” e “retroscena”.

Descrivere gli attori sociali come degli attori di teatro è una strategia per sostenere quella che viene definita una “concezione situazionale del sé”, con le parole dell’autore vi sono “non uomini e i loro momenti, ma piuttosto momenti e i loro uomini” (Goffman, 1963, trad. it 1971, p. 5). Il sé viene considerato come prodotto da un’interazione situata in un contesto, mediante un processo di “gestione delle impressioni” in cui gli attori cercano di governare la percezione che il pubblico ha di loro; avviene così quella che può essere descritta come una recita di ruoli strategici (Faccio, in pubblicazione).

Utilizzare questo sguardo per la nostra ricerca significa interpretare l’interazione clinica come una “performance” strategica messa in scena dagli utenti che, in virtù della loro conoscenza del pubblico e dei loro obiettivi, amministrano il racconto di se stessi.

La seconda distinzione proposta da Goffman è quella che riguarda i due luoghi della messa in scena. La “ribalta” viene definita come segue: “Se prendiamo in considerazione una particolare rappresentazione è talvolta utile servirsi del termine ribalta per indicare il luogo dove si svolge la rappresentazione” (Goffman, 1959, trad. it. 1993, p.124).

Mentre il “retroscena” viene configurato come il luogo all’interno del quale la rappresentazione di sé può essere “negata” e ove può essere preparata, scambiandosi consigli di scena con i membri della propria “equipe” (Goffman, 1959).

Rispetto a queste due dimensioni, nella nostra ricerca la ribalta coincide con gli spazi che il Ser.D mette a disposizione per svolgere i colloqui, mentre il retroscena è invece uno

spazio simbolico all'interno del quale chi ha intenzione di rivolgersi ad un Ser.D può accedere ad un insieme di credenze relative al servizio e utili per poter rappresentare se stessi negli incontri di decisione del piano terapeutico.

Nella teoria di Goffman, l'impressione che si offre al pubblico è gestita tramite il controllo di ciò che viene definito "facciata", elemento teorico suddiviso in "ambientazione", corrispondente alla scenografia nel teatro, e in "facciata personale", che comprende tutto il resto dell'equipaggiamento espressivo, dalle caratteristiche personali come sesso, età e vestiario fino alle "maniere" utilizzate.

Secondo l'autore l'interazione sociale assume questa forma in relazione alla necessità di ridurre la complessità dei rapporti sociali, altrimenti "la vita urbana diventerebbe insopportabile per molti se ogni contatto fra due esseri comportasse un dover condividere fatiche, preoccupazione e segreti" (Goffman, 1959, trad. it. 1993, p.62).

Infine, si è scelto di aggiungere altri due elementi maggiormente specifici di questa teoria, ovvero gli "oggetti di occultamento" e le tipologie di "segreti", entrambi parte delle strategie di scena che possono essere utilizzate per gestire la propria impressione.

Per quanto riguarda i primi, Goffman descrive cinque tipologie di oggetti che vanno occultati per poter mantenere la propria rappresentazione: "Attività lucrativa", ovvero i possibili guadagni che possono essere ottenuti attraverso una rappresentazione; "sbagli ed errori" commessi nel rappresentare; presentare l'opera solo quando è finita; i "lavori degradanti eseguiti per rappresentare"; e il sacrificare delle idee personali in favore di alcune da sostenere in pubblico.

Per quanto riguarda le tipologie di segreti, l'autore ne differenzia tre: i "segreti oscuri", incompatibili con la rappresentazione e quindi da occultare completamente; i "segreti strategici", rivolti alle intenzioni; ed i "segreti interni", che hanno la funzione di far sentire i membri come appartenenti ad un gruppo.

2.1.1 Adattamento della teoria drammaturgica alla presente ricerca

In questo paragrafo si cercherà di mostrare come è stata utilizzata la teoria drammaturgica nella presente ricerca, dato che in questo processo è stata deformata, o semplicemente "ha assunto forma", in relazione agli scopi ed ai presupposti teorici di questo lavoro³.

³ Sulla scorta del pensiero di Wittgenstein, si potrebbe sostenere che tutte le teorie formulate attraverso il "linguaggio ordinario", ove quindi il valore dei termini impiegati è soggetto alla "regola d'uso" e non definito prima dell'uso, vengono in modificate ad ogni nuovo utilizzo delle stesse (Wittgenstein, 1953).

L'elemento che segna una netta divergenza rispetto al lavoro di Goffman è legato all'intenzionalità attribuita agli attori sociali. Infatti, per quanto riguarda l'opera dell'autore canadese, come nota Romania (2005), egli riprende gli elementi sostanziali della propria teoria dal pensiero Burke; tuttavia, ne rifiuta la prospettiva di intenzionalità dell'azione sociale evitando così di dare risalto alla dimensione personale, delle ragioni degli attori, in favore di un'attenzione agli elementi strutturali entro i quali avviene l'interazione. Come sostiene Shutz (1979), Goffman svolge uno studio delle "strutture di plausibilità intersoggettiva" e attraverso queste comprende e osserva i comportamenti di ruolo; la mancata considerazione delle ragioni personali degli attori lo porta ad essere criticato per una marcata tendenza "antipsicologista" (Romania, 2005).

Come sostanziale modifica a questo pensiero, in questo elaborato, l'azione sociale viene maggiormente considerata come influenzata dalle ragioni degli attori e dunque dalla loro intenzionalità; si potrebbe dire di aver effettuato un "psicologizzazione" del lavoro di Goffman. Per esplicitare le ragioni di questo passaggio e consentirne una comprensione da parte del lettore vi è il bisogno di introdurre gli elementi teorici su cui si fonda questa scelta.

2.2 Riferimenti teorico-epistemologici

Cosa si intende con "attribuire intenzionalità" agli attori sociali? Ma ancora prima, che cosa significa utilizzare una teoria per osservare un fenomeno? Che tipo di fenomeni osserviamo? Cosa ci si può dire su chi consuma sostanze? Tossicodipendenza?

I passaggi che sono stati affrontati fino ad ora dovrebbero aver suscitato nel lettore una serie di domande come quelle appena riportate. Queste sono tutte questioni che possono essere date per scontate, ma che necessitano di una riflessione epistemologica se le si vuole gestire nella forma del "senso scientifico" (Turchi & Maiuro, 2011).

Per introdurre questa riflessione si è scelto di partire dalla più fondamentale, o fondativa, delle questioni, quella data dal "problema gnoseologico": L'interrogazione rispetto alla natura della conoscenza umana e ai suoi limiti. Per far fronte a questa questione si è scelto di adottare la posizione propria del "paradigma costruttivista", nella sua forma maggiormente radicale e sociale: il "costruzionismo sociale" (Catiglioni & Faccio, 2010). Questo orientamento teorico si fonda su uno degli scarti conoscitivi che caratterizza il ventesimo secolo, ovvero una rivoluzione del ruolo osservatore nella ricerca scientifica, il quale non viene più considerato come un elemento separabile dal dato prodotto, come

avveniva secondo il positivismo, ma diventa l'elemento su cui si fondano dati (Marhaba, 2009). Questa svolta radicale assume quindi che vi sia una coincidenza tra l'osservazione ed il sistema osservato (Von Foerster, 1981) e, di conseguenza, si modifica radicalmente l'oggetto di indagine della scienza passando da qualcosa che è possibile osservare al processo dell'osservare stesso (von Glaserfeld, 2009). Prendere come assunto questa concezione della ricerca scientifica nell'ambito della psicologia è un passaggio che è stato anche denominato come adozione di "un realismo concettuale" (Salvini, 1998).

Questo scarto ha una duplice implicazione: innanzitutto diventa fondamentale esplicitare le categorie conoscitive utilizzate per produrre i dati, come ad esempio è stato fatto con la teoria drammaturgica, in quanto essi hanno valore solo in relazione ai loro riferimenti teorici; in secondo luogo, significa che i nostri fenomeni di riferimento, quelli "psicologici", non sono *costituiti* di entità da dover descrivere, ma sono *costruiti* dalle descrizioni stesse. La descrizione dell'oggetto psicologico è un fenomeno che viene prodotto da categorie conoscitive di carattere linguistico, così occuparsi di questo significa occuparsi di processi semiotici, semantici, ermeneutici e pragmatici (Salvini & Dondoni, 2011).

In coerenza con questi primi elementi, l'agire umano e il consumo di sostanze vengono inquadrati nella prospettiva teorica data dall'interazionismo simbolico che si basa su tre premesse fondamentali: le persone agiscono verso le cose in base al significato che queste hanno per loro, i significati sorgono nell'interazione sociale e l'uso di questi richiede dei continui processi interpretativi (Blumer, 1969, trad it. 2006). Inoltre, l'interazionismo simbolico utilizza le basi filosofiche del Pragmatismo americano di Peirce, Dewey e James secondo le quali l'uomo viene configurato come agente intenzionale. Aver assunto tale prospettiva in questa ricerca significa aver considerato il movimento dell'utente verso il servizio come un'azione intenzionale, fondata su delle "ragioni" e non su delle "cause" (Salvini in Salvini & Dondoni, 2011); un passaggio analogo a quello che vede il costruito di "tossicodipendenza" integrato con quello di "tossicofilia" (Salvini et al., 2002). Per specificare, integrando anche il secondo assunto di Blumer, gli oggetti verso cui si rivolge l'intenzionalità sono di carattere simbolico (in questo caso i Ser.D.) e, dunque, prodotti nelle interazioni, quindi oggetti sociali.

In virtù di questi riferimenti teorici, non si può considerare l'azione come prodotto esclusivo dell'individuo e, in accordo con Korobov & Bamberg (2004), in questo elaborato si è scelto di risolvere la questione dell'intenzionalità considerando l'agire umano attraverso una prospettiva di "semi-agentività" (p. 475, tda).

2.2.1 Il ruolo del linguaggio

Considerare la dimensione psicologica come un fenomeno di natura linguistica rende necessario disporre di una concettualizzazione del linguaggio. Quella utilizzata in questo elaborato è principalmente tratta dal pensiero di Wittgenstein che configura il linguaggio come un insieme di segni, utilizzati da parte di una comunità, la quale attraverso dei “giuochi linguistici” genera diverse forme di realtà, o “forme di vita” (Wittgenstein, 1953). Rispetto a ciò, è di fondamentale importanza soffermarsi sul termine “utilizzo” dato che esso segna uno scarto rispetto ad altre concezioni precedenti, ovvero egli introduce la “regola d’uso” secondo cui il valore dei segni non viene considerato come intrinseco agli stessi, bensì generato nel loro utilizzo e, dunque, sempre connesso ad una specifica situazione pragmatica.

Dovrebbe già emergere che, essendo la realtà psicologica prodotta nell’uso di un linguaggio da parte di una comunità, essa vada considerata come una costruzione sociale (Gergen & Gergen, 2005); prodotta dall’uomo, ma anche produttrice dell’uomo stesso (Berger & Luckmann, 1966) o, come direbbe Salvini: “Spesso non sappiamo dire a chi appartenga il linguaggio di cui seguiamo codici, interpretazioni e direttive; in che misura stiamo parlando o siamo parlati” (Salvini & Dondoni, 2011).

Dire che il linguaggio è produttore dell’uomo e della sua realtà richiama al teorema di Thomas secondo cui il linguaggio ha effetti pragmatici, ovvero, anche se esso non produce delle realtà da considerare vere di per sé, esse lo sono nei loro effetti (Thomas & Thomas, 1928). Il generarsi di questi effetti pragmatici viene descritto anche da Austin (1955) che nella sua analisi sull’uso negoziale del linguaggio distingue tre tipi di atti comunicativi: atti locutori, che coincidono con l’atto stesso del dire; atti illocutori, che si riferiscono alle intenzioni comunicative; atti perlocutori, che riguardano l’effetto prodotto da chi parla sul suo interlocutore.

Per concludere e collegarsi con il discorso sull’intenzionalità, va infine riconosciuto che l’utilizzo di segni e simboli, entro l’interazionismo simbolico, viene configurato come atto intenzionale (Salvini & Dondoni, 2011).

Applicare questi elementi teorici alla nostra ricerca significa considerare che quando dei possibili utenti agiscono nei confronti di un servizio si è di fronte a quella che può essere definita un’interazione simbolica: la persona in questione agirà intenzionalmente nei confronti del servizio e dei suoi operatori in relazione al significato che egli vi attribuisce. Considerando i significati come dei prodotti generati nell’uso del linguaggio, si può

aggiungere che tale azione non viene configurata come frutto di un personale senso del mondo, ma come il prodotto di una specifica “trama di significati” sociali (Bruner, 1990), ovvero ciò che farà da oggetto a questa ricerca.

2.3 La ricerca qualitativa

Come ultimo paragrafo strettamente teorico si cercherà ora di descrivere come è stata configurata la ricerca stessa, ovvero, in coerenza con i presupposti esplicitati, attraverso la forma della “ricerca qualitativa” (Flick, 2009).

Distinguere tra ricerca qualitativa e quantitativa è una prassi che nonostante sia molto consolidata è stata anche messa in discussione. Il centro di questa questione è ben rappresentato da Campelli (1996) che sostiene che “non esiste un solo atto, una sola decisione di ricerca che non sia un’inestricabile mix di qualità e quantità” (p. 30). Considerato questo, si è scelto di non trattare ulteriormente la questione ed utilizzare la definizione di “ricerca qualitativa” per questioni legate anche alla praticità; però, questa considerazione mette nella condizione di sostenere che la modalità di ricerca che sta per essere presentata, come ogni altra, non potrà mai essere una “ricerca qualitativa” in sé per sé, ma sarà sempre una forma di essa interpretata dall’autore.

All’interno di questa ricerca, tutti i costrutti sono stati intesi come “concetti sensibilizzanti”, che si contrappongono a quelli “definitivi”, in quanto invece di fornire delle definizioni chiuse ed imm modificabili si limitano ad indicare una direzione (Blumer, 1969); come si sta cercando di fare con il costrutto stesso di “ricerca qualitativa”. Il metodo qualitativo è da considerarsi, non come insieme rigido di regole, ma come una serie di principi rispetto ai quali il ricercatore si assume la responsabilità di interpretazione (Cardano, 2011). Ancora, la ricerca qualitativa si differenzia anche in virtù del fatto che le scelte interpretative sono guidate dall’oggetto di indagine e non imposte a priori alla ricerca (Cardano, 2011). Lasciando tutto lo spazio a quest’ultimo, è possibile che nel corso della sua osservazione si generino delle domande e degli obiettivi aggiuntivi, non previsti dal progetto di ricerca originale, i quali possono essere inseriti in corso d’opera, andando a reindirizzare la ricerca.

Si può affermare che la ricerca qualitativa segue una procedura induttiva, ove sono i dati a generare la teoria e non viceversa (Glaser e Strauss, 1967). Utilizzare questa assunzione con il presupposto esplicitato, secondo cui il dato è un prodotto delle categorie conoscitive, potrebbe sembrare contraddittorio se non viene spiegato che cosa si intende.

In questa ricerca si utilizza una teoria relativa alle categorie impiegate per produrre conoscenza e non all'oggetto di conoscenza stesso; dunque, la teoria esplicitata assume valore di principio di osservazione, dà una forma alla lente con la quale si osserva il mondo, non al mondo osservato. Quest'ultimo, che sarebbe il nostro oggetto di conoscenza, può assumere tutte le forme disponibili entro le possibilità del principio di osservazione: queste forme coincidono con i "dati", sui quali è possibile produrre ulteriori teorie come sostengono Glaser e Strauss (1967).

Un altro dei principali assunti della ricerca qualitativa consiste nel considerare la presenza del ricercatore (o osservatore) come ineliminabile, così la ricerca diventa "un'attività situata" (Denzin e Lincoln, 2005) al cui interno la soggettività del ricercatore è un fondamentale strumento di comprensione e non d'intralcio (Armezzani, 1998).

Nel complesso, la ricerca qualitativa potrebbe essere considerata come un insieme di metodi e teorie diverse che non si fondano sull'aderenza a rigorosi passaggi, ma che assumono il valore di strumenti modificabili in virtù degli obiettivi di ricerca e dei presupposti che la guidano: può essere configurata come la via regia per esplorare e comprendere le sfumature di significati che gli attori sociali attribuiscono alla realtà (Creswell, 2014), permettendo così di accedere ad una complessità che non può essere tradotta in variabili (Flick, 2009).

A questo punto dovrebbe essere quasi superfluo rimarcarlo, ma la tensione verso l'oggettività dei dati viene completamente abbandonata in favore di una tensione verso "l'autenticità" degli stessi e solitamente si preferisce focalizzare l'attenzione su un numero limitato di "casi" da approfondire in profondità (Cardano, 2011).

Riassumendo, si considera che la complessità del reale può essere avvicinata esclusivamente attraverso un metodo che consideri il proprio e l'altrui coinvolgimento rispetto al fenomeno che si sta osservando (Blumer, 2006), la ricerca viene quindi a configurarsi come una pratica collaborativa e relazionale che si svolge entro un processo dialogico (Gergen, McNamee & Barrett 2001).

2.4 Il contesto osservato: i Ser.D.

Avendo a disposizione tutto il materiale teorico necessario si procede ora iniziando a descrivere il contesto a cui si rivolge la ricerca. Fino ad ora si è esplicitato come il nostro interesse sia di osservare e descrivere alcuni fenomeni che ruotano attorno all'accesso ai

Ser.D. e alle pratiche di decisione dei trattamenti che vi si svolgono, ma non è stata fornita degna analisi di questo servizio.

I Ser.D., o Servizi per le Dipendenze patologiche, costituiscono il fulcro dell'assistenza per consumatori di sostanze in Italia; questi afferiscono al sistema sanitario nazionale, istituiti dalla legge del 26 giugno 1990 n. 162. ed è al loro interno che si decidono i piani terapeutici di chi si affida al sistema sanitario nazionale.

Questo tipo di servizi funge da “filtro” per tutta l'assistenza sanitaria alle dipendenze, ovvero il loro mandato primario è quello di programmare e coordinare gli interventi affidandone l'esecuzione ad altri servizi sociosanitari oppure occupandosene internamente.

Per quanto riguarda la presente ricerca, si è tentato di fornire uno spaccato quanto più esaustivo possibile sulla letteratura che si occupa di descrivere le modalità attraverso le quali i piani terapeutici vengono proposti agli utenti; tuttavia, tra questa ed i servizi attualmente presenti nel territorio italiano vi sono delle sostanziali differenze.

Esplicitare le modalità che questi servizi utilizzano per impostare l'interazione servizio-utente nella definizione del piano terapeutico è un compito arduo dato che le pratiche operative variano significativamente tra un servizio e l'altro (Turchi, 2002); si potrebbero trovare dei servizi al cui interno la decisione relativa al piano terapeutico viene presa ancora seguendo un modello paternalistico, come, al contrario, si potrebbero trovare servizi che si rifacciano ai più contemporanei modelli di costruzione condivisa.

Per concludere si specifica che nella presente ricerca i partecipanti offrono racconti all'interno dei quali vengono nominati diversi Ser.D, così, nonostante avrebbe potuto essere di interesse, l'approccio che il servizio utilizza verso gli utenti è un elemento di cui non si è tenuto conto. Il focus è stato rivolto maggiormente su come vengono raccontati questi servizi e gli eventi che avvengono al loro interno attraverso le tipizzazioni del contesto sociale più ampio (Berger e Luckmann, 1966).

2.5 L'osservatore: la posizione del ricercatore

Partendo dalla considerazione che il ricercatore è una soggettività impossibile da escludere dalla ricerca, si è scelto di trovare lo spazio per inserire questa sezione che si occuperà di descrivere il “retroscena” di questo progetto, attraverso il racconto del ricercatore che lo ha prodotto.

L'esplicitazione di questo percorso tenta di rispondere al criterio di "ripercorribilità cognitiva" (Cardano, 2011, pag. 28) dell'itinerario di ricerca che nasce per sostituire quello di "replicabilità" dei risultati. Così, è attraverso una valorizzazione della riflessività del ricercatore che si tenta di fornire plausibilità agli asserti prodotti mediante la ricerca (Altheide e Johnson, 1994); questi vengono considerati come un prodotto dell'interazione tra la ricerca e le caratteristiche personali del ricercatore, la sua conoscenza, la sua competenza relazionale ed al suo modo di essere nel mondo (Polanyi, 1990).

Per iniziare questo racconto scelgo di partire dall'inizio del tirocinio che ho svolto presso la comunità terapeutica per consumatori di sostanze stupefacenti all'interno della quale si è svolta questa ricerca. Questa struttura è collocata sul territorio marchigiano ed è accreditata rispetto al sistema sanitario nazionale, può ospitare fino ad un massimo di quindici utenti e gode della presenza di cinque operatori, una psicoterapeuta, un responsabile, un servizio civilista e due tirocinanti; nello specifico io ero collocato in quest'ultimo ruolo.

Per quanto riguarda le modalità di lavoro che venivano utilizzate in questo servizio si potrebbe parlare di un approccio che tenta di favorire un dialogo aperto, riferendoci alla possibilità per gli utenti di discutere qualsiasi questione senza dover essere soggetti a interdizione. Per quanto può essere considerato impossibile interagire restando esenti dal giudizio, è certo che dentro quel contesto varie tematiche che costituiscono interdette in molti servizi analoghi venivano considerate dagli utenti come libere e condivisibili con lo staff; ad esempio, era possibile discutere dell'utilizzo di sostanze e dello spaccio non solo nella "retorica del pentimento". Tornando al mio ruolo, come tirocinante ero collocato in una posizione che non veniva pienamente identificata nello staff, ma stava in bilico tra questa e, potremmo dire, quella di un possibile utente; un limbo ove non si è membri di alcun gruppo, ma allo stesso tempo di entrambi.

Questa collocazione mi ha consentito di entrare in contatto con un'ampia gamma di racconti che forse non molto spesso arrivano alle orecchie di un servizio. In particolare, per quanto riguarda l'interesse che ha guidato questa ricerca, esso nasce dall'incontro con le storie che i ragazzi (utenti) mi hanno raccontato dei loro rispettivi accessi al Ser.D. Queste mi hanno colpito in quanto i primi contatti con il servizio non sempre venivano raccontati come connessi all'intenzione di "smettere con la droga", ma riguardavano spesso un mix delle più disparate contingenze. Inoltre, ciò che fin da subito mi aveva attirato di questi racconti era come i ragazzi mi spiegavano di aver gestito tali incontri,

amministrando la propria immagine, il proprio racconto, e tramite di essa alcuni obiettivi personali come magari il rapporto con i genitori, le fidanzate, i tribunali, i figli e tanto altro che io non potevo neanche immaginare. Così, continuai a chiedere ed i ragazzi, nel ruolo di veri e propri formatori mi hanno aiutato a comprendere la complessità di queste situazioni, la complessità delle loro storie. Tanti scambi, veloci od infiniti, all'interno dei quali non credo di essere riuscito a promuovere cambiamenti di prospettiva così profondi come quelli che loro hanno suscitato in me.

Da ciò, è sorta l'idea per svolgere questo lavoro di tesi. Si impostò un progetto e si svolse una prima raccolta dati attraverso dei focus group "autogestiti" (cardano 2011, p.167); ovvero a basso grado di strutturazione, senza tracce di temi da seguire, ma solo utilizzando un input iniziale con lo scopo di comprendere come i temi oggetto di indagine vengano messi in forma dai partecipanti. Rispetto alle prime narrazioni raccolte, si effettuarono una serie di osservazioni ed emerse quanto anticipato: i partecipanti si raccontavano come manipolatori esperti dell'impressione che offrivano al servizio, dotati di un elevato grado di competenza sociale e conoscenza dell'agire dei servizi. Sembrava quasi che fossero stati loro ad aver gestito le modalità relazionali che accompagnavano l'incontro, attraverso un uso strategico di elementi narrativi e no.

Per questo motivo si è scelto di indagare più approfonditamente questo fenomeno e di metterlo in relazione alle modalità che utilizzano i servizi di gestire questi spazi interattivi, ciò che si è potuto osservare nel primo capitolo e da cui è derivata la formulazione dell'esigenza che è stata già esposta: *"Comprendere le ragioni e le modalità che gli utenti utilizzano per gestire il processo di decisione del trattamento"*.

Nel tentativo di rispondere a questa esigenza, ed in virtù delle osservazioni compiute, si è ritenuto che questa interazione tra servizio e utente potesse essere raccontata attraverso la cornice teorica del "modello drammaturgico" di Erving Goffman. Utilizzando questa, si è scelto di impostare altri due focus group, ma questa volta con un più alto grado di strutturazione. Tutti i dettagli e le ragioni che hanno guidato queste scelte e quelle relative ai metodi di analisi dei dati verranno esaminate nel prossimo capitolo.

Capitolo terzo

La ricerca

*“Perché le pupille abituate a copiare,
inventino i mondi sui quali guardare,
seguite con me questi occhi sognare,
fuggire dall'orbita e non voler ritornare”*

“Un ottico” – Fabrizio De André

Attraverso questo capitolo finiremo di esplicitare tutte le scelte teoriche e metodologiche che hanno caratterizzato questa ricerca, andremo a definire la direzione verso la quale si volge lo sguardo e le lenti che verranno indossate. Come l'ottico narrato da De André, non si ha l'intenzione di mostrare quello che “normalmente” si vedrebbe, ma si spera di aver trovato un lettore disposto ad indossare delle lenti speciali che consentano di vedere oltre la realtà, che si lasci andare alle categorie conoscitive presentate in modo da poter vedere quello che esse sono in grado di generare.

Prima verranno presentati gli obiettivi che hanno guidato questa ricerca dando direzione allo sguardo, poi si passerà alla definizione di tutti gli elementi contestuali e strutturali che hanno caratterizzato la raccolta dati e, infine, verranno esplicitate le modalità utilizzate per l'analisi dei dati. “Faremo gli occhiali così!”.

3.1 Obiettivi della ricerca

Avendo ora a disposizione tutti gli elementi teorici necessari è possibile esplicitare gli obiettivi che hanno guidato questo progetto, tuttavia, prima ripercorreremo alcuni passaggi che sono avvenuti nel “retroscena” di questa ricerca dato che con il suo evolversi si sono evoluti anche i suoi obiettivi. Nonostante l'esigenza sia rimasta la medesima, potremmo suddividere il processo di evoluzione degli obiettivi in due fasi storiche: la prima vedeva una formulazione generica degli obiettivi e la seconda una maggiore specificazione degli stessi, la quale costituisce la versione finale che ha guidato il progetto.

Inizialmente, avendo a disposizione pochi dati, rispetto a come veniva narrato l'accesso al servizio e l'interazione con i suoi operatori durante la decisione del piano terapeutico, si è scelto di porre un obiettivo volutamente generico attraverso il quale si *indagavano le modalità narrative utilizzate per raccontare questi eventi* senza utilizzare delle domande specifiche o delle categorie teoriche di riferimento, in questo caso senza utilizzare la teoria drammaturgica. Questa scelta consentiva di rispondere alla necessità emersa dalla letteratura di indagare gli obiettivi che spingono a rivolgersi ad un Ser.D., senza però dare per scontato che gli utenti intraprendano questo movimento in virtù di un obiettivo; cioè, non utilizzando delle domande specifiche rispetto a questo tema si è cercato di fornire ai rispondenti la possibilità di raccontare il proprio accesso al servizio con modalità narrative differenti da quelle "dell'obiettivo".

