



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia
e psicologia Applicata (FISPPA)**

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**Comunità terapeutiche per persone che consumano sostanze: come
adeguare i percorsi terapeutici alle nuove esigenze dell'utenza?
Una ricerca empirica con i responsabili**

**Therapeutic communities for substance users: how to adapt treatment pathways
to the evolving needs of clients? An empirical study with managers**

Relatrice

Prof.ssa Elena Faccio

Correlatore esterno

Dott. Michele Rocelli

Laureando: Nicola Tartini

Matricola: 2053335

INDICE

INTRODUZIONE	V
---------------------------	----------

CAPITOLO 1. COMUNITÀ TERAPEUTICHE E DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: EXCURSUS STORICO E STATO DELL'ARTE

1

1.1. La nascita delle comunità terapeutiche	1
1.1.1. Comunità terapeutiche per consumatori di sostanze: le origini	2
1.1.2. Diffusione in Europa e in Italia.....	2
1.2. Comunità terapeutica e servizi per le tossicodipendenze in Italia	3
1.2.1. Excursus storico	3
1.2.2. Un fenomeno in continuo cambiamento	5
1.2.3. Ammissione e classificazione delle comunità in Italia	5
1.3. Gestione territoriale della comunità terapeutica	6
1.3.1. Regione Marche	7
1.3.1.1. Requisiti minimi comuni (Marche).....	8
1.3.2.2. Criteri di accreditamento specifici per il tipo di struttura (Marche).....	9
1.3.2. Regione Veneto.....	9
1.3.2.1. Requisiti minimi comuni (Veneto).....	10
1.3.2.2. Criteri di accreditamento specifici per il tipo di struttura (Veneto)	11
1.4. Alcuni dati demografici sul consumo di sostanze e sui servizi.....	13

CAPITOLO 2. OLTRE LA TOSSICODIPENDENZA: CRITICITÀ OPERATIVE .

15

2.1. Presupposti teorico-epistemologici.....	15
2.2. Orientamenti teorici di riferimento	16
2.2.1 Consumo di sostanze: scelta o dipendenza?.....	17
2.2.1.1 Il modello della tossicodipendenza	18
2.2.1.2. Il modello della tossicofilia	18
2.2.2. Le comunità terapeutiche non sono solo utenza: gli operatori	20
2.3. Coinvolgimento dell'utente nella costruzione del percorso terapeutico	23
2.4. Che cos'è "terapeutico"?	24
2.5. Valutazione dell'efficacia	27

CAPITOLO 3. METODOLOGIA E COSTRUZIONE DELLA RICERCA.....	31
3.1. La metodologia: la ricerca qualitativa	31
3.1.1. Il contesto.....	33
3.1.2. Gli obiettivi	34
3.1.3. I partecipanti	34
3.2. Raccolta dei dati: intervista semi-strutturata	35
3.2.1. La costruzione del protocollo d'intervista	36
3.2.2. Conduzione dell'intervista.....	40
3.3. Metodologia di analisi dei dati testuali: Analisi tematica	41
CAPITOLO 4. ANALISI QUALITATIVA DEI DATI: ANALISI TEMATICA	45
4.1. Collaborazione alla costruzione del percorso comunitario	47
4.1.1. Livello di collaborazione nella gestione inter-organizzativa dell'utente.....	48
4.1.2. Promozione di un contesto funzionale al reinserimento dell'utente.....	50
4.1.3. Ruolo e coinvolgimento dell'utente nella costruzione del percorso	60
4.2. Secondo tema: Composizione e selezione dell'utenza.....	66
4.2.1. Configurazione del consumo nella società: un fenomeno in evoluzione costante.....	66
4.2.2. Criteri d'invio da parte dei servizi territoriali.....	69
4.2.3. Ingressi in CT: Comunità-parcheggio e identità comunitaria riconoscibile	72
4.3. Terzo tema: Comunità come ambiente di lavoro.....	78
4.3.1. Gestione dell'equipe e dello sviluppo professionale	79
4.3.2. Insoddisfazione e ciclicità del personale.....	84
4.4. Quarto tema: Oggetto d'intervento	88
4.4.1. Obiettivo del percorso comunitario	89
4.4.2. Adeguatezza e rigore della valutazione dell'efficacia	93
4.4.3. Esperienze di ruolo alternative e mantenimento identitario	100
4.5. Quinto tema: Gestione dei tempi d'intervento.....	103
4.5.1. Giovani e adeguatezza delle prassi	104
4.5.2. Dal trattamento della cronicizzazione all'intercettazione precoce	107

CAPITOLO 5. DISCUSSIONE DEI RIUSLTATI.....	113
5.1. Primo obiettivo della ricerca.....	114
5.2. Secondo obiettivo della ricerca (tema 5).....	124
5.3. Elementi trasversali di discussione tra gli obiettivi	126
5.4. Confronto tra Regione Veneto e Regione Marche.....	128
CONCLUSIONI.....	131
BIBLIOGRAFIA	137

Introduzione

L'interesse verso il tema trattato nella presente ricerca nasce da una riflessione personale sulle anticipazioni stigmatizzanti e sulle tipizzazioni identitarie che il termine “tossicodipendente” genera nel senso comune, esperienza vissuta in prima persona ancor prima di studiarla in maniera approfondita sui testi accademici.

Durante una lezione del primo anno di Università, ho avuto l'occasione di relazionarmi con un gruppo di cosiddetti “tossici”¹, che sono venuti in aula a raccontarci la loro storia di vita e la loro esperienza come utenti di una comunità terapeutica per consumatori di sostanze. Ricordo molto bene la sensazione sperimentata nell'entrare in aula: una sorta di curiosità inquieta, nell'attesa di vederli entrare dalla porta, di riconoscerli. Ingenuo, ero convinto che sarebbero stati chiaramente identificabili rispetto agli altri compagni di corso, con i quali dovevo ancora familiarizzare essendo l'anno accademico cominciato da poco. La lezione inizia, la Professoressa introduce la tematica, ma nessuno entra da quella porta. Forse mi ero confuso, forse sarebbero venuti a farci visita il giorno seguente. Improvvisamente un ragazzo prende la parola, si presenta e inizio a rendermi conto che gli utenti di quella comunità si trovano seduti tra i banchi dell'aula, in mezzo a noi studenti, indistinguibili da noi studenti. Certo, a posteriori posso dire che qualcuno di loro aveva molti tatuaggi, un altro era vestito da “tossico”, un altro ancora aveva una faccia “metallica” per i piercing un po' persa nel vuoto... forse non erano così irriconoscibili o forse sono caratteristiche stereotipate con cui si descrivono anche gli studenti di psicologia. All'epoca era molto più acerba di ora la mia confidenza con le teorie e i costrutti usati dagli autori di riferimento dell'interazionismo simbolico: ruoli, tipizzazioni identitarie, reificazioni del senso comune e via dicendo. Una cosa, però, mi fu più chiara che mai, anche se ancora non possedevo il bagaglio conoscitivo adeguato a parlarne attraverso i tecnicismi: all'inizio della lezione cercavo dei “tossici”, che non riuscivo a trovare; a fine lezione ero alla macchinetta del caffè e chiacchieravo con dei “tossici”, che non riuscivo più a definire tali.

¹ Ho utilizzato appositamente il termine “tossici” per fare entrare quanto più possibile il lettore all'interno dei discorsi stigmatizzanti sul consumo di sostanze che abitano il senso comune e che, all'epoca dell'aneddoto citato, erano ancora radicati anche nelle mie narrazioni.

Dopo questa *epifania* relazionale, il mio interesse verso l'argomento crebbe moltissimo. Cominciai a documentarmi sul fenomeno del consumo di sostanze e sui servizi messi a disposizione ai tossicomani dalla Psicologia e dalla Psichiatria. Iniziai a notare che la dinamicità è una caratteristica di tale fenomeno: cambiano le sostanze, il modo di consumarle, lo sguardo con cui il senso comune identifica il consumatore.

Da qui è nata la necessità di approfondire ulteriormente la tematica e la volontà di provare, nel mio piccolo, ad ampliare la conoscenza collettiva sull'argomento. In particolare, confrontandomi con esperti in materia e con conoscenti che all'epoca lavoravano o svolgevano il proprio tirocinio in strutture residenziali per consumatori di sostanze, mi resi conto che ognuno di loro esplicitava problematiche leggermente diverse fra loro. Il filo rosso dei loro discorsi era la narrazione di un contesto, la comunità terapeutica, in cui si era costretti a lavorare in modo approssimativo e abitato da utenti "anziani".

Con la presente ricerca, quindi, ho voluto approfondire le problematiche e le fatiche vissute nelle strutture residenziali per consumatori di sostanze e osservare come si è evoluto nel corso degli anni il servizio offerto dalle comunità terapeutiche ai propri utenti.

Infatti, a partire dagli anni '80, il fenomeno ha iniziato a essere considerato negli ambienti accademici come una problematica sociale e sanitaria di rilievo. Questo cambiamento di prospettiva ha portato all'inclusione del comportamento sotto l'etichetta di "disturbo da uso di sostanze" nella terza edizione del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), riconoscendolo come una malattia psichiatrica e medicalizzandone il trattamento. Nel corso dei successivi quarant'anni, i discorsi che gravitano attorno alle dipendenze sono mutati notevolmente, influenzati sia dal tipo di sostanze diffuse sia dal significato che il senso comune ha attribuito nel tempo al consumo. Partendo dall'epidemia di eroina di fine millennio, quando i "tossici" erano configurati come persone emarginate, moralmente deboli e da salvare, si è assistito alla diffusione di altre sostanze (cocaina, MDMA, droghe sintetiche, etc.) e alla rappresentazione del tossicodipendente come un "malato cronico", fino a giungere al processo di normalizzazione del consumo che si sta dipanando nel presente. Inoltre, negli ultimi anni, il costrutto di dipendenza si è ulteriormente ampliato, includendo comportamenti che non riguardano solo il consumo di sostanze, ma anche il gioco d'azzardo, l'uso di internet, lo shopping compulsivo, i rapporti sessuali etc.

Alla luce dei cambiamenti appena descritti, mi sono domandato se le comunità terapeutiche, nate in un contesto socioculturale molto diverso da quello attuale, si siano o meno adeguate alle esigenze dei consumatori di oggi o se siano rimaste ancorate all'utente del passato. Un'ulteriore esigenza di ricerca è individuata nel fatto che, nonostante l'Italia sia il paese europeo che conta il maggior numero di strutture per consumatori di sostanze, sono pochi gli studi italiani in tali contesti.

Pertanto, nel presente studio si è deciso di coinvolgere i responsabili di alcune comunità terapeutiche per persone che consumano sostanze (situate in Veneto o nelle Marche), con il duplice obiettivo di esplorare se le prassi d'intervento proposte sono adeguate alle esigenze dell'utenza di oggi e per sondare assieme ai partecipanti quali siano le criticità affrontate quotidianamente nelle strutture.

Per raggiungere questi obiettivi, si è deciso di utilizzare una metodologia qualitativa (analisi tematica), in linea con i presupposti teorici della ricerca stessa, che si iscrive all'interno del paradigma costruttivista. L'intento è stato quello di co-produrre nuova conoscenza sul tema insieme ai partecipanti attraverso un'intervista semi-strutturata, in un rituale di domande e risposte in cui entrambi gli attori coinvolti "si accorgono" e rendono disponibile qualcosa che prima ignoravano.

Ritengo che la descrizione degli aspetti indagati da questa ricerca consente di fare maggior chiarezza sulla qualità dei servizi per i consumatori di sostanze, attorno ai quali storicamente gravitano opinioni contrastanti in termini di efficacia. Inoltre, credo che i risultati emersi possano mettere in evidenza le sfide da affrontate per migliorarne le prassi di intervento delle comunità terapeutiche, in virtù del dinamismo che caratterizza le dipendenze e in vista di possibili cambiamenti futuri.

Verrà ora brevemente illustrata la struttura del progetto per come disponibile al lettore.

Il primo capitolo è dedicato a un *excursus* storico sul consumo di sostanze, con il focus sull'evoluzione delle strutture comunitarie. Inoltre, sono presentate alcune informazioni riguardo alle normative e alcuni dati sul consumo e sulla rete dei servizi per le dipendenze in Italia. In questo modo, il lettore avrà a disposizione una cornice di senso formale sul tema.

Nel secondo capitolo, invece, sono stati presentati i presupposti teorici ed epistemologici entro cui si è sviluppato il progetto e una rassegna della letteratura sulle tematiche indagate. Il focus del terzo capitolo è sulla metodologia adottata nella costruzione della ricerca, dedicando spazio alla formalizzazione degli obiettivi e alla descrizione del contesto e dei partecipanti. Nel quarto capitolo è stata presentata l'analisi tematica dei dati raccolti mediante l'intervista. Infine, il quinto capitolo è dedicato alla discussione dei risultati della ricerca, guidati dagli obiettivi del progetto e confrontati con la letteratura messa a disposizione.

CAPITOLO 1

COMUNITÀ TERAPEUTICHE E DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: EXCURSUS STORICO E STATO DELL'ARTE

1.1. La nascita delle comunità terapeutiche

A livello internazionale, il termine Comunità Terapeutica (CT) è stato introdotto per la prima volta in Inghilterra da Tom Main (1946), per indicare quei luoghi in cui psichiatri con formazione psicoanalitica si prendevano cura dei militari traumatizzati dagli eventi della Seconda Guerra Mondiale, basando la cura sulla “comunicazione”, intesa come processo opposto all’isolamento sociale dell’individuo (Malinconico, 2015). Più in generale, la CT può essere definita come *“un ambiente sociale e un programma consapevolmente progettati all’interno di un’unità residenziale o diurna, in cui il processo sociale e di gruppo è utilizzato con intento terapeutico”* (Roberts J., 1997). La stessa comunità e le relazioni quotidiane al suo interno sono il principale strumento di cura (De Leon, 2000).

A partire dalla metà degli anni '50 si svilupparono modelli di CT diversi fra loro, categorizzabili per il tipo di approccio, la numerosità, il tipo di utenza etc. (Malinconico, 2015), ma accomunati dal tentativo di offrire un’alternativa agli *hospital* istituzionalizzanti che si erano diffusi fino a quel momento in tutto il mondo, in cui le persone erano affidate a un’assistenza (anti)terapeutica passivizzante, basata sull’isolamento e sul controllo piuttosto che sulla cura (*"Manicomio"* in *Enciclopedia Treccani online*, s.d.).

Tale rivoluzione etico-scientifica continuerà negli anni e porterà a una progressiva chiusura dei manicomi. A tal proposito, in Italia fondamentale sarà la legge Basaglia del 1978 (legge 180), emanata lo stesso anno in cui vennero aperti i primi servizi pubblici per la tossicodipendenza. Il processo di deistituzionalizzazione nella Penisola terminerà nel 1999, con la chiusura dell’ultimo ospedale psichiatrico (Malinconico, 2015).

1.1.1. Comunità terapeutiche per consumatori di sostanze: le origini

La CT² è stata una delle prime risposte alle problematiche legate all'utilizzo di sostanze psicoattive. Il primo modello è stato quello di Syanon, fondata nel 1952 negli Stati Uniti: era una comunità organizzata gerarchicamente, le principali modalità "terapeutiche" adottate al suo interno erano il confronto e il mutuo-aiuto, ma si ricorreva spesso anche a pratiche coercitive e autoritarie, punto nevralgico delle critiche ricevute dalla comunità stessa (Broekaert et al., 2006). Syanon ispirò altre realtà in America, dove iniziarono a diffondersi le prime CT: si trattava di ambienti in cui non era ammesso l'uso di sostanze stupefacenti, coordinati da pari e che prendevano tre principali fasi di trattamento (induzione-disintossicazione, trattamento, reintroduzione) (Goethals et al., 2011).

1.1.2. Diffusione in Europa e in Italia

Successivamente, a partire dagli anni '60, le CT si sono diffuse anche in Europa e l'Italia è stata uno dei primi paesi europei a ospitarne alcune: le più rilevanti furono la Comunità Incontro (Roma, 1969), il CeIS con il "Progetto Uomo" (Roma, 1971) e San Patrignano (Rimini, 1978). Nonostante si fossero ispirate al modello americano, le CT in Europa si costruirono una propria identità, integrando l'approccio cognitivo comportamentale (CBT) con tradizioni teoriche altre, principalmente il pensiero psicoanalitico. Le teorie sull'apprendimento sociale e l'approccio sistemico-familiare (Broekaert et al., 2006).

Il successo delle CT in Europa fu legato alla mancanza di efficaci risposte alternative alla dirompente diffusione di sostanze illecite (l'eroina fra tutte), a partire dagli anni '80, e la conseguente epidemia da infezione da HIV. La posizione dominante era quella di creare luoghi sicuri, per contenere le conseguenze socio-sanitarie del consumo di sostanze, adottando un tipo di approccio che fu definito "riduzione del danno" (Hedrich et al., 2008). Nel corso degli anni, le CT sono passate da programmi terapeutici generici e di lunga durata (le CT standard), a programmi più mirati e abbreviati, calati sulle esigenze di popolazioni di utenti specifici (le CT modificate) (Goethals et al., 2011).

² Nel presente elaborato d'ora in avanti si userà questa sigla per far riferimento specificatamente alle comunità terapeutiche per il trattamento dei consumatori di sostanze.

Con il passare del tempo, una serie di fattori modificarono il panorama delle CT, portando anche alla chiusura di alcune realtà: la crisi economica e i relativi tagli finanziari; l'accentramento governativo del controllo delle strutture (prima indipendenti e autofinanziate); i dubbi circa l'efficacia dei percorsi alla luce degli elevati tassi di turnover e/o ricaduta; l'introduzione di figure professionali specializzate al posto o in affiancamento agli ex consumatori di sostanze; la generale virata dell'opinione pubblica e accademica sul consumo di sostanze, che iniziò a essere considerato un disturbo cronico-ricidivante, per il quale i lunghi percorsi comunitari avevano pochi benefici (Vanderplasschen et al., 2014).

1.2. Comunità terapeutica e servizi per le tossicodipendenze in Italia

A partire dagli anni '70, in Italia si sono diffusi moltissimi programmi terapeutici basati sulla CT, rendendolo nel tempo il paese europeo più rappresentativo in termini di quantità di strutture. Si stima che nel 2011 circa il 65% delle CT identificate in Europa fosse distribuito nel territorio italiano (in un numero pari a 708 strutture), la maggior parte delle quali caratterizzate da una "gestione familiare" in cui venivano seguiti un numero di utenti minore di 10 (Vanderplasschen et al., 2014).

1.2.1 Excursus storico

I cambiamenti sociali e l'emanazione di leggi specifiche sul consumo di sostanze nel corso dell'ultimo cinquantennio hanno modificato molto il panorama nazionale in merito alla gestione del fenomeno.

In particolare, in termini di rappresentazione sociale, tra gli anni '70 e '80 si è assistito al passaggio dal modello del vizio, in cui il tossicomane era visto come un trasgressore di una norma sociale e morale e pertanto erano diffuse politiche orientate principalmente alla repressione e al controllo delle droghe, al modello della malattia, in cui il consumatore era configurato come un malato che necessita di un intervento terapeutico (Turchi, 2002).

A tal proposito, con l'approvazione della legge 685/1975, lo Stato italiano depenalizzò l'uso personale di sostanze stupefacenti e affidò il coordinamento della cura, della riabilitazione e della prevenzione del fenomeno al Ministero della sanità. Cinque anni più tardi, la

pubblicazione della terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III), portò a compimento il processo di medicalizzazione del consumo, che venne scientificamente riconosciuto come una malattia mentale e classificato con l'etichetta diagnostica "disturbo da uso di sostanze" (DUS) (*Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*, 1980)

Sempre negli anni '80, complice anche la crescente apprensione dell'opinione pubblica e delle comunità scientifica per la diffusione del virus del HIV, l'Italia ha assistito all'approvazione dei decreti Aniasi (1980), introducendo nuove misure per affrontare il problema delle tossicodipendenze: regolamentazione e organizzazione dei servizi sanitari dedicati al trattamento dei consumatori, aumento delle risorse per i servizi di trattamento e promozione delle nuove politiche di riduzione del danno. In questo contesto sono stati istituiti i Centri per il Monitoraggio e l'Assistenza alle Tossicodipendenze (CMAT), precursori dei moderni Servizi per le dipendenze (Ser.D.). Le nuove strategie introdotte, che alcuni studiosi suggeriscono sia più adeguato definire di "riduzione del rischio" (Arnao, 1996; O'Hare, 1994), si differenziavano dagli interventi che si erano diffusi prima dell'epidemia dell'eroina per due principali ragioni: non veniva perseguita l'astinenza come obiettivo e venivano presi in carico anche coloro che non manifestavano la volontà di interrompere il consumo.

Negli anni '90, con l'approvazione della legge del 162/1990 sono stati istituiti i Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.), enti dedicati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione dei consumatori, il cui obiettivo era aiutare il tossicomane ad affrontare e risolvere la propria condizione, emancipandosi dalla sostanza. Inoltre, con questi servizi si implementarono le politiche di riduzione del danno, come la distribuzione delle terapie farmacologiche sostitutive (Bargagli et al., 2005). Contestualmente, con il DPR 309/1990 vennero definiti i criteri per l'accreditamento istituzionali delle CT all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), con il quale le strutture gestite da privati vennero riconosciute come parte integrante dei dispositivi di cura dello Stato. Si verificò, quindi, il passaggio da un modello di cura sperimentale, basata sull'esperienza e sul posizionamento ideologico-morale delle singole realtà comunitarie, alla diffusione di modelli di trattamento scientificamente fondati (o quanto meno normati).

Nel corso degli anni '90, venne affidata alle singole Regioni l'emanazione di atti normativi per implementare le disposizioni della legge 162/1990, riconoscendo ufficialmente le comunità terapeutiche private come partner nel trattamento dei consumatori.

1.2.2. Un fenomeno in continuo cambiamento

A cavallo tra anni '90 e anni '00, in Italia si è assistito a una progressiva riduzione del consumo di eroina, al contenimento della diffusione dell'AIDS e alla conseguente riduzione dell'allarmismo dell'opinione pubblica sulla tematica; viceversa, aumentò la richiesta di altre sostanze, in particolare cocaina, cannabis e MDMA (Davoli et al., 2007), e il numero di consumatori a cui veniva diagnosticata una comorbidità psichiatrica (le cosiddette doppie diagnosi) (Pozzi et al., 2006).

Possiamo asserire che il fenomeno del consumo è dinamico e continua ad evolversi nel tempo. Gli ultimi dati evidenziano un abbassamento dell'età di esordio e in generale una maggior frequenza in termini di consumo nei giovani (15-19 anni), la diffusione dell'uso di farmaci (specialmente a base oppiacea) e la diffusione di nuove sostanze sintetiche (cannabinoidi sintetici e NPS fra tutte) (*Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, 2023*).

1.2.3. Ammissione e classificazione delle comunità in Italia

Nei paragrafi precedenti si è evidenziato come, con l'emanazione del DPR 309/1990, le CT sono diventate uno delle principali risposte del SSN ai problemi sociosanitari legati al consumo di sostanze in Italia. L'ammissione alle comunità terapeutiche accreditate con il SSN italiano ad oggi è filtrata dalla presa in carico da parte dei Ser.D.³, che certificano la dipendenza da sostanze o da alcool e, qualora lo valutassero necessario, invitano il consumatore a intraprendere un percorso presso una specifica CT. Fanno eccezione situazioni particolari in cui determinate strutture possono accettare anche invii privati, ma in tali casi le spese del programma terapeutico sono a carico dell'utente e della sua famiglia

³ Nella regione Marche, il servizio corrispettivo al Ser.D. prende il nome di Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (S.T.D.P.),

(Dipartimento per le politiche antidroga, s.d.). Le strutture accreditate presenti nel territorio italiano sono classificate come segue:

- Servizi di pronta accoglienza: ospitano individui con problemi di dipendenza in situazioni di emergenza, senza alcuna selezione preliminare, per un periodo di tempo generalmente non superiore a 90 giorni. Possono essere strutture dedicate o spazi specifici all'interno di altre strutture.
- Servizi terapeutico-riabilitativi o pedagogico-riabilitativi: servizi residenziali o semiresidenziali, che collaborano con gli operatori dei Ser.D. all'elaborazione di progetti terapeutici personalizzati; nel secondo caso gli interventi hanno un carattere prevalentemente educativo.
- Servizi di trattamento specialistico: offrono percorsi terapeutici mirati per individui con problemi di dipendenza molto specifici o legati a particolari situazioni cliniche e personali (comorbidità psichiatrica, genitori con figli, alcol e polidipendenza etc.).

1.3. Gestione territoriale della comunità terapeutica

Dieci anni dopo l'emanazione della legge 162/1990, la legge costituzionale 3/2001 ha ridefinito il quadro delle competenze tra Stato, Regioni e Enti Locali in materia di gestione della rete dei servizi per i consumatori di sostanze, potenziando il ruolo delle Regioni e delle Province Autonome. Infatti, dal momento della sua approvazione, queste ultime hanno piena responsabilità nell'organizzazione dei servizi sanitari locali e nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, in base alle proprie necessità territoriali. Sebbene questo principio possa essere teoricamente corretto, ha generato significative disparità tra le diverse Regioni, creando differenze nell'accesso alle cure per i cittadini (Grillo G. & Squillaci L., 2020) e carenze sistemiche in termini di attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (*"Oltre le fragilità"* VI° conferenza nazionale sulle dipendenze, presidenza del Consiglio dei Ministri). I servizi offerti dalle diverse aree territoriali, quindi, si differenziano sia in termini di quantità di enti disponibili a cui rivolgersi, sia nella tipologia e nella loro organizzazione intera. Con riferimento all'anno 2022, si contano 14 S.T.D.P. e 45 CT (di cui 28 a regime residenziale) nelle Regione Marche, mentre 38 Ser.D.

e 105 CT (di cui 68 strutture residenziali) in Veneto (*Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, 2023*). Pesando il numero di strutture disponibili sul numero di abitanti della singola area geografica, la regione Marche offre 4.1 strutture (di cui 2.5 residenziali) ogni 100.000 residenti (fascia d'età: 15-74 anni), mentre il Veneto ne mette a disposizione 2.9 (di cui 1.9 strutture residenziali).

Un'altra questione di rilievo è la scelta presa dalle singole Regioni sul consentire o meno ai propri servizi territoriali di inviare i propri utenti in CT che si trovano al di fuori dal proprio territorio. Le Marche hanno definito un limite di invii fuori regione pari al 10% degli utenti totali seguiti dagli S.T.D.P. (nota Asur/DG protocollo n° 30662 del 26/10/2016), mentre il Veneto non invia gli utenti in carico ai propri servizi territoriali in CT situate fuori Regione.⁴

1.3.1. Regione Marche

Per quanto riguarda i criteri di accreditamento delle comunità terapeutiche gestite da cooperative facenti parte del privato-sociale, per le Marche essi sono contenuti nel “Manuale operativo relativo ai requisiti di autorizzazione delle strutture extra ospedaliere residenziali”, aggiornato attraverso la DGR 927/2020.

Le comunità terapeutiche del territorio marchigiano sono classificate in⁵:

- Comunità specialistiche, la cui finalità di cura è offrire trattamenti terapeutici specifici, con eventuale ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. Si segnalano:
 - a) le comunità specialistiche per comorbidità psichiatriche (STD1A)
 - b) le comunità specialistiche per minorenni e giovani adulti fino al venticinquesimo anno di età, con ingresso ammissibile fino al 21 anni (STD1C).

⁴ Non è stata trovata la normativa di riferimento, ma questo dato è stato confermato dagli addetti del settore come indicazione per la gestione degli ingressi nelle CT venete. Il principale motivo di tale scelta è che il numero di richieste regionali non supera i posti in CT accreditati disponibili all'interno della Regione Veneto, cosa che invece avviene in altre aree geografiche, in cui gli utenti vengono inviati fuori Regione.

⁵ Verranno citati di seguito solamente i criteri utile a una miglior comprensione della presente ricerca. Per una rassegna più dettagliata si invita a consultare il documento di riferimento.

- Comunità terapeutico-riabilitative (STD2), in cui vengono offerti trattamenti finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale.
- Comunità pedagogico-riabilitative (STD3), in cui si erogano trattamenti finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa.

Per quanto riguarda la capacità ricettiva delle strutture, è previsto un numero massimo di utenti pari a 20 per le STD1A, per le STD2 e per le STD3; la capacità massima sale a 24 utenti per le STD1C.

Il tempo di permanenza in struttura è di 18 mesi per tutte le strutture (con possibilità di proroga), a eccezione delle CT pedagogico-riabilitative per le quali la durata è di 36 mesi.

Le rette giornaliere per il singolo utente stabilite dalla Regione Marche con la DGR 1221/2015 corrispondono a (IVA esclusa): 112,06 euro per i STD1A, 90,00 euro per i STD1C, 85,45 euro per i STD2 e 51,50 euro per i STD3 tipo C (DGR 1221/2015).

1.3.1.1. Requisiti minimi comuni (Marche)

Per quanto riguarda i criteri organizzativi, i requisiti minimi di interesse comuni a tutte e quattro le tipologie di struttura sopracitate sono (DGR 927/2020):

- l'esplicitazione nel programma di principi e metodologia adottata, fasi e durata complessiva di svolgimento, modalità di relazioni con le famiglie [...];
- l'esplicitazione nel programma del tipo di utenza a cui si rivolgono i percorsi, specificando i posti disponibili per le persone con caratteristiche peculiari (minori, soggetti sottoposti a misure alternative al carcere etc.);
- l'esplicitazione nel programma delle modalità di valutazione e di verifica degli interventi;
- l'organizzazione di momenti dedicati al lavoro in equipe per tutti i membri del personale;
- il fatto che il personale della CT sia in numero adeguato al tipo di programma e comunque non inferiore a due unità.

1.3.1.2. Criteri di accreditamento specifici per il tipo di struttura (Marche)

I requisiti organizzativi minimi che si differenziano in base alla struttura sono DGR 927/2020):

- presenza del medico psichiatra (numero di ore a settimana): per almeno 18 ore nelle STD1A, per almeno 2 ore nelle STD1C e nella STD2 (in quest'ultimo caso solo se sono presenti utenti dipendenti da alcol e da cocaina o se la struttura svolge funzioni di Comunità Operativa Dipartimentale (COD) o centro crisi). Non è obbligatoria la presenza del medico psichiatra nelle STD3;
- per le STD1A è richiesta la presenza di almeno 2 figure a tempo pieno fra educatori, infermieri e psicologi, incrementate di un'unità ogni 5 utenti; inoltre sono previste altre figure professionali con formazione specifica sulla tossicodipendenza per un totale di almeno 12 ore settimanali;
- per le STD1C è richiesta la presenza di uno psicologo per almeno 24 ore a settimana ed almeno una figura tra educatori, infermieri e psicologi da incrementare di un'unità ogni 4 utenti. In più, è prevista almeno un'altra figura professionale con specifica formazione in materia di tossicodipendenza;
- per le STD2 è richiesta la presenza di almeno 2 figure fra educatori, infermieri e psicologi, incrementate di un'unità ogni 8 utenti;
- per le STD3 è richiesta la presenza di almeno 2 figure fra educatori, infermieri e psicologi, incrementate di un'unità ogni 8 utenti e di altre figure professionali con formazione specifica sulla tossicodipendenza presenti per un totale di almeno 18 ore settimanali.

1.3.2. Regione Veneto

I requisiti minimi previsti per l'accreditamento delle comunità terapeutiche gestite da privati in Veneto sono definiti dalla DGR 1221/2015

“Standard relativi ai requisiti di autorizzazione e accreditamento istituzionale dei servizi sociali e di alcuni servizi socio-sanitari della Regione Veneto”.

Le comunità terapeutiche in Veneto⁶ sono classificate come segue e per tutte e 4 le tipologie prese in considerazione, nella normativa la finalità è descritta in termini di “accoglienza, trattamento terapeutico-riabilitativo e reinserimento socio-lavorativo”:

- servizi territoriali di tipo A (di base), che accolgono persone tossicodipendenti e alcoldipendenti, anche in presenza di problematiche psichiche, che non necessitano di una presa in intensivo e specialistico;
- servizi territoriali di tipo B (intensivi), dedicati a persone tossicodipendenti e alcoldipendenti, anche in presenza di problematiche psichiche, che necessitano di una gestione intensiva e, in caso di bisogno, anche specialistica e psicoterapeutica;
- servizi territoriali di tipo C (specialistici), che accolgono persone tossicodipendenti e alcoldipendenti, anche con compresenza di altre problematiche psichiche, che necessitano di una presa in carico intensiva e specialistica psicoterapica e/o psicofarmacologica;
- servizi territoriali di tipo C2 (per minori/adolescenti tossicodipendenti e alcoldipendenti), per utenti anche sottoposti a trattamenti farmacologici sostitutivi.

Per queste quattro tipologie, il numero di utenti ospitati deve essere pari a un massimo di 30 persone e il tempo di permanenza è di 18 mesi, estendibili di ulteriori 6 mesi a regime semiresidenziale.

Le rette giornaliere riconosciute alle CT per ospitare gli utenti in struttura sono state definite nella DGR 445/2006 e corrispondono a (IVA escluso): 53,00 euro per i servizi residenziali di tipo A, 65,00 euro per quelli di tipo B, 75,00 euro per il tipo C e 85,00 euro per la tipologia C2 (DGR 445/2006).

1.3.2.1. Requisiti minimi comuni (Veneto)

Per quanto riguarda i requisiti minimi a cui conformarsi per poter erogare il servizio, tutte e quattro le CT condividono (DGR 84/2007):

- l'esplicitazione del risultato generale da raggiungere, della tipologia di utenza a cui si rivolge il programma e dei servizi di riferimento;

⁶ Anche in questo caso verranno presentati i criteri utili a una miglior comprensione della presente ricerca e si invita a consultare il documento originale per ulteriori dettagli.

- la definizione dei criteri per entrare in struttura (stilati nella Carta del Servizio);
- la predisposizione di momenti di supervisione annuali guidati da un esperto;
- la pianificazione di momenti formativi individuali e/o di gruppo che consentano al personale di acquisire strumenti teorici e tecnici in base alle loro necessità; la formazione deve essere calibrata sulla specificità della struttura in termini di obiettivi e in relazione ai bisogni specifici degli utenti in carico;
- l'esplicitazione nel programma di: principi e metodologia adottata, fasi e durata complessiva di svolgimento, modalità di relazioni con le famiglie;
- l'esplicitazione nel programma del tipo di utenza a cui si rivolgono i percorsi, specificando i posti disponibili per le persone con caratteristiche peculiari (minori, soggetti sottoposti a misure alternative al carcere etc.);
- l'esplicitazione nel programma delle modalità di valutazione e di verifica degli interventi. I processi valutativi devono avvenire sia durante il percorso dell'utente (utilizzando come indicatori il consumo o meno di sostanze legali e non, la qualità di vita, lo stato di salute e il livello di aderenza al trattamento), sia dopo 6-12 mesi dalla fine del percorso (utilizzando come indicatori l'uso o meno di sostanze legali e non, la qualità di vita ed eventuali recidive nel consumo).

Inoltre, in tutte le tipologie di strutture, viene richiesto di definire un programma terapeutico individualizzato valutando:

- i bisogni manifestati dall'utente;
- la condizione medica, tossicologica, psicologica, sociale e legale (valutazione multidimensionale);
- la motivazione e la compatibilità rispetto al progetto terapeutico;
- la famiglia e l'ambiente

1.3.2.2. Criteri di accreditamento specifici per il tipo di struttura (Veneto)

I requisiti per cui le CT venete si differenziano tra loro, a seconda della classificazione, sono i rapporti numerici tra personale della struttura e utenti (DGR 84/2007).

Per la CT di tipo A, ogni 30 utenti è richiesta la presenza di:

- un direttore responsabile a tempo pieno;

- uno psicologo a tempo parziale;
- quattro operatori a tempo pieno;
- un amministrativo a tempo pieno
- un infermiere per almeno 5 ore a settimana, in base ai bisogni degli utenti

Inoltre, è richiesta la presenza di un supervisore e la collaborazione ambulatoriale con uno psichiatra per i casi per cui si valuta la necessità di un intervento specialistico.

Per la CT di tipo B, ogni 30 utenti sono previsti:

- un direttore responsabile a tempo pieno;
- uno psicologo a tempo pieno;
- sei operatori a tempo pieno;
- uno psicoterapeuta a tempo parziale;
- un amministrativo a tempo pieno;
- un infermiere per almeno 5 ore a settimana, in base ai bisogni degli utenti

Inoltre, è richiesta la presenza di un supervisore e la collaborazione ambulatoriale con uno psichiatra per i casi per cui si valuta la necessità di un intervento specialistico.

Nelle CT di tipo C, ogni 30 utenti è richiesta la presenza di:

- un direttore responsabile a tempo pieno;
- uno psicologo a tempo pieno;
- sei operatori a tempo pieno;
- due psicoterapeuti a tempo pieno (uno dei due può essere uno psicologo con cinque anni di anzianità);
- uno psichiatra con sette anni di esperienza per 8 ore settimanali qualora (fatto salvo il caso in cui il Direttore Responsabile sia in possesso del medesimo titolo);
- un amministrativo a tempo pieno;
- un infermiere professionale a tempo parziale.

Inoltre, è richiesta la presenza di un supervisore.

Nelle CT di tipo C2, il rapporto è definito su 15 utenti, ed è richiesta la presenza di:

- un direttore responsabile a tempo pieno;

- uno psicologo a tempo parziale;
- cinque operatori a tempo pieno;
- uno psicoterapeuta a tempo parziale;
- uno psichiatra con sette anni di esperienza per 8 ore settimanali qualora (fatto salvo il caso in cui il Direttore Responsabile sia in possesso del medesimo titolo);
- un amministrativo a tempo parziale;
- un infermiere per almeno 5 ore a settimana, in base ai bisogni degli utenti.

Inoltre, è richiesta la presenza di un supervisore.

1.4. Alcuni dati demografici sul consumo di sostanze e sui servizi

Per concludere il capitolo si presenteranno alcuni dati rilevanti in materia di consumo di sostanze, utili a contestualizzare quanto emerso dalla presente ricerca. Le informazioni sono state estrapolati dalla *“Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia”* (2023), e si riferiscono all’anno 2022.

Le persone che sono state assistite nei Ser.D. sono circa 127 mila: per il 60% sono in trattamento per uso primario di eroina, il 23% per consumo di cocaina e l’11% per cannabis, nonostante la diffusione di eroina sia in calo e in costante aumento il consumo di cocaina e cannabinoidi.

Per quanto riguarda l’età di chi si rivolge al Ser.D., continua il *trend* di invecchiamento dell’utenza degli ultimi anni: dal 1999 al 2022 gli over 39 seguiti dai servizi territoriali sono passati dal 11% a il 63%. In direzione opposta a questo dato, si abbassa l’età dei consumatori: preoccupa l’aumento della diffusione di sostanze tra i giovani (fascia d’età 15-19 anni), che è passato nel giro di un anno dal 18,7% al 27,9%. Le sostanze più diffuse (10% dei consumi) in questa fascia d’età sono i cannabinoidi sintetici e le nuove sostanze psicoattive (NPS), facilmente reperibili nel web. Inoltre, è in aumento anche il numero di giovani che abusano di psicofarmaci senza prescrizione medica (10,8%).

Le strutture terapeutiche attive in Italia nel 2022 sono 928 per un totale di 14.025 posti letto, dei quali l’89% si trova in strutture residenziali per un totale di 12.525 posti disponibili. Questi sono collocati per il 70% in comunità terapeutico-educative, meno del

10% in strutture per utenti con doppia diagnosi e circa il 5% è dedicato a genitori e minori. Calcolando il numero di strutture disponibili ogni 100 mila abitanti (fascia di età 15-64), si ottiene un rapporto medio di 2,5, ma il valore oscilla molto in base alla regione (da un minimo di 0,7 in Sicilia fino a un massimo di 5,9 in Umbria).

Un altro dato particolarmente rilevante riguarda il confronto tra offerta territoriale di posti in CT (residenziali e semiresidenziali) e potenziale domanda di assistenza (numero di utenti seguiti dai Ser.D. di quel territorio). Anche in questo caso, l'indicatore che ne risulta è disomogeneo: si passa dai 97 posti disponibili ogni 100 utenti in carico ai servizi nelle Marche, agli 11 posti del Friuli-Venezia Giulia.

Nel prossimo capitolo verrà presentata la lente teorica adottata in questa ricerca, che verrà utilizzata come cornice di senso entro cui per descrivere i risultati della letteratura scientifica che sono stati individuati come criticità o che sono problematizzanti rispetto agli scenari che si generano all'interno delle comunità terapeutiche per consumatori di sostanze.

CAPITOLO 2

OLTRE LA TOSSICODIPENDENZA: CRITICITÀ OPERATIVE

Nel *Capitolo 1*, è stato illustrato un excursus storico e una presentazione dello stato dell'arte delle comunità terapeutiche in Italia, concentrandosi sugli aspetti legislativi e amministrativi delle strutture situate nelle due Regioni prese in considerazione in questa ricerca (Veneto e Marche).

Nel presente capitolo, invece, si affronteranno questioni di senso più che formali. In primo luogo, verrà presentata la cornice teorica ed epistemologica entro cui si iscrive la ricerca, all'interno della quale verranno collocati anche i risultati estrapolati da alcuni articoli presenti in letteratura, in quanto reputati utili a una maggior comprensione.

Successivamente, verrà data particolarmente rilevanza a uno studio (Faccio et al. 2022), in quanto coerente con la presente ricerca e in quanto consente di ampliarne i discorsi. La cornice teorica e gli articoli costituiranno le linee guida attraverso cui promuovere una riflessione teorica rispetto al fenomeno indagato; in questo modo, il lettore avrà una visione più ampia del fenomeno e potrà comprendere più nel dettaglio il progetto di ricerca.

2.1. Presupposti teorico-epistemologici

Nel presente paragrafo si entra nel merito di quale sia la cornice teorico-epistemologica entro cui si è costruita la ricerca, ovvero del paradigma conoscitivo (Kuhn, 1962, trad. it. 2017) utilizzato come riferimento per poter “operare” sui contenuti proposti all'interno del “senso scientifico” (Turchi & Maiuro, 2007). La necessità di esplicitare la lente conoscitiva adottata è legata al cosiddetto “problema gnoseologico”, ossia la pluralità e i relativi limiti della conoscenza prodotta dall'uomo (Castiglioni & Faccio, 2010).