Dopo i primi focus group impostati in questo modo, analizzando quanto emerso ed utilizzando il criterio di corrispondenza con il dato empirico, si è scelto di introdurre la teoria drammaturgica di Goffman come esplicito riferimento, affinché fungesse da chiave di lettura del fenomeno; così, è stata ristrutturata l'impostazione della ricerca formulando i quattro obiettivi che seguono:

- 1) *Esplorare le modalità discorsive, ed i relativi contenuti che le accompagnano, attraverso le quali viene narrato come è avvenuto l'accesso al Ser.D.*
- 2) *Esplorare le narrazioni che chi si è rivolto ad un Ser.D. utilizza per descrivere come ha gestito la "performance" di presentazione di sé offerta al servizio.*
- 3) *Esplorare le narrazioni che chi si è rivolto ad un Ser.D. utilizza per raccontare la dimensione di "retroscena", ovvero lo scambio di credenze e consigli utili a preparare la "performance" da offrire al servizio.*
- 4) *Esplorare le narrazioni relative ai cambiamenti che sono avvenuti rispetto agli obiettivi di utilizzo del servizio, alle modalità di raccontarsi al servizio e alle credenze acquisite nel "retroscena".*

Una specificazione rispetto all'ultimo obiettivo: questo è stato introdotto con lo scopo di valorizzare quanto potevano offrire gli intervistati. Essendo persone che hanno vissuto l'evento di accesso al servizio diverso tempo prima della ricerca, era possibile domandare

loro anche come gli aspetti indagati dai primi tre obiettivi si fossero modificati con il passare del tempo.

3.2 Strategie di raccolta dati

Nella persecuzione degli obiettivi di questo progetto e nel rispetto dei criteri fondativi su cui si basa, si è scelto di utilizzare il focus group come tecnica di raccolta dei dati, il quale consiste nella discussione in piccoli gruppi di tematiche che vengono proposte da un moderatore (Frisina, 2010). Oltre ai partecipanti ed al moderatore della discussione è anche presente un altro osservatore, “l’assistente”, che funge da coadiuvo rispetto alla discussione, annotando ciò che è di rilievo per il progetto oppure intervenendo in essa. La dimensione grupppale caratterizza fortemente questa tecnica, consentendo di poter osservare dall’esterno le interazioni discorsive rispetto ai temi proposti, così questa può essere considerata un’ottima strategia per la rilevazione di atteggiamenti, credenze e valori, consentendo anche di cogliere le ragioni che vi si accompagnano (Cardano, 2003); in termini più vicini a questo elaborato, esso è un ottimo strumento per cogliere le peculiarità dei diversi modi attraverso i quali viene significata la realtà.

Sono state utilizzate due diverse modalità per strutturare i quattro gruppi di discussione: i primi due avevano la forma del “focus group autogestito”, la quale si utilizza a scopo principalmente esplorativo per comprendere come i temi vengano messi in forma; gli ultimi due sono stati svolti come “focus group moderati” che, invece, vengono utilizzati quando la domanda cognitiva ha un più altro grado di specificazione (Cardano, 2003).

La scelta di questa tecnica di ricerca non è stata casuale, ma mirata a raccogliere dati di qualità rispetto alle tematiche oggetto di indagine, dato che i gruppi sono stati progettati nel tentativo di riprodurre alcuni aspetti della dimensione di “retroscena”: si è tentato di costruire uno spazio interattivo simile a quello in cui i partecipanti, nel precedente ruolo di consumatori di sostanze, si possono essere trovati prima di rivolgersi al Ser.D.

Inoltre, si è ritenuto che la dimensione grupppale avrebbe potuto favorire delle stimolazioni reciproche tra i partecipanti, mentre la sola presenza del ricercatore, come nel caso di un’intervista, sarebbe potuta risultare limitante.

Infine, si specifica che tutti i gruppi sono stati registrati e trascritti manualmente dal moderatore, mantenendo le forme dialettali utilizzate dai partecipanti.

3.3 I partecipanti, il luogo e la composizione dei gruppi

A questi gruppi di discussione hanno partecipato in totale venti persone, escluso il moderatore e gli assistenti, tutti di età compresa tra i venti ed i trentuno anni, salvo un'eccezione di trentanove. I partecipanti selezionati erano tutte persone che avevano utilizzato un Ser.D. ed al momento dell'intervista erano utenti della comunità terapeutica di cui è stato già scritto. Ciò ha comportato che vi fosse una conoscenza reciproca, precedente alla ricerca, tra tutte le persone che hanno partecipato ai gruppi e, nonostante, questo elemento venga solitamente considerato come un limite (Cardano, 2003), esso potrebbe aver giocato anche un ruolo positivo: è stato ritenuto che all'interno di questo gruppo sarebbe stato possibile discutere "agilmente" di tali tematiche che, solitamente, sono oggetto di interdizione.

I primi due focus group svolti erano composti da sei partecipanti, il moderatore ed un assistente; gli ultimi due erano composti uno da quattro ed uno da cinque partecipanti, un moderatore ed un assistente. Rispetto a questi ultimi due gruppi, va sottolineato che una persona ha partecipato ad entrambi per ragioni che esulano da questo elaborato.

Nella scelta dei partecipanti non si è ovviamente utilizzata una tecnica di campionamento probabilistico, dato che il focus group non serve a fare generalizzazioni statistiche (Corrao, 2000). Si è utilizzato quello che potrebbe essere definito campionamento a "scelta ragionata", ovvero, ove i partecipanti sono scelti in virtù di caratteristiche che il ricercatore ritiene utili ai fini dell'indagine (Silverman, 2000, trad. it. 2008). Tale scelta è stata effettuata in virtù della qualità e quantità di informazioni che i partecipanti potevano rendere disponibili rispetto all'oggetto di indagine e alla disponibilità a partecipare alla discussione in gruppo (Albanesi, 2004).

Infine, si specifica che tutti e quattro i gruppi sono stati svolti nel medesimo spazio fisico, una stanza all'interno della comunità che ha ospitato il progetto di ricerca. A seguire una tabella che mostra la composizione dei gruppi:

Focus group autogestiti		Focus group moderati	
Primo gruppo	Secondo gruppo	Terzo gruppo	Quarto gruppo
Composizione: - Moderatore - Assistente - 6 partecipanti: 23 anni, Ser.D. di Perugia. 29 anni, Ser.D. di Perugia 23 anni, Ser.D. di Sulmona 33 anni, Ser.D. di Termoli 21 anni, Ser.D. di Tolmezzo 28 anni, Ser.D. di Perugia	Composizione: - Moderatore - Assistente - 6 partecipanti: 39 anni, Ser.D. di San benedetto del Tronto. 31 anni Ser.D. di Perugia. 24 anni, Ser.D. di Termoli. 29 anni, Ser.D di Ascoli. 30 anni, Ser.D. di Ascoli 28 anni, Ser.D. di Sulmona	Composizione: - Moderatore - Assistente - 5 partecipanti: 28 anni, Ser.D. di Perugia. 21 anni, Ser.D. di Tolmezzo. 30 anni, Ser.D di San benedetto del Tronto. 30 anni, Ser.D. di Ascoli.	Composizione: - Moderatore - Assistente - 4 partecipanti: 30 anni, Ser.D. di Ascoli. 20 anni, Ser.D. di Tolmezzo 30 anni, Ser.D. di Perugia Jacopo 30 anni Ser.D. di Ascoli (ha partecipato anche al terzo focus group).

3.4 La traccia del focus group


Rispetto alla traccia della prima tipologia di focus group implementata, quello “autogestito”, c’è ovviamente ben poco da dire, ovvero, come per teoria, si è esposta la finalità per la quale era stato proposto il gruppo di discussione, si è esplicitato il tema da affrontare e poi si è lasciato che la discussione evolvesse da sé, approfondendo ciò che emergeva.

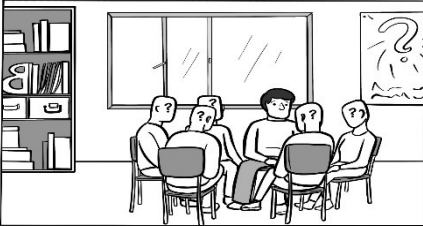
La seconda tipologia di focus group che è stata utilizzata, quello “moderato”, aveva una traccia più strutturata che seguiva un itinerario di temi di discussione che tra poco verrà approfondito dettagliatamente.


L’itinerario proposto è stato presentato ai partecipanti anche attraverso l’utilizzo di alcune vignette accompagnate da parole chiave che, tuttavia, non sono state utilizzate come oggetto di discussione, bensì come strumento che consentisse ai partecipanti di focalizzare i diversi momenti della discussione senza che il moderatore facesse un uso eccessivo dei suoi interventi.

Ecco la traccia dei focus group “moderati”, suddivisa in sei fasi:

Obiettivo corrispondente alla fase	Fase del focus group	Svolgimento
	1) Presentare la ricerca e “scaldare il clima”	-Presentazione della situazione: introdurre le motivazioni che hanno condotto alla scelta di creare un gruppo di discussione e quelle relative alla scelta dei partecipanti. -Presentazione degli obiettivi: introdurre la ricerca ed i suoi obiettivi.

		<p>-Introduzione dei temi di discussione.</p> <p>-Presentazione delle modalità di svolgimento della discussione.</p>
<p><i>Esplorare le modalità discorsive, ed i relativi contenuti che le accompagnano, attraverso le quali viene narrato come è avvenuto l'accesso al Ser.D.</i></p>	<p>2) Introduzione primo tema: “L’accesso al Ser.T.”</p> <p>La vignetta:</p>  <p>Le parole chiave:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Motivi/Obiettivi -Dire/Non Dire -Obiettivi non condivisibili 	<p>Esempi di domande:</p> <p>- “Immagino che questa scena risulti in qualche modo familiare a tutti voi, si sta andando al Ser.T. Vi andrebbe di raccontarmi come è andata la prima volta che vi siete rivolti a questo servizio?”</p> <p>- “Quali sono i motivi o obiettivi che vi avevano spinto a rivolgervi al servizio?”</p> <p>- “Proviamo a stilare una lista di ragioni possibili...”</p>
<p><i>Esplorare le narrazioni che chi si è rivolto ad un Ser.D. utilizza per raccontare la dimensione di “retroscena”, ovvero lo scambio di credenze e</i></p>	<p>3) Introduzione secondo tema: “Prepararsi per andare al Ser.T., cosa si sapeva sul servizio e come si faceva a saperlo”</p>	<p>Esempi di domande:</p> <p>- “Ora facciamo un passo indietro. Prima di recarsi al Ser.T. con uno di</p>

<p><i>consigli utili a preparare la “performance” da offrire al servizio.</i></p>	<p>La vignetta:</p>  <p>Le parole chiave:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Penso a come fare -Mi preparo all’incontro -Consigli ricevuti 	<p>questi obiettivi o ragioni avevate cercato di capire come funzionava?”</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Cosa vi avevano raccontato sul servizio e come comportarsi al suo interno?” - “Come vi eravate preparati prima di andare al Ser.T. per raggiungere il vostro obiettivo?” - “C’è stato qualcuno con cui vi eravate confrontati? Cosa vi aveva consigliato?” - “Nel vostro gruppo cosa si raccontava o consigliava rispetto al Ser.T.?”
<p><i>Esplorare le narrazioni che chi si è rivolto ad un Ser.D. utilizza per descrivere come ha gestito la “performance” di presentazione di sé rivolta al servizio.</i></p>	<p>4) Introduzione terzo tema:</p> <p>“La presentazione di sé durante l’incontro con il medico”</p>	<p>Esempi di domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Come vi eravate presentati al medico? Cosa avevate raccontato di voi?” - “In che modalità credevate fosse meglio presentarsi?”

	<p>La vignetta:</p>  <p>Le parole chiave:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Presentazione di sé -Dire/Non dire -Strategie -Terapia attesa 	<ul style="list-style-type: none"> - “Che cosa bisogna dire o fare con il medico affinché si è sicuri di poter raggiungere il proprio obiettivo?” - “Che cosa si dirà e non dirà al medico?” - “Quali strategie di presentazione si utilizzano per raggiungere il proprio obiettivo?” - “Cosa vi aspettavate dal medico? Cosa vi avrebbe chiesto?” - “Quali criteri credevate che utilizzasse il medico per scegliere il piano terapeutico?”
<p><i>Esplorare le narrazioni relative ai cambiamenti che sono avvenuti rispetto agli obiettivi di utilizzo del servizio, alle modalità di raccontarsi e alle credenze acquisite nel “retroscena”.</i></p>	<p>5) Esplorare il cambiamento: Questo obiettivo è stato perseguito trasversalmente a tutta la discussione.</p>	<p>Esempi di domande:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Penseresti ancora le stesse cose? Cosa ti ha fatto cambiare idea?” - “Oggi crederesti ancora che i consigli che ti hanno fornito sono validi?”

		<ul style="list-style-type: none"> - “I tuoi obiettivi sono cambiati?” - “Come è cambiata la relazione con il medico? In virtù di che cosa?”
	6) Fase finale	<ul style="list-style-type: none"> -Riassumere e raccogliere feedback sulla propria lettura. -Debriefing: comprendere com'è andata per ciascuno. -Registrare e trascrivere le proprie impressioni dopo la discussione.

3.4.1. Note sullo svolgimento del focus group

Per quanto riguarda lo svolgimento dei gruppi di discussione, inseriamo ora alcune note emerse durante la fase finale del focus group, ovvero nel confronto con i partecipanti e gli assistenti.

Effettuando dei ragionamenti sullo svolgimento della discussione, sia il moderatore che l'assistente si sono trovati d'accordo su un'osservazione, hanno ritenuto che i partecipanti tendessero a considerare alcuni aspetti delle vicende narrate come “ovvi”; quindi, sono state utilizzate delle domande che andassero a specificare ed approfondire gli argomenti introdotti.

Inoltre, applicando la metafora drammaturgica anche al gruppo di discussione, ritenendo che questo potesse essere considerato come un pubblico per ogni soggetto che vi partecipava; si può riflettere su come raccontare delle storie al suo interno potesse essere per i partecipanti un'occasione di valorizzare la propria identità di fronte ai propri compagni di comunità. Nello specifico è stato ipotizzato che questo potrebbe aver facilitato delle narrazioni all'interno delle quali i protagonisti si presentassero come

scaltri, sicuri di sé e in generale come esperti di tutti quegli argomenti strettamente connessi alla “carriera di tossicodipendente”.

Infine, per quanto riguarda il parere dei partecipanti, essi si sono espressi “positivamente” verso lo svolgimento del gruppo, nel senso che esso non ha costituito per loro un momento spiacevole.

3.5. Metodologia di analisi dei dati

All’interno di questo progetto di ricerca sono state utilizzate due diverse metodologie di analisi dei dati, nello specifico, l’analisi tematica (Braun & Clarke, 2006) e l’analisi del posizionamento (Bamberg, 1997).

Questa scelta è stata effettuata con lo scopo di mettere in luce due aspetti diversi del testo raccolto: uno relativo ai contenuti del discorso, tramite l’analisi tematica, e l’altro alle modalità di narrare l’evento, tramite l’analisi del posizionamento.

3.5.1. Analisi tematica

L’analisi tematica è un metodo di analisi dei dati che consiste nella definizione ed analisi di “temi” ricorrenti all’interno dei dati, ovvero delle etichette, accompagnate da una descrizione interpretativa, che vengono utilizzate per descrivere i dati raccolti (Boyatzis, 1998). Affrontando un corpus di dati tramite questa metodologia ci si ritrova a dover prendere delle scelte rispetto alla definizione dei temi, queste vengono effettuate in virtù dei criteri di prevalenza del tema rispetto al corpus ed in relazione agli obiettivi della ricerca per cui viene effettuata l’analisi, così non è solo la maggiore frequenza a definire l’importanza di un tema (Braun & Clarke, 2006).

Rispetto ad altri metodi di analisi usati nella ricerca qualitativa l’analisi tematica si configura come maggiormente flessibile e svincolata da un’epistemologia di riferimento, così è stato possibile adattarla agli scopi e presupposti teorici della ricerca. Invece, ciò che condivide con gli altri metodi di analisi qualitativa è l’identificazione di significati tematizzanti, una strategia che viene generalmente utilizzata da tutti gli approcci di questo tipo (Holloway e Todres, 2003).

Prima di passare alla struttura metodologica di questo processo si è ritenuto opportuno considerare che, in coerenza con quanto già esposto, non bisogna configurare i temi come qualcosa che sia possibile “trovare” nel testo, come se in esso risiedessero, ma questi

vanno considerati come un prodotto dell'interpretazione del ricercatore, la quale va gestita tramite scelte che sono ancorate anche agli obiettivi e ai presupposti teorici (Anzul et al., 2003).

Entriamo nel merito del processo metodologico utilizzato, andando ad esplicitare le sei fasi entro le quali si snoda il processo di analisi tematica (Braun & Clarke, 2006):

1. **Familiarizzare con i dati:** viene ritenuto indispensabile poter avere uno sguardo d'insieme sui dati prima di incominciare con la codifica formale. Nel caso di questo progetto, il ricercatore ha avuto modo di familiarizzare con i dati svolgendo il ruolo di moderatore di tutti i focus group e trascrivendo personalmente tutte le registrazioni effettuate; infine, anche attraverso delle riletture del materiale raccolto.
2. **Creare delle prime unità di significato:** è possibile definire queste dopo la familiarizzazione; tuttavia, le "unità di significato" non coincidono con i temi, dato che questi sono maggiormente ampi in termini di contenuto. In questa ricerca sono state create delle tabelle che contenessero tutte le unità di significato individuate.
3. **Definire i temi:** accorpare le unità di significato è possibile andare a definire un prima mappa dei temi. In questo lavoro è stata utilizzata una strategia principalmente, ma non esclusivamente, induttiva per creare delle prime mappe relative alle diverse aree di indagine.
4. **Rivedere e raffinare i temi:** questo passaggio è stato effettuato facendo riferimento ai criteri di "omogeneità interna" e "eterogeneità esterna" (Patton, 1990). Ovvero, si è verificato che ogni tema fosse coerente al proprio interno con le unità di significato che lo componevano e che fosse possibile riconoscere le differenze fra i diversi temi senza avere eccessive sovrapposizioni. Infine, il testo è stato rivisto alla luce della mappa dei temi che era stata definita.
5. **Definizione e denominazione finale dei temi:** una volta soddisfatti i passaggi precedenti i temi sono stati ultimati, ovvero, ne è stata fornita una dettagliata descrizione e ne è stato specificato il ruolo rispetto all'intero corpus dei dati, agli

altri temi e agli obiettivi del progetto. Infine, ove lo si è ritenuto opportuno sono stati definiti dei sottotemi.

6. Produzione del report: questo elemento consiste in quanto verrà esposto nel prossimo capitolo, anticipiamo solo che sono state allegate alle descrizioni i grafici che rappresentano visivamente le diverse mappe dei temi.

3.5.2 Analisi del posizionamento

L'analisi del posizionamento è la seconda tipologia di analisi dei dati che si è scelto di utilizzare, questa viene solitamente considerata uno strumento utile allo studio della costruzione e della performance delle identità (Riessman, 2012; Bamberg, 2004). All'interno delle diverse teorie che si occupano di descrivere il posizionamento vi è accordo generale su una concezione di identità come fenomeno realizzato dal e nel discorso (Deppermann, 2015). Più nello specifico, l'identità non è considerata come un'entità unica e appartenente alla persona, ma molteplici "*identità situate*", oppure "posizionamenti discorsivi", che la persona produce e negozia entro una dimensione linguistica.

L'atto di posizionarsi in un discorso viene concettualizzato come l'assegnazione di ruoli ai personaggi che compongono la storia raccontata, così osservare le modalità discorsive che vengono utilizzate per posizionare i personaggi consente di accedere ad una modalità di vedere il mondo e dare significato all'esperienza (Harrè e Van Langenhove, 1999).

Dunque, l'identità osservata in questo modo non rappresenta solo un contenuto del discorso, ma è anche una modalità di raccontarsi; quindi, un elemento che si realizza ed evolve continuamente nelle ed attraverso le pratiche discorsive; così, si apre anche la possibilità di generare delle contraddizioni narrative, ovvero diverse configurazioni contrastanti di un unico personaggio (Davies e Harrè, 1990).

Per comprendere come è stato utilizzato questo tipo di analisi nella nostra ricerca, si è scelto di far riferimento alla teorizzazione di Bamberg (1997) che concettualizza l'analisi del posizionamento come metodo che pone tre tipologie di domande rispetto al testo che descrive; queste possono essere anche riassunte definendo tre livelli di analisi del posizionamento:

Il primo livello del posizionamento considerato dall'autore è quello relativo alla storia raccontata ed è espresso nella domanda: "Come sono posizionati i personaggi in relazione l'uno all'altro all'interno degli eventi riportati?".

Il secondo livello è quello relativo alla dimensione interattiva ed è espresso nella domanda: "In che modo chi racconta si posiziona rispetto al suo pubblico?".

Infine, il terzo livello di posizionamento si rivolge al più ampio contesto culturale ed è espresso tramite la domanda: "Come si posizionano i narratori in relazione ai discorsi dominanti?".

Delle tre domande di Bamberg se ne è utilizzata soltanto una, la prima, che è stata adattata agli obiettivi della presente ricerca. Tale scelta è stata compiuta in virtù di alcuni ragionamenti, innanzitutto, si è cercato di esprimere ciò che concerne il secondo livello di posizionamento, ovvero la relazione tra intervistato e intervistatore, attraverso altre strategie di cui, prima fra tutte, la descrizione del retroscena della ricerca. In secondo luogo, non dedicarsi all'analisi del terzo livello di posizionamento è stata una scelta che tenta di riflettere il taglio psicologico di questa ricerca, dando così maggiore rilevanza ad un micro contesto interattivo, piuttosto che ad uno macro.

Infine, la prima domanda, quella utilizzata è stata intesa diversamente, tramite questa formulazione: "Come si sono posizionati i personaggi in relazione all'evento raccontato?" che nel nostro caso coincide con "Come si sono posizionati i personaggi in relazione al racconto dell'accesso al Ser.D.?".

Queste scelte sono state compiute per poter osservare le modalità narrative espresse nel racconto di accesso al Ser.D. con l'intento di mettere in discussione che l'unica forma possibile di osservare questo evento sia quella di descrivere un soggetto che si rivolge al servizio in virtù di un obiettivo da perseguire, ciò è connesso con gli studi presentati sul tema che spesso utilizzano questa forma.

Quindi, da un lato, in questa ricerca viene utilizzata una concezione di "semi-agentività", dall'altro, si considera che l'intenzionalità stessa è il prodotto di alcune categorie conoscitive, come hanno sostenuto Harré e Gillett (1994, trad. it. 1996, p. 129): "La semantica (o i significati) sono il nucleo dell'intenzionalità". Così, è stata rimessa in discussione la struttura del processo narrativo che riguarda le storie di accesso al Ser.D. considerando l'intenzionalità come una questione di posizionamento e l'individuo come produttore della sua storia più che delle sue azioni. L'implicazione che se ne deriva è la seguente: "le posizioni che assumiamo in un contesto discorsivo ci inducono a costruire

in determinati modi ciò che succede e ci predispongono ad avere certe reazioni e atteggiamenti verso queste significazioni” (Harré & Gillett, 1994, trad. it. 1996. P. 138). Applicando questo sguardo teorico all’analisi si è quindi lavorato sul testo descrivendolo attraverso diverse posizioni narrative che posso essere assunte nel racconto dell’accesso al Ser.D. ed è stata creata una dimensione semantica sovraordinata che consentisse di collocare le diverse posizioni rispetto alla dimensione dell’intenzionalità; ovvero, è stato definito un continuum le cui polarità esprimono rispettivamente il massimo ed il minimo grado di attribuzione degli eventi alle intenzioni dei soggetti coinvolti.

L’analisi in sé è stata svolta seguendo passaggi molto simili a quelli dell’analisi tematica: Familiarizzazione con i dati; Raccogliere tutti gli stralci all’interno dei quali veniva raccontato l’accesso al Ser.D; Descrivere la posizione discorsiva assunta in ogni stralcio tramite una sintetica etichetta; Confrontare, accorpendo e ridefinendo, le posizioni descritte in virtù dei criteri di “omogeneità interna” e “eterogeneità esterna” (Patton, 1990); Stilare un elenco delle principali posizioni discorsive; rivedere il testo alla luce di questo elenco finale; Produrre il report, che verrà espresso nel prossimo capitolo.

3.5.2.1 Esempio di analisi del posizionamento

Per rendere maggiormente chiara la procedura di analisi che è stata messa in opera si è scelto di presentarla anche attraverso un breve esempio. Nella tabella che segue vengono inseriti a sinistra dei testi già selezionati in cui viene raccontato l’accesso al Ser.D. e a destra l’etichetta che è stata formulata per rappresentare la posizione discorsiva in cui il narratore si colloca rispetto al racconto in questione.

Racconti di accesso al Ser.D.	Etichetta descrittiva della posizione assunta
<p>“Se vuoi ti posso raccontare anche io una situazione simile, avevo quattordici anni e i miei erano preoccupati perché fumavo canne eccetera, e mi hanno mandato al Sert obbligato praticamente, ma all'inizio andavo lì facevo le urine ed erano positive e me ne andavo, ed era solo questo, parlavo dieci minuti con la psicologa e niente, ad andarci mi hanno obbligato i miei, mi hanno iscritto e da un giorno all'altro dovevo andar là”.</p>	<p>“Mi hanno mandato al Sert obbligato” “Mi hanno obbligato i miei”</p>
<p>“Poi quando ho preso la patente a 18 anni mi hanno fermato e mi hanno sospeso la patente e mi hanno mandato a fare un colloquio con la prefettura, con l'assistente sociale, per vedere cosa fare con la patente e lui mi ha detto o ti mandiamo in revisione la patente e devi fare il capello, oppure c'è la possibilità che se fai periodicamente, due volte a settimana, le urine al Sert per sei mesi. La patente la riprendi senza andare in revisione. In più c'erano dei colloqui da fare con la psicologa. Lì io ho scelto il Sert per riavere la patente”.</p>	<p>“Ho scelto il Sert per...”</p>
<p>“Io sono entrato diretto al Sert, in realtà mi ci ha mandato mia madre. Era una situazione in cui io stavo a casa del compagno di mia mamma che mi vedeva tornare a casa ubriaco e fatto d'erba, ma pensavano che mi facessi di chissà quale droga, allora mi hanno mandato al Sert”.</p>	<p>“Mi hanno mandato al Sert”</p>

Applicare questa procedura a tutti i testi ha portato a disporre di moltissime etichette come quelle della colonna di destra e così sono state accorpate e ridefinite. Nel caso presentato “Mi hanno mandato al Sert” e “Mi hanno obbligato i miei” sono due etichette che sono state accorpate nella posizione discorsiva “È stata un’imposizione: mi ci hanno mandato”, che poi è stata descritta nel report. L’accorpamento è dato dal fatto che in entrambi i testi il protagonista non attribuisce il movimento verso il servizio come dettato dalla sua volontà, ma lo racconta come se fosse stato obbligato da altri. Invece, nel secondo testo riportato il racconto di accesso al Ser.D. vede il protagonista come agente della scelta, attraverso la formula “ho scelto il Sert per...”; dunque la posizione narrativa che il protagonista assume nella storia è stata considerata differente, nello specifico è stata descritta attraverso l’etichetta “Avevo un obiettivo”.

Accorpate le diverse posizioni si è rivisto tutto il testo alla luce di queste e, quando sono state confermate, è stata fornita una descrizione teorica per ogni etichetta; infine, le diverse denominazioni sono state distribuite su un continuum che le confrontasse in base al grado di intenzionalità che viene attribuita al protagonista del racconto di accesso al Ser.D. Il tutto sarà presentato nel prossimo capitolo che fungerà da report dell’analisi effettuata.