La ricerca si posiziona all'interno del paradigma costruttivista, che fonda i propri presupposti su uno degli scarti conoscitivi più rilevanti del postmodernismo, ossia il ribaltamento del ruolo dell'osservatore nel fare ricerca e nel conoscere i fenomeni. Infatti, osservatore e fenomeno osservato non vengono più individuati e considerati separabili come nella tradizione positivista, ma si assume che lo stesso atto di osservare modifichi

l'oggetto d'indagine (Von Foerster, 1981 citato in Salvini & Dondoni, 2011). In questo contesto, il focus della produzione di conoscenza diventa di per sé il processo di osservazione della "realtà" (Von Glaserfeld, 2009 citato in *ivi*, 2011).

Un'implicazione fondamentale di tale rivoluzione scientifica nella disciplina psicologica, ma non solo, è il passaggio dal tentativo di scoprire e descrivere le entità di cui sono costituiti i fenomeni psicologici, alla consapevolezza che sono le stesse descrizioni linguistiche a configurare i fenomeni come tali. Il ricercatore, quindi, si occupa di descrivere fenomeni costruiti mediante categorie linguistiche, e sposta il focus dalla ricerca dalla "natura delle cose" alle modalità e ai processi semantici, semiotici e pragmatici che le generano in termini discorsivi (Salvini et al., 2011).

2.2. Orientamenti teorici di riferimento

La proliferazione teorica sviluppatasi all'interno del paradigma costruttivista comprende, fra gli altri, due orientamenti psicologici adottati come lenti teoriche in questo studio: l'interazionismo simbolico e il costruzionismo sociale.

I presupposti indiscutibili su cui essi si basano sono il superamento di una concezione oggettiva della conoscenza e il rifiuto del modello medico come riferimento operativo (Salvini et al., 2011).

In particolare, la prospettiva interazionista fonda la conoscenza dell'agire umano (quindi anche del consumo di sostanze) su tre premesse irrinunciabili: le persone agiscono nei confronti delle cose in base al significato che vi attribuiscono; i significati si generano nell'interazione sociale; l'uso dei significati richiede dei continui processi interpretativi (Blumer, 1969, trad it. 2008). Inoltre, tale approccio alla scienza psicologica enfatizza il ruolo che le interazioni tra individui hanno nella generazione dei significati che essi attribuiscono a sé stessi, agli altri e al mondo (Faccio, 2007); interazione tra persone non configurata come prodotto del comportamento, ma come il processo che da forma ai compartenti stessi e all'identità degli individui (Blumer, 1969/2008).

L'identità, quindi, non è concepita come un dato di fatto o un tratto stabile della persona, ma è descrivibile in termini relazionali e si modifica in funzione delle interazioni che la

persona ha con gli altri significativi, con sé stessa e con i discorsi che abitano il suo contesto socioculturale (Mead 1934, citato in Castiglioni & Faccio, 2010). Il pensiero di Colley (1902/1983) ci consente di approfondire quanto detto mediante la nozione di "*Looking glass-self*", con cui l'autore descrive come le persone costruiscano la propria identità, "specchiandosi" (riflessività) nello sguardo degli altri significativi, ossia per come immaginano di essere visti dall'Altro. Il ruolo del mondo sociale nella costruzione identitaria dell'individuo viene affrontato da Berger e Luckmann (1966/2020), i quali evidenziano la relazione dialettica reciproca tra uomo e società, entro la quale le identità si generano.

Come approfondito nel paragrafo successivo, il fenomeno del consumo di sostanze inserito all'interno delle cornici teorico-epistemologiche appena presentate supera il costrutto positivista di "tossicodipendente", che viene integrato nella più ampia categoria "tossicofila" (Salvini et al., 2011). Il consumatore, in questo modo, viene configurato come un agente intenzionale e non si ricercano più le cause della "tossicodipendenza" in quanto fatto o patologia, ma si entra nel merito delle "ragioni" e del valore attribuito al consumo da parte della persona.

2.2.1. Consumo di sostanze: scelta o dipendenza?

Il fenomeno del consumo di sostanze ha implicazioni su più piani (psicologico, morale, medico, economico etc.), aspetto che lo rende un tema molto complesso da analizzare (Salvini et al., 2011). Partendo dall'assunto per cui le scienze psicologiche non si pongono l'obiettivo di trovare una verità assoluta, ma configurano (quindi conoscono) il fenomeno indagato in base alla lente conoscitiva che utilizzano per osservarlo, appare evidente che si aprono scenari molto diversi fra loro, specialmente in termini di ricadute operative, in base alla definizione del costrutto utilizzato per descrivere l'oggetto d'indagine: tossicodipendenza, tossicofila, consumo di sostanze, abuso di droghe etc. (Castiglioni & Faccio, 2010). Verranno ora presentati due modelli (lenti osservative) per descrivere il consumo di sostanze, il primo diffusosi a partire da un approccio positivista alla conoscenza; il secondo in linea con i presupposti postmoderni esplicitati in questo Capitolo.

2.2.1.1. Il modello della tossicodipendenza

Una lente conoscitiva con cui è possibile approcciare il fenomeno del consumo è la "tossicodipendenza", costruito che implica un approccio biochimico e medico al fenomeno. Infatti, si tratta di un modello riduzionista, che configura l'assunzione come una risposta comportamentale a un bisogno fisiologico, indotto dall'uso reiterato di sostanze psicotrope nel tempo (Salvini et al., 2011).

Configurato come tossicodipendenza, il consumo diventa una condizione esterna alla persona, una sorta di morbo che l'individuo subisce passivamente e che lo costringe ad abusare di una o più sostanze per evitare i cosiddetti sintomi da astinenza (Salvini et al., 2011). Un tentativo di spiegazione mediante questo costrutto è adeguato solo all'interno di una visione monista dell'uomo, in cui si definisce una corrispondenza tra il funzionamento mentale e la morfo-fisiologia del cervello, presa di posizione che, tra le altre implicazioni, consentirebbe un intervento terapeutico esclusivamente in termini farmacologici (Natarajan, 2016).

Inoltre, il sostantivo che tale modello genera e con cui spesso si tipizza l'identità del consumatore è "tossicodipendente", etichetta linguistica che nell'immaginario collettivo si traduce nella rappresentazione di una persona cognitivamente immatura e incapace nell'autodeterminarsi (Salvini et al., 2011). Infatti, come suggerisce Matza (1969, trad. it. Rinaldi, 2019), la persona che consuma sostanze non viene considerata tale, ma ridotta, in termini identitari e di rappresentazione sociale, al comportamento deviante che mette in atto, risultando esclusivamente un "tossicodipendente" appunto.

Questa tipizzazione identitaria, però, risulta inadeguata: è stato evidenziato che, con il progredire della propria carriera deviante, il tossicomane perfeziona le proprie competenze sociali in termini di autominoraggio, come sfruttare a proprio vantaggio le situazioni sociali e mostrare gli aspetti di sé più adeguati al raggiungimento dei propri obiettivi personali senza curarsi del giudizio sociale (Salvini, Conti & Turchi, 1998, citato in (Salvini & Zanellato, 1998). Nonostante ciò, proprio in virtù della diffusione in ambito accademico e nei servizi del modello della tossicodipendenza, molte comunità terapeutiche impostano le proprie prassi e le proprie modalità educative sulla rappresentazione del consumatore-dipendente diffusa nel senso comune (Salvini et al., 2011).

2.2.1.2. Il modello della tossicofilia

Un'alternativa al modello appena descritto, non in termini oppositivi, ma come concettualizzazione altra che è in continuità e integra la precedente, è quello della tossicofilia. Questo costrutto configura il consumo come un'insieme di comportamenti socialmente situati e cognitivamente finalizzati alla ricerca di un gratificante stato di intossicazione (Salvini & Zanellato, 1998). La lente "tossicofilica" da una parte, mette l'osservatore nella condizione di conoscere gli aspetti socio-identitari del fenomeno; dall'altra, restituisce alla persona il ruolo di protagonista di una particolare esperienza emotiva e cognitiva, in cui la sostanza è usata strategicamente al fine di ricercare una specifica percezione somatopsichica di sé (Salvini et al., 2011)

Gli studiosi della tossicofilia, pur riconoscendo che si tratti di un fenomeno mediato anche dall'attivazione neurofisiologica specifica a seconda della sostanza utilizzata, sostengono che gli effetti descritti dal consumatore sono influenzati dai significati attribuiti al consumo, a loro volta culturalmente situati: il focus viene spostato sulle narrazioni in cui la condotta prendere forma e si mantiene nel tempo (Salvini et al., 2011). Il consumo, quindi, può essere definito come un processo a spirale che comprende gli effetti psicofarmacologici e il significato attribuito alla sostanza e agli effetti stessi dalla persona.

Operativamente, far riferimento alla tossicofilia consente di poter costruire percorsi terapeutici senza dover necessariamente lavorare all'interno di categorie nosografiche patologizzanti, ma stando sui significati specifici che la persona attribuisce al consumo (Iudici et al., 2013) e al valore identitario che il processo di affiliazione tossicofilia porta con sé (Salvini et al., 2011). Infatti, si ricorda che il modello della tossicofilia è collocato nello stesso paradigma conoscitivo dell'interazionismo simbolico, in cui l'identità non viene concepita come qualcosa di fattuale e appartenente all'individuo, ma è un costrutto polisemico che emerge dalla relazione circolare tra individuo e società. Essendo l'identità (del consumatore) strettamente legata al contesto interattivo in cui la persona è inserita, essa risulta impermanente e instabile nel tempo, in funzione delle modifiche del contesto stesso (Elias, trad it. 1982).

Alla luce di quanto detto, possiamo dire che padroneggiare i processi interattivi consente di massimizzare le possibilità che emerga dal contesto una configurazione identitaria entro la

quale non vi è più spazio per quanto, prima dell'intervento terapeutico, veniva considerato disagiante o problematico (Salvini et al., 2011).

Il modello della "tossicofila" sarà quello adottato per le riflessioni che seguono e per la ricerca in generale.

2.2.2. Le comunità terapeutiche non sono solo utenza: gli operatori

Il presente paragrafo è dedicato a chi lavora nelle CT. L'interesse verso gli operatori nasce dall'esigenza, insita nella cornice teorica entro cui si colloca la presente ricerca, di prendere in considerazione tutte le parti in gioco all'interno del contesto studiato (le CT), per poterne parlare adeguatamente. Infatti, in linea con quanto descritto nei paragrafi precedenti, un utente non può esistere se non vi è un contesto che lo definisce in quanto tale; gli operatori sono parte di quel contesto. I cambiamenti identitari dei "tossici" sono strettamente dipendenti dalle etero-attribuzioni e dal tipo rispecchiamento (Cooley, 1902/1983) reso disponibile nel contesto interattivo che si genera nella CT, movimenti identitari che dipendono molto dai discorsi e dagli interventi degli operatori.

Inoltre, è necessario partire dal presupposto che qualsiasi figura abiti la struttura impatta sulla salute organizzativa dell'ambiente di lavoro, influenzando la qualità nel trattamento offerto all'utenza: benessere e preparazione degli operatori sono punti chiave per un buon funzionamento dei servizi (Knight et al., 2012).

Aumento della domanda, calo delle risorse

Nel 1998 i servizi per il trattamento del consumo di sostanze affrontarono una fase turbolenta, in cui ci si aspettava che si fornissero trattamenti di qualità maggiore nonostante le poche risorse disponibili (Lamb et al., 1998).

I primi anni del XXI secolo furono segnati da una riduzione degli stipendi, delle opportunità formative e delle attività di supervisione. Questa diminuzione delle risorse ebbe un impatto negativo sulla soddisfazione lavorativa degli operatori, non garantendo all'utenza un personale sufficientemente qualificato ed esperto (Gallon et al., 2003).

Nel 2012, nonostante la domanda dei servizi fosse in aumento, le risorse nelle continuarono a diminuire: i tagli dei fondi a causa della crisi hanno ridotto le formazioni, e le

supervisioni esterne, rendendo ulteriormente complessa la gestione delle situazioni stressanti (Poulopoulos, 2012).

Un'evoluzione di questo tipo (anche se sarebbe più adeguato parlare di “involuzione”) ha generato scenari allarmanti nei servizi che si occupano di dipendenze. Due aspetti definiti “problematici” dai ricercatori del mondo del consumo di sostanze sono lo stress percepito da chi lavora nelle comunità e l'alto tasso di turnover del personale (Knudsen et al., 2006; McLellan et al., 2003; Murphy & Kruis, 2023).

Stress e turnover nelle comunità terapeutiche

La comunità terapeutica è un luogo di lavoro altamente stressante da un punto di vista psicologico (Knight et al., 2012; Oyefeso et al., 2008), fattore che può compromettere la creazione di una buona alleanza terapeutica tra operatori e utenti, rischiando di minare la qualità del servizio che viene loro offerto. Una buona relazione terapeutica, infatti, è un buon predittore rispetto al grado coinvolgimento e di impegno dell'utente e degli esiti del percorso stesso (Meier et al., 2005). Lo stress lavorativo sperimentato dagli operatori delle CT è legato a (Reyre et al., 2017):

- lavorare in un ambiente carico di sofferenza;
- la sensazione di non avere una preparazione sufficiente e inadeguate strategie di *coping* per relazionarsi con utenti che vivono emozioni forti;
- la percezione di ostilità nei confronti della CT, degli utenti e del loro stesso lavoro da parte dell'opinione pubblica;
- la sensazione che non via supporto sufficiente alle CT da un punto di vista politico e legislativo.

Una criticità strettamente legata al benessere lavorativo e allo stress è il turnover, fenomeno molto frequente negli ambienti per il trattamento del consumo di sostanze, strettamente legato a come il singolo operatore percepisce che l'organizzazione sia capace e disposta a soddisfare le esigenze dell'utenza (Knight, 2012).

In realtà, il ricambio del personale destava preoccupazione nelle comunità terapeutiche già nei primi anni duemila, in particolare per le sue conseguenze negative in termini di qualità assistenziali, gestione dei programmi d'intervento e aumento dei costi (McLellan et al.,

2003). Già all'epoca, l'esaurimento emotivo, inteso come la percezione che le proprie risorse emotive siano state completamente esaurite, è stato considerato uno dei principali motivi di turnover nelle CT (Knudsen, 2006). Nonostante l'attuale allarmismo da più di 20 anni, lo stress lavorativo e l'alto tasso di dimissioni sono ancora un problema non risolto nella comunità terapeutiche (Murphy, 2023).

Come potenziali soluzioni a tali questioni, gli operatori propongono maggiori momenti formativi, una maggiore attenzione al benessere del personale, la promozione del lavoro d'equipe e spazi di supervisione anche con figure esterne ((Iqbal et al., 2015); Reyre, 2017). Uno studio greco (Fragkiadaki et al., 2020) ha individuato altri tre elementi che favoriscono un aumento della qualità dei servizi offerti, attraverso un miglioramento della vita lavorativa nelle CT:

- la “biografizzazione”, intesa come assimilazione della cultura organizzativa e l'allineamento dei valori personali con quelli della struttura, talvolta abbandonando i preconcetti precedenti sul tema del consumo di sostanze;
- la “metamorfosi”, ossia il fatto che gli operatori nel tempo non ricoprano in modo didattico il proprio ruolo lavorativo, ma si identifichino come "socioterapeuti". Questo cambiamento comporta l'adozione di un linguaggio condiviso e l'integrazione delle relazioni nella propria identità personale.
- la rottura del confine tra ruolo personale e professionale, conseguenza dei due precedenti punti, che comporta una miglior percezione di sé anche al di fuori del luogo di lavoro.

Gli studi citati in questo paragrafo evidenziano le condizioni precarie di chi lavora a stretto contatto con i consumatori di sostanze, focalizzandosi su due fenomeni che hanno un impatto negativo sulla qualità dei servizi offerti e sul benessere dei lavoratori: *burnout* e *turnover*. L'assenza di ricerche analoghe nel contesto italiano ha sollevato la questione circa la condizione lavorativa del personale delle CT in Italia e gli effetti che può avere sul rispecchiamento identitario degli utenti: il carico di lavoro delle varie figure che impatto ha sulla qualità dei programmi di intervento, sul benessere del personale e sull'efficacia dei trattamenti? Le richieste organizzative sono sostenute da un sufficiente livello di

competenze, benessere e risorse organizzative? Più in generale, gli operatori sono nella condizione di costruire relazioni alternative a quelle in cui si sono rispecchiati gli utenti fino a prima di entrare in CT, così da fornire loro un abito identitario diverso da quello del “tossico”?

2.3. Coinvolgimento dell’utente nella costruzione del percorso terapeutico

Dopo aver illustrato come è possibile conoscere il consumo di sostanze e aver specificato l’adozione del modello della “tossicofilia” come punto di riferimento teorico, ci si focalizza ora sul tema della co-costruzione dei percorsi terapeutici nelle CT.

Infatti, se configuriamo il consumatore come massimo esperto della propria storia, con un ruolo attivo nella costruzione della propria identità di “tossico”, è necessario conoscere il valore identitario che hanno per lui le sostanze e come sono diventate “*tessuto narrativo su cui imbastire i vanti discorsi di sé*” (Salvini et al., 2011).

Come suggerito da Orford (2008), uno dei fallimenti nella ricerca sul tema del consumo è stato proprio la mancata inclusione del punto di vista degli utenti, riducendo tutti i discorsi del consumatore a numeri da analizzare statisticamente, con nessuna partecipazione attiva da parte dell’utente, se non il loro contributo come fornitori di dati e destinatari di cure. Il non coinvolgimento del punto di vista dei consumatori è una criticità che riguarda anche la costruzione di programmi terapeutici efficaci, questione riscontrabile fin dai primi contatti tra utente e CT durante la fase di ammissione in struttura. Infatti, nonostante sia un momento centrale del percorso di cambiamento in quanto è la prima occasione di condivisione degli obiettivi tra la persona e la comunità, viene considerata una fase “pre-intervento” e risulta deficitaria in termini di risorse, di rigore organizzativo e di protocolli standardizzati basati su indicatori condivisi tra utente e CT (Iudici et al., 2022).

In linea con quanto descritto fino ad ora, possiamo asserire che per garantire percorsi terapeutici individualizzati è necessario una personalizzazione delle modalità valutative adottate per conoscere la situazione di disagio descritta dal consumatore. Si è visto che

integrando le scale standardizzate⁷ con interviste semi-strutturate co-costruite con l'utente, che consentono di personalizzare la misura e dare un significato più preciso da quanto emerso dalle misure standard, si riesce a cogliere in maniera più precisa quali sono i problemi più rilevanti per i tossicoman, quindi strutturare programmi di trattamento in linea con essi (Alves et al., 2015)

Infatti, gli stessi utenti affermano che le valutazioni “brevi” (e.g. spuntare caselle) vengono percepite come semplicistiche, che i protocolli dovrebbero essere flessibili in funzione delle preferenze del singolo e in generale viene preferita la forma orale, che rispetto allo scritto consente di comprendere meglio le domande e di essere aiutati nell'esprimere la propria condizione. Inoltre, tali protocolli valutativi dovrebbero essere impiegati anche per avere feedback durante il trattamento, adattando in corso d'opera le esigenze target del singolo e gli obiettivi del percorso (Alves et al., 2016). Il passaggio dalla “misurazione” standard all'esplorazione del significato che hanno per il singolo i contenuti che si tentano di misurare consente di far emergere gli aspetti da enfatizzare nel trattamento della persona, come la paura di non trovare un lavoro usciti dalla comunità o altre problematiche che vanno oltre la sostanza di per sé.

Riassumendo, una maggior partecipazione dei tossicoman è necessaria se si vuole intervenire sulla persona e non solamente sull'equilibrio meccanicista dei neurotrasmettitori (Salvini et al. 2011).

2.4. Che cos'è “terapeutico”?

Il fatto che i percorsi “terapeutici” nelle CT possano essere definiti tali senza coinvolgere il punto di vista dell'utente nella loro costruzione, apre a una serie quesiti di ampia portata: vi sono percorsi standard validi per tutti? Come possiamo asserire se un percorso è “terapeutico”?

⁷ Testistica utile per un confronto con il *cut-off* clinico, ma che non dà spazio al percepito del singolo.

Per approfondire tale aspetto, prendiamo come punto di riferimento l'articolo di Faccio e collaboratori (2022)⁸, in cui viene evidenziato proprio come il sistema di accreditamento con cui le strutture vengono inserite nella rete del SSN, le esenta dal dover legittimare la scientificità delle proprie prassi. Gli autori partono da un *excursus* filologico sul termine "terapeutico", evidenziando il fraintendimento che si è generato nell'utilizzo di tale aggettivo per far riferimento alla psicoterapia come mezzo per guarire la "mente malata". Infatti, la cura terapeutica nelle discipline psicologiche si è slegata dalla relazione in cui si genera, e viene oggi erroneamente configurata come un'insieme di tecniche standard e replicabili, con modalità analoghe a quelle impiegate dal modello medico per guarire il corpo. Andando nel particolare, Faccio e collaboratori (2022) evidenziamo come le CT descrivono le attività come "terapeutiche" nei propri siti web, mediante espressioni sintetiche inserite in punti elenco, che configurano gli esiti delle proposte presentate come "certamente benefici". L'aggettivo "terapeutico" viene, quindi, utilizzato riferendosi alle attività elencate dando loro il valore di fatti chiaramente identificabili, certi e replicabili nella loro efficacia, a prescindere dal contesto interattivo in cui vengono svolte e dal valore che assumono per entrambi le parti coinvolte (operatore e utente).

Quanto detto è possibile poiché le leggi sull'accREDITAMENTO in Italia, di cui si è parlato nel *Paragrafo 1.3.*, si focalizzano su requisiti strutturali e organizzativi, dando per scontato lo status "terapeutico" di quanto avviene nelle CT. In questo modo, ogni prassi proposta da qualsiasi struttura accreditata dal SSN diventa automaticamente "terapeutica", semplicemente grazie all'effetto tautologico dell'aggettivo con cui vi si fa riferimento. Questo ha consentito che nel tempo il termine "terapeutico" sia stato utilizzato per far riferimento a un numero sempre più ampio di attività, senza esplicitare la teoria di riferimento a cui esse si rifanno, quindi senza poterle valutare l'adeguatezza e le eventuali infrazioni-criticità. Se la relazione terapeutica è dominata da un'idea di cura valida a priori e sempre efficace, il rischio è che venga meno la personalizzazione del progetto del singolo utente e che i percorsi si configurino sempre più come sistemi di adesione a determinati standard, piuttosto che di promozione del cambiamento (Faccio et al., 2022).

⁸ *What is therapeutic? Analysis of the narratives available on the websites of Italian addiction rehab centres to present the therapeutic programme* (Faccio et al., 2022) <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.613>

I dubbi circa la presenza e la validità dei criteri con cui valutare se le prassi proposte nelle varie strutture possano o meno essere considerati “terapeutiche” ed efficaci sono legati anche al fatto che, nonostante alcuni studi dimostrino che la maggior parte delle persone che concludono un percorso in una CT hanno un maggior funzionamento dopo il trattamento (De Leon, 2000), i principali criteri valutativi utilizzati in queste ricerche sono l’astensione, l’occupazione lavorativa e l’assenza di recidive. Viceversa, non viene dato spazio a indicatori di risultato soggettivi, quali la gestione della sostanza, la qualità della vita, il benessere emozionale e la soddisfazione per il proprio impiego (De Maeyer et al., 2009; Broekaert et al., 2017).

Nel tentativo di andare in questa direzione, alcuni autori (Best et al., 2018; Vanderplasschen et al., 2017) sostengono che oggi gli obiettivi dei percorsi terapeutici non possono limitarsi ad essere l’astinenza e l’assenza di sintomi: è necessario posizionare i programmi delle CT nella prospettiva del recovery, inteso come “processo profondamente personale e unico di cambiare le proprie attitudini, valori, sentimenti, obiettivi, capacità e/o ruoli” (Anthony, 1993). Inoltre, alcune ricerche hanno evidenziato che i risultati migliori in termini di recovery si ottengono se al canonico percorso in CT seguono interventi di *continuum care* o *after care*: l’importanza di un supporto all’utente una volta terminato il periodo in comunità fu evidenziata già 20 anni fa (Prendergast et al., 2004) e tre revisioni pubblicate nell’ultimo decennio hanno avvalorato questi risultati (Magor-Blatch et al., 2014; Galassi et al., 2015; Aslan, 2018).

La partita circa il futuro delle CT si gioca sul modo in cui i percorsi terapeutici verranno integrati nelle rete di servizi che si occupa dei consumatori di sostanze, sviluppando programmi modificati per gli utenti più vulnerabili, adattando gli attuali programmi a interventi diurni o dalla durata inferiore, introducendo le CT nelle carceri (Vanderplasschen et al., 2013) e “*tracciando la natura terapeutica del percorso nella possibilità di imparare a costruire situazioni terapeutiche per la persona, piuttosto che standardizzate*” (Faccio et al., 2022).

2.5. Valutazione dell'efficacia

L'ultimo approfondimento di questo capitolo riguarda la modalità di valutare l'efficacia dei percorsi nelle CT. Alla luce di quanto descritto nei *Paragrafi 2.1. e 2.4.*, si può asserire che valutare l'efficacia di un percorso dipende strettamente sia dal modello che si usa per guardare al consumo di sostanze, sia a cosa si intende per “percorso terapeutico efficace”.

Come evidenziato da Perryman e Dingle (2015), la principale difficoltà risiede nel confrontare tra loro le ricerche su tale tematica. Infatti, sono diffusi molti programmi diversi fra loro nel panorama della cura e del supporto ai consumatori di sostanze e gli esiti delle varie proposte terapeutiche vengono valutati utilizzando indicatori diversi e non omogenei. Inoltre, vengono utilizzate metodologie di ricerca differenti, non tutte egualmente adeguate.

In linea con quanto descritto, la frammentazione teorica e organizzativa delle realtà comunitarie, e più in generale – per statuto epistemologico – della psicologia, costringe gli studiosi a parlare di efficacia parziale e discontinua dei trattamenti residenziali (Mutschler et al., 2022): la mancata definizione di metodi di trattamento, durata e standard chiari, non consente di comprendere per quale target determinati percorsi siano più adatti di altri e perché.

Nel tentativo di far fronte a tali criticità, da una collaborazione tra Università, Ser.D: e CT è nato l'ICF-Dipendenze (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), che dopo una recente revisione riconosciuta a livello internazionale ha preso il nome di *ICF-Recovery*. Lo strumento nasce dall'esigenza di adottare strumenti *evidence-based* per valutare ciò che viene fatto in comunità e nei servizi e dalla consapevolezza che l'astinenza sia un indicatore di risultato poco significativo, fondato su una visione organicistica del consumo di sostanza come malattia in cui si agisce solo sul “sintomo” (Read, 2021).

Infatti, l'ICF-recovery si fonda su un modello biopsicosociale della salute, che prende in considerazione anche elementi ambientali e personali, oltre che gli aspetti sanitari del consumatore (Pasqualotto, 2016; 2020). Il focus della valutazione si sposta sul costrutto di funzionamento, definito come l'interazione positiva tra salute, fattori personali e ambiente: a prescindere dalla cronicità del consumo o da fasi di acuzie, viene valutato il grado di disabilità che il consumo di sostanza genera nella persona rispetto alla possibilità di vivere

una vita “normale” all’interno del tessuto sociale. Andando in tale direzione, l’obiettivo del percorso in CT non sarebbe più la guarigione dalla tossicodipendenza, ma la cura del funzionamento, ossia il “riappropriarsi di una quotidianità in cui sono presenti gli elementi fondativi di una vita di qualità” (Pasqualotto et al. 2020)

I cambiamenti promossi dall’adozione dell’ICF-*Recovery* sono (Pasqualotto, 2023):

- la personalizzazione degli interventi, specialmente per quanto riguarda la definizione degli obiettivi e la flessibilità in termini di durata
- una dismissione dal percorso in CT controllata e coordinata con i servizi, sulla base delle capacità che l’utente non ha è riuscito a sviluppare, che vada nella direzione del *continuum of care*;
- favorire lo scambio di informazioni e il confronto all’interno delle equipe e con i servizi territoriali, anche tra ruoli professionali diversi.

La valutazione dell’efficacia viene configurata in questi studi come un aspetto critico nel panorama dei servizi per consumatori di sostanze. Si ipotizza che [1] la coesistenza di modelli differenti per osservare il fenomeno del consumo e [2] i fraintendimenti che ruotano attorno ai discorsi circa cosa sia “terapeutico” potrebbero rendere ulteriormente complesso il raggiungimento di una prassi valutativa adeguata e condivisibile.

Riassumendo, in questo capitolo si è esplicitato il collocamento teorico-epistemologico della presente ricerca, alla luce del quale sono stati problematizzati una serie risultati emersi dalla letteratura scientifica. Il modello della tossicofilia in cui si inserisce l’approccio interazionista e l’articolo di Faccio e collaboratori (2022) sono state le linee guida per la strutturazione del capitolo.

Riguardo all’integrazione del costrutto di tossicodipendenza con quello di tossicofilia è interessante notare che, nell’ultima pubblicazione del DSM (5° versione), la categoria “dipendenza da sostanze” all’interno dei DUS è stata eliminata (Hasin et al., 2013). Essa infatti risulta poco spendibile, se non come riferimento a una categoria indefinita di persone. Parlando, invece, di consumatori di sostanze, il focus si sposta su come le sostanze

vengono consumate e come il consumo assume rilevanza all'interno della vita della persona.

Nonostante la questione non sia più la “tossicodipendenza”, nei manuali di accreditamento, nelle normative regionali che regolano i servizi per il supporto e la cura dei consumatori di sostanze e nella carte dei servizi delle singole comunità, vengano ancora utilizzate le etichette “(tossico)dipendenza” e “(tossico)dipendente” per riferirsi al fenomeno del consumo, con tutte le implicazioni pragmatiche che tali termini portano con sé (Austin in Penco, 2017).

In generale, nel capitolo sono state messe in luce criticità legate alla condizione lavorativa degli operatori, componente fondamentale del contesto interattivo comunitario; è stato affrontata l'importanza della co-costruzione dei percorsi terapeutici insieme agli utenti; sono stati sollevati quesiti circa quali prassi possano essere considerate terapeutiche e perché; infine, sono state descritte le criticità riguardanti la valutazione dell'efficacia nelle CT.

CAPITOLO 3

METODOLOGIA E COSTRUZIONE DELLA RICERCA

Nel *Capitolo 2* sono stati esplicitati i presupposti epistemologici e la cornice teorica entro cui si colloca la presente ricerca. In questo capitolo, invece, si porrà il focus sull'impianto metodologico del presente studio e si descriverà come è stata costruita la ricerca.

3.1. La metodologia: la ricerca qualitativa

Al fine di dare massima continuità ai presupposti teorico-epistemologici in cui si posiziona la ricerca e la metodologia utilizzata, si è deciso di adottare un approccio alla ricerca di tipo qualitativo.

All'interno della prospettiva conoscitiva utilizzata, l'obiettivo di un'indagine scientifica in ambito psicologico è comprendere i significati costruiti nell'interazione con sé stessi e con gli altri, sulla base dei quali le persone agiscono (Blumer, 1969/2008). Infatti, i "mondi" (la realtà) degli esseri umani e dei loro gruppi sono costituiti da "oggetti" prodotti nell'interazione simbolica. Citando sempre Blumer (*ivi*), possiamo asserire che la "natura" di un oggetto non è oggettivamente data, ma consiste nel significato che quell'oggetto ha per la persona che lo configura come tale. Quello stesso significato determina come la persona vede quell'oggetto, come si predispone ad agire nei suoi confronti e come è pronta a parlarne.

Pertanto, l'obiettivo di una ricerca non può essere quello di ottenere risultati oggettivi e misurabili, poiché questi non riuscirebbero a "cogliere la natura" dell'oggetto di studio della psicologia. Al contrario, forzare le descrizioni di tali significati in strutture analitiche rigide e standardizzate rischierebbe di far perdere al ricercatore gli aspetti più "psicologici" del fenomeno indagato. A tal proposito Blumer (*ivi*) dice: "*L'interazionismo simbolico non si lascia ingannare dalla convinzione mitica che per essere scientifici sia necessario aderire a protocolli di ricerca empirica predeterminati*". Per una maggiore comprensione della "realtà" indagata, il ricercatore deve porre il proprio sguardo direttamente sul mondo

sociale “reale” che vuole studiare e che ospita il fenomeno di interesse per il suo studio, immergendosi nell'orizzonte di senso che configura quel mondo e quel fenomeno come tali. Possiamo asserire, quindi, che la ricerca qualitativa è un processo di produzione della conoscenza induttivo, in cui sono i dati raccolti che generano una teoria sull'oggetto d'indagine e non viceversa (Glaser & Strauss, 1967/2017). Citando Armezzani (2004), per essere più rigorosi, non si intende “*raccogliere dati, ma accogliere significati*”. Questi significati, come descritto precedentemente, emergono dall'interazione quotidiana tra le persone, specialmente dai loro discorsi e dalle narrazioni, all'interno di quelli che Wittgenstein (1953) definisce “giochi linguistici” e forme di vita "parlati" in un determinato contesto storico, sociale e culturale: il materiale più adeguato su cui il ricercatore può basare a propria ricerca è quello che consente di esplorare il linguaggio utilizzato dagli attori sociali coinvolti.

In continuità con quanto detto finora, la ricerca qualitativa non prevede regole rigide, ma può essere intesa come un insieme di principi rispetto ai quali il ricercatore, pur assumendosi la responsabilità interpretativa dei dati raccolti, si lascia guidare dall'oggetto d'indagine, senza utilizzare ipotesi interpretative predeterminate (Cardano, 2011). I metodi e le teorie, quindi, non sono basati su rigidi passaggi a cui aderire, ma diventano strumenti modificabili a seconda degli obiettivi della ricerca e dei presupposti su cui essa si fonda. Come evidenziato da Crewswell (2014), la ricerca qualitativa è la metodologia più indicata per esplorare le diverse interpretazioni di significato che gli attori sociali attribuiscono alla realtà, permettendo al ricercatore di cogliere una complessità che non sarebbe possibile tradurre in variabili (Flick, 2009)

Si procede ora con una sintetica differenziazione tra metodologia quantitativa e qualitativa. La ricerca quantitativa mira all'oggettività dei dati e alla generalizzazione dei risultati, attraverso la misura dei fenomeni indagati, le relazioni causa-effetto tra le variabili prese in considerazione e l'uso di tecniche standardizzate (Denzin & Lincoln, 2005). Viceversa, la ricerca qualitativa abbandona la pretesa di oggettività, tendendo verso la raccolta di dati “autentici”, solitamente coinvolgendo un numero limitato di partecipanti per valorizzare approfonditamente le singole esperienze (Cardano, 2011).

Inoltre, contrariamente ai presupposti della ricerca quantitativa, in cui si tenta di ridurre al minimo l'influenza che l'osservatore ha sull'oggetto d'indagine (Flick, 2009), nella ricerca qualitativa il ricercatore ha un ruolo di fondamentale importanza ed è considerato co-costruttore responsabile della realtà che la ricerca stessa genera (Armezzani, 2002).

Un'altra peculiarità della metodologia qualitativa che si ritiene utile evidenziare è la sua natura ricorsiva e circolare: si tratta di un processo in cui le decisioni prese in ciascuna fase della ricerca sono interconnesse e si influenzano reciprocamente (Zammuner, 2011), richiedendo al ricercatore di riflettere costante sul loro sviluppo e di riadattarle nel mentre che il lavoro di ricerca progredisce (Flick, 2009).

Concludendo, data la complessità del "reale", si ritiene che sia possibile tendere verso la sua comprensione solo attraverso una metodologia che prevede il coinvolgimento di ricercatore e partecipanti rispetto al fenomeno che si è deciso di esplorare (Blumer, 1969/2008). La ricerca, quindi, si configura come una pratica collaborativa e relazionale che si dipana all'interno di un processo dialogico (Gergen et al., 2001) e i cui risultati sono validi sempre e solo in relazione al contesto socioculturale e al momento storico in cui è stata prodotta (Castiglioni & Faccio, 2010).

3.1.1. Il contesto

Si è deciso di definire come oggetto d'indagine della presente ricerca le comunità terapeutiche italiane, configurate come enti inseriti all'interno della rete dei servizi per le dipendenze. La scelta è legata a due principali ragioni. Da una parte l'interesse personale dell'autore sulla tematica del consumo di sostanze e sul supporto che oggi è possibile offrire a chi non riesce a gestire tale condotta. Dall'altra, la pluriennale esperienza della Professoressa Elena Faccio e del Dottor Michele Rocelli in tale ambito di studio.

In continuità con i presupposti teorici ed epistemologici del *Paragrafo 2.1.* e alla luce dei pochi studi rintracciabili in letteratura sull'argomento (vedi *Capitolo 2*), non sono state avanzate ipotesi specifiche sul tema d'interesse, al fine di far emergere dai dati testuali una lente conoscitiva con cui leggere l'oggetto d'indagine. L'unica ipotesi esplicitamente avanzata, motivo per cui si è scelto di intercettare comunità terapeutiche situate in due diverse Regioni italiane (Veneto e Marche), è il fatto che ci si è anticipati la possibilità che

emergano risultati diversi a seconda dell'area geografica in cui è situata la struttura coinvolta nella ricerca. Questo perché, come dettagliatamente descritto nel *Capitolo 1*, la gestione della rete dei servizi per le dipendenze in Italia è decentralizzata e affidata alle singole Regioni, che presentano differenze burocratico-amministrative.

3.1.2. Gli obiettivi

Una volta esplicitati tutti gli elementi teorici e metodologici entro cui la presente ricerca si colloca, è possibile precisare i due obiettivi generali che hanno guidato il progetto. Essi condividono sia l'intento esplorativo, sia il fatto che sono stato perseguiti adottando come punto di osservazione le narrazioni di chi ha un ruolo di coordinamento e responsabilità all'interno delle comunità terapeutiche. Gli obiettivi generali sono:

- esplorare cosa viene configurato come "criticità" nel supporto che le comunità terapeutiche offrono ai consumatori di sostanza.
- esplorare l'adeguatezza delle attuali prassi d'intervento offerte dalle comunità terapeutiche per dipendenze rispetto alle esigenze degli utenti di oggi;

La scelta è stata dettata dal fatto che in letteratura sono presenti poche ricerche che trattano tali tematiche, fra le quali non ne è stata individuata alcuna che esplori tali questioni attraverso la voce di chi le comunità le coordina quotidianamente.

Nel *Paragrafo 3.2.*, in cui si illustra lo strumento di raccolta dei dati e come è stato costruito, verrà approfonditi i sotto-obiettivi del protocollo di domande utilizzato.

3.1.3. I partecipanti

Sono stati coinvolti nella ricerca 14 responsabili o ex-responsabili di CT, metà delle quali situate nella Regione Veneto e la restante parte nella Regione Marche.

Con "responsabile" si intende una figura che abbia un ruolo dirigenziale, ma al contempo abbia modo di vivere la quotidianità della comunità.

Gli altri criteri di selezione utilizzati sono stati la residenzialità completa rispetto al tipo di percorso offerto dalla comunità e l'esclusione delle strutture specialistiche mamma-bambino. Relativamente a quest'ultimo punto, si è ritenuto che la popolazione di

riferimento necessari di programmi che tengano conto non solo di un supporto alle madri per la gestione del consumo di sostanze, ma anche della genitorialità e del benessere-sviluppo dei loro figli, una dinamica molto peculiare che richiederebbe un approfondimento più specifico.

Per quanto riguarda il reclutamento dei partecipanti si è utilizzata la modalità *snowball*: sono state intercettate un totale di 26 persone, fra cui quelle che non hanno partecipato (12) non si sono rese disponibili per motivi di tempo o no hanno risposto alla mail di presentazione del progetto di ricerca.

Fin dai primi contatti, che sono avvenuti o mediante mail o mediante numero telefonico, i candidati sono stati informati sulla ricerca relativamente all'area d'indagine, gli obiettivi e la modalità (videochiamata di circa un'ora su piattaforma *online*). Inoltre, è stata esplicitato che l'intervista sarebbe stata audio-registrata e che sarebbe stato richiesto loro di firmare un consenso informato alla partecipazione. Tale modulo, riguardante la tutela della privacy, è stato compilato da tutti i partecipanti prima di iniziare ogni intervista ed è stato supervisionato e approvato dal Comitato etico della ricerca psicologica (Area 17) dell'Università di Padova (D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016). La richiesta di poter registrare la traccia vocale dell'intervista è stata richiesta anche vocalmente a ogni partecipante prima dell'intervista e tutti hanno acconsentito.

La maggior parte dei partecipanti ha esplicitamente manifestato interesse e ha riconosciuto l'utilità della ricerca, chiedendo di poterne ricevere i risultati una volta ultimata. Inoltre, circa un terzo dei responsabili ha invitato l'autore a far visita alla comunità terapeutica o al nuovo ente della rete dei servizi per le dipendenze in cui lavora attualmente, ottimi indicatori circa il fatto che l'intervistato non sia stato trattato come un fornitore di informazioni (*alius*), ma che sia stata co-costruita una relazione dialogica nell'indagare il fenomeno con l'altro (*alter*) (La Mendola, 2009).

3.2. Raccolta dei dati: intervista semi-strutturata

Alla luce della metodologia scelta per il presente studio, fra i diversi strumenti utilizzabili nel fare ricerca qualitativa si è optato per l'intervista semi-strutturata. Tale decisione è

motivata dal fatto che si tratta di uno strumento che consente di far emergere la prospettiva dei partecipanti (Groeben, 1990, citato in Castiglioni & Faccio, 2010) e di ottenere una rappresentazione chiara di ciò che si vuole esplorare in questa ricerca (Blumer, 1969/2008). Uno dei vantaggi più rilevanti dell'intervista semi-strutturata è che fornisce al ricercatore una traccia di riferimento a cui rifarsi per essere certo di indagare tutte le aree di interesse, ma al contempo gli dà la possibilità di aggiungere domande che, nel procedere dell'interazione, risultano utili alla co-costruzione descrittiva del fenomeno indagato (Sartori, 2011). Inoltre, è particolarmente indicata anche perché la sua flessibilità lascia ai partecipanti la libertà di rispondere ai quesiti nel modo che ritengono più opportuno.

Le domande dell'intervista possono essere classificate in (Castiglioni e Faccio, 2010; Flick 2009):

- aperte, tipologia che invita i partecipanti a rispondere liberamente sulla base delle proprie esperienze;
- di confronto, il cui fine è stimolare un senso critico negli intervistati circa eventuali contraddizioni emerse nell'intervista;
- domande guidate da una teoria o da un'ipotesi di partenza, formulate al fine di confermare o confutare i dati o un'ipotesi di partenza, sulla base delle risposte dell'intervistato.