Capitolo quarto

Analisi dei dati

*“Quando arrivò a Bologna tutto gli apparve come il cielo in terra,
la conobbe che passava sotto i portici dell'Accademia,
lei aveva la pelle bianca e gli occhi azzurri e diafani,
la prima volta che gli baciò le braccia lui si perse negli attimi...”*

“Quando venne lei” - Murubutu

La strofa che introduce questo capitolo è stata scelta per preparare il lettore ad un viaggio che, attraversando storie di vita intrecciate con il consumo di sostanze, condurrà alla scoperta di possibili modi di significare questo mondo. Se nel racconto di questa canzone viene descritto il rapporto con la sostanza come se fosse una storia di amore e l'utilizzo di una siringa come “un bacio sulle braccia”, in quelli che verranno affrontati si potrà assistere alla forma narrativa che assume il racconto di un determinato evento, ovvero l'accesso al Servizio per le Dipendenze patologiche.

Dalla finestra che intendiamo aprire con questo capitolo si può osservare quella che viene definita “analisi dei dati”, la quale nel nostro caso si compone principalmente di racconti trascritti avvenuti durante i gruppi di discussione, accompagnati da commenti descrittivi ed interpretativi costruiti in relazione alle metodologie di analisi presentate.

Prima di entrare nel merito di quanto introdotto si è ritenuto utile fornire qualche specificazione teorica per evitare dei possibili “fraitendimenti”⁴. Nello specifico si vuole chiarire al lettore che i “dati” che verranno esposti entro questo capitolo vanno considerati in riferimento ai presupposti teorici che li hanno generati, altrimenti non vi sarebbe alcun dato “osservativo”. Questo implica che questi dati, ed i modelli teorici che ne sono derivati, non possono essere generalizzati in quanto, essendo dei discorsi, “devono essere trattati come pratiche discontinue, che si incrociano, si affiancano talora,

⁴ Con questo termine si vuole fare esplicito riferimento al pensiero di Wittgenstein (1953) per due motivi: il primo è perché il filosofo ha tentato di mettere in guardia da uno dei fraintendimenti principali della grammatica, ovvero ritenere che vi sia un oggetto su cui verte il discorso ove l'oggetto non c'è, come nel nostro caso. Il secondo motivo è legato alla sua concezione di spiegazione: “Una spiegazione serve a eliminare o a prevenire un fraintendimento - dunque un fraintendimento che potrebbe sopravvenire in assenza della spiegazione; non ogni fraintendimento ch'io possa immaginare” (trad. it. 1967, p. 51). Nel nostro caso, il fraintendimento che si è cercato di eliminare è la reificazione del discorso.

ma anche si ignorano o si escludono. [...]. Se è vero che queste serie discorsive e discontinue hanno ciascuna, entro certi limiti, la loro regolarità, sicuramente non è più possibile stabilire tra gli elementi che le costituiscono legami di causalità meccanica” (Foucault, 1971, trad. it. 1972, Pag. 29-30).

Tuttavia, il materiale che verrà presentato può essere considerato informativo ed utile ad avviare delle riflessioni sulle pratiche dei servizi del futuro, ma non può essere considerato come analogo ad un ente empirico.

Ora, si passerà alla strutturazione del capitolo che stiamo per affrontare, questo è suddiviso principalmente in quattro sezioni corrispondenti agli obiettivi della presente ricerca, tuttavia, per quanto riguarda il primo obiettivo esso viene a sua volta suddiviso in due sottosezioni in quanto per perseguirlo sono state utilizzate due differenti metodologie di analisi dei dati, l'analisi del posizionamento e l'analisi tematica. Per quanto riguarda gli altri tre obiettivi è stata utilizzata solo la seconda.

4.1 Primo obiettivo: posizioni identitarie e temi legati all'accesso al Ser.D

Il primo obiettivo di questo progetto di ricerca è, come è stato visto in precedenza, *“Esplorare le modalità discorsive, ed i relativi contenuti che le accompagnano, attraverso le quali viene narrato come è avvenuto l'accesso al Ser.D.”*. Questa formulazione è stata scelta per fornire delle indicazioni ben precise, ovvero, nella sua prima parte si rivolge ad un'indagine delle “modalità discorsive” e nella seconda ai “contenuti”. Per quanto riguarda l'analisi delle modalità discorsive è stata utilizzata un'analisi dei posizionamenti, mentre relativamente ai contenuti del discorso è stata utilizzata l'analisi tematica.

La scelta di utilizzare due differenti metodologie per osservare lo stesso fenomeno è motivata dall'intento di ampliare lo sguardo “sull'accesso al Ser.D”, in quanto in letteratura esso viene spesso osservato come se la persona che si rivolge al servizio volesse raggiungere degli obiettivi. Si è scelto di rimettere in discussione questa modalità di osservare il fenomeno e, quindi, si è scelto di soffermarsi sul senso dell'agire, aspetto che è stato trattato attraverso il discorso sull'intenzionalità; così, si è scelto di utilizzare un'analisi dei posizionamenti per osservare come tale evento si configura nel discorso. Rispetto alla scelta di utilizzare anche l'analisi tematica, questa è legata all'esigenza emersa dalla letteratura di approfondire quelli che vengono definiti gli “obiettivi” o “motivi” che conducono ad accedere ad i servizi per le dipendenze.

4.1.1 Primo obiettivo: analisi dei posizionamenti identitari

Entrando nel merito dell'analisi dei posizionamenti che è stata svolta, si richiama che ciò che si è andato ad analizzare sono le diverse posizioni discorsive in cui i partecipanti della ricerca si sono collocati attraverso il racconto del loro accesso al Ser.D. Come è stato trattato, si è scelto di dirigere tale analisi attraverso una riformulazione delle domande teoriche di Bamberg (1997) che è arrivata a definire un'unica domanda guida, ovvero: *“Come si sono posizionati i personaggi in relazione al racconto dell'accesso al Ser.D.?”*. I risultati della presente analisi consistono nella formulazione di otto etichette, accompagnate dalle rispettive descrizioni teoriche, che tentano di esprimere otto differenti posizioni discorsive in cui i narratori si sono collocati rispetto all'evento oggetto di indagine.

Le otto posizioni definite sono le seguenti:

- 1) “È stata un’imposizione: mi ci hanno mandato”
- 2) “A causa di...: sono finito al Sert perché...”
- 3) “A fronte di ciò che è successo potevo solo andare al Sert”
- 4) “Ero costretto ad andarci tra virgolette: O il Sert, oppure...”
- 5) “Ho detto sì”
- 6) “L’ho fatto per loro”
- 7) “È stata una decisione collettiva”
- 8) “Avevo un obiettivo”

Si specifica che rispetto alla terza etichetta si è scelto di creare una sottosezione dato che il processo discorsivo rappresentato dal “A fronte di ciò che è successo potevo solo andare al Sert” viene nella maggior parte degli stralci testuali disponibili associato ad uno specifico contenuto, ovvero quello dato dalle “Questioni familiari” (etichetta che approfondiremo in seguito).

A seguito di questa iniziale suddivisione tassonomica dei fenomeni di “accesso al servizio”, si è valutato di poter collocare le diverse denominazioni, descrittive del posizionamento, entro un continuum definito da due poli: “attività” e “passività”. Questi si rivolgono a quanto⁵ nel racconto dell’evento il soggetto configuri l’accaduto come frutto di una sua scelta intenzionale, di cui il massimo grado è rappresentato dal polo “attività” ed il minimo da quello di “passività”.

Questa collocazione entro il continuum va ovviamente considerata come una sovrascrittura dei testi con valore esclusivamente euristico e non “osservativo”, a fronte di ciò, non bisogna reificare quanto scritto considerando delle effettive differenze di “quantità dell’intenzione”, dato che non si dispone di alcuna unità di misura della stessa.

⁵ Nonostante si utilizzi la dicitura “quanto” ci sta riferendo ad un dato di natura prettamente qualitativa.

Prima di entrare nel merito delle diverse posizioni espresse nei racconti è stata inserita una rappresentazione grafica del continuum di attività-passività su cui si “spalmano” le diverse posizioni discorsive:

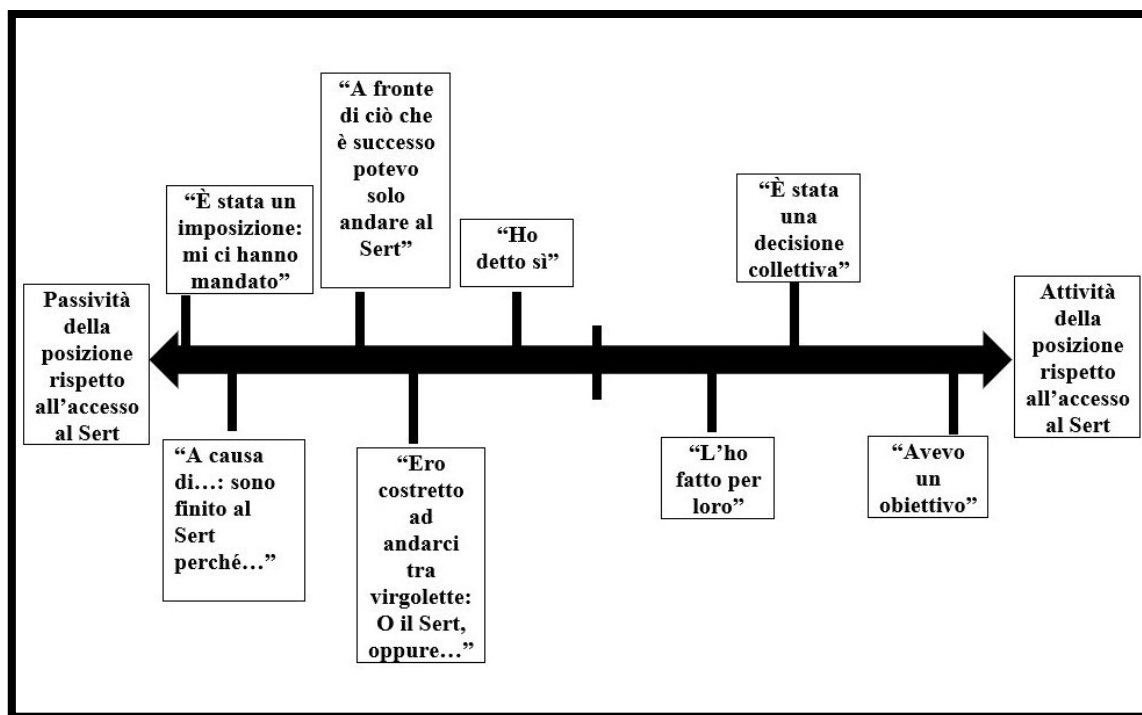


Figura 4.1: Continuum “attività-passività” delle posizioni discorsive.

1) “È stata un’imposizione: mi ci hanno mandato”

Questa prima denominazione intende rappresentare una posizione discorsiva che rispetto al nostro continuum rappresenta la più vicina al polo della “passività”.

Questo insieme di stralci testuali si caratterizza in virtù del fatto che il narratore si racconti come completamente passivo rispetto alla decisione di accedere al servizio, ovvero, configura se stesso come un soggetto privo della capacità di poter agire rispetto alla situazione e attribuisce quanto accaduto alla volontà di altre persone. Esempi tipici che caratterizzano questa posizione sono “Mi ci hanno portato”, “Mi ci hanno mandato”, “Ero obbligato” o “Hanno deciso per me”. Ecco questa modalità narrativa nei racconti:

“Per me è stato un po' differente, a seguito di una denuncia per uso di cannabinoidi, a quindici anni, l'assistente sociale *ha deciso di mandarmi* al Sert”.

“Oddio, volontariamente è un parolone. *Mi è stato imposto di andarci* tramite i miei genitori e le conoscenze dei miei genitori”.

“Io sono entrato diretto al Sert, in realtà *mi ci ha mandato* mia madre. Era una situazione in cui io stavo a casa del compagno di mia mamma che mi vedeva tornare a casa ubriaco e fatto d'erba, ma pensavano che mi facessi di chissà quale droga, *allora mi hanno mandato al Sert*”.

“Avevo quindici anni e *mi ci ha portato lei* (mia madre), poi so stato là due mesi a fare incontri con lo psicologo...”.

“Se vuoi ti posso raccontare anche io una situazione simile, avevo quattordici anni e i miei erano preoccupati perché fumavo canne eccetera, *e mi hanno mandato al Sert* obbligato praticamente, ma all'inizio andavo lì facevo le urine ed erano positive e me ne andavo, ed era solo questo, parlavo dieci minuti con la psicologa e niente, ad andarci *mi hanno obbligato i miei, mi hanno iscritto e da un giorno all'altro dovevo andar là*”.

Questi stralci sono stati accomunati in virtù della modalità che il soggetto ha di configurare l'accesso e la “passività” è stata attribuita a questi dato che nella configurazione è come se l'azione non appartenesse al narratore, che viene spostato come un oggetto fino a dentro le porte del servizio. Un'ultima precisazione ritenuta doverosa, non si vuole affermare che il soggetto non sia stato obbligato, ma che l'essere obbligati o meno nella nostra analisi corrisponde esclusivamente ad una modalità di raccontare la vicenda.

2) “A causa di...: Sono finito al Sert perché...”

Questa seconda denominazione rappresenta nel continuum di “attività-passività” il punto successivo, verso il polo “attività”. Anch'essa è fortemente caratterizzata da una dimensione di passività dell'agire rispetto all'evento “accesso al servizio”. Nello specifico, in questi stralci, l'accesso viene a configurarsi come qualcosa che è stato

causato da un fattore esterno e, rispetto al quale, chi racconta si posiziona come privo della possibilità di intervenire. Ecco questa modalità:

“Comunque, vai al Sert per chiederla (la terapia farmacologica/Metadone), neanche ti viene da dire di no. Tu vai là per prenderlo, il momento in cui ti iscrivi è *perché sei arrivato quassù* e vai lì solo per quello”.

“Ci andai *perché feci un macello*, a casa e in giro, mamma aveva capito che ci stava qualcosa che non andava”.

“*Per disperazione so' andato* al Sert, almeno al giorno stavi coperto, non avevi pensieri”.

Come si è potuto osservare in questi stralci, contenuti come “Il macello”, “la disperazione” e “arrivare quassù” vengono configurati come degli elementi che determinano l’accesso al Ser.D., quindi il nesso retorico espresso è stato considerato come analogo rispetto a quello causale, relegando nuovamente la persona in un ruolo passivo rispetto all’evento in questione.

3) “A fronte di ciò che è successo potevo solo andare al Sert”

Questa terza denominazione cerca di rappresentare una posizione narrativa che potrebbe essere considerata come il punto successivo a quello precedente nel continuum di “attività-passività”. Gli stralci che sono stati raggruppati in questa area possono essere descritti come ancora fortemente caratterizzati da una dimensione di passività dell’agire rispetto all’accesso al servizio. Infatti, in queste porzioni di testo i partecipanti configurano l’accesso come un evento che, non è stato causato da qualcosa di specifico, ma è l’unica soluzione a cui una determinata serie di eventi poteva condurre: il narratore rimane ancora in una posizione poco influente rispetto al corso degli eventi che “scorrono” naturalmente, come consequenziali, verso il Ser.D. Ecco quanto descritto attraverso un primo stralcio:

“Io ho provato prima a smette’ andando da un dottore di base che mi ha fatto un semplice controllo e mi ha dato degli antidepressivi, ma non li prendevo.

Dopo di che ho dato la roba ad un mio amico dicendogli ‘scaliamo piano piano’. Il primo giorno gli ho detto ‘ti chiamo all’una’ e alle nove l’avevo già chiamato. Non ha funzionato... *Dopo di che sono andato al Sert*”.

Prima di commentare, ecco anche una declinazione specifica di questa modalità di raccontare gli eventi.

3b) “A fronte del fatto che i miei mi hanno sgamato potevo solo andare al Sert”

Questo insieme di narrazioni non si discosta dal precedente in termini di posizionamento, ma è stato separato in virtù dei contenuti specifici che vengono utilizzati, ovvero “l’essere stati scoperti dai propri genitori”, quindi propri delle “Questioni familiari”. A seguire alcuni degli stralci che sono stati raggruppati rispetto a questa posizione e contenuto:

“È l’unica cosa che mi era venuta in mente (andare al servizio), vedevo lei distrutta (mia madre), io non sapevo cosa fare e l’unica cosa che mi è venuta in mente era il Sert, gli ho detto ‘andiamo’, ne parliamo e iniziai a fare un percorso lì. Prima che lei trovasse le siringhe nella console non pensavo di andarci, anzi volevo evitare proprio”.

“Eravamo andati a pescare... Il giorno stavo ancora più male, loro mi chiamavano (i miei amici) ... Ho spento il telefono e sono andato a comprare la roba (Eroina), quando hanno visto che il telefono era spento, il mio migliore amico è andato dai miei genitori e gli ha detto ‘guarda (nome) sta facendo ste cose...’. Sono tornato a casa e quando mamma, disperata, mi ha detto ‘tira su le maniche’, ero disperato anch’io... Allora lì gli ho detto andiamo al Sert...”.

“Poi al Sert ci sono andato quando mi ha sgamato mio padre, è successo un mezzo casino, mi ha sgamato. Cioè a mio padre gli dici “mi faccio di eroina” gli è cascato il mondo addosso. Là so andato al Sert, per un periodo, avevo smesso con l’eroina, andavo a fare le urine tutte le settimane... cocaina a palla”.

Questa etichetta è stata inserita per rendere conto di queste modalità di raccontarsi rispetto all'evento: "l'unica cosa che mi è venuta in mente", "là so andato al Sert", "li gli ho detto andiamo". Il contesto di vita della persona viene configurato come un elemento che apre ad una sola possibilità: andare al Ser.D.

4) **“Ero costretto ad andarci tra virgolette: O il Sert, oppure...”**

Questa quarta denominazione è stata costruita con l'intento di rendere conto di una serie di posizioni discorsive e, lungo il nostro continuum, rappresenta il punto successivo verso il polo di "attività".

Le posizioni delle quali si vuole rendere conto si caratterizzano in virtù del fatto che il narratore configura se stesso come di fronte ad una scelta obbligata: racconta l'utilizzo del servizio come unica possibilità che avrebbe scongiurato conseguenze indesiderabili. Da un lato il Ser.D. e dall'altro la conseguenza indesiderabile.

Ecco i racconti che hanno dato ragion d'essere a questa descrizione:

“Cioè, io il servizio l'ho conosciuto nel momento in cui mi hanno sospeso la patente; quindi, ero costretto ad andarci tra virgolette perché l'assistente sociale della prefettura mi aveva proposto di fare un percorso di sei mesi al Sert, di urine due volte a settimana, e *facendo quello non mi sarebbe andata la patente in revisione*”.

“Quando incominci penso sia così per tutti. Anch'io *sono andato in comunità e al Sert perché se no mia sorella non mi faceva avere rapporti con i miei nipoti*”.

Come si è visto nei due stralci riportati l'accesso al servizio viene raccontato come qualcosa che è avvenuto come tentativo di scongiurare qualcos'altro, in un caso la "perdita della patente", nell'altro il "divieto di vedere i nipoti". Quindi la persona non si racconta come qualcuno che si è diretto verso il servizio per propria volontà, ma come "costretto tra virgolette".

5) “Ho detto sì”

Seguendo la stessa linea, questa quinta denominazione potrebbe essere intesa come il punto successivo nel continuum di “attività-passività”.

Gli stralci testuali di cui si cerca di rendere conto attraverso questa etichetta si caratterizzano in quanto il narratore configura il suo agire come un “moto diretto verso”, nel senso che si attribuisce intenzionalità, ma questo moto è rivolto non ad accedere al servizio, bensì ad assecondare una richiesta: per questo la denominazione è “Ho detto sì”. Gli stralci di testo che la rappresentano:

“L’anno dopo mi ripresentai sempre là, dopo un altro grande macello, ma prima di farmi le analisi a mamma gli dissi che avrebbe trovato di tutto... cocaina, eroina... Mamma piangendo mi chiese se volessi provare al Sert e *quindi ho detto di sì*”.

“L’uso dell’erba per me non era grave come cosa; quindi, io personalmente non ci sarei andato. Poi mia mamma spingeva tanto su sta roba quindi... *seguivo un po’ quello che mi diceva*; quindi, ci andavo”.

Come si è osservato, potrebbe risultare emblematico sottolineare che il movimento verso il servizio non è espresso nella forma del “andare”, ma in quella del “seguire”.

6) “L’ho fatto per loro”

Questa sesta denominazione descrive una serie di posizioni assunte durante la narrazione del proprio accesso al servizio che potrebbero essere considerate come il punto successivo nel continuum di “attività-passività”.

In queste parti di testo l’utente si configura come padrone della propria scelta; tuttavia, essa viene rivolta ad un obiettivo che è configurato come esterno, come appartenente a qualcun altro. Attraverso i racconti:

“È andata mia madre, poi *per fargli un favore a lei... lei stava più tranquilla se ci andavo e allora ho cominciato*. Poi mi ci sono anche trovato bene anzi, ma così è partita”.

“*Ci sono andato un po' per mamma, ma non volevo far vedere agli altri che stavo proprio in quel modo*”.

“Comunque io all'inizio *sono andato per preoccupazione della famiglia* e non c'era ancora la terapia farmacologica”.

Come si è potuto osservare, spesso il contenuto utilizzato in collegamento con questa modalità narrativa di posizionarsi è quello relativo alle “Questioni familiari”. Rimarchiamo che il moto non viene configurato come “verso il servizio”, bensì rivolto ad altri obiettivi come “tranquillizzare la famiglia”.

7) “È stata una decisione collettiva”

Questa settima denominazione descrive una serie di posizioni assunte durante la narrazione del proprio accesso al servizio che potrebbero essere considerate come il punto successivo a quello precedente nel continuum di “attività-passività”. In questi stralci l'utente si configura come attivo rispetto all'accesso al servizio e il suo movimento viene configurato come il frutto di una decisione presa collettivamente. Egli si configura come il membro di un gruppo che ha deciso. Ecco questa posizione attraverso i racconti:

“Poi la prima volta che ci sono andato era un anno dopo che avevo iniziato l'utilizzo, quando mio padre mi sgamò. *Anche per me è stato deciso insieme ai genitori*”.

“So uscito dalla comunità religiosa, so durato un anno e mezzo o due, dopo un po' sono ricaduto. Con i miei genitori che mi hanno messo davanti a delle scelte *abbiamo preso in considerazione il Sert*, sempre tramite consiglio di parenti e amici stretti di famiglia”.

Come si è potuto osservare nel secondo stralcio la forma verbale è stata espressa al plurale e, anche in questo caso, i contenuti maggiormente utilizzati sono quelli legati alla “famiglia”.

8) “Avevo un obiettivo”

Questa ottava ed ultima denominazione cerca di rendere conto di una serie di posizioni assunte durante la narrazione del proprio accesso al servizio e potrebbe essere considerata come il punto più vicino al polo di “attività” rispetto al continuum proposto. In questi stralci l’utente configura l’accesso al servizio come un’azione guidata da un obiettivo personale. Egli si descrive come agente intenzionale esprimendo così il massimo grado di “attività” della sua posizione rispetto all’accesso al servizio. Ecco come questa posizione viene espressa nel racconto:

“L’obiettivo era di sbolognarmeli (i miei), perché già avevo il progetto casa... Non mi interessava smettere fino in fondo era solo per affinarmi meglio, non abusare, regolarmi di più. Utilizzare senza abusare, avevo questa fantasia”.

“Poi quando ho preso la patente a 18 anni mi hanno fermato e mi hanno sospeso la patente e mi hanno mandato a fare un colloquio con la prefettura, con l’assistente sociale, per vedere cosa fare con la patente e lui mi ha detto o ti mandiamo in revisione la patente e devi fare il capello, oppure c’è la possibilità che se fai periodicamente, due volte a settimana, le urine al Sert per sei mesi. La patente la riprendi senza andare in revisione. In più c’erano dei colloqui da fare con la psicologa. Lì io ho scelto il Sert per riavere la patente”.

“Mi ricordo che sono uscito dal cancello del carcere e stavo con mio padre e il mio avvocato sulla panchina e l’avvocato mi fa “devi andare in comunità” per scontare la pena, vai là stai tranquillo, così il giudice vede che... Quindi per entrare in comunità mi sono dovuto iscrivere al Sert”.

“Io sono stato sempre molto schietto, cioè al Sert ci sono andato sempre e solo per la terapia”.

“Probabilmente come dice lui, per tenere in piedi il ritmo di vita, cercare di alleggerirlo un po’ perché uno non può comprarsi tutti i giorni la roba, il metadone fa un po’ da tampone”.

L'accesso al Ser.D. viene narrato come strategia utile al perseguimento di obiettivi quali "riprendere la patente", "tenere in piedi la vita" o "ottenere la terapia". Il narratore si configura in un modello che, insieme a quello causale, rispetto al quale spesso viene contrapposto (come nel caso dei costrutti di "tossicodipendenza" e "tossicofilia"), è probabilmente la modalità maggiormente "lineare" di raccontare l'agire umano.

Per concludere, sottolineiamo che questa modalità narrativa è collegata a quasi tutte le tipologie di contenuto che vengono associate all'accesso al Ser.D., le quali verranno analizzate nel prossimo paragrafo.

4.1.2 Primo obiettivo: analisi dei temi

Questo tipo di analisi serve a mettere in luce i contenuti che accompagnano le modalità discorsive utilizzate per raccontare l'accesso al Ser.D., tuttavia, prima di esporre questo lavoro si è deciso di precisare che: utilizzare un obiettivo come guida dell'analisi dei dati significa porre una domanda al testo che si sta osservando, così, si potrebbe asserire che questa domanda costituisce il macro-tema rispetto al quale quelli individuati si configurano come dei sotto-temi. Nello specifico il macro-tema che guida questa sezione di analisi è quindi costituito da tutti i "contenuti connessi con l'accesso al Ser.D." e, rispetto a questo, sono stati individuati quattro temi dominanti: "Questioni familiari", "Ottenere delle sostanze", "Gestire il consumo" e "Questioni legali".

Questi sono stati declinati anche tramite alcuni sotto-temi, eccoli tutti rappresentati sotto forma di elenco:

- 1) "Questioni Familiari"
 - 1a) "Tranquillizzare la famiglia"
- 2) "Ottenere sostanze"
 - 2a) "Trovare i soldi"
 - 2b) "Continuare tranquilli".
- 3) "Gestire il consumo"
- 4) "Questioni legali"

Ora entriamo nel merito di questi temi attraverso una descrizione degli stessi e riportando degli stralci di testo tratti dal focus group per esemplificare e sostenere la nostra argomentazione.

1) “Questioni familiari”

All'interno di questo tema vengono raggruppati una serie di stralci testuali nei quali l'accesso al Ser.D. viene retoricamente connesso al tema della “famiglia”. Sotto questa descrizione verranno così presentate una serie di narrazioni all'interno delle quali i contenuti “famiglia”, “mamma”, “papà”, “sorella” ed eccetera vengono associati all'evento di accesso al Ser.D. Prima di aggiungere altri commenti ecco gli stralci:

“Inizialmente, il motivo... speravo di smettere, ma non per me stesso. Cioè i miei mi avevano beccato...*più per la famiglia* che per me stesso e questo per me non funziona”.

“In verità non ce sarei proprio andato, in quel periodo pensavo che era una cosa completamente inutile, era un fase della mia vita in cui mi facevo le canne, ma per me non era una roba grave. *Forse più per il fatto della gestione della mia famiglia*, un po' più per quello”.

Come si è potuto osservare in queste due prime porzioni di testo l'accesso al Ser.D. viene da un lato raccontato come evento connesso ai contenuti che stiamo descrivendo e, dall'altro, raccontato assumendo la posizione discorsiva precedentemente descritta del “L'ho fatto per loro”. Ecco altri stralci di questo tema:

“Oddio, volontariamente è un parolone, *mi è stato imposto di andarci tramite i miei genitori*”.

“Ci andai perché feci un macello, a casa e in giro, *mamma aveva capito che ci stava qualcosa che non andava*”.

Due esempi in cui i processi sono diversi, ma i contenuti rimangono i medesimi; nel primo stralcio l'accesso al servizio viene raccontato attraverso la posizione “È stata un

imposizione: mi ci hanno mandato”, mentre nel secondo “il macello” viene configurato come “causa” e quindi il soggetto si posiziona secondo le modalità descritte in “A causa di...: sono finito al Sert perché...”. Infine, per esemplificare la partecipazione di un altro ruolo familiare:

“Quando incominci penso sia così per tutti. Anch’io sono andato in comunità e al Sert *perché se no mia sorella non mi faceva avere rapporti con i miei nipoti*”.

1a) “Tranquillizzare la famiglia”

Si è scelto di creare questo sotto-tema rispetto a quello di “Questioni familiari” per mettere in evidenza una peculiarità di certe narrazioni di appartenenti al macro tema in questione. Ovvero, in quelle che presenteremo ora è certamente centrale il contenuto “famiglia”, ma rispetto a questo l’accesso al Ser.D viene configurato come un elemento che è in grado di “tranquillizzare la famiglia”. Alcuni esempi:

“Ovviamente l’idea era... prendo il metadone, *faccio sta’ tranquilla mia madre*, ma allo stesso tempo continuo a famme”.

“Ero d’accordo con l’andare al Sert *per farli stare buoni* (i miei genitori)⁶, pensavo già ad un modo per poter utilizzare ed avere le analisi pulite, questo era il mio intento. Fare i colloqui con gli psicologi in modo che tutto andasse bene. Era questo il mio intento”.

Per rimanere agganciati all’analisi del posizionamento si può osservare che in questo secondo stralcio il narratore si racconta nella forma del “Avevo un obiettivo”. Per completare l’analisi di questo sotto-tema, si è scelto di riportare un ultimo stralcio che mette in evidenza un’altra peculiarità, ovvero, in quanto stiamo per riportare, il Ser.D e le analisi delle urine che si possono svolgere al suo interno assumono il valore di elementi che sono in grado di “certificare” alla famiglia che il loro figlio o parente stia prendendo la direzione del recupero: funge da “certificazione dell’astinenza”.

⁶ Le parti tra parentesi sono delle note aggiunte dal moderatore della discussione, nonché trascrittore dei testi.

“Mamma piangendo mi chiese se volessi provare al Sert e quindi ho detto di sì, le analisi erano *l'unica cosa che poteva accertare a mamma che ero un bravo ragazzo*”.

2) “Ottenere sostanze”

Questo secondo tema dominante è composto da un insieme di racconti all'interno dei quali l'accesso al Ser.D è un elemento che viene configurato in connessione con la possibilità di ricevere da esso delle terapie farmacologiche, principalmente metadone o suboxone. Ecco i racconti descritti:

“Comunque, quando entri al Sert, non è che speri che ci sia lo psicologo... Cioè entri *per la terapia (Metadone)*, non è che vuoi farti un'ora di colloquio”.

“Se a me una persona viene a chiedere: ‘ma cosa ci vai a fare al Sert?’ rispondo *‘A prendere il metadone’*”.

Nell'accesso al servizio risulta saliente il ruolo della terapia farmacologica, discorso che rispetto al complessivo corpus testuale raccolto assume una forte prevalenza. Ora si vedrà un ultimo racconto, forse l'immagine più potente per evocare questa configurazione di realtà:

“Su da me c'è stato un periodo in cui la gente si iscriveva al Sert come fosse un banco gratuito dei farmaci, si drogavano uguale, giorno dopo giorno, però ogni tanto andavano al Sert a prendere metadone e Xanax o qualsiasi cazzo di cosa gli serviva. *Era un banco dei farmaci gratis*”.

Solo a rimarcare la potenza evocativa: “era un banco dei farmaci gratis”.

2a) “Trovare i soldi”

Il primo sottotema che è stato definito all'interno di quello principale è “Trovare i soldi”. All'interno degli stralci di testo che costituiscono questo sotto-tema la terapia

farmacologica ricevuta tramite il Ser.D. viene configurata come un elemento che si lega alla dimensione economica. Alcune esemplificazioni:

“I ragazzi con cui giravo io ci andavano quasi tutti, io ero rimasto l’ultimo a non volerci andare. Però, *non trovando sempre i soldi per farmi...*”.

“O per venderla o per altri motivi, anzi ero io ad andare là a dire che non mi bastava mai. Prendevo tre boccette e due le rivendevo, *erano cento euro a settimana in più*. È difficile dire di no al piano terapeutico”.

In un caso, la terapia farmacologica viene configurata come un elemento che nella mancanza di disponibilità economica per comprare dell’eroina riesce a “coprire”⁷ l’astinenza; mentre, nell’altro, essa è un elemento in grado di produrre dei guadagni attraverso la rivendita. Invece, collegando tali stralci alle forme di posizionamento descritte è evidente la forma del “O il Sert oppure...” e, in questo caso, viene probabilmente sottinteso “oppure... la crisi di astinenza”. Infine, ecco inserito un ultimo stralcio per la sua potenza evocativa:

“Non conoscevo nessuno che andava al Sert e stava meglio, *uno stava meglio solo di tasca, di portafoglio*. Conoscevo uno che andava al sert e.... a casa aveva le scatole di metadone, andava ogni settimana e ritornava con la borsa a tracolla piena di bottiglioni di metadone, non so come faceva. Sono tanti quelli che lo vendono. Questo ci campava...”.

2b) “Continuare tranquilli”

Il secondo ed ultimo sotto-tema è stato generato con l’intento di mostrare come l’utilizzo della terapia farmacologica sia configurato anche, paradossalmente, come elemento capace di sostenere il consumo di sostanze, invece di contrastarlo, dato che, nella configurazione, senza la terapia il consumo diverrebbe insostenibile.

Lo stesso titolo del sotto-tema “Continuare tranquilli” è tratto da una frase emersa durante uno dei focus group ed è stato scelto in quanto, attraverso due parole, si è generata

⁷ Si è scelto di utilizzare questo termine in quanto è uno dei maggiormente utilizzati dalle persone che sono state intervistato.

un'immagine capace di rendere il senso di questa dimensione che, in termini di prevalenza degli stralci, è una delle maggiormente salienti. Nello specifico è avvenuto questo scambio:

Utente A (parlando del ruolo del Ser.D. e della terapia metadonica):

“Spesso l'aiuto non è quello per smettere...”

Utente B: “*Per continuare tranquilli*”.

Ora attraverso altre esemplificazioni tentiamo di entrare nel merito di questi significati:

“L'idea era: ‘c’ho bisogno di qualcosa di *aggiuntivo per continuare a tenere in piedi la mia vita*’, quindi l'idea non è di andare lì per farsi aiutare a smettere di assumere sostanze, ma di farmi dare un farmaco alternativo *che mi permetta comunque di continuare a utilizzare* e dall'altro lato di *potermi tenere in piedi il resto delle cose che ho il lavoro e tutto il resto*”.

“Se il servizio non offriva la terapia, ma solo il supporto psicologico, probabilmente non ci sarei andato. Probabilmente no... perché in quella situazione il discorso mio era *di non perdere il lavoro*. L'avrei perso perché... avrei avuto problemi... per l'astinenza. L'esigenza era quella di prendere *un farmaco sostitutivo che mi permettesse di...*”.

In questi stralci, la terapia farmacologica è configurata come elemento in grado di “tenere in piedi” un insieme di questioni della vita, tra cui il lavoro. Per concludere questa sezione, tentando di rendere conto di quanto questa sia centrale in molti racconti di accesso al Ser.D. è stato inserito un ultimo stralcio:

“Più *per tenere in piedi una tossicodipendenza*, cioè mantenere in piedi nel senso, tu lavori, hai una vita che comunque drogandoti non riesci a tenere in piedi e, comunque, con l'aiuto del farmaco, invece, ce la fai a tenere in piedi lo stile di vita”.

3) “Gestire il consumo”

Il terzo tema che presentiamo in questa analisi è “Gestire il consumo”. Questo tema, la cui prevalenza rispetto al corpus testuale nel suo insieme è veramente bassa, è stato comunque di inserito, in quanto, l’obiettivo di tale analisi è di fornire al lettore una panoramica quanto più esaustiva possibile di tutti i contenuti che possono essere connessi all’accesso al Ser.D. Così, per rappresentare la bassa prevalenza di questo tema, si è scelto di inserire un solo stralcio:

“Non mi interessava smettere fino in *fondo era solo per affinarmi meglio, non abusare, regolarmi di più. Utilizzare senza abusare, avevo questa fantasia*”.

Il servizio viene configurato come elemento attraverso il quale è possibile cambiare le proprie modalità di consumo di sostanze senza doverle interrompere.

4) “Questioni legali”

Il quarto ed ultimo tema di questa analisi è quello delle “Questioni legali” è composto da un insieme di stralci nei quali l’accesso al Ser.D è un elemento connesso a questioni di natura legale. Affrontiamo alcuni stralci per comprenderne il significato:

“Per me è stato un po' differente, perché *a seguito di una denuncia* per uso di cannabinoidi, a quindici anni, l’assistente sociale ha deciso di mandarmi al Sert”.

“Mi ricordo che sono uscito dal cancello del carcere e stavo con mio padre e il mio avvocato sulla panchina, l’avvocato mi fa: ‘devi andare in comunità *per scontare la pena, vai la stai tranquillo, così il giudice vede che...*’. *Quindi, per entrare in comunità, mi sono dovuto iscrivere al Sert*”.

L’accesso al Ser.D. viene configurato prima come qualcosa di obbligato da una denuncia e poi come uno strumento per poter accedere ad una comunità terapeutica con il fine di scontare una pena giudiziaria. Infine, è stato aggiunto un ultimo stralcio in cui il contenuto “Questioni legali” si declina diversamente:

“Cioè io il servizio l'ho conosciuto nel momento in cui mi hanno sospeso la patente; quindi, ero costretto ad andarci tra virgolette perché l'assistente sociale della prefettura mi aveva proposto di fare un percorso di sei mesi al Sert di urine due volte a settimana e *facendo quello non mi sarebbe andata la patente in revisione*”.

4.1.2.1 La mappa dei temi connessi all'accesso al Ser.D.

I temi esposti sono stati rappresentati anche graficamente attraverso una mappa dei temi in cui al centro vi è l'obiettivo o macro-tema che ha guidato l'analisi, attorno vi sono i quattro temi dominanti rappresentati in dei rettangoli e connessi ad essi i sottotemi in degli ovali.

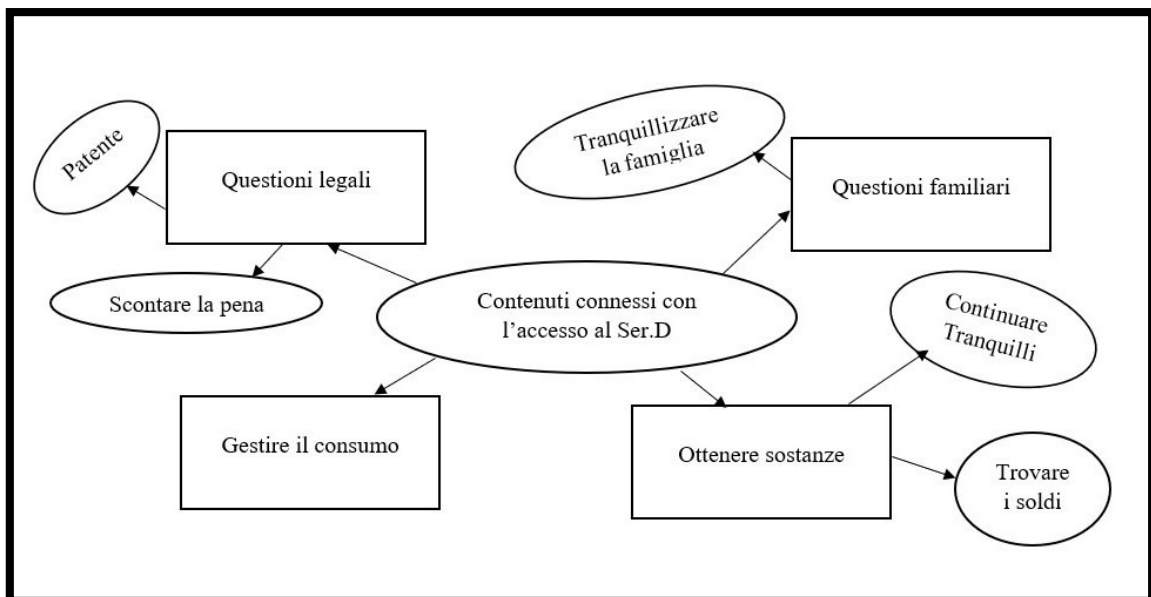


Figura 4.2: Mappa dei temi connessi all'accesso al Ser.D.

4.2 Secondo obiettivo: gestire la presentazione di sé

Il secondo obiettivo, ovvero *“Esplorare le narrazioni che chi si è rivolto ad un Ser.D. utilizza per descrivere come ha gestito la “performance” di presentazione di sé offerta al servizio”* viene perseguito sempre mediante l’applicazione dell’analisi tematica.

Seguendo i ragionamenti proposti nei paragrafi precedenti, anche in questo caso potremmo individuare un macro-tema rispetto al quale i temi dominanti individuati potrebbero essere considerati dei sotto-temi. In questo caso, il macro-tema di riferimento è costituito dalle *“modalità di raccontarsi/presentarsi al Ser.D.”* e rispetto a questo sono stati individuati sei temi dominanti ed un sottotema⁸, eccoli presentati in forma di elenco:

- 1) *“Raccontare la favoletta: Sta andando bene”*
- 2) *“Sono l’utente modello: il mio obiettivo è smettere di drogarmi”*
- 3) *“È un problema non avere problemi: sono un utente problematico”*
- 4) *“La situazione sta peggiorando: più piangi più ottieni”*
- 4a) *“Simulazione di sintomi”*
- 5) *“Sono esperto di me stesso: so quello che mi serve”*
- 6) *“Mi serve solo la terapia: Non ho bisogno di alcuna immagine”*

L’analisi interpretativo-descrittiva di questi temi dovrebbe far emergere sei modalità che gli utenti hanno utilizzato per presentarsi ad un Ser.D., ove ritenuto utile, queste verranno poi collegate ai temi definiti nell’obiettivo precedente per esplicitare come in virtù delle ragioni che conducono ad accedere ad un Ser.D. gli utenti gestiscano la propria presentazione di sé. Questi collegamenti verranno descritti solo se già presenti nel racconto riportato dai partecipanti alla ricerca; tuttavia, essi sono anche espressione di un’attribuzione, da parte di chi scrive, di intenzionalità ai protagonisti delle storie. Attribuzione già discussa nel paragrafo che tratta dell’adattamento della teoria drammaturgica alla presente ricerca.

⁸ Tutte le denominazioni di questi temi sono state tratte dai racconti emersi durante il focus group per via della forza evocativa e per mantenere quanto più possibile l’aderenza alle storie raccolte.

1) “Raccontare la favoletta: Sta andando bene”

All'interno di questo tema vengono raggruppati una serie di stralci testuali nei quali la propria presentazione al servizio viene raccontata attraverso la retorica del “raccontare la favoletta che sta andando tutto bene”. Nello specifico, queste narrazioni sono accomunate dal fatto che all'interno di esse la propria presentazione viene configurata come: “ho cercato di fornire un'immagine di me in fase di recupero”: i problemi personali ed il consumo di sostanze vengono sminuiti o negati.

“Dopo c'è stato il momento in cui sono ricaduto, ho fatto il patatrac e poi avevo sostituito l'eroina con l'alcool e da lì in poi *il Sert mi è servito solo per aggiustarmi*, per accomodarmi, come una strategia, in un certo senso, *solo nei confronti dei miei*. Dopo non era più che stava andando bene qualcosa, io non ci mettevo niente, stavo zitto ed ero sempre a muro. *Dicevo solo quelle quattro cose che una persona si vuole sentir dire*. **M: Che sono? Che va tutto bene e che mi sembra che stia andando un po' meglio e... cioè capito?** quelle cose un po' incerte che alla fine non hai detto un cazzo. **M: Utilizzavi questa strategia qui di dire poco per non dire cosa?** Cioè per non dire che le cose stavano andando male, mi stavo infognando più di prima con la droga, con tutto quanto, eccetera. Che le cose a casa stavano peggiorando, ce ne sarebbero state di cose da dire insomma... **M: Come mai ti sentivi che non potevi dire queste cose al Sert?** È sempre difficile dire quando una persona ha fatto dei passi avanti o ne ha fatti cento indietro, *è sempre difficile dire che stai sbagliando*, che sei tornato indietro, che qualcosa non ha funzionato”.

Questo racconto consente di mettere in luce due elementi salienti per il nostro lavoro. Innanzitutto, mostra una modalità di raccontare la propria presentazione di sé, ovvero, tramite il “va tutto bene” che in questo caso si configura come una strategia per non condividere delle altre informazioni su di sé e sulla propria situazione. In secondo luogo, il testo rende esplicito il collegamento tra la presentazione offerta al servizio e l'obiettivo per cui ci si è rivolti ad esso, ovvero, secondo i temi esposti in precedenza, “tranquillizzare la famiglia”: entro questa trama narrativa, fornire l'immagine di una persona “che sta recuperando” è strumentale affinché il servizio riproponga poi quell'immagine alla famiglia. Un altro stralcio esemplificativo:

“Però per me l'immagine variava, oddio cioè con la psicologa ci ho messo del tempo all'inizio... sì pure lì *sempre in base alla famiglia*, cioè sapendo che mia madre sentiva la psicologa, anche se poi magari certe cose non gliele diceva, però tanto *la psicologa non gli poteva dire che va bene quando non va bene, cioè era solo quello che a me faceva cambiare immagine*. Pure con il medico, però lo facevo solo quando sapevo che loro dovevano sentire la mia famiglia. **M: Ma cosa potevi dire alla psicologa per far sì che lei pensasse che andava abbastanza bene?** Più che altro di *non fare di capire che andava troppo male* perché che andava bene era troppo difficile da farglielo capire, però che non stavo messo così male era possibile da farglielo capire gli dicevo che *magari qualche volta mi capitava di farmi, qualche volta scappa, che uso, non ce la faccio a stare proprio senza, però non è che faccio proprio un uso quotidiano*. Invece non era vero, però l'unico motivo era per la famiglia”.

Ancora una volta ritorna il collegamento tra il “Tranquillizzare la famiglia” ed una modalità di presentarsi nella quale i problemi ed il consumo vengono minimizzati, in questo caso configurando il consumo come occasionale.

Ora un altro stralcio, all'interno del quale questa modalità di presentazione di sé si abbina ad un altro contenuto del primo obiettivo, quello delle “Questioni legali”, così, offrire al Ser.D. un'immagine di sé come persona che ha interrotto l'uso di sostanze si configura anche come strategia per poter gestire una questione legale. Approfondiamo:

“Andavo lì, omettevo le cose, omettevo che mi facevo... Perché *falsificavo le urine* dato che stavo sempre *sotto tribunale*. Quindi io ero il primo che non si voleva mettere a posto. Oltre alle urine omettevo tante cose, omettevo cose di me. Sapevo che dovevo star lì una volta a settimana per due ore, stavo lì due ore e facevo passa' il tempo.”

In questo stralcio si ha la possibilità di descrivere un elemento attraverso la teoria di Goffman: il “falsificare le urine” nella teoria drammaturgica potrebbe essere concettualizzato come “lavoro degradante o illegale eseguito per poter offrire una rappresentazione”, quindi, un'azione necessaria a poter generare una determinata

rappresentazione da compiere prima di andare sulla “ribalta”. In questo caso l’obiettivo è quello di rappresentarsi come qualcuno che ha smesso di consumare sostanze stupefacenti.

Un ultimo stralcio in cui la falsificazione delle urine viene questa volta abbinata al “Tranquillizzare la famiglia”:

“sul fatto delle strategie mi viene in mente il fatto di *usare il Sert a favore di dire quello che va bene ai miei genitori*. Quindi *si dice tutto quello che va bene* e ai genitori raccontargli la favoletta che *le urine sono ok*, gliele fai vedere e così usi il Sert anche per continuare a fare quello che vuoi fare tu cioè quello che ti pare”.

Si è scelto di concludere questa sezione valutando come all’interno di questi stralci, il consumo di sostanze può essere descritto come “segreto oscuro”, elemento della teoria di Goffman che consiste in qualcosa che ha valore di incomunicabilità all’interno di una rappresentazione, nel nostro caso quella in cui “sta andando tutto bene”.

2) “Sono l’utente modello: il mio obiettivo è smettere di drogarmi”

In questo tema vengono raggruppati una serie di stralci testuali all’interno dei quali la presentazione di sé al Ser.D. viene narrata nella forma del “ho raccontato di voler smettere di drogarmi”. In tali narrazioni emerge come gli utenti si sentano in dovere di dire che vogliono smettere di drogarsi per poter avere accesso al servizio, alle terapie offerte o per altre questioni che a breve affronteremo. Viene utilizzato nel racconto quello che potremmo chiamare “modello stereotipico di utente”, ovvero colui che va al servizio per smettere di drogarsi. Questa dichiarazione di intenzioni, per riprendere la teoria drammaturgica, potrebbe anche essere configurata come “segreto strategico”, ovvero orientato a nascondere delle altre intenzioni.

“Gli ho detto *guarda sono tre mesi che uso eroina, quando già erano un paio d’anni*, forse anche più. [...]. È quello che me so immaginato io, forse mi avrebbe preso più come un tossico finito, non lo so, semplicemente *volevo dare l’immagine di quello che non capiva un cazzo di eroina o che non voleva farsi più per problemi in famiglia e bla bla bla*”

“Al Sert *ho raccontato che il mio obiettivo era quello quell’altro (smettere)...*”

“Al medico, invece, *gli dovevo dire che stavo provando a smettere, se no non è che mi dava quello che mi pare (terapie farmacologiche)*. **M: Ed il medico ti ha mai chiesto di più?** “sì, ma si accontenta subito, basta dirgli cosa vuoi fare, non è che insiste. La psicologa cerca di più di capire come la penso o come ci ragiono su queste cose; *invece, al medico basta capire che voglio smettere. Non è che sta tanto lì a...*”

Oltre a quanto già accennato prima di questi stralci, nell’ultimo si può anche notare come questa modalità di rappresentazione della propria storia e dei propri obiettivi è connessa a ciò che è stato definito come “Ottenere sostanze”: nel racconto in questione gestire l’incontro dichiarando di voler smettere di utilizzare sostanze è una modalità che favorisce l’ottenimento di terapie farmacologiche da parte del medico. Un altro stralcio:

“Se tu vai là pretenzioso, vai là a discuterci, vai là a brutto muso, non ti danno niente se in qualche modo vai là e anche se vieni cazziato diciamo così fra virgolette *dici sì è vero vorrei smettere bla bla bla* gli dimostri qualcosa e così sulla base di quello poi si crea un mezzo rapporto, che è sempre un rapporto paziente medico, *però puoi ottenere un qualcosa in più non ti devi far più tante pugnette per ottenere delle cose*”.

Infine, riportiamo un ultimo stralcio all’interno del quale questa modalità di presentarsi al servizio viene utilizzata in relazione alla “Questione legale”, nello specifico per “riavere la patente”:

“Li io ho scelto il Sert per riavere la patente, dovevo fare dei colloqui, di cui alcuni familiari. Ma a me non interessava lì per lì fare il programma, io lo facevo solo per la patente. [...] *Ovviamente a lei non avevo detto che era solo per la patente, gli ho detto che preferivo fare quel percorso al Sert*”.

3) “È un problema non avere problemi: sono un utente problematico”

All'interno di questo terzo tema vengono raggruppati una serie di stralci nei quali la presentazione di sé al servizio viene raccontata attraverso una retorica fondata sulle problematiche. Nei diversi stralci gli utenti raccontano di aver avvertito come una necessità il dover presentarsi come problematici al servizio: non aver avuto dei problemi da portare sarebbe stato problematico. Uno stralcio esemplificativo:

“All'inizio pensavo che fosse un problema presentarmi così (non problematico), vedevo gli altri che ci andavano che erano distrutti e io, invece, avevo appena cominciato. Non avevo questi problemoni. A me all'inizio mi sembrava un problema presentarmi giovane senza troppi problemi.”

Questo aspetto potrebbe essere ricollegato anche al lavoro di Goffman, in quanto, come si è visto, l'autore afferma che “se l'attività di un individuo deve incarnare con successo gli standard ideali diversi, è probabile che alcuni di questi vengano sostenuti in pubblico, grazie al sacrificio compiuto in privato di alcuni degli altri” (1959, p. 53). In questo caso, potremmo asserire che l'utente sacrifichi alcune delle sue modalità di attribuire senso al suo consumo di sostanze in favore di quello che è lo “standard ideale” del Ser.D., ovvero una configurazione del consumo incentrata sulla dimensione di problematicità. Un altro stralcio esemplificativo:

M: È diverso raccontare al Sert oppure ad un amico fuori? “Magari può cambiare la forma, cioè, come cambia la forma quando parli con due persone che hai una confidenza diversa. Cioè, è capitato con amici magari di dire, cioè, ‘basta, facciamo basta’. Cioè, con gli amici più stretti noi non ci dicevamo che ci saremmo fatti per sempre, però magari quando sei tra amici te la racconti, ti dici ce la possiamo gestire; *invece, al Sert non gli dici che te la puoi gestire anzi il contrario gli dici che non riesci più a gestirla.* Forse la differenza è questa. **Come mai?** “perché te la racconti ti dai forza con l'altro perché entrambi magari volete la stessa cosa e te la racconti; invece, *se davanti hai un professionista non puoi dire me la gestisco questa è la differenza grossa.*”

In questo stralcio si può osservare come la problematicità del consumo assurge ad elemento normativo del contesto in cui ci si incontra al Ser.D. Ultimi esempi:

*“Diciamo che mi sono presentato comunque al medico con *il sintomo problematico, cioè che ho mille problemi, la mia vita è una merda e tutta questa roba perché era giusto fare così*”.*

*“Cioè come se tu già hai studiato quello che serve in quel momento però sempre una problematica porti che deve essere risolta in quel modo. Cioè *tu non gli dirai mai ‘sto bene*”.*

Da questi stralci emerge una “pressione normativa” a cui doversi conformare, espressa nelle forme del “era giusto fare così” e “non gli dirai mai ‘sto bene”.

4) “La situazione sta peggiorando: più piangi più ottieni”

All’interno di questo quarto tema vengono raggruppati una serie di stralci testuali nei quali gli utenti raccontano la presentazione di sé che hanno offerto al Ser.D. attraverso la retorica del “ho mostrato di essere più dipendente di ciò che ero in realtà”. Da ciò deriva il titolo di questo tema che in quattro parole cerca di evocare il concetto cardine: presentare una versione “disperata” di sé si configura come uno stratagemma per ottenere qualcosa in cambio.