Inoltre, alla conduzione dell'intervista assegna ai partecipati un ruolo specifico (Cardano, 2011), quello di esperti: i responsabili delle CT sono coloro che vivono in prima persona l'esperienza che la ricerca indaga, sia da protagonisti, sia da osservatori.

3.2.1. La costruzione del protocollo d'intervista

Il protocollo dell'intervista semi-strutturata è stato costruito per avere una traccia di riferimento nella conduzione dell'incontro, che verrà presentata alla fine di questo paragrafo (*Tabella 1.*). Per costruire l'intervista semi-strutturata sono stati fissati dei sotto-obiettivi rispetto a quelli generali della ricerca. In linea con la classificazione di (Castiglioni e Faccio, 2010; Flick 2009), alcuni sono più esplorativi, quindi perseguiti mediante domande "aperte" per raccogliere risposte quanto più generative; altri sono più mirati, tradotti in "domande guidate da un'ipotesi di partenza", per avere un riscontro rispetto alle

informazioni raccolte in letteratura. Per quanto riguarda i quesiti aperti, coerentemente con l'orientamento teorico in cui si colloca la ricerca, si è deciso di evitare domande che mirino direttamente a ottenere informazioni precise, in modo da raccogliere quante più dettagli anche sulla cornice di significato entro cui si genera il senso delle risposte fornite dall'intervistato (La Mendola, 2009).

A eccezione della prima e dell'ultima domanda, che sono sempre state utilizzate come apertura e chiusura dell'intervista, l'ordine di presentazione delle altre non è stato necessariamente quello riportato in *Tabella 1*. *Inoltre*, alcune domande non sono state poste a tutti i partecipanti o sono state riadattate in base alle narrazioni che essi mettevano a disposizione nel corso dell'interazione con l'autore; altre ancora sono state formulate *ad hoc* per approfondire determinate questioni che sono state ritenute rilevanti alla luce degli obiettivi della ricerca. Infatti, come suggerisce La Mendola (2009), l'intervista è una “danza” dialogica in cui si lascia che avvenga un continuo bilanciamento tra le parti, il cui ricercatore-*porteur* accorda i corpi, senza travolgere né farsi travolgere dall'interlocutore, ma al contempo mantiene il focus sulla traiettoria definita dagli obiettivi dell'intervista. Per quest'ultimo motivo, agli intervistati che temevano di andare “fuori tema” nel rispondere apertamente alle domande, è stato suggerito di esprimersi liberamente, negoziando con loro la possibilità che fosse l'intervistatore a interromperli qualora i binari narrativi intrapresi si fossero distanziati troppo dal focus della ricerca.

Per quanto riguarda l'apertura, si è deciso di usare una domanda cornice “non particolarmente utile” ai fini della ricerca in quanto, non essendosi ancora costruito uno stile narrativo chiaro fra intervistatore e intervistato, il rischio era quello di perdere particolari, descrizioni ampie etc. Viceversa, è stata presentata una domanda “spiazzante”, anti-questionario, che richiedesse all'interlocutore di parlare di sé, anche mediante uno sforzo di memoria (La Mendola, 2009). In questo modo, ci si è distanziati dal razionalismo del classico (e solitamente atteso) stile valutativo-informativo-tipizzante, stratagemma che consente di far sentire l'intervistato co-costruttore della ricerca. In seguito, l'intervista è proseguita con una domanda più inerente agli obiettivi del progetto, anticipandosi che sarebbero aumentate le possibilità di ottenere una risposta più ricca e sfaccettata (La Mendola, 2009).

Obiettivi	Domande
<p>Mettere l'intervistato nella condizione di esprimersi senza filtri, facendolo sentire co-costruttore della ricerca e non un oggetto d'indagine passivo. È un espediente, i contenuti testuali non verranno necessariamente analizzati.</p>	<p><i>1. Mi racconta che ruolo ha nel suo ambiente di lavoro e da quanto tempo lo ricopre?</i></p> <p><i>1.1. Mi descrive che cosa avviene nella comunità terapeutica oggi e come avviene?</i></p>
<p>Sondare le criticità delle CT in termini generali. È stato indagato anche un punto di forza sia perché ci si è anticipato potesse generare risposte informative, sia come stratagemma per mitigare un possibile effetto di desiderabilità sociale, riducendo le possibilità che l'intervistato potesse sentirsi subito "smascherato" nel descrivere direttamente le criticità della CT, omettendo informazioni rilevanti.</p>	<p><i>2. Basandosi sulla sua esperienza, mi racconta un aspetto della comunità che definirebbe "punto di forza"?</i></p> <p><i>2.1. Che cosa, invece, andrebbe migliorato?</i></p>
<p>Sondare le teorie implicite dell'intervistato circa la gestione delle criticità che ha fatto emergere e in che termini le CT potrebbero avere un ruolo attivo nel migliorare il servizio offerto.</p>	<p><i>3. Da cosa dipendono le criticità che lei ha appena descritto e in che termini una comunità può impegnarsi per migliorare l'attuale efficacia dei propri interventi?</i></p>

	<p><i>3.1.Immagini le comunità terapeutiche e i servizi a esse connessi tra dieci anni e me li descriva.</i></p>
<p>Esplorare se le prassi con cui si interviene nelle CT le rendono luoghi rappresentativi di un cambiamento per l'utenza.</p>	<p><i>4. Provi a mettersi nei panni di una persona che vuole rivolgersi alla sua comunità, che tipo di esigenze e aspettative avrebbe nei confronti di un percorso residenziale?</i></p> <p><i>4.1.Quindi, da responsabile della comunità, se dovesse descrivermi quelle che sono le esigenze dei ragazzi chi entrano in struttura oggi, cosa mi direbbe?</i></p> <p><i>4.2.Come verificate l'efficacia di un percorso in comunità?</i></p>
<p>Esplorare la teoria dell'intervistato circa quali sono le persone che entrano in comunità</p>	<p><i>5. A questo punto, se dovessimo descrivere chi abita la comunità oggi e chi no, che cosa direbbe?</i></p> <p><i>5.1.Come mai un certo target non viene intercettato?</i></p>
<p>Esplorare, sulla base dei dati raccolti in letteratura, le criticità riguardanti la policy.</p>	<p><i>6. Cosa mi dice in merito alle politiche e alle normative che regolano e consentono alle comunità di svolgere un servizio sociosanitario?</i></p>

<p>Esplorare, sulla base dei dati raccolti in letteratura, l'adeguatezza formativa e le competenze del personale della CT.</p>	<p>7. <i>Lo staff delle comunità ha le risorse necessarie per lavorarvi adeguatamente?</i></p> <p>7.1. <i>In base alle risposte, approfondire tre aspetti: conoscenze, competenze e gestione delle emozioni.</i></p>
<p>Assicurarsi che tutti gli aspetti reputati importanti dai responsabili delle comunità siano stati presi in considerazione.</p>	<p>8. <i>A fonte di quanto ci siamo detti nel corso di questa intervista e alla luce degli obiettivi di questa ricerca, ci sono altri aspetti che ritiene utile condividere?</i></p>

Tabella 1.: *Obiettivi e domande dell'intervista semi-strutturata*

3.2.2. **Conduzione dell'intervista**

La durata delle 14 interviste è stata mediamente di un'ora, con un minimo di 45 minuti e un massimo di 105 minuti. Prima di formulare la prima domanda, con tutti i partecipanti c'è stato un momento introduttivo in cui l'autore ha illustrato brevemente il progetto di ricerca e ha chiesto il consenso all'audio-registrazione anche oralmente; in più i partecipanti hanno potuto porre domande su quanto si sarebbe fatto di lì a poco.

Il fatto che gli incontri si siano svolti *online* è stato sicuramente utile in termini di organizzazione e gestione dei tempi; di contro è una modalità che crea più distanza e non facilita la familiarizzazione tra intervistatore e intervistato. Solo in un'occasione ci sono stati dei problemi tecnici che hanno tardato l'inizio dell'intervista e che, una volta risolti, non hanno comunque consentito all'autore di poter interagire visivamente con l'intervistato per un malfunzionamento della videocamera del dispositivo del partecipante. Non si ritiene che questo abbia influito sulla qualità dello svolgimento dell'intervista e sulla raccolta dei dati testuali.

Come suggerito da La Mendola (2009), nel condurre l'incontro si è cercato di uscire dall'epistemologia della spiegazione, ossia dal configurare l'intervista come una sorta di tecnica per verificare delle ipotesi, per dedicarsi alla "scoperta" dell'Altro, pur sempre consapevoli delle sovrastrutture teoriche che inevitabili si portano con sé. Infatti, l'atteggiamento adottato dall'autore non era orientato a capire nel senso di "catturare" le informazioni, adattandole alle proprie precognizioni personali con cui si muove e plasma il mondo (Gadamer, 1999). Al contrario, si è tentato quanto più di stare in quello che Blumer definisce "l'accorgersi": essere spaesati di fronte alla non adeguatezza delle proprie premesse o assunzioni iniziali, accorgersene, individuarle, impegnarsi in una riflessione critica su di esse e modificandole in base ai nuovi dati raccolti (Blumer, 1969/2008).

3.3. Metodologia di analisi dei dati testuali: Analisi tematica

Inizialmente si è ipotizzato di analizzare i dati attraverso l'analisi del contenuto, una metodologia utile per presentare le informazioni presenti nelle interviste in una forma diversa, riducendo la portata del *corpus* di dati testuali a una "forma più piccola e agevole di rappresentazione" (Smith, 2000, citato in Mazzara, 2002), ossia più sintetica.

Nella fase di familiarizzazione con i testi, però, ci si è resi conto che la convergenza di tematiche affini in risposte a domande diverse e il rischio di dispersione della cornice di significato entro cui i "contenuti" sono inseriti, rendono l'analisi tematica un metodo più adeguato allo studio delle narrazioni messe a disposizione dai responsabili delle CT.

L'analisi tematica è "*un metodo per identificare, analizzare e riportare modelli (temi) all'interno dei dati (testuali)*" (Braun & Clarke, 2006), ossia consiste nella costruzione di etichette linguistiche, accompagnate da una descrizione interpretativa, utilizzate per fare un uso conoscitivo delle narrazioni raccolte in funzione degli obiettivi della ricerca (Boyatzis, 1998). Essendo inserita nel *Pantheon* della ricerca qualitativa, nell'analisi tematica la "rilevanza" di un tema non è legata un criterio numerico-quantitativo, ma alla sua capacità di mettere in evidenza un aspetto importante presente nei dati testuali rispetto alla domanda di ricerca (Braun & Clarke, 2006).

Un'altra caratteristica di questo metodo, che lo rende particolarmente adeguato al presente studio, è la sua flessibilità rispetto agli orientamenti teorici. Infatti, non è vincolata da un'epistemologia di riferimento, dunque può essere adattata a diversi obiettivi e presupposti conoscitivi (Braun & Clarke, 2006). Anche per questo motivo, si è ritenuto necessario e fondamentale esplicitare la cornice teorico-epistemologica della ricerca nel *Capitolo 2*.

È importante tener presente che i temi che emergeranno alla fine dell'analisi non sono "qualcosa" che è possibile scoprire cercando all'interno testi delle interviste, ma si tratta di lenti retoriche costruite dal ricercatore attraverso l'interpretazione dei dati narrativi (Anzul et al., 2003). Interpretazione sempre guidata dai presupposti teorici della ricerca e dai suoi obiettivi.

Si procederà ora descrivendo brevemente i passaggi operativi dell'analisi tematica. Essa è suddivisibile in 6 step operativi. Non trattandosi di un processo lineare, le fasi non sono cronologicamente situate: il ricercatore si muove avanti e indietro rispetto ad esse, all'interno di un processo ricorsivo che si sviluppa nel tempo (Anzul et al., 2003). Procediamo ora presentando le 6 fasi per come sono state definite nelle linee guida di Braun e Clarke, (2006):

1. Familiarizzare con i dati: prima di procedere all'effettiva codifica dei dati testuali, è fondamentale che il ricercatore si immerga nei testi che ha a disposizione. In questa ricerca la familiarizzazione con i dati è avvenuta mediante tre modalità: conduzione delle interviste, trascrizione delle registrazioni audio e lettura ripetuta delle stesse.
2. Generazione dei codici iniziali: vengono prodotti dei codici, ossia delle unità di significato, per identificare i gruppi di dati testuali contenenti informazioni significative per il ricercatore. I codici sono l'elemento basilare dei dati grezzi e differiscono dai temi, unità di analisi ben più ampie.
3. Ricerca dei temi: questa fase prevede di organizzare fra loro i vari codici individuati, raccogliendoli all'interno di temi. In questa ricerca durante questa fase

alcuni codici sono stati scartati, altri accorpati in unico codice e inseriti all'interno del medesimo tema.

4. Revisione dei temi: è la fase di perfezionamento della mappa di temi provvisoria costruita nel precedente step operativo. Sono utilizzati i criteri doppi di Patton, omogeneità interna ed eterogeneità esterna, per assicurarsi che i raggruppamenti costruiti fossero coerenti all'interno del singolo tema e differenziabili rispetto agli altri temi.
5. Definizione e denominazione dei temi: ottenuta la mappa definitiva dei temi, si procede alla loro denominazione e alla creazione, dove necessario, di sotto-temi che facilitino la descrizione del *corpus* di dati testuali.
6. Stesura del report: si tratta del racconto dei dati testuali attraverso i temi e i relativi sotto-temi creati nelle fasi precedenti. L'obiettivo è descrivere i contenuti delle interviste alla luce della domanda di ricerca. A tale fase è dedicato interamente il *Capitolo 4*.

Nel prossimo capitolo verranno presentati i temi e i sottotemi emersi dall'analisi tematica delle 14 interviste, alternando la descrizione di tali categorie con alcuni stralci di testo esemplificativi.

CAPITOLO 4

ANALISI QUALITATIVA DEI DATI: ANALISI TEMATICA

Come descritto nel precedente capitolo, questa ricerca ha coinvolto 14 responsabili di comunità terapeutiche per consumatori di sostanze, di cui sette situate nella Regione Veneto e sette nella Regione Marche. Il metodo utilizzato è stata l'analisi tematica del testo, preferita ad altre modalità di analisi qualitative per la sua flessibilità e per il fatto che consente di mantenere il contesto delle risposte fornite dagli intervistati, evitando di ridurre le loro esperienze e percezioni a semplici categorie astratte. Il *corpus* di dati è stato ottenuto selezionando fra gli stralci di testo ottenuti mediante le 11 domande dell'intervista semi-strutturata, quelli informativi rispetto al quesito della ricerca. A eccezione della prima e dell'ultima domanda, l'ordine di presentazione delle stesse è stato variabile, al fine di favorire la co-costruzione delle narrazioni con i partecipanti, in base alla traiettoria argomentativa e al modo di configurare i contenuti che gli stessi hanno messo a disposizione dell'intervistatore.

Le citazioni selezionate sono state codificate e successivamente raggruppati in 13 categorie di significato (sotto-temi). Successivamente, sono stati costruiti cinque temi ricorrenti nelle categorie individuate, da utilizzare come lenti conoscitive per leggere i testi delle interviste e rispondere al duplice obiettivo *“Esplorare le criticità dei percorsi terapeutici nelle comunità residenziali per consumatori di sostanze”* ed *“Esplorare se le attuali prassi d'intervento sono adeguate alle esigenze degli utenti di oggi”*.

I temi e i relativi sottotemi emersi dai testi sono:

1. Collaborazione alla costruzione del percorso comunitario

- 1.1. Livello di collaborazione nella gestione inter-organizzativa dell'utente
- 1.2. Promozione di un contesto funzionale al reinserimento dell'utente
- 1.3. Ruolo dell'utente nella costruzione del percorso

2. Composizione e selezione utenza

- 2.1. Configurazione del consumo nella società: un fenomeno in evoluzione costante
- 2.2. Criteri d'invio da parte dei servizi territoriali
- 2.3. Ingressi in CT: comunità-parcheggio e identità comunitaria riconoscibile

3. Sfide e precarietà lavorative nel contesto comunitario

- 3.1. Gestione dell'equipe e dello sviluppo professionale
- 3.2. Insoddisfazione e ciclicità del personale

4. Progettare il percorso nella comunità

- 4.1. Obiettivo del percorso comunitario
- 4.2. Adeguatezza e rigore della valutazione dell'efficacia
- 4.3. Esperienze di ruolo alternative e mantenimento identitario

5. Gestione dei tempi di intervento

- 5.1. Giovani e adeguatezza delle prassi
- 5.2. Dal trattamento della cronicizzazione all'intercettazione precoce

Il capitolo procede entrando nel merito della descrizione delle singole aree tematiche, accompagnati da alcuni frammenti di testo delle interviste a sostegno delle argomentazioni proposte. Dopo ogni citazione è segnalato un codice alfanumerico, specifico per i singoli intervistati, che consente di mantenerne l'anonimato, ma di mettere in evidenza la Regione di riferimento: lettera (Mx) per la Regione Marche, lettera (Vy) per la Regione Veneto.

4.1. Collaborazione alla costruzione del percorso comunitario

All'interno di questo tema sono stati inseriti i frammenti di testo che descrivono come sia necessario che tutti gli attori coinvolti nel fenomeno "consumo di sostanze" collaborino alla costruzione dei percorsi nelle CT. In primis, deve essere coinvolto il consumatore, seguito dai Ser.D., dalla comunità terapeutica, dalla famiglia e in generale dai vari enti della rete dei servizi per le dipendenze, a seconda del caso specifico.

Le interviste hanno evidenziato principalmente tre aree in cui emergono delle contraddizioni tra come i responsabili descrivono dovrebbe essere cogestita la costruzione e lo sviluppo di un progetto terapeutico e quanto effettivamente accade nelle strutture oggi. Tali aree sono descritte attraverso i seguenti sottotemi: livello di collaborazione nella gestione inter-organizzativa della persona, promozione di un contesto funzionale al reinserimento, ruolo dell'utente nella costruzione del percorso in CT.

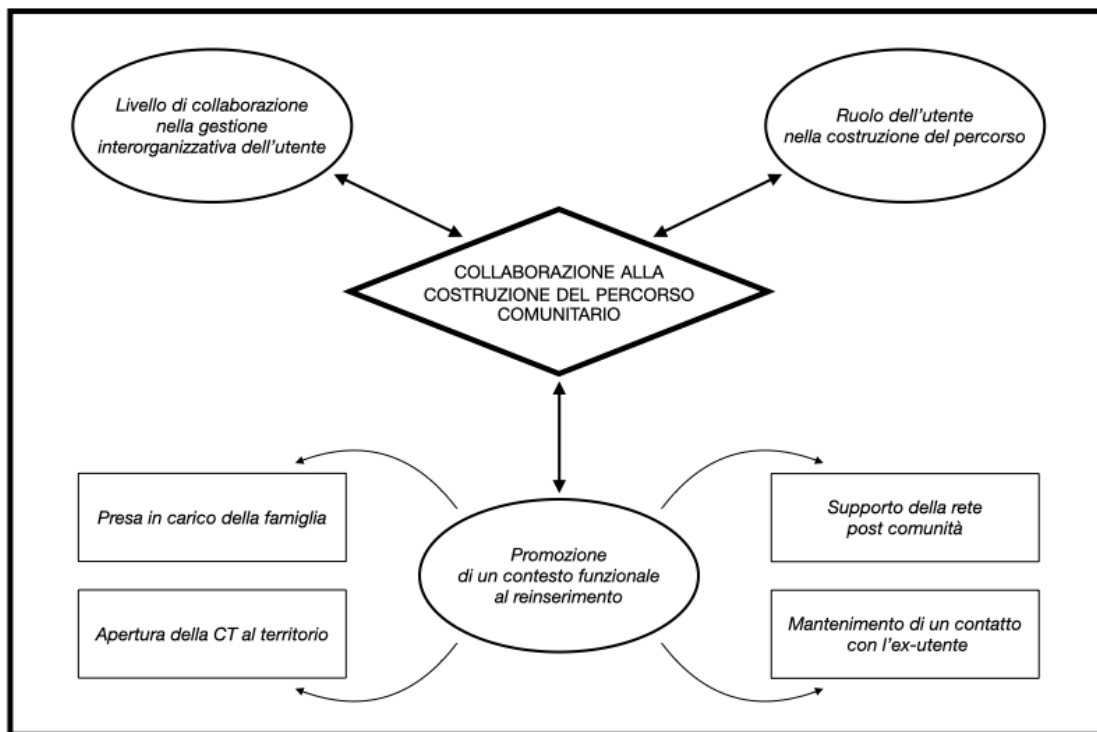


Figura 1.: Mappa del tema "Collaborazione alla costruzione del percorso comunitario"

4.1.1. Livello di collaborazione nella gestione inter-organizzativa dell'utente

Per quanto riguarda il sotto-tema “*livello di collaborazione nella gestione inter-organizzativa dell'utente*”, ci si è focalizzati sui frammenti testuali che rimandano alla descrizione del funzionamento della rete dei servizi per le dipendenze in cui le CT sono inserite. I responsabili coinvolti concordano nel sostenere che è fondamentale che il percorso in CT sia condiviso con tutti gli enti che strutturano la rete, in particolari con i servizi territoriali (Ser.D. e S.T.D.P.):

“(È importante)⁹ la messa a punto di un trattamento condiviso con i servizi, per cui l'importanza di una rete; e sempre più la rete composta dai Ser.D. che ce li invia, dalla comunità, sempre più per il nostro target del CSM, del ministero della giustizia, per cui l'ufficio esecuzioni penali esterne [...]”¹⁰.
(V5)

“Creare un rapporto sinergico con il servizio, secondo me, è di vitale importanza [...]. Oggi non si può pensare di lavorare senza servizi psichiatrici, non si può pensare di lavorare senza un consultorio, non si può pensare di lavorare senza interloquire con il servizio giudiziario, col UEPE, con l'ufficio di esecuzione penale esterna, non si può pensare di lavorare senza le comunità o lasciando che le comunità facciano loro”. (M4)

Nonostante questa visione comune nel descrivere la necessità di una gestione condivisa dei percorsi dei singoli consumatori, è stato messo in evidenza come la CT venga spesso abbandonata a sé stessa una volta definito l'ingresso dell'utente. Il servizio inviante spesso si deresponsabilizza. Seguono altri stralci:

“La rete penso che ci sia in maniera implicita, nel senso che, fammi spiegare, non funziona [...]. Io insomma parlo della mia esperienza: io penso che si parli da tantissimi anni, è una delle cose più ridondanti “La

⁹ Le parentesi tonde indicano le note aggiunte dall'autore della tesi, per agevolare la comprensione dei singoli stralci di testo.