Partecipante A: “Cioè più ti presenti male, più puoi ottenere qualcosa”.

Partecipante B: “Più piangi, più ottieni. Tipo: ‘dottore la mattina mi sveglio che sto a ruota, mi serve il metadone sennò non posso andare a lavorare”.

Partecipante C: “Basta che te la giostri con il discorso e lo porti a quello che vuoi tu”.

In questa prima esemplificazione, la strategia del “piangere” viene utilizzata in connessione con il contenuto del “Ottenere sostanze”, e, ancora una volta, la presentazione di sé appare come qualcosa di governato in virtù delle proprie credenze sul mondo, in questo caso in virtù delle conoscenze del sapere medico. Altri stralci:

M: Altre frasi per piangere? Partecipante B: “Ho l'ansia non riesco a stare in mezzo alla gente mi serve...” **Partecipante C:** “Mi manca il respiro e queste cose qua per ansiolitici vari”

“Io gli dicevo che non mi bastava e che mi serviva di più e se serviva mi inventavo anche una cazzata tipo: ‘guarda ho visto una persona che non vedevo da tempo e mi è venuta un attimo la voglia di...’. Poi in realtà mi sballavo tutti i giorni, però le urine ormai non me le facevano già da tempo e io avevo diverse scuse come: “me ne devo andare” “Ciao sono di fretta”, “mamma è qui fuori che mi sta aspettando” e questa cosa qui. Ogni volta mi inventavo questa cosa che vedevo qualcosa che mi faceva venir la voglia o qualcuno...”.

Alla luce di questi stralci si può ora argomentare un'altra questione saliente: la gestione di tali rappresentazioni avviene in relazione ad un mondo simbolico di significati e credenze relative al servizio ed ai professionisti che lo compongono. Infatti, in questi stralci è saliente la dimensione indicata come sotto-tema di **“simulazione dei sintomi”**, ovvero, gli utenti dispongono di un insieme di nozioni dell'apparato medico diagnostico per poter orientare il processo di decisione del trattamento verso la prescrizione dei farmaci che più desiderano. Ultimi stralci:

“gli dicevi ‘non mi basta’ e subito ti alzava, ‘non mi basta’ e ti alzava... il massimo che so’ arrivato a prendere è centocinquanta (ml di metadone), però era più per venderlo che... cioè lo assumevo lì, il giorno che andavo lo assumevo tutto, poi durante la settimana usavo la metà di quello che mi dava...”

“Appena dicevo questo loro già partivano con meccanismi tipo ‘ok significa che se lui prende il metadone, e vede una persona, e gli parte quella cosa si vede che non gli basta quello che gli diamo’. *Così quando ho iniziato a capire che la prima volta che l'ho fatto me lo aumentavano mi sono inventato altre cose per farmela aumentare*”.

Si può infine evidenziare il collegamento con la teoria di Goffman sottolineando come vi sia un “occultamento dell’attività lucrativa” (1959).

5) “Sono esperto di me stesso: so quello che mi serve”

All’interno di questo tema vengono raggruppati una serie di stralci testuali nei quali i partecipanti raccontano di aver gestito la presentazione di sé al servizio configurandosi come degli “esperti di se stessi”: si sono presentati affermando di conoscere quale sarebbe stata la terapia che gli serviva e conoscendo se questa avrebbe funzionato oppure no. Uno stralcio esemplificativo:

“All’inizio mi aveva messo il Rivotril e fuori lo prendevo lo Xanax e così gli ho detto: ‘guarda fuori l’ho già preso, so che mi tranquillizza, eccetera... quindi dammi lo Xanax’ e così mi ha dato lo Xanax”.

Attraverso questa modalità l’utente si propone al servizio con delle richieste talmente specifiche che impediscono all’operatore o medico di potersi inserire in una progettualità condivisa, non vi è spazio per altri pareri. Un altro esempio:

“Mi ricordo che sono uscito dal cancello del carcere e stavo con mio padre e il mio avvocato sulla panchina e l’avvocato mi fa ‘devi andare in comunità per scontare la pena, vai la, stai tranquillo, così il giudice vede che...’. Quindi per entrare in comunità mi sono dovuto iscrivere al Sert. Il primo giorno che ci so’ andato ho detto: ‘buongiorno, mi chiamo xxxx e voglio andare in comunità”.

Se in un primo stralcio avevamo visto questa modalità di presentazione connessa al contenuto “Ottenere sostanze”, ora la si è potuta osservare rispetto al contenuto “Questioni legali”.

6) “Mi serve solo la terapia: Non ho bisogno di alcuna immagine”.

Nel sesto ed ultimo tema vengono raggruppati una serie di stralci all’interno dei quali gli utenti raccontano di non aver attribuito alcuna importanza alle modalità utilizzate per

rappresentare se stessi, scelta che è stata comunque considerata una modalità di presentarsi. La narrazione saliente è quella del “non ho bisogno di alcuna immagine”. Un esempio:

“Sapevo che funzionava così, *non dovevo dare un'immagine*. Là danno il metadone... Come dire, per me era come andare in una pizzeria a chiedere la pizza, che immagine gli devo dare per chiedere una pizza? Per me era quella l'idea, lo davo per scontato, sicuro al 100%, che me lo avrebbero dato”.

Tale modalità di gestire la propria presentazione si lega alla credenza che il Ser.D. è un servizio che va a coincidere con la distribuzione del metadone, per cui non c'è un percorso terapeutico da definire, il percorso è già dato prima dell'avvio: consiste in delle dosi di metadone da ritirare. Un esempio:

“*Io sono stato sempre molto schietto*, cioè al Sert ci so' andato sempre e solo per la terapia, sono andato là, non ho mai seguito niente, mai fatto le urine, mai fatto un colloquio”

Anche in questo caso, oltre al racconto di non aver elaborato una particolare immagine di sé, si può notare l'assenza di uno spazio per poter costruire un percorso terapeutico condiviso. Infine, si può osservare che questo tema si collega principalmente ai contenuti che compongono il tema “Ottenere sostanze”.

4.2.1 La mappa dei temi che descrivono la presentazione di sé

Ora presentiamo la “mappa dei temi” che riassume i risultati del secondo obiettivo. Nella sua realizzazione sono state utilizzate diverse forme grafiche che vanno ad indicare contenuti di tipo diverso, nello specifico le forme ovali contengono i temi, le forme rettangolari gli obiettivi connessi e le forme irregolari i riferimenti alla teoria di Goffman (1959).

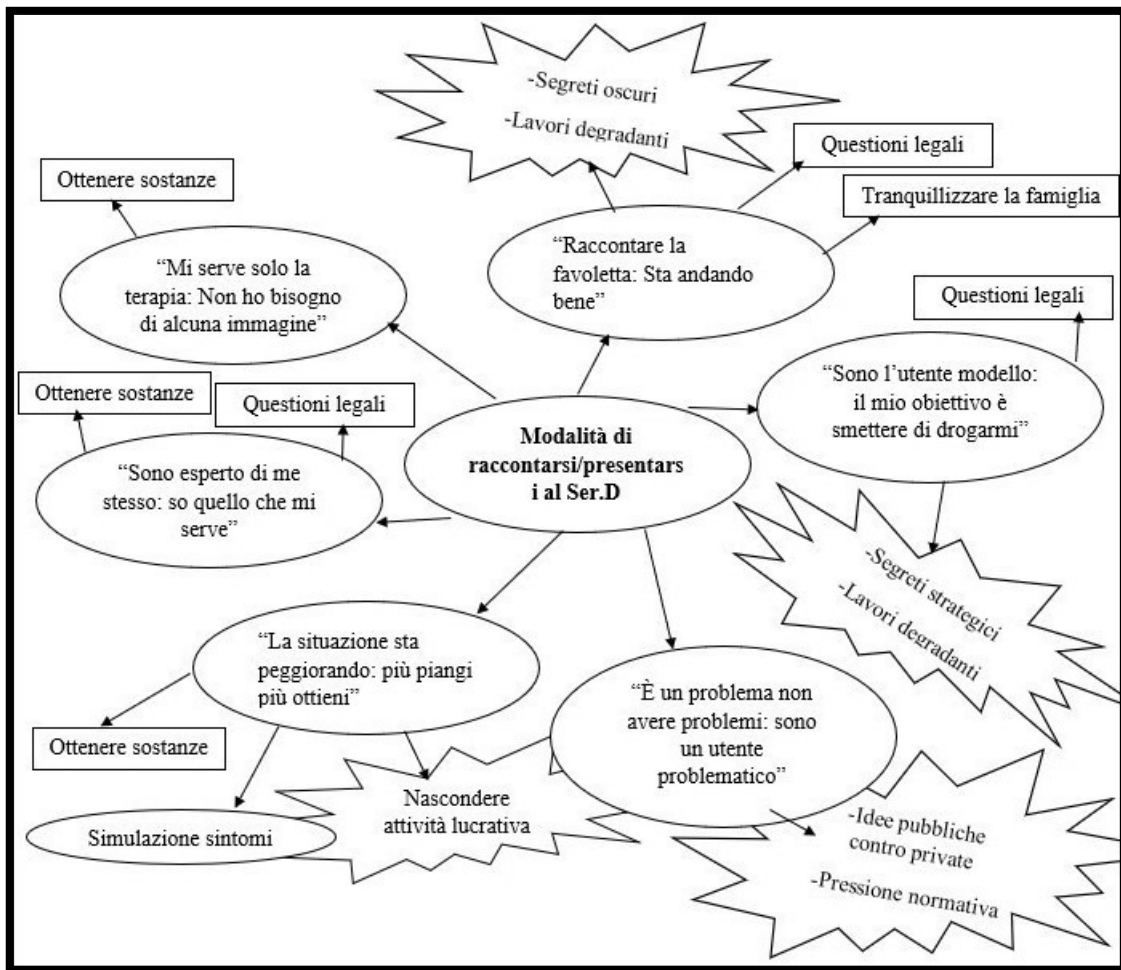


Figura 4.3: Mappa dei temi del secondo obiettivo.

4.3 Terzo obiettivo: il retroscena

Il terzo obiettivo, ovvero “*Esplorare le narrazioni che chi si è rivolto ad un Ser.D utilizza per raccontare la dimensione di ‘retroscena’, ovvero lo scambio di credenze e consigli utili a preparare la performance da offrire al Servizio*” è stato analizzato prendendo in esame tutto quell’insieme di narrazioni che descrivono ciò che nella teoria drammaturgica di Goffman viene definito “Retroscena”. In particolare, si è presa in esame la composizione di questo costrutto in termini di luoghi e personaggi che lo “frequentano”⁹, di credenze che vi circolano e di consigli espliciti che vengo forniti al suo interno.

Questa parte dell’analisi è sicuramente la più complessa, in quanto coinvolge una fitta e molto complessa “trama di significati” sociali.

Come è stato in parte già illustrato, il macro-tema “Retroscena” è stato definito attraverso tre temi dominanti che questa volta sono stati dettati dalla teoria, nello specifico: “Credenze relative al Ser.D”, “Persone ed esperienze del retroscena” e “Consigli sulla presentazione di sé”. Questi temi sono stati a loro volta suddivisi in sottotemi in base ad i racconti e, in alcuni casi, vedono anche ulteriori suddivisioni. Onde evitare eccessiva confusione si è scelto di esplicitarli direttamente attraverso un elenco¹⁰:

A) Credenze relative al Ser.D.

- 1) “Ti incastra”
 - 1a) “Ti marchia”
 - 1b) “Per loro va bene così”
 - 1c) “Aumenta la dipendenza”
- 2) “È una gabbia di matti”
- 3) “Non cambierà nulla”
- 4) “Una questione di farmaci”
 - 4a) “I farmaci sono un esperimento”
- 5) “Assenza di privacy”

⁹ Come si è visto attraverso la sua definizione, il retroscena non coincide con delle specifiche persone o dei luoghi, ma con una situazione in cui la rappresentazione può essere negata e preparata. Quello che si intende è che qui si è scelto di osservare quali personaggi e luoghi accompagnavano il racconto di tali situazioni.

¹⁰ Anche in questo caso, molte delle etichette utilizzate per descrivere i temi sono state tratte dai testi dei focus group.

B) Consigli sulla presentazione di sé

- 1) “Portare quelle stesse parole”
- 2) “Scegli il medico giusto”
- 3) “Scappatoie”
 - 3a) “Analisi delle urine”
 - 3b) “Colloqui con gli psicologi”
 - 3c) “Ottenere l’affido”

C) Persone ed esperienze del retroscena

- 1) “Esperienze formative”
- 2) “Le persone del giro”

A) Credenze relative al Ser.D.

Questo tema è composto da tutte le narrazioni attraverso le quali si offrono delle credenze o rappresentazioni sul o del Ser.D., ovvero attraverso le quali si racconta, ad esempio, la sua struttura, il suo funzionamento, le persone che lo compongono, i suoi obiettivi e tutti i possibili contenuti che lo riguardano. È proprio la vastità di contenuti che rende questa parte dell’analisi particolarmente complessa, si è scelto di focalizzarsi sui contenuti che hanno una possibile rilevanza per questa ricerca nel suo complesso, così sono stati definiti i cinque sotto temi principali: “Ti incastra”, “È una gabbia di matti”, “Non cambierà nulla” “Una questione di farmaci” e “Assenza di privacy”. Sotto forma di elenco, con l’aggiunta dei sottotemi:

A) Credenze relative al Ser.D.

- 1) “Ti incastra”
 - 1a) “Ti marchia”
 - 1b) “Per loro va bene così”
 - 1c) “Aumenta la dipendenza”
- 2) “È una gabbia di matti”
- 3) “Non cambierà nulla”
- 4) “Una questione di farmaci”
 - 4a) “I farmaci sono un esperimento”
- 5) “Assenza di privacy”

1) “Ti incastra”

Questo primo sottotema è stato definito con la volontà di raggruppare un insieme di narrazioni all’interno delle quali il Ser.D. viene configurato come un luogo che, per diverse ragioni, “ti incastra”. Si racconta il servizio come se fosse costituito da elementi che tendono a mantenere la situazione del suo utente inalterata e a mantenerlo all’interno del percorso, quindi, come elemento che sfavorisce il cambiamento. Inoltre, rispetto a questo tema si è scelto di definire altri tre nuclei discorsivi che si configurano come sottotemi. Nello specifico questi sono: “Per loro va bene così”, “Ti marchia” e “aumenta la dipendenza”. Ora, prima di andare a descrivere gli altri sottotemi, entriamo nel significato del tema “Ti incastra” attraverso un primo stralcio discorsivo:

“Questo mi fa pensare un po’ a quello che si dice... Tutte le cose che ho sentito del Sert... Di gente che non ci voleva andare, che non conosce il servizio, che non c’è mai andata e mi fa anche ridere perché girano certe storie allucinanti, tipo: ‘loro *ti incastrano, ti prendono*, è un servizio dello Stato, dopo va a finire che *non ne esci più*’. Cioè poi non lo so, a me quando sentivo questi discorsi, quando sentivo soprattutto, cioè la parte, per esempio mi è capitato di sentire: ‘ah se tu ti iscrivi al Sert dopo *la patente non la prendi più!* Dovrai fare chissà ché e bla, bla, bla...’”.

Come avevamo introdotto in precedenza, il Ser.D. viene configurato come qualcosa da cui “non esci più”, una retorica che funge da avvertimento, che informa i consumatori di non potersi fidare del servizio, dato che questo “ti incastra, ti prende”. Un’altra narrazione saliente che è ritornata più volte durante i gruppi di discussione è il tema della patente, infatti, a questo primo racconto ne erano seguiti altri come:

Partecipante A: “Anche a me avevano detto la stessa cosa della patente”.

Partecipante B: “Questa è la preoccupazione di tutti”.

1a) “Ti marchia”

Questo sotto-tema comprende una serie di narrazioni in cui il servizio viene configurato come qualcosa che ti esclude socialmente, come se favorisse un processo di

stigmatizzazione (Goffman, 1963) e, quindi, questo fenomeno è stato incluso nel macrotema di riferimento in quanto è stato considerato come un ennesimo elemento che sfavorisce il cambiamento personale e mantiene ancorati alla propria situazione. I racconti:

“Questo dottore proprio una testa di cazzo... *te guardava, te parlava come se fossi l'ultimo della ruota, come se eri uno scarto da scartare*, non solo uno scarto, ma da scartare”.

“A me non piace, ma non per il Sert... l'impressione mia, ma penso anche per tanti ragazzi dell'età mia, è come se quanto ti segni al Sert è *come se ti marchiano* per come è visto dalla società”.

Si è osservato lo stralcio che definisce il titolo di questo sotto-tema, selezionato in funzione del suo potere evocativo. Eccone altri per definire ancora di più il tema in esame:

“Avevo sempre sentito cose brutte del Sert prima di andarci. Come se *sei un appestato della società*”.

“Io penso che il problema non sia il Sert, *ma come è visto dalla società*”.

Dovrebbe risultare evidente che la dimensione principale di questi stralci è quella dell'emarginazione sociale, tema che è anche molto trattato dalla letteratura come questione collegata ai servizi per consumatori di sostanze, in particolare nel suo ruolo di sfavorire l'accesso ad essi (Tharaldsen, 2017).

1b) “Per loro va bene così”

Attraverso la definizione di questo sottotema sono stati definiti e raccolti un insieme di racconti all'interno dei quali il personale del servizio viene configurato come elemento che contribuisce a sfavorire il cambiamento e che mantiene l'utente nella sua condizione. In questi stralci testuali si osserverà una configurazione del personale del servizio come se questo non lavorasse con un obiettivo terapeutico e fosse disinteressato dalla possibilità

di assistere le persone che si presentano al servizio, il loro lavoro viene raccontato come “una routine che devono recitare”.

“Cioè con loro (il personale del Ser.D.), tanto li vedi che *per loro non è nulla di nuovo*. È come *una routine quotidiana, un commesso che ogni volta... [...]*. Poi loro magari *fanno la parte*, ma non è che ti dicono che devi smettere. [...]. *Per loro è normale* che sono sporche (le urine)”.

È possibile osservare in questo racconto l’attribuzione al personale del servizio di una sorta di “rassegnazione” verso la possibilità che l’utente modifichi la sua condizione, “per loro è normale che sia così”. Qualche altro stralcio:

“Da quello che mi è sembrato puoi anche andare avanti tutta la vita che *per loro va bene così*; quindi, io ad una certa mi sono rotto il cazzo, un po’ di questo, un po’ di quello, di avere paste (Subutex e psicofarmaci) ovunque”.

Torna anche qui il tema del “a loro va bene così”, tuttavia, questa volta viene collegato al tema delle “terapie offerte dal servizio”, il quale verrà approfondito in seguito e metterà in evidenza come la prescrizione di farmaci, a volte, viene significata in quanto “modalità del servizio per evitare altre forme di lavoro”, come quello psicologico. Un ultimo stralcio:

“Il Sert come lavorano sono molto superficiali sulle cose, molto scialli... quasi che non sanno come ti chiami. Gente di tutte le età, di tutti i tipi. Loro vanno la, fanno mezza giornata di lavoro e tornano a casa: *stanno lì a prendere lo stipendio*”.

Emerge che il personale viene configurato in un ruolo, il quale obiettivo non è terapeutico, ma economico. Riassumendo, attraverso questi stralci, emerge la credenza che potremmo definire come “a loro va bene che sei tossico e che rimani tossico”.

1c) “Aumenta la dipendenza”

Questo ultimo sottotema, anch'esso di centrale importanza, vede la terapia metadonica configurata come un elemento che aumenta la “dipendenza”, oltre il “livello” connesso all'uso di eroina, il metadone assurge ad elemento che, come i precedenti, “incastra” l'utente nel suo percorso terapeutico. Potrebbe sembrare paradossale¹¹, ma nel racconto il servizio è qualcosa da cui è “difficile uscire”, metafora che solitamente viene utilizzata per descrivere la droga.

“Il gruppo con cui giravo io andavano tutti al Sert e mi ricordo che loro mi dicevano di non andarci e di provare a smettere da solo. Mi dicevano: ‘guarda noi... *sembra che dia più dipendenza il metadone dell'eroina*, è più difficile toglierlo, prova a smettere da solo’. Un po' mi avevano spiegato che una volta che entri *al Sert è difficile uscirne*.”

2) “È una gabbia di matti”

Il secondo dei temi dominanti è stato definito con lo scopo di rendere conto di un insieme di narrazioni all'interno delle quali il Ser.D viene configurato come un servizio frequentato da “matti”, “scoppiati” o, in generale, persone da cui è meglio tenersi alla larga. Così, anche questa modalità di configurare la realtà “Ser.D.” potrebbe, come le precedenti continuare a promuovere configurazioni di senso all'interno delle quali il servizio è qualcosa da evitare. Le relative narrazioni:

“Luogo di scoppiati”.

“Se io sento come ne parlano gli amici miei, come ne parlano le persone fuori del Sert... eccolo. Era *un posto per tossici, persone senza speranza*, persone perse che ormai...”.

“Io il Sert lo vedevo come una gabbia di matti”.

¹¹ L'utilizzo di “paradossale” è solo una forma retorica, in quanto si ritiene che ogni narrazione goda di una sua “coerenza narrativa” (Turchi, 2016) e dunque, il paradosso può esservi solo in riferimento alle categorie conoscitive di chi descrive.

Chi ha raccontato descrive l'identità sociale che acquista chi frequenta il Ser.D., altro elemento che potrebbe sfavorire l'utilizzo dei servizi. All'interno di questi retroscena è facile che l'utilizzo del servizio denoti la presenza di un problema molto più di quanto lo possano fare le sostanze stupefacenti: iscriversi al Ser.D diventa un'azione la quale certifica agli altri che qualcosa non va: Eccone un racconto:

“Se tu parli con i tossici, ti dicono ‘che vai al Sert?’. Lo spacciatore mio mi disse “che vai al sert?” Come se... *Cioè, tu ti sfondi e invece uno che va al Sert è visto male. Pensa che mentalità che ha uno. È come se esci allo scoperto comunque...*”.

3) “Non cambierà nulla”

All'interno di questo tema sono stati raggruppati e descritti una serie di stralci testuali nei quali l'utilizzo del servizio viene configurato come un elemento che non ha possibilità di modificare la situazione personale di chi racconta. Potrebbe essere descritta una sorta di “sfiducia” nella possibilità che il Ser.D. fornisca un servizio utile a promuovere il cambiamento personale. Ecco questi significati nel testo:

“Quando sono andato lì *ho pensato che non sarebbe cambiato niente*”.

“L'aspettativa inizialmente era quella di prendermi il metadone. Andavo a lavorare, compravo il metadone e usavo. Per non andarlo a comprare, meglio prenderlo al Sert. L'idea non era quella di smettere, perlomeno *non pensavo che mi potessero aiutare da questo punto di vista*”.

“*Non ho mai pensato che solo con il Sert si potesse risolvere*”.

“Io sono andato lì con un'idea mia, quella di.... *Se smetterò non sarà grazie al Sert, il Sert era un aiutino in più per arrivare alla sera*”.

Come si è osservato nelle configurazioni il Ser.D. “non aiuta”, “non risolve”, “non cambia nulla” ed in forza di questo non sorprende che l'utilizzo del servizio sia motivato, come

in uno dei racconti in questione, dal “prendere il metadone”. Ancora una volta si è potuto osservare come i temi dei nostri diversi obiettivi siano in realtà elementi strettamente connessi all’interno delle narrazioni e che la loro suddivisione è solo uno stratagemma teorico utile a fini espositivi.

4) “Una questione di farmaci”

All’interno di questo quarto tema sono stati radunati e descritti una serie di stralci testuali in cui ciò che viene offerto dal Ser.D. ricade completamente nella configurazione di terapia farmacologica: viene raccontato che il servizio nel prendere in carico la persona agisce esclusivamente mediante prescrizioni di farmaci. Chi racconta dice di aver avuto l’impressione che la propria salute fosse stata considerata come una “questione di farmaci”. Un tema simile era già apparso nel primo obiettivo, ovvero quello secondo il quale gli accessi al servizio erano connessi al “Ottenere sostanze”, questa sovrapposizione non è un errore, bensì corrobora il riferimento teorico secondo il quale gli individui agiscono sulla base dei significati che attribuiti. Nello specifico caso “andare al Sert con l’obiettivo di ottenere una terapia farmacologica” è connesso al fatto che si configura il Sert come un servizio che “offre terapie farmacologiche”. Ecco un esempio:

“In un primo periodo era un capire bene come mai avevo dei problemi ad addormentarmi, capire la giusta terapia; quindi, *approfondire come stavo io era solo una questione di provare diversi farmaci*”.

Il partecipante racconta di come ha vissuto la prescrizione della terapia farmacologica per il sintomo dell’insonnia, nello specifico racconta di come abbia avvertito la propria salute ridotta alla questione farmacologica. Altri stralci affini:

“Praticamente quando vai al Sert passi dal dottore quello che si occupa del piano terapeutico e lo psicologo. *I dottori quello che vogliono è darti qualche farmaco o il metadone o qualche farmaco*”.

“La dottoressa è quella che ti *vuole dare i farmaci*”.

Ancora, in questi racconti si può osservare come la prescrizione di farmaci venga configurata come un “volere” del dottore, che non viene configurato come qualcuno che prescrive dei farmaci per “voler” favorire il benessere della persona, ma per come raccontata la prescrizione farmacologica appare fine a se stessa.

4a) “I farmaci sono un esperimento”

In questa sottosezione troviamo degli stralci testuali che approfondiscono alcune credenze sulla terapia farmacologica, in particolare, all’interno di questi che presenteremo la terapia farmacologica viene configurata come un tentativo incerto da parte del medico che sta facendo “degli esperimenti”. Due racconti:

“Per me il criterio del dottore è più *come se fosse una sperimentazione*, cioè del tipo proviamo ad aumentare e vediamo come va. Un esperimento sembra”.

“(Il dottore) *Va un po’ a sperimentazioni*, dopo un po’ arriva al punto di dire ‘magari fermiamoci’. Mi viene in mente che *fosse più come un esperimento*, però a me stava bene finché mi davano quello che volevo”.

Si può osservare come la prescrizione da parte del dottore venga configurata come tentativo incerto: l’incertezza viene attribuita ad alcune risposte dei medici, come “magari fermiamoci”. Ora, un altro stralcio in cui una frase del medico, nello specifico il “vediamo come va”, viene riconosciuta come segnale di incertezza che conduce a configurare la terapia farmacologica al pari di un “esperimento”, sostenendo che il medico non sappia cosa stia facendo:

“Comunque, anche la cosa del ‘vediamo come va’ io penso che sia una frase tipica... Poi mi fa ‘vediamo come va’, cioè, capito?! è proprio la frase base, sembra che sia un esperimento, che non sanno neanche loro quanto ti danno e cosa”.

5) “Assenza di privacy”

L'ultimo sotto-tema che presentiamo è stato definito per rendere conto di un insieme di narrazioni all'interno delle quali si configura l'utilizzo del servizio come un rischio per la propria privacy, ovvero, sono accomunate dall'espressione di timori relativi al fatto che qualcuno possa venire a conoscenza dell'utilizzo del servizio o di quello che si dice al suo interno. Ecco gli stralci:

“Il timore mio era che i medici o la psicologa *raccontassero a mia madre* che, comunque, erano più anni che mi facevo, lei sapeva che era non più di un anno”.

“Hai anche paura se ci vai da solo *che dopo si viene a sapere...*(Così) *continui a stare nell'oscurità* e a fare quello che ti pare”.

Grazie a questi racconti che sono stati offerti è possibile osservare come all'interno di queste configurazioni vi sia, nel primo stralcio, un “timore” che qualcuno, in questo caso la madre, venga a conoscenza di quello che è stato raccontato al servizio. Invece, nel secondo stralcio è possibile osservare come la “paura” che qualcuno scopra che si stia utilizzando il servizio si colleghi con il “continuare a stare nell'oscurità” e “fare quello che ti pare”, ovvero al consumare sostanze. Viene espresso nella narrazione come la privacy possa essere un elemento che influisca con l'utilizzo del servizio o con i racconti che si fanno ad esso da parte di chi consuma sostanze stupefacenti, come se dicesse “data la mancanza di privacy, allora... non vado o non racconto”. Altri due stralci:

“Io non mi volevo iscrivere al Sert, era un ambiente dove dovevo andare là tutte le mattine *a farmi vedere dalla gente...* allora ho cercato di evitare il più possibile, *prendevo farmaci tramite il dottore di famiglia*”

“**M: come vi immaginereste un servizio migliore?** Più anonimo, con più privacy. All'inizio è un problema, poi te ne fotti, *dipende quanta gente già lo sa*”

All'interno di questi testi si è potuto osservare come, nel primo stralcio, per non farsi vedere ad andare al Ser.D. chi racconta abbia attivato una strategia alternativa come “prendere i farmaci dal medico di base”. Invece, nel secondo, è possibile vedere la dimensione della privacy come speranza per dei futuri servizi migliori.

B) Consigli sulla presentazione di sé

Il secondo dei tre temi dominanti, ovvero “Consigli sulla presentazione di sé”, è stato definito e descritto con l'intento di rendere conto di tutto quell'insieme di narrazioni nelle quali vi è il racconto di consigli espliciti che circolano all'interno del retroscena: indicazioni che si possono ricevere in vista degli incontri di definizione del piano terapeutico con il Ser.D., magari per superare delle impasse.

Come esposto nella mappa illustrativa questo tema è stato descritto mediante la suddivisione in tre sottotemi ovvero “Portare quelle stesse parole”, “Scegli il medico giusto” e “Scappatoie”, di questi tre l'ultimo è stato a sua volta suddiviso in tre sezioni, all'interno delle quali si trattano i consigli per far fronte a tre diverse situazioni: le richieste di urine e colloqui da parte del servizio e la richiesta di affidamento¹² da parte dell'utente. Ecco i sottotemi in forma di elenco:

B) Consigli sulla presentazione di sé

- 1) “Portare quelle stesse parole”
- 2) “Scegli il medico giusto”
- 3) “Scappatoie”
 - 3a) “Analisi delle urine”
 - 3b) “Colloqui con gli psicologi”
 - 3c) “Ottenere l'affido”

¹² Con il termine “affido” si riferisce ad una fornitura di metadone “affidata” all'utente da parte del servizio che “copra” diversi giorni o settimane.

1) “Portare quelle stesse parole”

All'interno di questo sottotema vengono raggruppati e descritti una serie di stralci testuali attraverso i quali si raccontano alcune strategie per poter ottenere dei farmaci specifici oppure un aumento della prescrizione di metadone. Si è già visto qualcosa di simile quando è stata affrontata la modalità di presentarsi al servizio descritta come “più piangi più ottieni” ed il suo sottotema “simulazione di sintomi”. Questa volta i temi sono espressi nella forma di conoscenze che circolano nel retroscena. Ecco gli stralci da cui deriva il titolo di questo tema:

“In base anche a quello che ti dicono gli altri, che magari ti dicono ‘prendo il Tavor perché la sera non dormo’ e magari *porti quelle stesse parole* di una persona che prende il Tavor, ad esempio, a un dottore che già dà il Tavor alla stessa persona”.

“Però magari quel modo dà il modo al dottore di darti quella roba. Se so che tu (moderatore) a me devi dare quello, e so che ti ho detto per farmelo dare, io vengo con la *stessa problematica allo stesso punto* poi magari non ti dai il Tavor, ma ti dai il Diazepam, a me stava bene comunque. Trovi sempre un modo per sbandarti”.

Si è nuovamente di fronte a quella che potrebbe essere definita una “simulazione di sintomi” attraverso la quale l'utente esprime le sue competenze e conoscenze relative all'agire medico. Un ultimo stralcio che si occupa di descrivere questo fenomeno:

“Se io gli dicevo questa cosa (‘Ho visto qualcuno e mi è venuta voglia’), lui pensava che non mi bastava quello che avevo già (di metadone) e aumentava perché per ripensare alla droga per loro, o per il dottore che avevo io, significava che non bastava quello che avevo”.

In questo stralcio viene raccontata ancora parte della competenza medica disponibile agli utenti di un Ser.D. e, nello specifico caso, si è di fronte al racconto della simulazione di uno stato di “craving”.

2) “Scegli il medico giusto”

All'interno di questo secondo tema vengono utilizzati degli stralci di testo per descrivere un altro dei consigli che si può ricevere nel retroscena. Nello specifico, questa volta l'indicazione che viene raccontata è quella di scegliere il “medico giusto”, quello “più permissivo”, come strategia per poter “avere tutto”, ovvero le prescrizioni desiderate. Ecco questi significati nelle narrazioni:

M: come si possono raggiungere questi obiettivi? “Magari, come dice lui, puoi consigliare il dottore che è *più permissivo*”.

“M: consigli su come presentarsi per ottenere qualcosa? “Cioè, secondo me, dipende anche tanto dal tipo di servizio, *ad esempio, ad (città) girano certe voci sul servizio per cui tu ti presenti in una certa maniera e...* invece a (altra città) ne girano altre. **Quindi girano delle voci tipo ‘digli questo’ oppure ‘digli quell'altro’?** A: sì sì B: sì sì A: sì, magari si parla del nome dei dottori... si dice ‘quel dottore è un po’ così... vai da lui, che quello ti dà tutto(psicofarmaci e metadone)”.

Un'ultima nota, all'interno di questo secondo stralcio si è potuto osservare come i consigli, le “voci che girano”, differiscano da città a città, così si sta raccontando di come vengano rese disponibili delle conoscenze specificate rispetto ai singoli servizi ed ai singoli medici.

3) Scappatoie

Si è scelto di denominare il terzo ed ultimo sotto-tema “scappatoie” dato che in esso vengono inseriti e commentati una serie di stralci discorsivi attraverso i quali i partecipanti raccontano di come sia possibile gestire diversi momenti che potrebbero risultare critici. Nello specifico, sono state create tre sottosezioni suddivise in base alla tipologia di momento: “Analisi delle urine”, “I colloqui con gli psicologi” e “Ottenere l'affido”.

3a) Analisi delle urine

Attraverso lo stralcio che è stato selezionato si può mettere in luce, grazie al contributo di due partecipanti, diversi consigli che si possono ricevere nel retroscena su come poter evitare delle analisi delle urine oppure falsificarle. In questa sede si è scelto di focalizzarsi sui consigli che circolano relativamente a cosa dire per evitare le urine, il tema della falsificazione delle urine è presente, ma non trattato esaustivamente in quanto lo si è ritenuto scollegato dagli obiettivi del progetto e di un'ampiezza tale da richiedere un lavoro a parte. Lo stralcio in questione:

“M: Ma per evitare le urine come si fa? Partecipante A: Gli dici sì sì *le faccio e poi ti vai via.* **Partecipante B:** Ti inventi una scusa: ‘guarda *ho da fare*’, ‘mia mamma mi aspetta’, ‘vado di fretta’, ‘devo andare al lavoro’. **M:** **E qual è una scusa che funziona? Partecipante B:** cioè guarda io andavo sempre con un amico che sono vent’anni che va al Sert ogni due settimane e *si presenta in orari dove lui vede che funziona*, tipo all’una, e dice che ha la pausa e che deve andare subito a lavorare e prende l’affido e se ne va e sono vent’anni che continua a portare in canzone in questo modo senza nessun problema. Invece, ho altri amici dei quali i genitori conoscono la situazione e così si fanno fare il piscio da qualcuno e poi *lo fanno portare dalla mamma*, quindi il fatto che ci va la mamma loro pensano che è un genitore ed è impossibile che... invece il piscio c’è chi è capace di portare pure quello del cane (ironia)”.

Per riassumere, le principali indicazioni che vengono raccontate sono: dire “le faccio” e poi andare via, dire “ho da fare”, dire “mia mamma mi aspetta”, dire “vado di fretta”, dire “devo andare al lavoro” e la possibilità di coinvolgere un genitore per sfruttare la fiducia che il servizio può nutrire verso di esso.

3b) Colloqui con gli psicologi

Attraverso lo stralcio riportato entro questo sottotema si può rendere conto dei consigli offerti per poter evitare i colloqui con psicologi od altri membri dello staff del Ser.D. Attraverso il racconto:

“Ti chiedevano non solo di andare dalla psicologa ma anche dall’assistente sociale una volta al mese. **M: E tu ci saresti voluto andare?** *gli ho detto che ero d'accordo, ma poi non ci sono andato.* **M: E come hai fatto a giustificare il fatto che non ci andavi mai?** Gli dicevo che *non avevo tempo, che avevo da fare al lavoro, tanto loro sapevano che lavoravo in cucina, non avevo tempo, non potevo, avevo da fare altro oppure che avevo la ragazza, un figlio e tutte altre storie...* Me la sono scavallata in questo modo”.

Ritornano consigli simili a quelli espressi in precedenza.

3c) Ottenere l'affido

Questo ultimo sottotema riferito alle “scappatoie” tenta di descrivere i racconti all’interno dei quali viene narrato come sia possibile ottenere l’affido della terapia farmacologica, metadone, subutex o suboxone. In particolare, solitamente l’affido non viene concesso se l’utente continua a presentare la positività a sostanze stupefacenti nei test delle urine. Tuttavia, ottenere l’affido può risultare desiderabile per diversi utenti che magari, ad esempio, non si vogliono recare al servizio per praticità, non vogliono farsi vedere o vogliono rivendere la terapia farmacologica. Ecco i testi:

Partecipante A: “*Il fatto del lavoro è il più semplice per aver l'affido, se dovessi dare un consiglio ad uno che non ha un lavoro per avere l'affido non saprei cosa dirgli.*” **Partecipante B:** “*Potrebbe inventarselo, che ce l'hai in nero perché sai il lavoro irregolare... A me è bastato far vedere il badge di lavoro*”.

“Appena mi ha detto ci vogliono le urine pulite per ottenere l'affido ho detto: ‘ok, lasciamo perdere’. Poi da lì mi sono spostato di casa, sono andato da

un'altra parte e così ho cambiato Sert. In questo nuovo Sert la distribuzione era aperta una volta la mattina una volta al pomeriggio *così ho detto subito che lavoravo e mi hanno concesso l'affido. Bastava che portassi una certificazione che attestava il mio lavoro e così adesso me la potevo giocare... Dissi che avevo turni variabili e così mi diedero la l'affidamento*".

Ciò che si consiglia per ottenere l'affido è di presentarsi come un lavoratore, impossibilitato a recarsi al servizio durante gli orari di distribuzione.

C) "Persone ed esperienze del retroscena"

Si è scelto di inserire questo terzo ed ultimo tema con lo scopo di non dare per scontato quali siano i luoghi e le persone con le quali il retroscena prende forma. Così riesaminando i racconti che sono stati offerti si è deciso di suddividere queste informazioni in due sottotemi: "Le persone del giro" ed "Esperienze formative".

1) Esperienze formative

Questo sottotema è stato definito nel tentativo di aiutare a fornire un'immagine di retroscena un po' più chiara, attraverso racconti che informano rispettivamente a quello che accade all'interno di esso. Ecco gli stralci:

"C'era un ragazzo che il lunedì quando andava al Sert mi dava un goccio del suo metadone e mi spiegava che quello era ciò che ti davano al Sert. 'basta che vai la e gli dici che ti fai e loro ti danno questa cosa, un farmaco sostitutivo per non farti'".

**"Cioè, come se tu già hai studiato quello che serve in quel momento [...] M:
E dove si studia questa cosa? Partecipante A: "Per esperienza"
Partecipante B: "Per esperienza fuori"**

Nel secondo stralcio si fa riferimento "all'esperienza", dimensione forse poco informativa, che tuttavia si è scelto comunque di riportare. Invece, nel primo stralcio si

ha una chiara immagine di un'esperienza "formativa" che è avvenuta nel retroscena, grazie alla quale chi racconta ha acquisito delle conoscenze sul servizio.

2) "Le persone del giro"

Questo secondo sottotema è quello che si occupa di rendere conto delle narrazioni nelle quali si racconta con chi siano avvenuti questi scambi da retroscena. Il titolo di questa sezione è tratto da uno stralcio che ora affronteremo e dovrebbe essere già informativo rispetto al tema. Eccolo:

*"Le persone con cui ti confronti più o meno sono *persone del giro che conosci...*".*

"M: Ancora di più di quello che si dice del servizio prima di andarci vi viene in mente altro? Cioè uno lo conosce per sentito dire, poi vabbè che arrivi a un punto dov'è necessario anche un farmaco sostitutivo per i propri obiettivi, comunque *lo conosci tramite, che ti posso dire, quello da cui fuori vai a comprare il metadone o da quello con cui ti ci vai a fare*" .

"Tutti quelli a cui vendevo la roba già andavano al Sert; quindi, già sapevo come funzionava".

In questi racconti vengono indicati come compagni di retroscena le persone con cui si condivide l'uso ed il commercio di sostanze: chi ti vende il metadone, chi si fa con te e quelli a cui si vende la roba.

4.3.1 La mappa dei temi che compongono il retroscena

La mappa dei temi che segue ripercorre quanto presentato ed è strutturata attraverso questa modalità: le forme ovali rappresentano la dimensione di riferimento ed i tre macro-temi, quelle rettangolari rappresentano i sottotemi e quelle ad angoli smussati rappresentano il livello ancora inferiore di contenuto. La mappa:

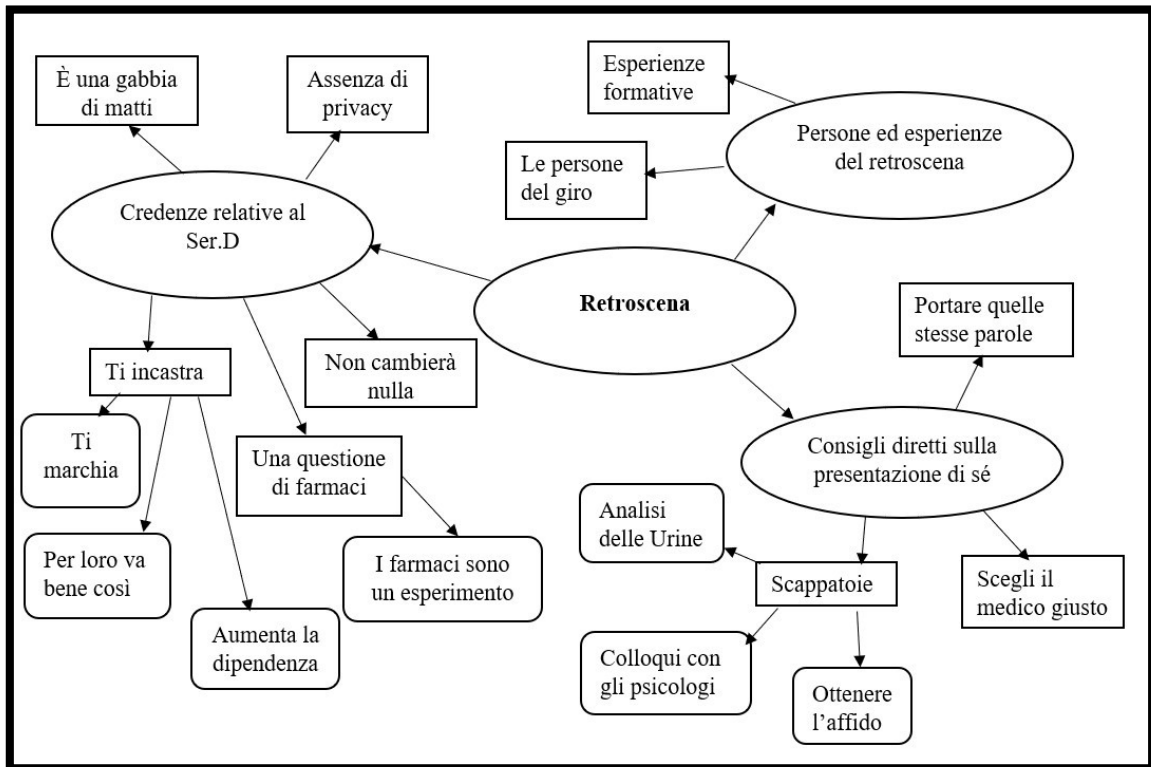


Figura 4.4: mappa dei temi che compongono il retroscena.

4.4 Quarto obiettivo: il cambiamento

Riprendendo il quarto obiettivo di questo progetto, ovvero *“Esplorare le narrazioni relative ai cambiamenti che sono avvenuti rispetto agli obiettivi di utilizzo del servizio, alle modalità di raccontarsi al servizio e alle credenze acquisite nel “retroscena”*, si può notare come esso riprenda quanto già trattato, infatti, è stato suddiviso in quattro temi dominanti di cui i primi tre ricalcano gli altri obiettivi di questo progetto.

Verrà presentata un’analisi delle narrazioni relative al cambiamento suddivisa in “Cambiamento degli obiettivi”, “Cambiamento della presentazione di sé” e “Cambiamento delle credenze”. Inoltre, a questi tre temi dominanti se ne aggiungerà un quarto, “Promuovere il cambiamento”, che riprenderà parte di quanto già trattato ed aggiungerà nuovi stralci per andare a definire quali elementi siano associati alla promozione del cambiamento. Così, vi saranno alcune ripetizioni di stralci, ma questi saranno osservati diversamente con lo scopo di mettere in luce non più il cambiamento avvenuto, ma l’elemento che lo ha promosso. I temi sotto forma di elenco:

A) Cambiamento degli obiettivi

- 1) “Oltre la pena”
- 2) “Oltre il metadone”
- 3) “Sorgono man mano”

B) Cambiamento della presentazione di sé

- 1) “Ora ti racconto”
- 2) “L’immagine era diventata insostenibile”

C) Cambiamento delle credenze

- 1) “Non ti incastra”
- 2) “Tutelati dalla privacy”
- 3) “Non solo farmaci”

D) Promuovere il cambiamento

- 1) “La privacy”
- 2) “Smascheramento”
- 3) “Oltre la dipendenza”
- 4) “Il buon rapporto”

a) Cambiamento degli obiettivi

Il primo tema dominante che viene presentato in questa sezione è quello legato al “cambiamento degli obiettivi”. All’interno di questo verranno descritti una serie di stralci testuali attraverso i quali viene raccontato come nel tempo si siano verificati dei cambiamenti relativi agli obiettivi in virtù dei quali si utilizzava il servizio. Così, questi stralci saranno in parte da collegare agli obiettivi emersi nell’analisi tematica relativa al primo obiettivo della ricerca, tuttavia, questo collegamento non è stato considerato un criterio necessario all’inclusione dello stralcio: potrebbero anche essere stati inseriti dei sottotemi che non sono collegati a quanto emerso in precedenza.

Questo tema è stato suddiviso in tre sotto-temi: “Oltre la pena”, “Oltre il metadone” e “Sorgono man mano”.

1) “Oltre la pena”

Questo primo sottotema contiene uno stralcio all’interno del quale si può osservare come viene raccontato il cambiamento dell’obiettivo che passa da una “questione legale” a un obiettivo di “recupero”. Un primo testo:

“Cioè, all’inizio, lo sai, il Sert mi è servito soltanto per entrare in comunità e la comunità mi serviva per scontare questa pena, ma è durato poco questo pensiero perché forse in un momento di lucidità ti accorgi di dove stai e di cosa hai fatto e di come funzioni in questo momento. Cioè, in poche parole, e come se me la sono sempre voluta smazzare da solo, oppure a casa. [...]. Poi, io quando sono andato al Sert, già ho fatto il cambiamento di pensiero cioè dell’usare queste cose per quello (la ‘questione legale’) a farlo davvero per un motivo (diciamoci ‘il recupero’)”.

In questo racconto, il cambiamento si verifica subito, al primo contatto con il servizio. Il partecipante racconta come alla luce di una sorta di “presa di consapevolezza” sulla propria situazione personale abbia scelto di utilizzare il servizio diversamente.

2) “Oltre il metadone”

Questo secondo sottotema comprende due stralci all’interno dei quali si può osservare come sia cambiata l’idea di utilizzare il Ser.D. con il solo obiettivo di “ottenere delle sostanze”, in questo caso il metadone. Il tema della terapia farmacologia ritornerà più volte in diverse sezioni, come è avvenuto per i primi tre obiettivi, tuttavia, si è scelto di mantenerlo comunque in tutte. Ciò è legato al fatto che questo tema assume qui il valore di “cambiamento dell’obiettivo”, più avanti sarà un “cambiamento di una credenza” e, infine, sarà un elemento che “promuove il cambiamento”, ma si ritornerà poi sull’argomento. Due racconti:

“Non sono tutti uguali, le intenzioni di ognuno sono diverse: uno per i nipoti, uno per il figlio. *All’inizio è un po’... capisci... poi lo prendi seriamente, la vita è la tua. Cominci a capire che oltre a darti la terapia (farmacologica) il Sert a qualcosa serve*”.

“Poi lì non è che ci sia proprio una richiesta esplicita di obiettivo; quindi, vai e dici io ho queste difficoltà qua, che può essere: vado al lavoro, sto a ruota, consumo e mi serve un farmaco. *Cioè oggi ovviamente è differente, se io dovessi consigliare con la mentalità di prima direi vai lì ti fai dare il metadone*”.

È sicuramente evocativo per il senso di questo tema il passaggio che vede il servizio offerto dal Ser.D come qualcosa che va anche “oltre la terapia (farmacologica)”. Il secondo stralcio, invece, racconta come in virtù di ciò che è successo tra l’accesso al servizio e il momento dell’intervista il partecipante oggi “consiglierebbe diversamente”.

3) “Sorgono man mano”

Questo terzo sottotema è stato definito con la volontà di rendere conto di una serie di stralci all'interno dei quali il cambiamento verso una nuova modalità di utilizzare il Ser.D venga configurato come qualcosa da attribuire al tempo o a ragioni non specifiche, per questo si è scelto di utilizzare parte dello stralcio che segue come titolo del sottotema. I testi:

“È difficile che ti fai ‘ste domande nel momento in cui fai l'accoglienza, però frequentando il servizio poi ti vengono, cioè a mano a mano secondo me ti vengono”.

“Io penso che la cosa positiva è che, a forza di andarci, ti rendi conto. Prendi consapevolezza del tuo bisogno. Anch'io all'inizio... se mia sorella non mi avesse detto quello...”.

“Anch'io all'inizio quando ci andavo, quando parlavo con la dottoressa, cioè dopo, poi c'è stato una specie di cambiamento che non so neanche io perché. Stavo prendendo anche il farmaco sostitutivo, però avevo cominciato a interessarmi un po' più alla questione e un po' più a come cambiarla e quindi di conseguenza andavo al Sert proprio per cercare di cambiare un po' la situazione”.

Parti di testo evocative per il senso che si è scelto di attribuire a questo sotto-tema sono “non so neanche io perché”, “poi ti vengono a mano a mano” oppure “prendi consapevolezza del tuo bisogno”. Inoltre, questo sottotema conferma l'evoluzione degli obiettivi degli utenti durante l'utilizzo del servizio che avevano già evidenziato Laudet & White (2010).

b) Cambiamento della presentazione di sé

Il secondo tema dominante che viene presentato è quello relativo ai racconti attraverso i quali viene configurato il cambiamento delle modalità di presentarsi e raccontare se stessi al servizio. Questi racconti sono stati suddivisi in due sottotemi che sono “Ora ti racconto”

e “L’immagine era diventata insostenibile”. Si è scelto di non collegare esplicitamente questi temi a quelli definiti attraverso il secondo obiettivo del progetto dato che non si è ritenuto rilevante esplicitare quale modalità utilizzata in precedenza si fosse trasformata. Ciò su cui si è scelto di focalizzarsi è il “come sia cambiata la modalità di raccontare se stessi” e verranno anche riesaminati i contenuti che hanno promosso tali cambiamenti.

1) “Ora ti racconto”

Il primo sottotema è stato definito “Ora ti racconto” dato che attraverso di questo si cerca di rendere conto di una serie di racconti nei quali i partecipanti alla ricerca narrano di come ad un certo punto ci sia stato un cambiamento nelle modalità di raccontarsi al servizio: queste sono passate da “mi gestisco un’immagine” a “è arrivato il momento di dire la verità”. Ecco gli stralci relativi:

“Dire la verità, tanto quello che dici lì rimane là, a meno che tu non dia il permesso. Io adesso *consiglierei a qualcuno che sta andando di dire la verità, dire quello che sta a fa, da quando lo fa...*”.

“Lì il dottore mi ha detto ‘non mi raccontare cazzate, perché uno che si fa da tre mesi, quindici o venti milligrammi (di metadone) gli dovrebbero bastare, si vede che tu usi da di più’. E lì *ho cominciato a raccontargli la verità...*”.

“*La prima volta con le canne non sapevo cosa dirgli, poi con la psicologa ho visto che posso anche parlare di cosa dire e non dire a mia madre, ero tranquillissimo con la psicologa, con il medico invece era un po' diverso. Alla psicologa dicevo tutto ed al medico gli chiedevo solo quello che mi serviva.*”

Come mai con la psicologa ti sentivi di poter dir tutto e con il medico no?

“perché ci andavo frequentemente quindi mi aiutavano molto anche per le questioni che non centrano con la dipendenza”.

Il passaggio a “è arrivato il momento di raccontare la verità” può venirsi a configurare in maniera diversa trasversalmente agli stralci, in quanto è accompagnato da diversi elementi che lo sostengono, tuttavia, come accennato in precedenza, è stata riservata una sezione separata per osservare gli elementi che si collegano a tale cambiamento.

2) “L’immagine era diventata insostenibile”

Questo secondo sotto-tema potrebbe essere anche considerato una specificazione del precedente, dato che contiene una serie di stralci testuali all’interno dei quali il cambiamento è molto simile a quello del “ora racconto la verità”; tuttavia, viene configurato non come una decisione presa di propria iniziativa, ma come un precipitato delle contingenze, ovvero “per come sta andando, non c’è più alcuna immagine da sostenere”. I testi scelti:

“Dalla psicologa prendevo gli appuntamenti e non ci andavo. Invece ai medici gli raccontavo che tanto mi facevo e che non riuscivo a smettere e che non volevo smettere nonostante mi minacciassero di levarmi l'affido ma per il fatto del lavoro non avrebbero potuto togliermelo quindi *non c'era più un'immagine da proporre proprio era più un dire tanto io sono così mi serve il metadone e voi me lo dovete dare*”.

“Questa cosa dell'immagine secondo me è più iniziale, solo all'inizio, ai primi incontri, le prime volte che vai la perché poi, tanto è come ha detto lui, i fatti parlano da sé, carta canta. Cioè, fai le urine, vedono che sei sporco, solo una volta su cinque o sei sei pulito. Quando vedono che sei sempre più sporco di più cose, *non stai neanche più a raccontargli che è successo una volta per sbaglio*, gli dici semplicemente che ti stai facendo. Poi il metadone ti serve comunque, diventa come una routine vai la prendi il metadone e quando ti chiedono “le urine?” Rispondi che *tanto sono sporche, tanto mi sono fatto ieri, tanto mi sono fatto stamattina, tanto è inutile che le faccio, lo sapete*”.