¹⁰ Le parentesi quadre indicano parti di testo omesse in quanto non informative, non riportate per rendere più fluida la lettura e per questioni di spazio.

rete, la rete... l'integrazione tra i servizi", dove ci sia ben poco... ci sia stato ben poco e attualmente pure ci sono grosse difficoltà". (M7)

*"Nella comunità ***¹¹ non vi era un lavoro sinergico con il servizio, che inviava l'utente e se ne deresponsabilizzava". (M3)*

"Quello che oggi ho voglia e si fa fatica proprio... per creare proprio maggiore lavoro di rete rispetto a tutte queste realtà: tribunale, servizi sociali, assistenti sociali, avvocati, uffici di sorveglianza... fa tu... CSM. Quindi solamente un lavoro di rete, un lavoro di rete... faccio sempre un po' l'esempio dell'acrobata: se l'acrobata cade e c'è un buco nella rete, c'ione". Quindi anche un semplice buco all'interno del lavoro di rete può essere problematico". (M5)

Un'altra problematica all'interno della rete dei servizi che genera un assetto interattivo conflittuale e che non promuove la coesione nella gestione degli utenti è la presa in carico dei consumatori di sostanze con comorbidità psichiatrica. Infatti, questi vengono rimpallati tra i servizi territoriali e il CSM: entrambi gli enti sostengono che la presenza (rispettivamente) della patologia psichiatrica e della dipendenza deve essere seguita dai colleghi e la persona rischia di rimanere nel mezzo, senza ricevere il supporto adeguato. A tal proposito i responsabili affermano:

"È una problematica di natura economica: << È mio, è tuo, è mio, è tuo >>, perché << È nostro >> implicherebbe la doppia firma e quindi il budget dovrebbe essere - la retta - dovrebbe essere pagata a metà dalle dipendenze patologiche e dalla psichiatria. In questo continuo rimpallo, ovviamente, la vittima è il paziente in primis che si trova rimpallato da un servizio all'altro, ma che spesso rimane a metà, ma è anche la comunità. Perché? Perché ti trovi spesso a dover gestire pazienti tossicodipendenti, ma che in realtà hanno delle patologie ben più ampie". (M4)

¹¹ Con i tre asterischi (***) si indicano nomi di Comunità, persone o luoghi, omessi per questioni di privacy.

“Altra cosa che affrontiamo con difficoltà è l'incomunicabilità tra servizio Ser.T. e psichiatria, nel senso che ormai i ragazzi non sono più o tossicodipendenti o con delle fragilità psichiatriche: anche se giovani pazienti, molte volte le due patologie, se non tre, sono mescolate diciamo. In questo momento, almeno nelle nostre zone di appartenenza, se un ragazzo usa canne non viene preso in carico in nessuna maniera della psichiatria, anche solo canne; se un ragazzo ha fragilità il tipo psichiatrico, il Ser.T. fa fatica a comprendere. Per cui il ragazzo non è seguito, nel senso che quello che è necessario è che tutti prendano il loro pezzettino di responsabilità rispetto a questi ragazzi”. (V4)

“Il lavoro di rete dovrebbe essere rispettato... perché poi, dopo, questo si complica anche rispetto al fatto che spesso e volentieri ci sono necessità di mettere insieme più servizi, perché il nostro referente prioritario sono i Ser.T., però poi il problema diventa maggiore se ci deve essere di mezzo anche il CSM. Perché quando entriamo sull'argomento doppia diagnosi [...] il rischio costante è quello che ognuno dica << Io mi occupo di questo angolo, tu ti occupi di questo angolo e l'altro di non so che cosa >>”. (V6)

4.1.2. Promozione di un contesto funzionale al reinserimento dell'utente

Il secondo sotto-tema si lega al precedente, ma si focalizza maggiormente sulla fase di sgancio dalla CT, in cui l'utente rientra nella società. Gli intervistati hanno evidenziato come la rete dei servizi debba assicurarsi che, una volta concluso il trattamento, l'utente trovi un contesto comunitario (in senso esteso) che lo accolga, in cui possa sentirsi incluso e che promuova quanto costruito nei precedenti mesi in CT.

Ai fine di una maggior chiarezza descrittiva, si è deciso di suddividere le narrazioni che convergono all'interno del sotto-tema *“Promozione di un contesto funzionale al reinserimento”* in ulteriori quattro categorie: due fanno riferimenti ad aspetti da tenere in considerazione durante il percorso in CT e sono state denominate *“Presenza in carico della famiglia”* e *“Apertura della CT al territorio”*; altre due sono aspetti riconducibili alla fase

successiva alla conclusione dell'esperienza comunitaria e vi si farà riferimento attraverso le categorie “*Supporto della rete post comunità*” e “*Mantenimento di un contatto con l'ex-utente*”.

Presa in carico della famiglia

Dai testi delle interviste emerge la necessità e la fondamentale importanza che la rete dei servizi prenda in carico anche i familiari dei consumatori, sia in quanto la famiglia è considerata parte del sistema che ha generato la condizione di disagio legato all'uso di sostanze psicoattive, sia per non vanificare il cambiamento promosso dall'esperienza comunitaria una volta che la persona tornerà a casa (qualora rientrasse nel nucleo familiare).

“Perché l'idea è quella che il sintomo non è solo della persona, ma fa parte anche del sistema; quindi, se non si fa un minimo di lavoro anche dal punto di vista del sistema, la percentuale di riuscita si abbassa ecco”. (V6)

“Nei ragazzi così giovani, se le famiglie ci sono vanno coinvolte, perché altrimenti tornano a casa - perché (i ragazzi) tendenzialmente tornano a casa - e il lavoro si vanifica [...]. Ci credo molto e lo sto sempre più vedendo, ora che mi occupo più prettamente di questa fascia di età, che i genitori vanno coinvolti altrimenti boicottano qualsiasi progetto che si cerca di mettere in piedi”. (M4)

“(Il ragazzo) vuole tornare (a casa) e a casa ritrova il vuoto che c'era prima, perché anche se lavori con le famiglie capisci che anche lì... importantissimo sarebbe un lavoro, mentre lui è in comunità, che i servizi lavorassero con le famiglie, nel senso che le convocassero, iniziassero a condividere con loro cosa c'è che va e che cosa c'è che non va; cosa va migliorato se vogliono salvare il proprio figlio e cosa devono...qual è la fatica che devono fare”. (M6)

“Se la famiglia è presente, voglio dire, anche la famiglia, così come l'ospite necessita di un sostegno, di un aiuto, necessita di un accompagnamento”.

(V5)

A sostegno di ciò, i responsabili sottolineano anche come il sistema “famiglia” sia molto cambiato rispetto al contesto socioculturale in cui sono nate le prime CT. Oggi i familiari hanno meno tempo e risorse per prendersi cura del proprio caro e a maggior ragione vanno guidati.

“Le famiglie sono sempre più sole, non prendono insomma... non sono consapevoli e capaci di prendere... di essere parte attiva in questa cosa e poi lo stigma della tossicodipendenza, insomma, non aiuta. Perché [...] se hai un figlio tossicodipendente, noi abbiamo famiglie che addirittura si vergognano di dirlo. Quindi non c'è rete e si fa tanta fatica”. (V7)

“(In passato) la loro partecipazione (delle famiglie) al progetto era notevole e dovevano collaborare nel seguire alcune regole, alcune indicazioni. Ma questo era permesso dal fatto che poche mamme lavoravano; a volte anche alcuni padri magari erano già in pensione o cose di questo genere, oppure c'erano una rete familiare che permetteva questa tipologia di intervento”.

(V6)

Nonostante sia chiara la posizione degli intervistati circa quale sarebbe il modo ideale e l'importanza di lavorare con le famiglie, quando raccontano quali strumenti e risorse vengano effettivamente messe in campo oggi in questa direzione, appare evidente che il supporto che le CT e servizi riescono a dare ai familiari sia deficitaria, se non addirittura nulla.

“Un figlio si presume e si spera abbia fatto un percorso di cambiamento, ma se la famiglia è rimasta lì - voglio dire - e senza che anche la stessa possa aver fatto qualche passaggio o qualche elaborazione...ecco un altro

elemento di criticità. Per cui la famiglia (deve essere) presente, ma presente anche con un suo percorso, diverso naturalmente dal figlio, ma comunque supportato dalle istituzioni e a volte vediamo che non c'è, non c'è proprio questo, no". (V5)

"Se c'è spazio, se c'è tempo la famiglia viene coinvolta. E questo secondo me è un grave problema, perché è vero che in alcune situazioni è opportuno non coinvolgerla da subito, aspettare, capire eccetera eccetera. Però molto spesso non lo si fa perché non si ha tempo, perché il personale è assente, sia nelle strutture private che nel servizio pubblico". (M3)

"Credo che questa cosa (lavorare con le famiglie) la faccia l'1% dei servizi e invece andrebbe fatto in maniera massiva". (M6)

Una soluzione proposta (e attuata da una delle realtà coinvolte nella ricerca) per riuscire a strutturare interventi con le famiglie, nonostante la mancanza di risorse, è lavorare con i gruppi; un'opzione che richiede l'impiego di meno tempo, meno personale e meno denaro.

"Un lavoro grupale (con le famiglie) ovviamente permette in meno tempo di vedere più persone; quindi, quello potrebbe essere uno strumento da poter prendere in considerazione". (M3)

"Facciamo anche un lavoro con la famiglia attraverso dei gruppi, delle attività". (V6)

Apertura della CT al territorio

Un'altra importante questione messa in luce dalla voce dei responsabili è la necessità di aprire la comunità terapeutica al territorio. Con "apertura" si fa riferimento sia a un movimento concreto di avvicinamento delle strutture ai centri abitanti, piuttosto che isolarle dal tessuto sociale, sia alla promozione nella società di attività e discorsi alternativi alle stigmatizzanti teorie implicite del senso comune riguardo al "tossicodipendente". Quanto

detto agevolerebbe, a fine percorso, il reinserimento dell'utente nella società in quanto persona e non nelle vesti di "ex-tossico".

“Non se ne può più del fatto di relegare le comunità in cima alla montagna, con la difficoltà anche di creare per queste persone dei progetti di reinserimento sul territorio [...]. (Vorrei si diffondesse) l'idea di creare una comunità in centro città, quindi anche una vicinanza con tutto il territorio. Quindi che si agevolasse anche la visione della persona che vive in paese - che vive in città - del tossicodipendente, che in realtà non è un alieno”. (M3)

“Abbiamo cercato di costruire una comunità che fosse quanto più aperta al territorio; quindi, che non fosse un luogo solo di cura, quindi chiuso e col cancello, ma che fosse uno spazio anche di conoscenza di un mondo come quello delle sostanze, in cui c'è tanto tanto pregiudizio, talmente forte in Italia che poi porta anche a complicazioni proprio al ridisegnare la vita dei ragazzi che arrivano. Per cui lo stigma e il marchio di tossico poi te lo porti dentro e per cui rischi anche tu di ritornare alla stessa narrazione di [...] e entrare a far parte di quel ruolo e quindi, come dire, rifugiarsi in un meccanismo. Per cui il lavoro era stato fatto affinché ci fosse proprio un'interazione anche con l'esterno”. (M2)

“Ma mi piacerebbe pensare che in realtà non ci sia questa differenziazione tra le comunità che debbano trovarsi in cima alla montagna, irraggiungibili e isolate [...] ma perché appunto la comunità non deve essere quel luogo in cui uno finisce dentro perché deve stare lontano da tutto e da tutti, perché questo secondo me è il limite che ancora oggi abbiamo nelle comunità”. (M3)

L'inclusione della CT e del consumatore del tessuto sociale, però, sembra essere un obiettivo ancora distante: nel territorio sono ancora diffuse CT chiuse, isolate, quasi come se si volessero nascondere questi luoghi e chi vi sta all'interno, generando ulteriore distanza

e senso di differenza tra gli utenti e la gente comune. Questa dinamica di esclusione non genera un contesto funzionale al reinserimento e rischia di favorire l'aderenza della persona al ruolo del "tossico", stigmatizzandola.

"Le comunità di fatto sono solo dei posti in cui tu vai e stai lì e quindi devono in qualche modo chiudere e difatti le comunità storicamente sono luoghi chiusi. [...]. Questo concetto qua è molto molto insito nelle comunità, molto ancora oggi. (M2)

"Penso che dovremmo lavorare di più sul fuori e questo è un pensiero che ho da molto, che forse ecco una volta facevano di più penso [...] quando hanno aperto la comunità [...]. Ci dovrebbe essere un lavoro sul territorio con le persone che invece hanno questo forte pregiudizio, questo stigma, per riuscire un po' a smuovere i tabù, le paure... sì, provare ad avvicinare la gente a questo tipo di difficoltà e di marginalità. Ecco questo mi sento che manca". (V1)

*"(Avevamo tentato di) creare dei contatti sul territorio, perché se l'idea era quella di andare fuori e non di tenerli (gli utenti) dentro, bisognava anche creare fiducia nel territorio in una cittadina come quella di ***, che non ha mai avuto una comunità per tossicodipendenti. Eravamo un po' relegati in collina, quindi ovviamente anche tutto il discorso dei trasporti non è stato facile". (M3)*

"(le comunità terapeutiche) si chiudono sempre su sé stesse. Il chiudersi sempre su sé stesse le porta a essere strutture d'accoglienza per situazioni cosiddette irrecuperabili, che la società nasconde, perché la tendenza è quella di nascondere le fragilità". (M2)

"Anche qui un'altra differenza rispetto al passato: la comunità prima era qualcosa di fuori dal contesto sociale, fuori dal tessuto sociale. Se fai caso, anche a livello fisico spesso le comunità sono strutturate sul casolare, con la

campagna intorno, il recinto, fuori dal tessuto sociale: bello, però anche simbolicamente quella cosa lì cosa significava? I tossici per star bene devono essere fuori dal tessuto sociale”. (M4)

Supporto della rete post comunità

Coerentemente con il primo sotto-tema proposto in questa ricerca (vedi paragrafo 4.1.1.) con “Livello di collaborazione nella gestione inter-organizzativa dell'utente”, si vuole ora evidenziare come i responsabili abbiano manifestato l'esigenza che, una volta completato il percorso in CT, l'utente e la stessa CT non vengano abbandonati a sé stessi, ma che la rete dei servizi continui a dar loro supporto, monitorando la traiettoria di vita della persona nella sua costruzione di una nuova quotidianità.

“Per cui noi abbiamo quel periodo, però dopo c'è anche il post periodo di comunità che deve essere gestito non certamente dalla comunità, ma dagli enti preposti sul territorio, che sia SerT che sia il comune, che sia un'attività di volontariato e tutto quanto insomma” (V3)

“(La CT) è un pezzetto di strada che si fa insieme, ma poi il percorso vero è in continuazione, per cui costruire rete coi servizi, costruire rete anche con le opportunità del territorio diventava fondamentale e diventa tuttora fondamentale. Perché? Perché, comunque, il ragazzo ha bisogno di trovare gli spazi altri in cui riscoprirsi e continuare poi a portare avanti quello che in qualche modo ha imparato in quel percorso di comunità”. (M2)

“Il problema sono gli abbandoni, sono già stati abbandonati... erano abbandonati prima, tu fai il percorso con loro e li ri-abbandoni dopo? Gli dici: <<Adesso abbiamo finito, vai via>>, senza un accompagnamento, senza una rete che un minimo lo protegga”. (M6)

Anche in questo caso, però, appare evidente che vi sia un gap tra quello che i responsabili configurano come necessario per una buona fase di sgancio e il supporto che effettivamente

ad oggi viene reso disponibili agli utenti che stanno uscendo dalla CT. Il risultato è che, spesso, la persona viene abbandonata a sé stessa in una fase delicata del percorso di cambiamento, rischiando di compromettere quanto fatto fino a quel momento.

“Sicuramente sarebbe da dare più risorse sia al SerT che alle comunità forse per il post trattamento, cioè per curare meglio la fase di sgancio, perché i SerT chiedono a noi e né noi né loro hanno le risorse per poter fare queste cose qua”. (V7)

“Una persona droppa o comunque ricade in una fase successiva alla residenziale, perché non trova un adeguato - come dire - sostegno da parte dei servizi”. (V5)

“Ad un certo punto escono dalla comunità e se non hanno un legame con il Sert perché continuano a prendere la terapia farmacologica o hanno una borsa lavoro pagato dal SerT, nessuno sa più nulla di questi, nessuno sa più nulla. Secondo me è estremamente grave”. (M3)

In particolare, emerge che la presenza dei servizi territoriali (e la rete dei servizi più in generale) varia molto in base al territorio e in base alle risorse disponibili.

“Purtroppo, varia molto dal territorio a territorio, da Ser.D. a Ser.D.: ci sono dei Ser.D. che hanno molta attenzione in questa fase e che quindi poi si prodigano anche per fare colloqui, altre... cioè creare una rete di supporto; Ser.D. che lavorano insomma... che riescono... forse anche per scarsità di risorse non so questo, ma sicuramente che non danno troppa rete all'utente e questo poi, insomma, comporta che più è da solo l'utente, più un rischio di ricaduta c'è”. (V7)

“Ci sono zone e servizi che praticamente abbandonano il paziente: “Fatta la comunità non è più affar mio”, sono veramente molto variabili”. (V2)

*“Ma molto dipende anche da con chi collabori, dal servizio inviante. Perché a volte noi *** venivamo lasciati, abbandonati a noi stessi, quindi dovevamo pensare a tutto noi: ad accaparrarci borse lavoro, piuttosto che realtà e strutture - non lo so il canile piuttosto che il meccanico - che accogliessero queste persone, quindi un lavoro di costruzione anche con i referenti di questi servizi, di queste realtà”. (M3)*

Mantenimento di un contatto con l'ex-utente

Con quest'ultima categoria si vuole mettere in luce l'importanza attribuita al dare continuità alla relazione instaurata con l'utente durante la permanenza in CT una volta terminato il percorso. Il fatto che la persona possa configurare la struttura o un operatore al suo interno come punto di riferimento nei momenti di difficoltà che le si possono presentare nella costruzione di una nuova quotidianità al di fuori dell'ambiente residenziale, viene descritto dai responsabili come un facilitatore nell'intervenire in caso di ricadute o acuzie, senza dover ricominciare da capo un nuovo iter servizio-comunità.

“Si strutturano anche dei rapporti e delle relazioni per cui anche se la persona termina, magari mantiene un legame e ogni tanto un contatto, soprattutto se ha bisogno di supporto rispetto ad alcuni aspetti o fasi della vita, e questo magari è anche utile per evitare e ridurre il rischio di ricadute o il fatto che ci siano ricadute che poi vanno fuori controllo, ma piuttosto che essere recuperate in tempi più veloci insomma” (V6)

“Perché (i ragazzi) devono sentirsi liberi di ricontattarci, di richiamarci, di farsi sentire se stanno male, non di vergognarsi perché hanno ritoccato la cocaina. Perché se si vergognano e si sentono sbagliati, perché poi il messaggio che è sempre passato e questo, che tu sei sbagliato e hai peccato, eh mancava la libertà di dire << Sto male ho ritoccato la cocaina, che cosa posso fare? >> e quindi la ricaduta era ancora più complessa”. (M3)

“Anche poco tempo fa, un ragazzo che è stato in comunità per tanto tempo nella precedente comunità addirittura, c'ha avuto un momento di difficoltà, la compagna rimasta incinta poi ha perso il bambino, quindi c'ha avuto un momento di così difficoltà, mi ha contattato e abbiamo parlato: ci siamo tenuti un po' in contatto, aveva ritoccato l'eroina, aveva fatto un po' di casino, però è rientrato, non è che è tornato al Sert e ha dovuto rifare (tutto da capo)”. (M3)

Inoltre, le stesse CT riconoscono l'importanza e cercano di mantenere una relazione con i ragazzi che concludono un percorso, contattandoli o organizzando dei momenti di convivialità nella struttura, facendo percepire loro che vi è un punto di riferimento a cui appoggiarsi qualora lo ritenessero necessario.