Come si può osservare nei racconti, i partecipanti esplicitano che c’è stato un momento in cui hanno avvertito come l’impossibilità di poter raccontare una versione diversa da quella che, a detta loro, appariva al servizio tramite le analisi delle urine. Così, aver rivelato se stessi viene configurato come una rinuncia di fronte all’evidenza.

c) **Cambiamento delle credenze**

Questo tema dominante è stato definito per mettere in luce quegli stralci di testo all'interno dei quali viene raccontato un cambiamento delle credenze nutrite verso il servizio. Così, questa sezione sarà particolarmente ancorata alla sezione corrispondente del terzo obiettivo.

Nella definizione di questo tema dominante si è scelto di articolarlo attraverso la suddivisione di tre sottotemi dei quali ora entreremo nel merito, ovvero, “Non ti incastra”, “Tutelati dalla privacy” e “non solo farmaci”. Sotto forma di elenco:

C) Cambiamento delle credenze

- 1) “Non ti incastra”
- 2) “Tutelati dalla privacy”
- 3) “Non solo farmaci”

1) **“Non ti incastra”**

Già dal titolo di questo primo sottotema si dovrebbe evincere la sua connessione con il tema “Ti incastra” definito rispetto al terzo obiettivo, infatti, per argomentarlo è stato ripreso uno stralcio che avevamo già utilizzato, solo che questa volta si è inserita anche la seconda parte in cui viene descritto il cambiamento di credenza. Questa scelta è stata effettuata per mantenere l'ancoraggio con quanto già presentato e per esplicitare la dimensione di cambiamento. Un esempio:

“Questo mi fa pensare un po' a quello che si dice... Tutte le cose che ho sentito del Sert di gente che non ci voleva andare, che non conosce il servizio, che non c'è mai andata e mi fa anche ridere perché girano certe storie allucinanti tipo: ‘loro ti incastrano, ti prendono, è un servizio dello Stato dopo va a finire che non ne esci più’. [...]. Cioè sì, questa è la preoccupazione di tutti e *dopo quando scopri cos'è il servizio ti viene da ridere, cioè ti viene da pensare: ‘ma questi che cazzo dicono?’*”.

Il cambiamento raccontato viene configurato come attribuibile al contatto diretto con il servizio, “Quando scopri cos'è ti viene da ridere”.

2) **Tutelati dalla privacy**

In questo secondo sottotema si affronta il cambiamento relativo quelle credenze che nell'analisi del terzo obiettivo avevamo descritto come il "timore che si venga a sapere", le quali erano connesse con i contenuti relativi alla famiglia. Negli stralci di testo che seguono si può osservare come viene configurato il passaggio da "temo che si sappia" a "posso andare tranquillo". Due racconti:

“Hai mai detto ai medici che non volevi che mamma lo sapesse? Si, loro mi hanno detto che non avrebbero potuto farlo senza un mio consenso e *da lì in poi sono andato tranquillo*”.

“A (città) tengono molto alla privacy delle persone, a volte son venuti carabinieri e polizia a chiedere, è capitato che uno si è nascosto là e loro danno sempre la stessa risposta: “non possiamo dare informazioni di nessun tipo” e, anche se la persona sta all'interno, non ti dicono che sta lì. Senza mandato niente... ha fatto anche piacere sentirsi tutelato. Mantengono la privacy su tutto quello che fai. *Io non me l'aspettavo questa privacy qui*. I carabinieri chiedono quando possono trovare uno, eccetera... Anzi gli disturba pure che vengono a chiederlo. *Questo può anche aiutarti a essere più sincero nel percorso che fai*”.

Si racconta come la possibilità di godere della privacy è da un lato configurata come inaspettata e, dall'altro, come elemento che consente di essere più sinceri: la tutela della privacy viene configurato come elemento che consente di “andare tranquilli”.

3) **Non solo farmaci**

In questo terzo sottotema si può osservare come sia stato raccontato anche un cambiamento rispetto alle credenze sull'offerta del servizio, ovvero, se nell'analisi precedente si descriveva come in alcuni casi questo venisse configurato solo come “servizio di distribuzione del metadone”, in questa si mette in evidenza come possa cambiare questa credenza. Tale cambiamento avviene sempre in relazione al contatto con

il servizio che risulta un elemento, il quale distrugge la credenza iniziale favorendo la scoperta di un mondo di possibilità offerte dal Ser.D. Due esempi:

“Una cosa che non sta scritta lì, che ho scoperto poi con il tempo, e che non si dice è che ci stanno tante altre cose oltre il metadone. Questa è la differenza più grossa tra quello che pensi che puoi ottenere all'inizio, ovvero solo il metadone, e quando invece poi hai trovato un supporto che era inaspettato. Anche a (città) l'approccio con cui ero andato all'inizio era solo per prendere il metadone, ma poi ho trovato persone accoglienti, disponibili, che mi chiamavano al telefono che mi hanno offerto ventimila servizi tutti i tipi, da quelli più sportivi-didattici, gruppi, cliniche, comunità... di tutto. Cioè la grossa differenza rispetto a quello che uno pensa all'inizio, o perlomeno nel mio caso, pensi di andare a prendere il metadone invece ci sono alcuni Sert, ma magari non tutti, che ci mettono il cuore”.

“Quello che poi ho visto al Sert è che fa tanti servizi, cioè, non solo farmacologico, cioè ho visto anche donne in difficoltà con bambini/ragazzini che hanno partorito”.

Questo cambiamento viene descritto anche come “la differenza più grossa” e ciò va a sottolineare la prevalenza del fenomeno per cui il Ser.D. viene configurato come un servizio di distribuzione del metadone. Gli elementi che favoriscono tale cambiamento di prospettiva verranno trattati nella prossima sezione di questo capitolo.

D) Promuovere il cambiamento

Questo quarto ed ultimo tema dominante, al quale si è già accennato durante i temi precedenti, si discosta un po' da questi ultimi, in quanto esso raccoglie gli elementi che trasversalmente al resto dei temi hanno favorito il cambiamento. Così, verrà ora affrontata una rassegna di quegli elementi discorsivi che all'interno della trama narrativa hanno promosso il cambiamento e, in questo compito, verranno anche recuperati stralci già utilizzati, ma con un obiettivo diverso.

Rispetto a questo oggetto di indagine sono stati definiti quattro sottotemi i quali rappresentano quattro elementi che nel racconto vengono configurati come promotori di

cambiamento: “La privacy”, “Lo smascheramento”, “Andare oltre la dipendenza” e “Il buon rapporto”. Sotto forma di elenco:

D) **Promuovere il cambiamento**

- 1) “La privacy”
- 2) “Smascheramento”
- 3) “Oltre la dipendenza”
- 4) “Il buon rapporto”

1) **“La privacy”**

In questo primo sottotema vengono raccolti e definiti una serie di racconti all’interno dei quali la privacy viene configurata come un elemento che consente di modificare le proprie modalità di raccontarsi al servizio. Questa dimensione era già emersa nella sezione “tutelati dalla privacy”, ora si può osservare come questo elemento possa promuovere il cambiamento:

“Io non me l’aspettavo questa privacy qui. I carabinieri chiedono quando possono trovare uno, eccetera... Anzi gli disturba pure che vengono a chiederlo. Questo può anche aiutarti a essere più sincero nel percorso che fai”.

“M: Quindi come cambia l’immagine che vuoi dare nel tempo? Il caso mio all’inizio era più nascondere dopo *quando ho scoperto tutto quello che succedeva dentro a meno che io non lo volessi non sarebbe mai uscito fuori ho cominciato a fare le cose com’ero io a non nascondermi più...*”.

“La scoperta” della possibilità di godere della privacy viene configurata come un elemento che ha consentito di “cominciare a non nascondermi più” o a essere “più sinceri”.

2) “Smascheramento”

Attraverso questo secondo tema si cerca di rendere conto di qualche stralcio testuale all'interno del quale il cambiamento viene configurato come attribuibile ad un intervento dello psicologo interlocutore. Si è scelto di utilizzare il termine “smascheramento” per denominare questo tema in quanto, come si vedrà negli stralci che seguono lo psicologo ha utilizzato delle tecniche che hanno messo in crisi il racconto dell'utente e l'hanno così condotto a “dire la verità” o a “smontarsi da solo”. I testi:

“Lì il dottore mi ha detto ‘non mi raccontare cazzate, perché uno che si fa da tre mesi, quindici o venti milligrammi (di metadone) gli dovrebbero bastare, si vede che tu usi da di più’. E lì ho cominciato a raccontargli la verità...”.

“Io una volta gli ho detto che me la gestivo, gli ho detto: ‘uso qualche volta, vorrei usare solo un po’ di meno’ e il medico mi rispose: ‘Guarda... tanti pagherebbero, cioè sono fortunati quelli come te, tanti vorrebbero essere come te che riescono a farsi solo una volta ogni tanto, che stanno bene. Non va bene così?’. *Cioè hai capito?! Ti spiazza proprio... Perché poi sai che non è così. Cioè me l'ha messa in un modo che poi... cioè... secondo me è stato provocatorio apposta per farmi ragionare.* Mi aveva detto che una volta ogni tanto non mi avrebbe fatto così male dal punto di vista della salute, ma poi appena ti dice quello, tu ti dici: ‘ma non è così’, quindi ti fa smontare da solo”.

Interventi di “smascheramento”, ovvero l'introduzione o evidenziazione di elementi discrasici nel racconto, da parte dell'interlocutore-psicologo possono essere riconosciuti come elementi significativi per la promozione del cambiamento.

3) “Oltre la dipendenza”

Questo terzo tema, che è già stato toccato più volte, verrà brevemente ripreso per mettere in luce come interventi da parte del servizio che vadano oltre gli aspetti puramente farmacologici vengono percepiti dall'utenza come elementi in grado di promuovere il cambiamento. Alcuni esempi:

“Non è che mi parlava solo della mia dipendenza, ma di come stavo, di come sono arrivato a fare questo, della mia sofferenza. Non è che entravo al Sert e ‘subito a far le urine’. È quello che mi ha colpito di lei. Me faceva sta bene. Stavo al Sert, ma non me sentivo de sta al Sert”.

“Se incontri lo psicologo giusto, quello che riesce a colpirti, a farti aprire... ognuno lo trova in un Sert diverso... che ti fa aprire, tocca i punti giusti, ti ci trovi bene. Lì, cominci a vedere che il Sert a qualcosa serve oltre che a darti solo la terapia. Io mi ricordo che con la mia psicologa parlavamo solo di smettere, cominciare con il lavoro, inseguire i miei sogni, la cucina... Mi ha detto che togliendo le droghe avrei realizzato tutto quanto. [...]. All’inizio è un po' capisci... poi lo prendi seriamente, la vita è la tua. Cominci a capire che oltre a darti la terapia il Sert a qualcosa serve”.

Nel primo stralcio “andare oltre la dipendenza” e prendere in esame l’intera storia della persona è stato un elemento in grado di non far “sentire di essere al Sert” a un utente che configurava il servizio secondo le retoriche del “È una gabbia di matti”. Invece, nel secondo stralcio viene messo in luce come “uno psicologo giusto” che fa “aprire” e che parli dei “sogni da inseguire” oltre che a dare la terapia possa generare un cambiamento di prospettiva del servizio, che in questo caso partiva dal “non mi può aiutare” e “È solo farmaci”.

4) “Il buon rapporto”

In questo quarto ed ultimo sottotema si tenta di mettere in evidenza quegli stralci testuali all’interno dei quali il “buon rapporto” con lo staff viene configurato come un elemento in grado di generare cambiamenti. I testi:

“M: Quando hai conosciuto la psicologa cosa ti ha proposto? Mi faceva star bene, solo con il parlare, non mi sentivo attaccato, non mi sentivo diverso. Mi sentivo quello che faceva tutto non per un secondo fine, ma che aveva un interesse nel farlo. *Se non fosse per questa dottoressa, io neanche sarei entrato qua.* Non sarei neanche entrato qua a conoscere questa struttura. Mi ha aiutato tanto”.

“Soprattutto la psicologa di (città) per me è stata proprio un aiuto forte. Da (città) andavo a (città) per continuare a parlare con lei, mi ci trovavo bene e *mi ha aiutato tanto*. Non mi ha convinto, mi ha fatto vedere la realtà delle cose: ‘se continui così arriverai come tante di queste persone che tu dici che non vuoi essere a quaranta o cinquanta anni, che vengono, prendono il metadone e si fanno’. Fare una vita normale... *Lei ha cominciato a farmi vedere tante cose e da lì ho cominciato a scegliere*, lei mi ha aiutato molto”.

In un primo caso, il rapporto con una “dottoressa” assurga ad elemento che ha consentito di intraprendere un percorso terapeutico. Mentre nel secondo il rapporto con una psicologa è un elemento che ha aperto a nuove possibilità generando la dimensione “possibilità di scegliere. Un ultimo stralcio in cui il rapporto con dei professionisti ha consentito di intraprendere un percorso terapeutico:

“Ha fatto sì che ad una certa ascoltavo anche quello che mi dicevano, come: ‘cerca di smettere’. Hanno iniziato a chiederlo tanto dopo, all’inizio me la buttavano là, ma vedevano che mi incazzavo e stavan buone. Hanno fatto una cosa al bacio, l’hanno maturata nel tempo, di permettersi di dirmi certe cose. Infatti, poi passata l’estate ho deciso io di andarci (in comunità), è stato frutto di un tipo di relazione con loro maturato nel tempo”.

4.4.1 La mappa dei temi che descrivono il cambiamento

La mappa presentata in questo paragrafo tenta di riassumere quanto presentato ed è stata strutturata secondo la seguente modalità: le forme ovali rappresentano la dimensione di riferimento ed i tre sottotemi, mentre le forme rettangolari rappresentano i relativi sottotemi.

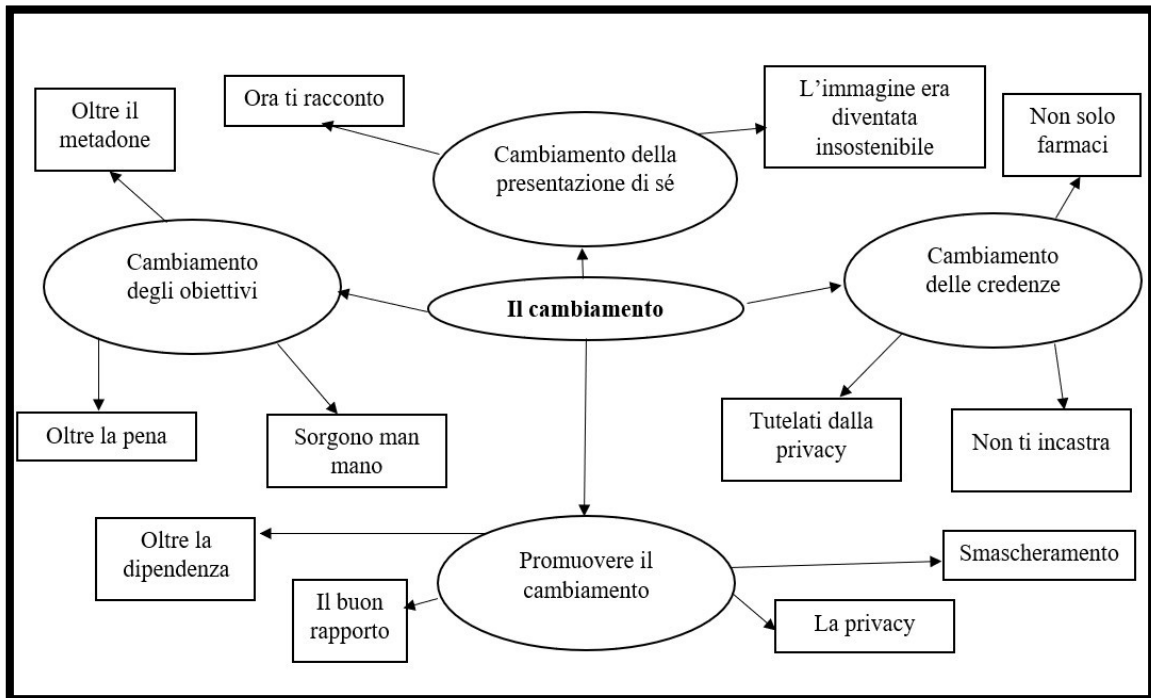


Figura 4.5: mappa dei temi che descrivono il cambiamento

Capitolo quinto

*“Per ora rimando il suicidio
E faccio un gruppo di studio
Le masse, la lotta di classe, i testi gramsciani,
Far finta di essere sani”.*
“Far finta di essere sani” – Giorgio Gaber

Discussione dei risultati

La citazione utilizzata da quest'ultimo capitolo è un tentativo (forse) umoristico di descrivere la scelta di essersi dedicati allo “studio” come attività che riempie il vuoto esistenziale, consentendo a chi scrive di “far finta di essere sano”. In aggiunta, è anche una modalità per ringraziare tutto il “gruppo di studio” di cui questa discussione è figlia. In questo capitolo verrà presentata la discussione dei risultati della ricerca suddivisa in tre paragrafi che fanno riferimento ai primi tre obiettivi del progetto, mentre il quarto obiettivo ed i risultati ad esso connessi vengono discussi ed inseriti trasversalmente ai paragrafi in questione. Infine, saranno presentate le conclusioni che si occupano di riassumere quanto percorso evidenziando i limiti di questa ricerca ed i possibili sviluppi futuri.

5.1 Discussione dei risultati relativi alla narrazione dell'accesso al servizio

Molte ricerche che hanno preso in considerazione il punto di vista degli utenti sull'accesso ai servizi per le dipendenze si sono focalizzate esclusivamente sugli obiettivi che vengono associati a esso. Nel presente studio è stato utilizzato un focus più ampio e, attraverso l'esplorazione dei discorsi con i quali viene narrato l'accesso al Ser.D., è stato messo in evidenza che la forma narrativa di questo evento è caratterizzata da grande complessità. I contenuti e le forme argomentative che compongono queste storie sono eterogenei, molteplici e mutevoli, così osservare il movimento degli utenti verso il servizio come un tentativo di perseguire degli obiettivi personali ha il rischio di trascurare tutta questa complessità.

L'intento dell'analisi dei dati è stato proprio quello di entrare nel merito della narrazione con cui gli utenti descrivono il loro accesso al Ser.D.: i contenuti sono stati messi in evidenza mediante l'analisi dei temi, mentre altri ragionamenti sul racconto sono stati

effettuati attraverso l'analisi del posizionamento, che ha consentito di descrivere otto diverse modalità in cui ci si può posizionare rispetto alla storia dell'evento in questione. Questi otto posizionamenti discorsivi sono stati collocati in un continuum costituito da due poli "attività" e "passività", che stanno a rappresentare rispettivamente il massimo ed il minimo grado di intenzionalità attribuita nel racconto al soggetto narrato. Rispetto a questi, collocarsi nella posizione di chi va al servizio in virtù di un obiettivo è la forma narrativa che esprime il più alto grado di "attività" o intenzionalità; mentre, al polo opposto del continuum si hanno dei racconti in cui l'accesso al Ser.D. viene descritto come imposto, obbligato o inevitabile, ove quindi il soggetto si colloca in una posizione passiva rispetto a quanto avvenuto.

Aprirsi alla possibilità che gli utenti giungano al servizio senza degli obiettivi precisi, ma in virtù di qualsiasi altro elemento argomentativo che possa comporre la loro storia, potrebbe avere delle implicazioni per quanto affrontato in letteratura. Ad esempio, rispetto alla questione dello scarso utilizzo che viene fatto di questi servizi (Hell, 2020) ampliare lo sguardo sul fenomeno può aiutare a comprendere come i Ser.D. si inseriscano nella vita delle persone. Inoltre, ciò potrebbe avere anche delle ricadute sulla fase di condivisione degli obiettivi prevista dal modello del "processo decisionale condiviso" (Charles, 1999), ovvero bisognerebbe riflettere se focalizzarsi su un processo di "condivisione" degli obiettivi, oppure se sarebbe più adeguato considerarlo un processo di "costruzione" degli obiettivi.

Passando invece alla seconda parte del primo obiettivo, quella in cui sono stati analizzati i contenuti narrativi connessi al racconto di accesso al servizio in termini di "temi" ricorrenti, sono stati definiti quattro principali temi dominanti: "Questioni legali", "Questioni familiari", "Ottenere sostanze" e "Gestire il consumo". Al confronto con le ricerche di Peckham (1977) e Laudet & White (2010) si riscontrano delle sovrapposizioni di temi, ma ciò che va sottolineato è che in questo lavoro ne sono emersi due nuovi: le "Questioni legali", ovvero utilizzare il servizio per scontare delle pene o riavere la patente, e "Ottenere sostanze" a scopo terapeutico, lucrativo o ricreativo.

Per non reificare quanto emerso potremmo effettuare una riflessione su come il contesto interattivo della ricerca possa aver contribuito all'emergere di questi risultati: nel presente lavoro le persone intervistate avevano già affrontato gli incontri con il Ser.D. e non configuravano l'intervistatore come una persona appartenente a quel servizio, così, questo può aver reso disponibile la possibilità di parlare anche di temi che sono solitamente oggetto di interdizione senza dover ricorrere ad un eccessivo uso di "account" (Scott e

Lyman, 1968). Ciò non significa che si abbia avuto accesso ai “veri motivi” per cui una persona si rivolge ad un Ser.D., ma che i diversi contesti di ricerca (il presente e quelli portati come esempi) hanno messo gli intervistati nella condizione di performare diverse identità: potremmo supporre che i racconti emersi in questo lavoro siano stati strumentali a costruirsi identità sociali, in linea con quella del “tossico esperto”, configurazione che potrebbe aver consentito di guadagnare stima e rispetto da parte degli altri membri della discussione, ovvero persone con cui si condivideva il percorso terapeutico.

L’emergere di questi risultati consente anche di riflettere su alcune questioni che potrebbero risultare critiche. In letteratura è già stato messo in evidenza che non tutti gli obiettivi vengono accettati da parte dei clinici, come ad esempio gli “obiettivi di non astinenza” (Davis, 2013; Rosemberg, 2020). Di fronte a quanto emerso risulta necessario interrogarsi rispetto a quali obiettivi possono essere considerati accettabili dai professionisti del servizio e a come gestire quelli che non lo sono. Dato che, come abbiamo visto, l’utenza parte dal presupposto che obiettivi quali scontare una pena o ottenere del metadone da rivendere non verranno accettati. La gestione di tali situazioni dovrebbe soprattutto entrare nel merito degli specifici significati che un obiettivo assume nel contesto della storia dell’utente, condividendo e negoziando le valutazioni in virtù delle quali ha senso accettare o rifiutare degli obiettivi.

Infine, rispetto a quanto emerso si può aggiungere che nella persecuzione del quarto obiettivo, quello che si occupava di indagare come viene descritto il cambiamento dei fenomeni indagati, è risultato che obiettivi come le questioni legali e l’ottenimento di sostanze cambino durante il trattamento. Inoltre, è anche stato raccontato che gli obiettivi del percorso sono qualcosa che sorge “man mano” durante l’utilizzo del servizio, dimensione che era già stata messa in evidenza da Laudet & White (2010). Concludendo, questi risultati mettono i professionisti dei servizi nella condizione di non considerare l’obiettivo stabilito inizialmente come qualcosa di imm modificabile, così da poter accettare quanto viene portato dagli utenti al fine di agganciarli al servizio, inserirsi nelle loro storie e lasciare che gli obiettivi si sviluppino insieme e con i propri tempi durante l’interazione.

5.2 Discussione dei risultati relativi alla presentazione di sé

Conoscere il racconto di come è stata gestita l'interazione con il Ser.D. ha consentito di mettere in evidenza che presentarsi al servizio non significa solo raccontare la propria storia, ma è un'azione interattiva, performativa e situata entro un contesto simbolico (Denzin, 2003), attraverso la quale possono essere perseguiti anche degli obiettivi personali.

I dati raccolti hanno consentito di descrivere sei differenti modelli che gli utenti utilizzano per “performare” sé stessi, gestendo intenzionalmente la situazione di incontro con il servizio per come essi se la configurano. Trasversalmente a questi pattern di presentazione di sé è stato sottolineato come tale performance possa essere messa in relazione con il contesto normativo, con il contesto simbolico percepito dall'individuo e con gli “obiettivi” connessi all'utilizzo del servizio.

Per quanto riguarda questi ultimi sono stati descritti dei modelli di performance strumentali per soddisfare specifiche ragioni come tranquillizzare la propria famiglia, gestire questioni legali o ottenere prescrizioni farmacologiche per scopi non medici. Quest'ultimo tipo di performance utilizza quella che viene descritta come “simulazione di sintomi”, dato già emerso in Longo (2000).

Invece, il ruolo che gioca il contesto normativo rispetto alla presentazione di sé può essere messo in evidenza in due modi: da un lato viene cavalcato dagli utenti attraverso un utilizzo strategico di forme stereotipiche, ad esempio quella “dell'utente che vuole smettere”; dall'altro esercita delle pressioni su di loro, ad esempio viene raccontato che ci si è sentiti obbligati a presentarsi come “soggetto problematico”, anche quando ci si percepiva diversamente. Questi risultati richiamano alla letteratura sul “facework”, ovvero alle strategie comunicative del proprio sé che vengono agite generando delle identità situate in contesti interattivi, il richiamo è legato al fatto che tali processi comunicativi si fondano sull'adesione ai valori e aspettative degli altri (Tracy, 1990).

Inoltre, quanto emerso può essere connesso anche al concetto di “camuffamento” espresso da Goffman (1963), che descrive come la presentazione di sé venga gestita adattandosi alle circostanze e alle aspettative del e sul pubblico. Nel nostro caso, quindi, la presentazione offerta al Ser.D. può essere letta come un movimento riflessivo e strategico che viene adattato alla conoscenza di cui un utente dispone rispetto ai valori del servizio e ai suoi obiettivi.

Infine, la relazione tra la presentazione di sé e il contesto simbolico dell'individuo è emersa attraverso l'analisi del "retroscena" che mette in luce il ruolo che giocano le credenze ed il contesto interattivo cui la persona partecipa rispetto alla presentazione di sé. Osservare l'incontro clinico sotto questa luce drammaturgica ha messo in evidenza quanto possa risultare complicato per un utente di un servizio come il Ser.D. scegliere la modalità con cui presentarsi e cosa raccontare o non raccontare di sé. Questo risultato fa emergere una serie di criticità e riflessioni sulla costruzione di piani terapeutici condivisi, come nel caso del "processo decisionale condiviso": innanzitutto, bisogna prestare attenzione alla possibilità che vengano costruiti dei piani terapeutici fittizi in cui la condivisione è solo una facciata dietro alla quale si nascondono trame personali; non va poi trascurata la riflessione su come sia possibile mettere un utente nella condizione di condividere la propria storia; infine, va valutata la possibilità di specificare l'applicazione del modello di "processo decisionale condiviso" alle criticità peculiari che si possono riscontrare nei servizi per consumatori di sostanze.

Parte di queste sfide sono già state affrontate da Faccio et al. (2021), attraverso un lavoro in cui la narrazione che l'utente faceva di sé stesso si è modificata passando da un servizio all'altro; nello specifico l'autrice mette in evidenza che l'assenza di giudizio e l'essersi focalizzati sui significati che la persona attribuiva alle sostanze ha consentito all'utente di offrire una diversa immagine di sé.

Anche nel presente studio questo risultato viene confermato, infatti tra i fattori che hanno consentito ai partecipanti di modificare il rapporto con i Ser.D. è stato raccontato quanto fosse importante che il servizio si focalizzasse sulla persona nella sua totalità e non la riducesse alla sua dipendenza; risultato che richiama il tentativo di offrire percorsi terapeutici "olistici" (Adams & Grieder, 2013).

Altri elementi emersi in questa ricerca che secondo gli intervistati sono utili a modificare il racconto di sé che si offre al Ser.D., mettendo nella condizione di esporsi e condividere la propria storia, sono: la consapevolezza della privacy, nei termini di sapere che quanto verrà condiviso non venga divulgato né alle autorità né alla famiglia; l'utilizzo di "tecniche di smascheramento" da parte dei clinici, ovvero situazioni in cui il clinico rende evidente all'utente che la sua narrazione entra in contraddizione invitandolo a raccontare come stanno "effettivamente le cose"; il "buon rapporto" con il clinico; il non sentirsi stigmatizzati.

Per poter implementare dei percorsi terapeutici condivisi questi fattori sono da ritenersi fondamentali, come risulta altrettanto fondamentale comprendere in virtù di quali ragioni,

contesti ed elementi simbolici vengano offerte ai servizi delle immagini di sé piuttosto che altre; questo tema potrebbe costituire l'oggetto di futuri studi che si occupino della relazione tra utente e servizio e delle pratiche cliniche che la riguardano.

5.3 Discussione dei risultati relativi al “retroscena”

L'esplorazione del “retroscena”, luogo in cui vengono condivise opinioni rispetto ai Ser.D. e su come interagire con i professionisti che ci lavorano, ha rilevato che questo spazio teorico si concretizza nelle interazioni tra “persone del giro”, ovvero amici e conoscenti con cui si condivide il consumo e il commercio di sostanze stupefacenti.

Esplorare le opinioni e le credenze che circolano in questo “spazio” è risultato fondamentale per approfondire e comprendere su quali elementi simbolici si basi la gestione che gli utenti fanno della propria presentazione di sé al Ser.D. e ha condotto all'emergere di cinque temi principali che, purtroppo, sono riassumibili in una configurazione del servizio come “ultima spiaggia”. Nello specifico, i Ser.D. vengono configurati come dei luoghi che “non penso mi possano aiutare” e che “non cambieranno niente” al punto che vengono considerati come servizi che rischiano di “incastrare” le persone in percorsi all'interno dei quali i medici sono “contro” gli utenti e “raccontano alla famiglia che mi faccio”; ed in cui i farmaci “sono una sperimentazione” e “danno più dipendenza dell'eroina”. Alla luce di ciò, non dovrebbe stupire che diverse forme di presentazione di sé siano orientate a raggiungere i propri obiettivi ingannando i professionisti del servizio piuttosto che cercando di collaborare con essi.

Nei discorsi raccolti i Ser.D. vengono considerati luoghi che contribuiscono a costruire e mantenere un fenomeno di stigmatizzazione della persona che li utilizza (Goffman, 1966), “come se sei un appestato della società”, al punto che il servizio viene definito come “una gabbia di matti” o qualcosa che “ti marchia”.

All'interno di questo scenario la descrizione del rapporto tra operatori e utenti è anch'essa non positiva, il presente studio va a confermare la concettualizzazione di “sfiducia reciproca” offerta da Merril (2002), all'interno della quale i medici vengono descritti come “stanno lì a prendere lo stipendio” e “tanto a loro va bene così”.

Questa concettualizzazione del servizio da parte degli utenti rischia di essere critica per diverse ragioni. Innanzitutto, potrebbe contribuire a far sì che gli utenti preferiscano non accedere ai servizi neanche quando ne riconoscono la necessità, contribuendo a mantenere un problema noto alla letteratura (Hell, 2020). In una delle storie raccolte un

ragazzo ha raccontato di aver preso del metadone dal suo medico di base pur di non accedere al servizio.

Inoltre, dato che nel racconto dei Ser.D. viene già considerato in partenza che l'accesso al servizio "non cambierà nulla" si potrebbe generare l'effetto descritto dal teorema di Thomas, secondo cui considerare come vera una realtà la renderà vera nei suoi effetti (Thomas, 1928); dunque, il mantenimento della situazione potrebbe essere considerato come una profezia che si autoavvera.

Per quanto riguarda i consigli che vengono forniti su come gestire la presentazione di sé con il servizio sono emerse diverse indicazioni salienti: viene consigliato prima di tutto di scegliere il "giusto medico", "quello più permissivo" e di simulare sintomi specifici per ricevere terapie specifiche; poi, per poter evitare situazioni indesiderate quali le analisi delle urine o i colloqui con gli psicologi viene suggerito di inventarsi altri impegni che impediscano tali attività; infine, per l'ottenimento dell'affido di sostanze "terapeutiche" viene raccomandato di raccontare la propria impossibilità di recarsi quotidianamente al servizio per ragioni lavorative.

L'emergere di questi consigli mette in evidenza come in diverse situazioni si preferisca trovare una soluzione che consenta di evitare il confronto aperto con il personale dei servizi per poter raggiungere i propri obiettivi. Tuttavia, tramite il quarto obiettivo è stato osservato che i significati attribuiti al Ser.D. cambiano durante la frequentazione del servizio e che alcuni utenti arrivano a configurare il Ser.D. come un servizio "che ci mette il cuore" e che "non me l'aspettavo tutta questa privacy qui".

Questi risultati consentono di descrivere altre criticità che possono sorgere nel tentativo di costruire progetti terapeutici condivisi con l'utenza, in quanto mettono in luce che si parte da un iniziale posizione di "sfiducia reciproca". Emerge la necessità di trovare soluzioni per gestire e modificare questo "rapporto di sfiducia" e comprendere attraverso quali interventi sia possibile modificare l'immagine sociale del servizio.

Conclusioni

Il presente studio si è occupato di descrivere come viene gestita la presentazione di sé che chi si rivolge ad un Ser.D., per questioni legate al consumo di sostanze stupefacenti, utilizza per entrare in relazione con il servizio durante i primi colloqui e nella fase di costruzione del trattamento.

È emerso che tale presentazione potrebbe essere configurata come una performance di sé, piuttosto che un racconto di sé, dato che è altamente riflessiva, fondata su una serie di credenze nei confronti dei servizi e viene utilizzata strategicamente in relazione a ragioni personali.

Scegliere di utilizzare una specifica performance per gli utenti di un Ser.D. è un modo strategico per evitare di condividere con il servizio una serie di informazioni sulla propria storia che si teme potrebbero non essere accettate, che se condivise non consentirebbero di raggiungere gli obiettivi posti o che vengono giudicate come “immagini di sé” inadeguate da fornire al servizio; come, ad esempio, può essere per chi utilizza i Ser.D. solo per ottenere dosi di metadone o per scontare una pena giudiziaria. La decisione del piano terapeutico si configura come una negoziazione tra due parti che cercano di soddisfare ognuna i propri obiettivi facendo trapelare all'altra informazioni selezionate e strategiche; come se vi fossero due progetti separati, uno del servizio ed uno dell'utente, che si evolvono in parallelo dovendo prestare attenzione a non intralciarsi.

Rispetto a questo scenario quanto è stato raccolto consente di fornire una serie di indicazioni pratiche per i professionisti dei servizi che si occupano di costruire le progettualità terapeutiche assieme agli utenti dei Ser.D.:

- 1) Prestare attenzione ai significati che il percorso assume per l'utente, entrando nel merito della complessità di ragioni legate a certe richieste e non solo valutare se esse siano adeguate o meno, quindi focalizzarsi sulle strutture argomentative e non sugli specifici contenuti.
- 2) Il modo in cui un utente si relaziona con un Ser.D. è qualcosa che maturerà durante il percorso; dunque, qualsiasi cosa venisse proposta può essere sfruttata come modalità per entrare in relazione e costruire un rapporto entro il quale sia possibile lavorare a progetti condivisi, di conseguenza le progettualità devono essere caratterizzate da flessibilità al cambiamento e

la richiesta dell'utente deve essere sfruttata come occasione di negoziazione.

- 3) Costruire degli spazi di condivisione con e per gli utenti, che siano progettati tenendo conto delle esigenze da loro espresse, come emerso in questa ricerca rispetto alla tutela della privacy e all'assenza di giudizio.

Inoltre, bisogna considerare che un altro possibile spazio di lavoro può essere costituito dall'immagine sociale di cui il Ser.D. gode nei confronti di chi utilizza sostanze, a fronte di quanto emerso lavorare su questo fenomeno è anche una modalità per poter modificare le strategie comunicative che gli utenti utilizzano nei confronti dei servizi.

Ancora, i risultati di questa ricerca potrebbero essere utilizzati come occasione di formazione e riflessione per tutti i professionisti che lavorano nei Ser.D. dato che i racconti offerti dai partecipanti di questa ricerca consentono di:

- 1) Avvicinarsi alle peculiari modalità che vengono utilizzate per significare i servizi da parte di chi li utilizza, mettendo i professionisti nella condizione di comprendere quali elementi consentono agli utenti di condividere le loro storie e collaborare rispetto a degli obiettivi.
- 2) Comprendere cosa significhi "assenza di giudizio" rispetto a quanto viene portato dagli utenti.
- 3) Ragionare sulle modalità di coinvolgimento delle famiglie prestando attenzione alla dimensione della privacy personale degli utenti.
- 4) Ragionare sulla complessità di situazioni che conducono a rivolgersi a un Ser.D., facendo dunque attenzione a non far ricadere tutti i ragionamenti sul consumo di sostanze.

Aldilà dei contenuti specifici, questa ricerca, attraverso le sue scelte di metodologiche, tenta di essere prima di tutto un'occasione di formazione rispetto alle possibilità che si aprono nel coinvolgimento degli utenti nei percorsi di cura e nelle prassi operative dei servizi. Questa scelta può essere considerata una posizione etica e politica fondamentale che cerca di ridurre al minimo la disparità di potere che vi è rispetto alla definizione del senso delle cure e della salute, tentando di promuovere una radicale trasformazione dei servizi per consumatori di sostanze in strutture che siano pensate per e dagli utenti. Questo consentirebbe anche di spostare gli utenti da una posizione di giudizio, o "sfiducia", su quanto offerto dal servizio ad una di responsabilità rispetto alla propria salute.

Infine, valutando i limiti di questa ricerca vanno messe in evidenza diverse questioni, ovvero bisogna considerare che per questo studio sono stati scelti partecipanti appartenenti a un circuito molto ristretto, ovvero quello costituito da una singola comunità terapeutica per consumatori di sostanze situata nella regione Marche e ciò ha fatto sì che, nella maggior parte dei casi, questi ed il moderatore delle discussioni di gruppo si conoscessero vicendevolmente tra di loro già prima della ricerca. Inoltre, va specificato che lo svolgimento dei focus group ha parzialmente assunto la forma di intervista in gruppo, ovvero è spesso risultato necessario che il moderatore stimolasse la discussione attraverso delle domande. Tuttavia, questo studio ha dato modo di riflettere su altri possibili spazi di ricerca che consentirebbero di approfondire il fenomeno. Innanzitutto, questo progetto potrebbe essere esteso ad altri contesti; poi, l'immagine sociale dei Ser.D. potrebbe essere valutata nei discorsi di persone che utilizzano sostanze e che non hanno mai avuto rapporti con i servizi; infine, è emersa l'importanza di approfondire quali fattori e modalità possano essere impiegate per generare "spazi di fiducia" in cui gli utenti si sentano liberi di condividere le loro storie e di collaborare con i servizi.

Bibliografia

Adams, N., & Grieder, D. M. (2013). *Treatment planning for person-centered care: Shared decision making for whole health*. Academic Press.

Albanesi, C. (2004). *I focus group*. Carrocci, Roma.

Altheide, D. I. & Johnson J. M. (1994). *Criteria for assessing interpretative validity in qualitative research*. Sage, London.

American Medical Association (1990). *Balancing the response to prescription drug abuse: report of a national symposium on medicine and public policy*. American Medical Association, Department of Substance Abuse. Chicago.

American Psychiatric Association (APA) (2000), *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Masson, Milano, 2001.

Anzul, M., Downing, M., Ely, M., & Vinz, R. (2003). *On writing qualitative research: Living by words*. Routledge.

Armezzani, M. (1998). *L'enigma dell'ovvio. La fenomenologia di Husserl e il fondamento di un'altra psicologia*. Unipress, Padova.

Ashford, R. D., Brown, A., Brown, T., Callis, J., Cleveland, H. H., Eisenhart, E., ... & Whitney, J. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research & Theory*, 27(3), 179-188.

Austin, J. L. (1955). *How to do things with words*. Oxford: Oxford University Press.

Bamberg, M. (1997). Positioning between structure and performance. *Journal of Narrative and Life History*, 7, pp. 335–342.

Bamberg, M. (2004). Form and functions of “slut-bashing” in male identity constructions in 15-year-olds. *Human Development*, 47, pp. 331–353.

Beauchamp, T. L. (2011). Informed consent: its history, meaning, and present challenges. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(4), 515-523.

Berger, T. & Luckmann, P. (1966). *The social construction of reality*. New York: Doubleday.

Blumer, H. (2006). *La metodologia dell'interazionismo simbolico*. Armando Editore.

Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. sage.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Harvard: Harvard University Press.

Bunn, M. H., O'Connor, A. M., Tansey, M. S., Jones, B. D. W., & Stinson, L. E. (1997). Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(5), 238-248.

Cadano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*. Carrocci editore, Roma.

Calvo, R. (2018). *La nuova legge sul consenso informato e sul c.d. biotestamento*, in *Studium iuris*. p. 689 ss.; S. Canestrari, *I fondamenti del biodiritto penale e la legge 22 dicembre 2017, n. 219*, in *Riv. it. dir. proc. pen*, 2018, p. 78 ss.

Campelli E. (1996). *Metodi qualitativi e teoria sociale*, in C. Cipolla, A. de Lillo: *il sociologo e le sirene. La sfida dei metodi qualitativi*. Franco angeli, Milano, p. 17-36.

- Cardano, M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Il Mulino.
- Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., ... & Appelbaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of general Psychiatry*, 57(6), 533-538.
- Castiglioni M., & Faccio E. (2010). *Costruttivismi in psicologia clinica. Teorie metodi e ricerche*. Milano: UTET Università.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social science & medicine*, 49(5), 651-661.
- Chorlton, E., Smith, I., & Jones, S. A. (2015). Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(1), 51-58.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches (4th ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Daniels, A., England, M. J., Page, A. K., & Corrigan, J. (2005). Crossing the quality chasm: Adaptation for mental health and addictive disorders. *International Journal of Mental Health*, 34(1), 5-9.
- Davies, B., and R. Harré. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20 (1), p. 43–63.
- Davis, A. K., & Rosenberg, H. (2013). Acceptance of non-abstinence goals by addiction professionals in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), 1102.

Deber, R. B. (1994). Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: changing roles and the desire for information. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 151(2), 171.

Deegan, P. E. (2007). The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 62.

Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric services*, 57(11), 1636-1639.

Deegan, P. E., Carpenter-Song, E., Drake, R. E., Naslund, J. A., Luciano, A., & Hutchison, S. L. (2017). Enhancing clients' communication regarding goals for using psychiatric medications. *Psychiatric Services*, 68(8), 771-775.

Del Piccolo, L., & Goss, C. (2012). People-centred care: new research needs and methods in doctor-patient communication. Challenges in mental health. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(2), 145-149.

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2005). *The Sage Handbook Of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Deppermann, A. (2015). Positioning 19. *The handbook of narrative analysis*, 369.

Dixon, L. B., Holoshitz, Y., & Nossel, I. (2016). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry*, 15(1), 13-20.

Drake, R. E., Deegan, P. E., & Rapp, C. (2010). The promise of shared decision making in mental health.

Duncan, E., Best, C., & Hagen, S. (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

Eddy, D. M. (1990). Anatomy of a decision. *Jama*, 263(3), 441-443.

Edwards, A., & Elwyn, G. (Eds.). (2009). *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford University Press.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361-1367.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Jama*, 267(16), 2221-2226.

Evans R. G. (1984) *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Butterworths, Toronto.

Faccio, E., Aquili, L., & Rocelli, M. (2021). When the non-sharing of therapeutic goals becomes the problem: The story of a consumer and his addiction to methadone. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press.

Fisher, A., Mills, K., Teesson, M., & Marel, C. (2021). Shared decision-making among people with problematic alcohol/other drug use and co-occurring mental health conditions: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 40(2), 307-324.

Flick, U. (2009). *An Introduction To Qualitative Research*. London: Sage Publications.

Foucault, M. (1972). *L'ordine del discorso e altri interventi*. Einaudi, Torino.

Friedrichs, A., Silkens, A., Reimer, J., Kraus, L., Scherbaum, N., Piontek, D., ... & Buchholz, A. (2018). Role preferences of patients with alcohol use disorders. *Addictive Behaviors*, 84, 248-254.

Friedrichs, A., Spies, M., Haerter, M., & Buchholz, A. (2016). Patient preferences and shared decision making in the treatment of substance use disorders: a systematic review of the literature. *PloS one*, *11*(1), e0145817.

Frisina, A. (2010). *Focus group. Una guida pratica*. Il mulino, Bologna.

Furramani, E., & Bushati, R. (2021). Riflessioni sulla libera autodeterminazione del paziente nella scelta delle cure mediche: uno sguardo comparativo tra Italia e Albania. *Diritto Pubblico Europeo-Rassegna online*, (1).

Gergen, K. J. & Gergen, M. (2005). *La costruzione sociale come dialogo*. Logos edizioni, Padova.

Gergen, K. J., McNamee, S., & Barrett, F. J. (2001). Toward transformative dialogue. *International journal of public administration*, *24*(7-8), 679-707.

Glaser, B. & Strauss, A. ((1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine, Chicago.

Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor Books, Random House. (trad. it. *La vita quotidiana come rappresentazione*, il mulino, Bologna 1993).

Goffman, E. (1963) *Behaviour in public place*, Free Press, Glencoe (trad. it. *Il comportamento in pubblico*, il mulino, Bologna, 1971).

Goffman, E. (1968). *Stigma. Notes on The Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster, Inc. (trad. it. *Stigma*, Ombre corte, Verona 2003).

Goss, C., Moretti, F., Mazzi, M. A., Del Piccolo, L., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2008). Involving patients in decisions during psychiatric consultations. *The British Journal of Psychiatry*, *193*(5), 416-421.

- Grønnestad, T. E., & Sagvaag, H. (2016). Stuck in limbo: illicit drug users' experiences with opioid maintenance treatment and the relation to recovery. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *11*(1), 31992.
- Hamann, J., Bühner, M., & Rüsç, N. (2017). Self-stigma and consumer participation in shared decision making in mental health services. *Psychiatric Services*, *68*(8), 783-788.
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*(6), 403-409.
- Harbishettar, V., Krishna, K. R., Srinivasa, P., & Gowda, M. (2019). The enigma of doctor-patient relationship. *Indian journal of psychiatry*, *61*(Suppl 4), S776.
- Harré, R., & Gillett, G. (1996). *La mente discorsiva*. Raffaello Cortina Editore.
- Harré, R., and L. van Langenhove (eds.). (1999). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell.
- Hell, M. E., & Nielsen, A. S. (2020). Does patient involvement in treatment planning improve adherence, enrollment and other treatment outcome in alcohol addiction treatment? A systematic review. *Addiction Research & Theory*, *28*(6), 537-545.
- Hellin, T. (2002). The physician-patient relationship: Recent developments and changes. *Haemophilia*, *8*(3), 450-454.
- Holloway, I., & Todres, L. (2003). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative research*, *3*(3), 345-357.
- Howard, V., & Holmshaw, J. (2010). Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*(10), 862-872.
- Huang, C., Plummer, V., Lam, L., & Cross, W. (2020). Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *27*(2), 103-127.

Iudici, A., Fenini, D., Baciga, D., & Volponi, G. (2020). The role of the admission phase in the Italian treatment setting: A research on individuating shared practices in psychotropic substance users' communities. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 1-22.

Janeiro, L., Ribeiro, E., Faisca, L., & Miguel, M. J. L. (2018). Therapeutic alliance dimensions and dropout in a therapeutic community: "Bond with me and I will stay". *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*.

Joosten, E. A., De Jong, C. A. J., De Weert-van Oene, G. H., Sensky, T., & Van der Staak, C. P. F. (2009). Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(4), 245-253.

Joosten, E. A., De Jong, C. A., de Weert-van Oene, G. H., Sensky, T., & van der Staak, C. P. (2011). Shared decision-making: increases autonomy in substance-dependent patients. *Substance Use & Misuse*, 46(8), 1037-1038.

Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International journal of surgery*, 5(1), 57-65.

Kolher Riessman, C. (2012). The pleasure of the text: sensual and seductive aspects of narrative inquiry. *Rassegna italiana di sociologia*, 53(4), 553-572.

Körkel, J. (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder–Oder. *Suchttherapie*, 15(04), 165-173.

Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61(3), 147-174.

Körkel, J. (2021). Treating patients with multiple substance use in accordance with their personal treatment goals: a new paradigm for addiction treatment. *Drugs and Alcohol Today*.

Korobov, N., & Bamberg, M. (2004). Positioning a 'mature' self in interactive practices: How adolescent males negotiate 'physical attraction' in group talk. *British journal of developmental psychology*, 22(4), 471-492.

Kuhn, T. S. (1962). Historical Structure of Scientific Discovery: To the historian discovery is seldom a unit event attributable to some particular man, time, and place. *Science*, 136(3518), 760-764.

Laudet, A. B., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(1), 51-59.

Longo, L. P., Parran Jr, T., Johnson, B., & Kinsey, W. (2000). Addiction: part II. Identification and management of the drug-seeking patient. *American family physician*, 61(8), 2401.

Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., MacDonald, S., Harrison, S., Marsh, D. C., ... & Oviedo-Joekes, E. (2019). Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: findings from a systematic scoping review. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 14(1), 1-15.

Marhaba, S. (2009). *Elementi di base per la storia e l'epistemologia della psicologia*. Logos edizioni, Padova.

Merrill, J. O., Rhodes, L. A., Deyo, R. A., Marlatt, G. A., & Bradley, K. A. (2002). Mutual mistrust in the medical care of drug users. *Journal of general internal medicine*, 17(5), 327-333.

Nicolaidis, C. (2011). Police officer, deal-maker, or health care provider? Moving to a patient-centered framework for chronic opioid management. *Pain medicine*, 12(6), 890-897.

Nosè, M., & Barbui, C. (2003). Systematic review of clinical interventions for reducing treatment non-adherence in psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *12*(4), 272-286.

Park, S. E., Mosley, J. E., Grogan, C. M., Pollack, H. A., Humphreys, K., D'Aunno, T., & Friedmann, P. D. (2020). Patient-centered care's relationship with substance use disorder treatment utilization. *Journal of substance abuse treatment*, *118*, 108125.

Parsons, T. (1951) *The Social System*. Free Press, Glencoe Illinois.

Patel, S. R., Bakken, S., & Ruland, C. (2008). Recent advances in shared decision making for mental health. *Current opinion in psychiatry*, *21*(6), 606.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Sage Publications, Inc.

Peckham, R. H. (1977). Uses of individualized client goals in the evaluation of drug and alcohol programs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *4*(4), 555-570.

Polanyi, M. (1990). *La conoscenza personale. Verso una filosofia post-critica*. Rusconi, Milano.

Romania, V. (2005). *Identità e performance*. Carrocci editore, Roma.

Rosenberg, H., Grant, J., & Davis, A. K. (2020). Acceptance of non-abstinence as an outcome goal for individuals diagnosed with substance use disorders: A narrative review of published research. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *81*(4), 405-415.

Salvini, A. & Dondoni, M. (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Giunti, Firenze.

Salvini, A. (1998). *Psicologia clinica*, Upsel Domeneghini editore, Padova.

Salvini, A., & Iudici, A. (2020). *La Mente Malata. E la cura repressiva della diversità*. Nexus Editor.

Salvini, A., Testoni, I. & Zamperini, A. (2002). *Droghe Tossicofilie e tossicodipendenza*. UTET Università, Milano.

Schutz, A. (1979). *Saggi sociologici*. Utet, Torino.

Scott, M. B., & Lyman, S. M. (1968). *Accounts*. *American sociological review*, 46-62.

Silverman, D. (2008). *Manuale di ricerca sociale e qualitativa*. Carrocci, Roma. (ed. or. 2000).

Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World psychiatry*, 16(2), 146-153.

Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA archives of internal medicine*, 97(5), 585-592.

Szasz, T. S., Knoff, W. F., & Hollender, M. H. (1958). The doctor-patient relationship and its historical context. *American Journal of Psychiatry*, 115(6), 522-528.

Thomas, W.I. & Thomas, D. S. (1928). *The child in america*, Alferd A., Knopf, New York.

Thomasma, D. C. (1983). Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Annals of internal medicine*, 98(2), 243-248.

Tracy, K. (1990). *The many faces of facework*. In H. Giles and W. P. Robinson (Eds.), *Handbook of language and social psychology* (pp. 219-226). London: John Wiley and Sons.

Trujols, J., González-Saiz, F., Manresa, M. J., Alcaraz, S., Batlle, F., Duran-Sindreu, S., & de Los Cobos, J. P. (2017). Patient perception of methadone dose adequacy in methadone maintenance treatment: The role of perceived participation in dosage decisions. *Patient education and counseling*, *100*(5), 981-986.

Turchi, G. P. & Perno, A. (2009). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Upsel Domeneghini, Padova.

Turchi, G., & Maiuro, T. (2007). La riflessione epistemologica come criterio di scientificità in psicologia clinica. In *Psicologia Clinica*. Milano: Springer.

Turchi, G.P. (2002) “*Tossicodipendenza*”. *Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici*. Domeneghini editore, Padova.

Turpin, A., & Shier, M. L. (2018). Exploring intersecting program elements in longer-term concurrent disorder services for adults: A qualitative evaluation. *The Qualitative Report*, *23*(10), 2474-2489.

United States. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine, Biomedical, & Behavioral Research. (1982). *Making Health Care Decisions: Report* (Vol. 1). President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research.

Veatch, R. M. (1972). *Models for ethical medicine in a revolutionary age*. Hastings Center Report, 5-7.

Von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Intersystems Pubns.

von Glasersfeld, E. (2009). L'interazionismo costruttivista: interazionismo e costruzione della conoscenza. *Scienze dell'Interazione*, vol. 1, n. 1, 4-11.

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of substance abuse treatment*, *33*(3), 229-241.

White, W. L., Campbell, M. D., Spencer, R. D., Hoffman, H. A., Crissman, B., & DuPont, R. L. (2014). Patterns of abstinence or continued drug use among methadone maintenance patients and their relation to treatment retention. *Journal of psychoactive drugs*, 46(2), 114-122.

Whitney, S. N., McGuire, A. L., & McCullough, L. B. (2004). A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Annals of internal medicine*, 140(1), 54-59.

Williams, A. (1988). Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. *Journal of health economics*, 7(2), 173-183.

Witkiewitz, K., & Tucker, J. A. (2020). Abstinence not required: Expanding the definition of recovery from alcohol use disorder. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 44(1), 36.

Wittgenstein, L. (1953) *Philosophical Investigations*. Basil Blackwell, Oxford.

Ringraziamenti