“Noi cerchiamo di mantenere un contatto con il gruppo reinserimento lo chiamiamo. Quindi se il percorso va a buon fine, gli utenti sono invitati a partecipare a questo gruppo serale che viene fatto per gli utenti che lavorano e che sono in percorso e per quelli che hanno finito, per un po' di mesi. Questo li aiuta un po' a restare agganciati, li aiuta un po' a restare a contatto con le origini”. (V7)

“Bisognerebbe, abbiamo l'abitudine, di chiamarli a tutti i compleanni: il presidente prende il telefono e chiama “Oh auguri, allora come stai eh?”, ma tutti eh, non ne salta uno, ecco. Oppure ogni tanto abbiamo fatto, durante il lockdown, abbiamo fatto delle videochiamate in gruppo e li abbiamo invitati a farsi vivi”. (M6)

Queste iniziative, però, nonostante venga riconosciuta la loro fondamentale importanza, non sono obbligatorie, non sono pagate alla CT e quindi resta a discrezione delle singole realtà organizzarli o meno.

“La comunità lo fa gratuitamente: in questo momento nessuno ci riconosce una retta perché i ragazzi tornano, vengono a pranzare, perché loro hanno bisogno di un legame, una base sicura, che devono trovare”. (V4)

“Avevamo ragionato molto anche sulla possibilità di poter richiamare, facendo proprio dei gruppi anche, i ragazzi che uscivano dalla comunità. Perché Io credo che invece sia anche lì l'altra chiave di salvezza in qualche modo. Far sentire loro che noi ci siamo e ci ricordiamo di loro [...]. Questo manca. Secondo me questo non deve essere - non so come dire - lasciato all'umanità degli operatori o al volontariato: dovrebbe essere parte della cura quindi...e credo che invece questa sia una delle lacune più enormi”. (M3)

4.1.3. Ruolo dell'utente nella costruzione del percorso

Una volta descritto il ruolo assunto dai vari attori della rete dei servizi per le dipendenze durante e dopo il percorso comunitario, l'ultimo approfondimento del tema *“Collaborazione alla costruzione del percorso comunitario”* riguarda, invece, il ruolo che la rete assegna allo stesso utente nella gestione della sua presa in carico. Dai testi è emerso come oggi vi sia la necessità di coinvolgere maggiormente l'utente nella costruzione del progetto terapeutico, calibrando il percorso sulla sua unicità come persona e sui suoi bisogni individuali. Quanto detto si traduce in percorsi personalizzati in cui si mette al centro la persona, le si dà un ruolo attivo, senza sovrascrivere i suoi bisogni con ipotesi predefinite.

“Si costruisce il progetto di recupero a sei mani, tra utente, servizio inviante e comunità; e tante volte anche la famiglia”. (V4)

“Ci si interroga. Perché altrimenti rischieremmo di essere una mosca bianca e di non rispondere fino in fondo al bisogno. E invece la nostra volontà, il nostro desiderio è quello di rispondere al bisogno che riconosco e che emerge, non all'idea che ho io di bisogno”. (M6)

“Il nostro punto di forza, anche di poter fare dei programmi che sono assolutamente personalizzati, a seconda delle esigenze del paziente, che magari ripeto in una comunità di 30 persone questo non ce l'hai”. (V3)

“(Quando) facevo i colloqui di inserimento, ci piaceva proprio prendere da loro l'idea che avevano rispetto al loro percorso di comunità; quindi, che fossero soggetti attivi non soggetti passivi del percorso, della cura”. (M3)

Questo implica che la rete dei servizi, la CT in particolare, deve osservare l'evolversi delle richieste dei consumatori e della società e saper modificare le proprie prassi, adeguandosi alle esigenze rilevate e a come si modifica il gruppo di utenti nel tempo.

“La stessa comunità, deve avere delle capacità enormi di adattarsi ed essere un sistema terapeutico dinamico, in cui tu ti adatti rispetto alla tipologia di persone che arrivano e la tipologia di gruppo che c'hai. Cioè la logica non è mai quella che il ragazzo che arriva deve adattarsi alla comunità, ma è la comunità che si adegua al ragazzo, perché il bisogno a cui tu vai a rispondere cambia di volta in volta, perché ognuno di noi ha una storia differente [...] Sono sempre dell'idea che serve tutto, serve tutto in base a quello che serve al ragazzo, non quello che serve a te e questo è un passaggio fondamentale”. (M2)

“Una comunità così (parlando della CT che gestisce in prima persona) ti richiede tante energie perché tende quotidianamente a riformulare, ad ascoltare, a rimettere in discussione, a trovare punti d'incontro e prova, o almeno tenta, il più possibile di defilarsi da tutte quelle che sono le posizioni normative, direttive, giudicanti e che decidono insomma quale sia la rotta; è un equipaggio che ogni giorno valuta, rivaluta, si confronta”. (M1)

Operativamente, quanto descritto si declina in tempi, obiettivi e modalità differenti a seconda del singolo utente, abbandonando l'idea che debbano esserci delle fasi predefinite

uguali per tutti, delle regole a cui aderire per poter essere considerati normali e delle cause comuni a tutti gli utenti da ricercare.

“(Volevamo) scardinare l'idea che esista necessariamente un processo terapeutico riabilitativo suddiviso in fasi, standardizzato [...] nella pratica tenendo presente che quello poteva essere il tempo necessario poi - per noi fondamentale - era il lavoro sulla persona, sulle individualità”. (M3)

“Si deve uscire quindi da uno schema generalizzante della comunità. Spesso le comunità, la carta dei servizi te lo richiede, impone un tempo e in molti casi sono richieste anche delle fasi [...]. Secondo me, per aver senso, si deve scardinare completamente questo sistema, ma la comunità deve essere pensata - dal momento dell'invio - deve essere calibrata attorno alla persona”. (M4)

“Ad oggi posso dire che il pallone è utile alla cura quanto il metadone, quanto il colloquio terapeutico, quanto la passeggiata in montagna, quanto il farmaco antipsicotico... poi il tutto ovviamente declinato su quelle che sono le caratteristiche di ciascuna persona”. (M4)

“Senza cercare, però, in questo una causa che fosse comune a tutti, per cui l'abbandono della mamma, piuttosto che le violenze del padre, piuttosto che..., ma cercate proprio di costruire per ogni ragazzo un percorso terapeutico quanto più cucito su di lui [...]. Per cui io non ho un programma a mo' di bacchetta magica che mi risolve tutti i problemi”. (M2)

In contrapposizione al *modus operandi* appena descritto, possiamo dire che oggi sono ancora diffuse strutture che hanno un approccio diverso, se non addirittura opposto, al trattamento del tossicomane: si lavora costringendo l'utente ad adeguarsi a prassi predefinite, senza esplorare e dare spazio alle esigenze del singolo inserito in quello specifico contesto.

“In comunità, invece, il passaggio è stato sempre contrario, nel senso che tu sai già la risposta e quindi chi viene si adegua alla tua risposta. Questo è stato un problema che va avanti ancora adesso, nel senso che poi ci si è chiusi talmente tanto sulla prova molto più strutturate per auto mantenersi, piuttosto che rispondere ai bisogni nuovi”. (M2)

“Invece, in altre strutture, in molti luoghi, si reifica la teoria, etichettando gli altri dentro qualcosa che è stato scelto a priori. Quindi, come dicevamo prima, la devianza è non funzionare. Se non funzionare in comunità vuol dire deviare, tu sei una persona sbagliata e non stai cambiando. È il filtro osservativo di che cosa può essere quello normativo della devianza che crea di per sé già il concetto stesso di cui ti ho appena parlato. Cioè, la devianza si crea nel momento in cui tu lavori sulla norma”. (M1)

“(Da noi) c'è molta flessibilità nei progetti individualizzati, (procedura) che vedo magari meno anche in altre strutture conoscendole”. (V1)

“Non vai ad analizzare quali sono i suoi bisogni; i bisogni sono già dati, che è quello che usa sostanze, punto. Poi il resto avviene dopo. Questo concetto qua è molto molto insito nel sistema di cura e nell'architettura dei servizi in Italia sulle dipendenze, soprattutto sulla parte del privato sociale, soprattutto sulla parte di comunità”. (M2)

I responsabili sostengono che in queste realtà i progetti terapeutici non vengono sufficientemente co-costruiti con l'utente, affermando che sono degli standard imposti, come se la CT avesse la soluzione ai problemi di tutti, a prescindere dalle storie dei singoli, e definisse a priori quale sia la normalità a cui si deve aderire. Così facendo, la persona diventa “il tossicodipendente”, perde il suo ruolo attivo e deve limitarsi a lasciarsi “salvare”.

“Gli stessi progetti terapeutici avevano una caratteristica standardizzata con l'idea di una fase di accoglienza, una fase di comunità e la cosiddetta

fase di reinserimento, le tre fasi di rieducazione, quindi di salvezza del tossicodipendente, tanto che spesso era lo stesso tossicodipendente, che rieducato avrebbe potuto svolgere il ruolo di educatore con i nuovi arrivati, con i nuovi utenti, con i nuovi tossicodipendenti”. (M3)

“C'è un passaggio storico che rimane all'interno della testa di molti operatori, soprattutto operatori storici, che siccome (le comunità) sono nate ed erano l'unica risposta che c'erano nel panorama delle dipendenze, ci si è mossi molto come se la risposta che io davo era uguale per tutti e andava bene per tutti, perché in qualche modo, solo se andavi in comunità ti salvavi la vita”. (M2)

“È uno strumento utile quello delle borse lavoro? Sicuramente sì. Per tutti? Sicuramente no: ecco il problema è sempre quello, la standardizzazione”. (M4)

“Altra tipologia di struttura si fondano su concetti normativi, quindi la norma, la regola e la devianza. Se tu non rispetti, se tu non aderisci, se tu non sei come questo posto ti richiede, allora sei deviante. Viene perseguita la partecipazione in termini, quindi, normativi, il che vuol dire che se la persona che fa il percorso di comunità, si allinea, si adegua e rispetta quello che un posto richiede, allora è una brava persona e cambierà la sua vita [ok?]. Capisci la pochezza di osservare in modo così riduttivo la vita della persona tanto quanto la sua problematica rispetto all'ingresso in struttura?”. (M1)

Inoltre, dai testi emerge come la medicalizzazione dei servizi territoriali e l'atteggiamento normativo di alcune CT sono altre modalità coerenti a un approccio standardizzato al trattamento del consumo di sostanze, ancora diffuso.

“Farei proposte diverse anche al servizio territoriale rispetto alla cura. Però ripeto, siamo in un contesto veramente dove... sempre più

medicalizzate, sempre più medicalizzante, dove ad esempio è sempre importante sempre associare alla cura delle persone l'utilizzo di psicofarmaco". (M5)

"Il SerT è il SerT e propone uno standard, con un'impostazione medica. Capisci? Non te vorrei di che i SerT son 'na merda¹², ok? Scusami per la parola. Ma non accolgono, non riescono a modulare un intervento su tipologie di utenze diverse". (M1)

"Perché la comunità è un casino di regole: tu immagina un ragazzo che viene da fuori dove ha il cellulare e non glielo togliamo, dove ha spesso orecchini e piercing, ma noi siamo degli stronzi e siamo invidiosi e glieli togliamo, dove la propria famiglia la può sentire dopo 15 giorni e solo al telefono e una volta alla settimana, dove ti diamo i tempi rispetto sia al tempo libero, sia a quello scadenzato della comunità". (M6)

Riassumendo, il primo tema ha raccolto gli estratti di testo che illustrano l'importanza della collaborazione tra tutti gli attori coinvolti nel fenomeno del consumo di sostanze, sia per costruire percorsi efficaci nelle comunità terapeutiche (CT), sia nella gestione della fase di sgancio dalla struttura. In particolare, i responsabili evidenziano come sia essenziale coinvolgere direttamente il consumatore nella costruzione del proprio progetto terapeutico.

¹² Le citazioni inserite sono riportate *alla lettera*, motivo per cui in alcuni casi conterranno espressioni volgari.

4.2. Secondo tema: Composizione e selezione dell'utenza

Attraverso il secondo tema di questa ricerca si vuole descrivere come i criteri utilizzati dai servizi per inviare gli utenti alle CT e i criteri valutativi adottati da queste ultime nell'accettare o meno l'ingresso, generino scenari diversi in termini di composizione dell'utenze e qualità del lavoro.

Si è voluto esplorare qual target di utenti è ospitato oggi nelle comunità terapeutiche, considerando che il fenomeno del consumo è in continua evoluzione.

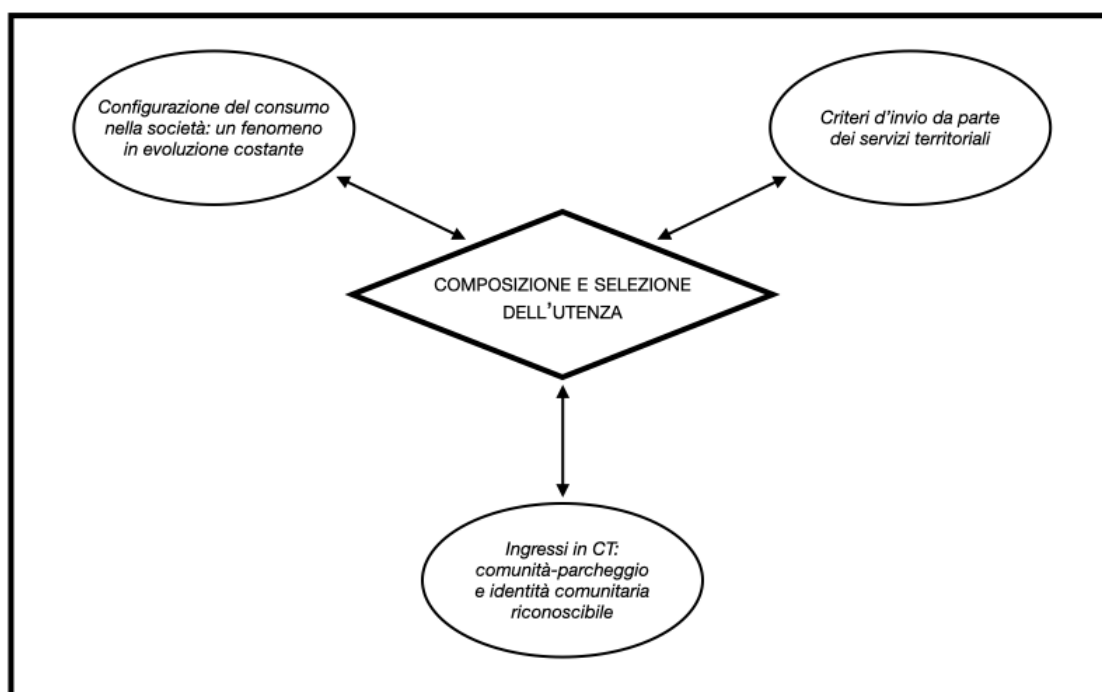


Figura 2.: Mappa del tema "Composizione e selezione dell'utenza"

4.2.1. Configurazione del consumo nella società: un fenomeno in evoluzione costante

Il primo sotto-tema si focalizza sulle descrizioni degli intervistati che configurano il consumo di sostanze come un fenomeno in continua evoluzione.

“La comunità terapeutica, per come l’ho vissuta io da operatore, da 15 anni fa ad oggi è cambiata tantissimo, ma perché è cambiata l’utenza, cioè la società è cambiata e va da sé che ci sono problematiche diverse”. (V1)

“Stiamo vivendo un periodo di grande trasformazione, come è sempre stato del resto, nel senso che io in tutti questi anni non ho ricordi di periodi di stallo. Quindi la tossicodipendenza è un fenomeno in continua evoluzione e quindi questa è un po' la caratteristica del nostro lavorare”. (V4)

Molti dei partecipanti alla ricerca lavorano nel campo delle dipendenze da diversi anni e hanno evidenziato tre principali cambiamenti che rendono l'utenza più complessa: un aumento dei casi di comorbidità con problematiche psichiatriche, la diffusione dell'abuso di farmaci e un abbassamento dell'età d'esordio.

“Quando ero operatore io c'erano, su 30 utenti, metà erano dal carcere, antisocialoni belli insomma importanti; adesso i ragazzi sono molto più sul versante delle problematiche anche psichiatriche, quindi la dipendenza prende tanto dentro anche quell'aspetto là”. (V1)

“Utenza che negli anni è cambiata e quindi molto più spesso arrivano pazienti con almeno un disturbo di personalità poi di fondo, non esiste più la tossicodipendenza di per sé”. (V7)

“Un'utenza sempre più complessa, perché poi negli anni si è sempre più <<complessizzata>>, non esiste questo termine ma a me piace utilizzarlo”. (M3)

“Oppure non tengono conto di tutte le dipendenze da farmaci, per cui, che è un in realtà, a livello statistico, elemento che è cresciuto tantissimo negli ultimi anni e che ha un impatto biologico enorme”. (M3)

“Situazione dipendenze sociale sta cambiando: quindi arrivano molte più richieste da ragazzi tanto giovani, molte richieste da ragazzi giovani già con problemi di detenzione o giuridici”. (M1)

Fra le tante implicazioni della dinamicità del consumo di sostanze, i responsabili hanno evidenziato il fatto che è cambiato anche il modo in cui il tossicomane configura tale fenomeno. Se all'epoca delle prime CT il consumatore era fisicamente connotabile e chiedeva aiuto, oggi sempre più spesso non riconosce che i propri comportamenti siano rischiosi o problematici e si va nella direzione della normalizzazione del consumo.

“Non ci sono più i tossici di una volta, cioè quello che si schiantava da qualche parte, era evidente che lui era un tossico, si faceva chiamare tossico perché non poteva negarlo e dopo un po' chiedeva aiuto”. (M6)

“Quel tipo di modello, quel tipo di comunità, dove arriva la persona che ti dice “Sono disperato, aiutami, fai di me ciò che vuoi” non esiste più”. (M4)

“Perché comunque le sostanze diventeranno, e lo sono già diventate in realtà, diventerà solo più ufficiale, una parte integrante della società, quasi come bene di consumo normale, per cui non saranno più il problema per cui tu sviluppi la dipendenza o altro”. (M2)

“Sembra insomma che i giovani non - come dire - non codificano l'emergenza o la gravità della situazione”. (V7)

A tal proposito, dall'analisi emerge che le motivazioni per cui una persona decide di iniziare un percorso in CT sono principalmente estrinseche, spesso legate a pressioni da parte della famiglia o a problemi di natura giudiziaria, non per una reale presa di coscienza circa la propria situazione e la voglia di cambiarla.

“Di solito abbiamo a che fare con una motivazione estrinseca, cioè ci sono delle conseguenze esterne che lo costringono ad entrare; quindi, è un modo di evitare le conseguenze del problema che si è creato. Quindi, piuttosto che finire in carcere, chiedo di entrare in comunità perché questo è un modo per evitare di entrare in carcere; piuttosto che restare per strada, perché nessuno mi tiene più a casa; piuttosto che continuare a litigare con la

famiglia perché la situazione è talmente pesante e tesa che se non sono già fuori di casa va a finire che mi mettono fuori di casa”. (V6)

“Anche se l'accesso è spontaneo, molte volte queste persone sono spinte o da motivazioni di carattere legale; quindi - proprio brutalmente detto - per non stare in carcere o per non andare in carcere; oppure dai familiari che sono esauriti non da un anno di alcolismo o tossicodipendenza, ma da diversi anni”. (V3)

“Gran parte delle persone che arrivano in struttura, quelle giovani, ci arrivano perché c'hanno in gran parte o problemi giuridici o c'hanno una famiglia che è arrivata al limite e gli hanno imposto di prendere una scelta. Non vengono volontariamente a 18 anni”. (M1)

4.2.2. Criteri d'invio da parte dei servizi territoriali

In questa sezione si vuole porre il focus sulle narrazioni dei responsabili che descrivono quali siano criteri utilizzati dai servizi territoriali per valutare se e in quale CT inviare un consumatore. Per una miglior comprensione dei contenuti proposti, si ricorda che la CT è un servizio di secondo livello, per cui l'ingresso di un utente è vincolato all'invio da parte del servizio territoriale di competenza, che la CT può o meno accettare (*Vedi paragrafo 1.2.3.*).

I responsabili hanno esplicitato che spesso il criterio alla base di un invio non sia, come dovrebbe, la compatibilità tra la struttura individuata e le esigenze dell'utente, ma che entrino in gioco altri fattori, che riducono il livello di qualità e l'adeguatezza del servizio offerto. In particolare, gli invii ruotano attorno al sovraccarico di lavoro dei servizi, che non sapendo come gestire alcuni utenti li affidano alle CT che hanno posti disponibili.

“<< Non so cosa diavolo fare di questo paziente, vedi tu se riesci a fare qualcosa>>. Questo è l'invio tipico”. (V2)

“Il Ser.T. dice: <<Guarda so che tu sei una C, ma io sto qua non sono collocarlo e ho bisogno che mi rimanga qui in territorio, ho bisogno di

vederlo, di inserirlo, di lavorare con il comune >>. Che fai? Per cui, al di là della logica budget, comunque a una C viene chiesto di accogliere queste persone, anche se fuori target rispetto a quello per cui noi siamo accreditati”. (V5)

“La quantità di posti, in questo momento, è troppo bassa rispetto al volume di richiesta. Spesso, anche nel proseguo del percorso, la scelta a volte rischia di essere non tanto sulle esigenze della persona o soprattutto sulle caratteristiche della struttura, che potrebbe essere più adeguata, perché anche le altre strutture hanno problemi di lista di attesa; quindi, a volte viene scelta la struttura che per prima ha una disponibilità, perché aspettare quella più adeguata è improponibile, cioè si va a tempistiche fuori luogo insomma ecco.” (V6)

Non solo. In altri casi gli invii per “tossicodipendenza” mascherano altre esigenze, come problematiche abitative o giudiziarie. In ogni caso, il focus dell’invio non è sul percorso terapeutico offerto dalle strutture residenziali.

“Spesso uno su tre è anche là un invio mascherato, nel senso che è una persona che tutti questi problemi di tossicodipendenza non ce li ha e viene, invece, proprio per non stare in una cella quattro per quattro in otto persone. Piuttosto sta in un contesto ... in un contesto un po’ meglio diciamo. Però anche lì ci si lavora lo stesso, comunque bene o male a volte le problematiche di tossicodipendenza ne escono comunque fuori e comunque si lavora a livello educativo”. (M7)

“Noi abbiamo delle potenzialità che appunto non vengono sfruttate, ecco. A volte vengono sfruttate inappropriatamente, ne parlavamo proprio con il servizio dipendenze, nel senso che magari si inserisce – parlavo con un SerT - magari inserisco uno in comunità solo perché ha il problema della casa, cioè non dovrebbe essere inserito in comunità”. (V3)

“Le comunità che sono politicamente forti, non hanno bisogno né di offrire una qualità del servizio specifica e neppure di preoccuparsi tanto di quali sono le utenze che ricevono, perché gli accordi, chiamiamoli così, le simpatie si svolgono su piani di un altro livello. Quindi, non importa se offri un prodotto di qualità, l’importante è che il direttore conosce il direttore, ci conosciamo in termini di dipendenze sul territorio nazionale, facciamo-pubblichiamo qualche servizio, siamo famosi”. (M1)

*“Ci sono delle realtà territoriali molto più grandi di noi, poi si tratta anche di avere delle relazioni in stampo politico eh in giro - qua tanto è tutto riservavano no? - noi nel nostro territorio abbiamo per esempio *** che ha tutta la filiera doppia diagnosi, donne con bambino, appartamenti con inserimento. Per cui a volte anche per quello, ma anche per politiche... insomma... che vengono fatte da queste grosse organizzazioni”. (M7)*

Inoltre, dai frammenti di testo si evince come spesso i pazienti con doppia diagnosi non vengano dichiarati come tali e vengano inviati in comunità non specialistiche che non sono strutturate per ospitarli adeguatamente. Questa omissione, da una parte compromette il percorso della singola persona, dall’altra mette in difficoltà l’intera comunità che non ha risorse sufficienti per gestire i propri utenti.

“Poi, molti manifestano una doppia diagnosi, oggi come oggi, non riconosciuta perché nessuno la fa, perché fare una doppia diagnosi è assumersi una responsabilità”. (M6)

“Questo paziente loro (i servizi) lo sapevano benissimo che ci aveva queste caratteristiche; nella lettera di presentazione, nella relazione iniziale lo hanno completamente - non dimenticato – lo hanno omesso, quindi ci siamo trovati il paziente che ci aveva questi scompensi psicotici, inviato dal servizio che diceva che non c’aveva niente sostanzialmente”. (M7)

“Noi non siamo una struttura doppia diagnosi, perché devi avere determinate caratteristiche [...], eppure la metà dei nostri pazienti sicuramente poi ha sotteso un disturbo della personalità”. (M4)

4.2.3. Ingressi in CT: Comunità-parcheggio e identità comunitaria riconoscibile

La codifica dei testi delle interviste ha consentito di costruire un ultimo sotto-tema facente parte del tema *“Composizione e selezione dell’utenza”*, attraverso cui si descrive il passaggio successivo al precedente, ossia i criteri attraverso cui la CT valuta se accogliere in comunità un utente inviato dai servizi. Inoltre, si approfondiscono gli scenari comunitari che si generano a seconda della possibilità o meno di selezionare l’utenza entrante.

Dalle interviste è emerso quanto sia importante essere consapevoli che la singola CT non può essere una risposta a qualsiasi esigenza e che quindi, per garantire un percorso di qualità, sia necessario definire il target di persone adatte ai propri programmi. Tale consapevolezza si traduce in una selezione degli utenti inviati attraverso dei colloqui valutativi. Una selezione degli ingressi nel tempo paga in termini di efficacia dei percorsi.

“Noi siamo una comunità che diciamo anche no agli ingressi anche se ci abbiamo posto, perché ci siamo accorti di come già a fare un colloquio iniziale in cui si esplorano alcune parti della persona ci si rende conto se è compatibile con quello che la comunità propone [...], ma perché la consapevolezza centrale è il fatto che la tua comunità non è una risposta a tutto: tu sei in grado di rispondere ad alcuni bisogni di alcune persone e più riesci a individuare quali sono le tue capacità rispetto a quali bisogni rispondi, più riesci ad avere anche risultati di impatto che poi sono più concreti”. (M2)

“In genere ci sono dei criteri di ingresso, che poi alla lunga pagano, perché se tu riesci comunque a mandarmi qua delle persone, se il servizio fa dei progetti sensati e manda delle persone che sono idonee al contesto, poi è garantito anche un miglior clima di gruppo che prevede che ci siano meno uscite, meno ricadute meno casini interni”. (V1)

“Quindi noi, fin dall'inizio, abbiamo scelto di operare su questo target e di tenere, nonostante le pressioni dall'esterno per ampliare la cosa e prendere anche persone un po' così eccetera, di tenere questo target. Per cui noi facciamo un colloquio in cui valutiamo se una persona è adatta a questo tipo di programma [...]. È una struttura selettiva, ma per quelli che hanno quelle caratteristiche funziona molto bene”. (V2)

“Dall'altra parte hai un'equipe che deve lavorare e se vuoi lavorare all'interno di un progetto di qualità, devi anche in qualche modo badare a chi metti dentro (la comunità)”. (M4)

La scelta di “filtrare” chi fare entrare in CT a seconda della compatibilità tra programmi proposti ed esigenze del singolo utente ha un secondo risvolto positivo. Infatti, nel tempo, gli operatori dei servizi territoriali si creano un'immagine tipizzata delle CT e del target di utenti con cui esse lavorano efficacemente e iniziano a inviare loro i consumatori con esigenze adeguate al tipo di percorso proposto. Seguono stralci di testo estrapolati dalle interviste con gli unici due responsabili di comunità che, oltre ad avvalorare la necessità di avere un'identità comunitaria riconoscibile in termini di target, gestiscono una struttura che nel tempo ha effettivamente raggiunto tale risultato:

“Nel corso degli anni, noi abbiamo tenuto fermo questo principio e questo è stato premiato, nel senso che un po' alla volta i servizi che ci inviano i pazienti hanno imparato che noi facciamo quel tipo di lavoro lì e adesso ci mandano, quando trovano un paziente con quelle caratteristiche, ce lo mandano da tutta Italia”. (V2)

*“Tra di loro (i servizi territoriali) si sparge la voce che *** è un posto in cui se mandi alcuni individui, loro sono capaci su quel tipo di target”.* (M1)

“Abbiamo una comunità sempre piena, con una lista d'attesa che va da due a quattro mesi, a seconda dei periodi, quindi vuol dire che c'è richiesta, ma

soprattutto la comunità è sempre piena di pazienti con queste caratteristiche, quelle adatte al nostro tipo di programma”. (V2)

In antitesi con quanto appena descritto, gli intervistati hanno evidenziato come la possibilità di selezionare un target di utenza sia un privilegio di poche strutture o comunque una prassi non sempre attuabile. Infatti, per poter sopravvivere in termini economici, le CT si trovano costrette a ospitare anche utenti fuori target. A tal proposito, i responsabili manifestano anche la difficoltà di trovare un equilibrio tra il mandato aziendale della cooperativa (economico) e quello istituzionale del SSN (di salute).

“La cooperativa pure ha un mandato, che è quello che la comunità sia sempre piena, che non ci siano problemi, che con i servizi ci siano buoni rapporti; quindi, ecco forse potrei tradurre il tutto è che la difficoltà del coordinatore è riuscire ad essere quel punto di giunzione fra il fuori e il dentro, quindi tenere in piedi un mandato, più mandati [...]. Quindi rispetto all'utenza, la scelta... non c'è proprio un criterio di scelta. A volte la scelta può essere solo “dobbiamo mangiare”. (M5)

“Fondamentalmente (le cooperative del privato-sociale) sono aziende e badano essenzialmente ai numeri; quindi, interessa poco chi hai all'interno, interessa poco la qualità del lavoro, interessa poco rispetto a una natura clinica. Interessano i numeri e quindi un responsabile si trova a metà diciamo: da un lato c'è la cooperativa e soprattutto, in una realtà come la nostra che aveva aperto da poco, la cooperativa ti chiede costantemente di fare numeri, di fare ingressi”. (M4)

“Non ci dobbiamo nascondere, essendo privato-sociale, ma anche in altri campi, ci stanno delle logiche, per cui deve essere sostenibile il nostro lavoro. Per cui certamente c'abbiamo questa spada di Damocle del numero [...]. Nei periodi in cui abbiamo avuto dei problemi da questo punto di vista (abbandono contemporaneo di più utenti), soprattutto se coincidevano con

periodi di educazione minima da parte dei servizi, è ovvio che prendi anche... prendi un po' tutti, prendi chi ti mandano". (M7)

"Alle volte lo fai perché tu hai i numeri anche. Io non mi nascondo dietro al fatto: cioè alle volte tu devi portare a termine nell'anno 21 di media di persone e se hai un calo numerico perché hai 5 pazienti che sono usciti, alle volte ti prendi dentro anche le persone che non sono troppo idonee al percorso...eh consapevolmente lo fai". (V1)

Tale scenario è aggravato dal fatto che i servizi territoriali, principalmente per mancanza di risorse, inviano alle CT i casi più complessi che non sono gestibili a livello ambulatoriale, mentre gestiscono internamente le persone meno compromesse.

"C'è la tendenza a trattare alcuni casi dentro il Ser.T. perché spende meno - è un problema di business insomma - e i casi difficili a inviarli in comunità. Eh, ho capito... scusa eh, non perché non è giusto, ma non sono il cottolengo che ho solo casi disperati". (M6)

"Adesso fondamentalmente il servizio pubblico è gravato da tutta una serie di problemi di budget e quindi l'invio della comunità lo fa con la persona che non è più gestibile in alcuna maniera dal punto di vista ambulatoriale, ma non è nemmeno gestibile in molti casi anche da un punto di vista comunitario". (M7)

"Abbiamo una serie di persone relativamente adulte che sono a mantenimento, cioè io arrivo la mattina al SerT, assumo metadone e vado a lavorare, arrivo al SerT, assumo il metadone e vado a lavorare. Queste sono persone che sono socialmente non rompi coglioni, non sono una problematica sociale, e quindi io servizio non spendo soldi in una struttura perché non mi produce un problema". (M6)

“A volte le persone che in qualche maniera con un intervento farmacologico e con un intervento comunque ambulatoriale, in qualche maniera mantengono un equilibrio, apparentemente non hanno necessità di un percorso così strutturato come quello di tipo residenziale, non vengono indirizzate, salvo poi nel corso degli anni, magari non ci sono evoluzioni, non ci sono cambiamenti, ma ci sono peggioramenti e nel momento in cui ci sono i peggioramenti allora vengono indirizzate ai servizi. Ma allora appunto arriviamo dopo i 30 anni e quindi questa cosa qua in qualche maniera rende più complesso l'intervento, più difficile”. (V6)

Dai frammenti di testi emerge che la conseguenza è che la CT, anziché essere un mezzo della rete per il supporto dei consumatori di sostanze e uno strumento terapeutico funzionale, sempre più spesso diventa un deposito di persone. La “comunità-parcheggio” diventa contenitore momentaneo per tutti quegli per cui non si hanno soluzioni alternative, per gli utenti cronici e per persone in pena alternativa al carcere.

“Quindi fondamentalmente chi entra in comunità? Entra il paziente cronico, entra la persona che - tantissimi questi - che dal carcere attraverso gli avvocati fanno pressioni sui servizi per far sì che possano scontare parte della pena all'interno della comunità; entrano coloro che nel servizio pubblico rompono le scatole e quindi fanno pressioni, fanno pressioni, fanno pressioni e quindi vengono collocati in comunità. Quando avviene questo [...] il servizio manda il pacco all'interno della comunità con un unico obiettivo: << per uno o due anni ti pago, ma non ne voglio sentirne parlare, gestitevelo e vedetevela voi; noi abbiamo una fila di utenti enorme magari gestibile in ambito ambulatoriale, questo rompiscatole non lo voglio vedere >>”. (M4)

*“A volte il SerT stesso [...] ha un utente e mi dice << Guarda ***, tienilo là due o tre mesi, che almeno qua non fa danni >> ecco”. (V3)*

“Le comunità pubbliche quelle convenzionate, a parte alcune esperienze che hanno fatto degli scatti avanti, in cui hanno preso coscienza dei modelli scientifici del ricercare letteratura, del rispondere ai bisogni trasformarsi, son diventate una cosa, poi la gran... la maggioranza continuano a essere dei - passami il termine - depositi in cui la gente viene buttata e in cui in cui rimane” (M2)

“Spesso la comunità arriva per - come dire - quelle persone per cui non c'è più nulla da fare e diventa quindi la patata bollente da togliersi dai piedi. Quindi te la sbolognano, te la mettono in comunità pensando che la comunità diventi la panacea di tutti i mali e che da solo il coordinatore con la sua equipe riesca a risolvere qualsivoglia problema”. (M3)

In questo modo la possibilità di proporre un lavoro “di fino” con un'utenza omogenea è compromessa e la comunità si riempie di persone difficilmente gestibili.

“È un problema rispetto alla cronicità, senz'altro: molti pazienti girano tutte le comunità, quindi a un certo punto devono trovare anche un posto dove metterli sti pazienti. Noi lo comprendiamo, però ci fai ben poco; << Comunità terapeutica residenziale >>, magari avremmo noi bisogno di un altro tipo di invii: più giovani etc.”. (M7)

“Però poi ripeto, c'ho anche situazioni che veramente il post-comunità dici << Ma che fine farà? >>. Perché è arrivato già da percorsi psichiatrici, quindi con diagnosi, etichette, psicofarmaci... quindi veramente dici << Ma che farà? >>”. (M5)

“Noi ci troviamo a volte con persone che sono qua, ci rendiamo conto che non possono uscire perché sono in strada e sono qui sono qui. Il loro percorso è terminato, gli obiettivi sono stati raggiunti [...] ma rimangono qui. Rimangono qui. Talvolta, poi, rimanere in questa struttura una volta

raggiunto degli obiettivi, senza una prospettiva esterna, diventa anche motivo di regressione, cioè diventa anti-terapeutico tra virgolette". (V5)

In sintesi, il secondo tema di questa ricerca è stato costruito per esplorare qual è, secondo i responsabili, il target dell'utenza ospitata nelle strutture, quali sono i criteri utilizzati dai servizi per indirizzare gli utenti alle comunità terapeutiche e quali i criteri di valutazione adottati da queste ultime per accettare o meno nuovi ingressi.

4.3. Terzo tema: Sfide e precarietà lavorative nel contesto comunitario

In questo tema sono stati inseriti quei frammenti di intervista informativi circa la comunità terapeutica come ambiente di lavoro. Il focus è stato posto su chi lavora in comunità: sono emersi discorsi circa la preparazione teorica e le competenze in possesso di chi ricopre i vari profili professionali nelle strutture, sul ruolo della formazione e della supervisione, sulla qualità della vita lavorativa e sulla gestione economica e numerica del personale.

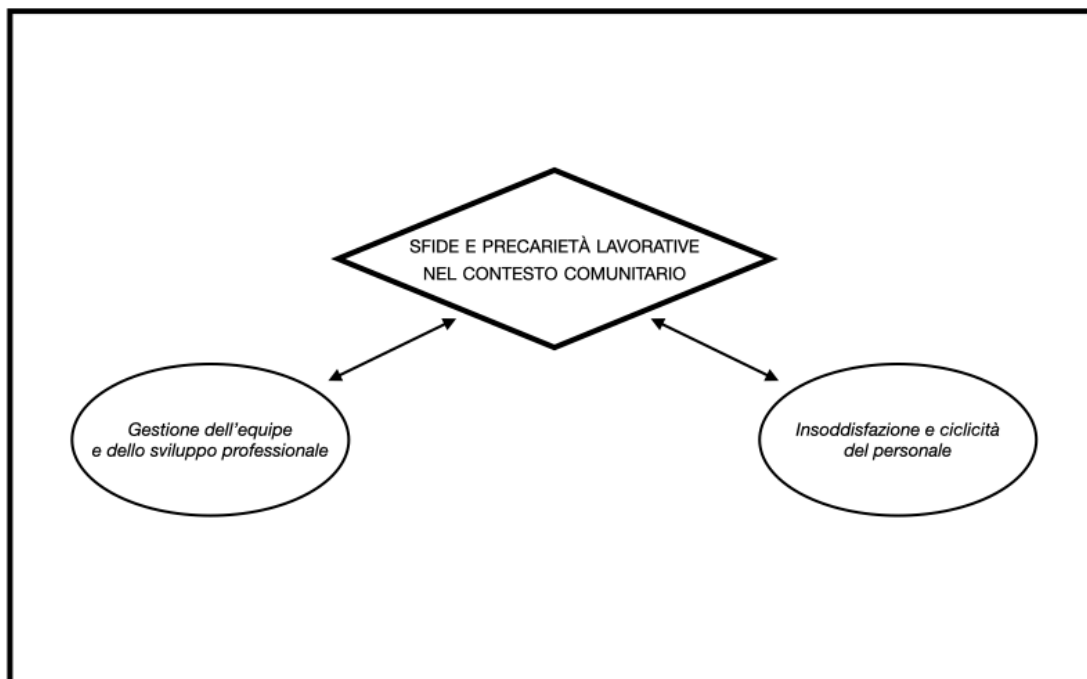


Figura 3.: mappa del tema "Sfide e precarietà lavorative nel contesto comunitario"

4.3.1. Gestione dell'equipe e dello sviluppo professionale

All'interno di questo sotto-tema sono stati raggruppati una serie di stralci di testo che fanno riferimento al livello di preparazione del personale delle CT e alle possibilità formative che gli operatori hanno prima e durante il lavoro in struttura. Dalle risposte dei responsabili emerge che lavorare in comunità non è scontato per tutti, in quanto richiede di costruire delle relazioni con gli utenti che inevitabilmente portano l'operatore a mettere in discussione sé stesso e a cambiare. Ecco alcuni frammenti:

“Ti deve piacere, devi essere molto flessibile, devi essere una persona come dire... che si piega ma si rialza, che non si fa abbattere, devi saperti mettere in discussione sempre, quindi secondo me ci sono delle caratteristiche proprio di personalità che se vuoi lavorare in comunità devi avere.” (V1)

“Diciamo sempre a chi arriva – tu ti stai mettendo nella posizione di fare un lavoro che ti cambia e ti cambierà profondamente, quindi essere anche disposto a metterti in gioco, quindi metterti anche nella posizione di fatti toccare su alcune cose”. (M2)

“L'operatore, che fonde quelle che sono le competenze professionali con una relazione, un'interazione quotidiana fatta con altri individui sulla co-costruzione di obiettivi comuni; quindi necessita che chi fa questo lavoro sia disposto esser stesso, in primo luogo, a cambiare: capito qual è la cosa difficile? Per quello dico non tutti sono in grado, perché non tutti son disposti a cambiare sé stessi per trovare un punto d'incontro con gli altri”. (M1)

Per quanto riguarda il bagaglio teorico-tecnico del personale, gli intervistati sostengono che il livello è generalmente basso. Questo accade principalmente perché mancano occasioni formative specifiche sul tema “consumo di sostanze” sia negli ambienti accademici specializzati (corsi universitari per psicologi o educatori, per esempio), sia nei percorsi formativi di infermieri e OS.

“Anche chi ha una laurea e quindi ha fatto degli studi ad hoc per fare l'educatore, ad esempio, purtroppo di sostanze non se ne parla mai, almeno di che io ho ricordi, e quindi arrivano educatori appena laureati che non sanno nemmeno che cos'è il metadone”. (M3)

“Un'altra difficoltà nella comunità per tossicodipendenze... mah, mi verrebbe da dire un po' di tutte le comunità, è la poca formazione degli educatori, cioè che l'educatore a volte si trova ad avere la triennale che si sente già pronto, quindi c'è poco post-formazione, ok? Per cui ci si forma poco o si pensa di essere arrivati a sapere tutto”. (M5)

“Non c'è nessuna formazione adeguata dal mio punto di vista. Nel senso che per quanto riguarda le dipendenze, non trovo che le persone siano formate dall'università, ma neppure dagli altri enti, perché parliamo magari di infermieri – va beh gli infermieri comunque sono universitari – oppure gli OS, perché sono stati per esempio introdotti le figure degli OS e quindi (la formazione) non c'è quasi mai o c'è – come dire - una formazione piuttosto superficiale e a volte non c'è neanche quella insomma”. (V6)

I responsabili, inoltre, definiscono fondamentali il lavoro d'equipe e i momenti di supervisione e di formazione sul campo, non solo per sopperire alla mancanza di conoscenze e competenze specifiche sopracitate, ma anche per costruire prassi condivise insieme a tutti i colleghi. In questo modo, le competenze sviluppate vengono calate su quello specifico ambiente comunitario e l'operato dell'equipe adattato alle varie dinamiche comunitarie.

“Si parte sempre dal presupposto di << definiamo chi è l'educatore >>, ma definiamolo in quel contesto, non in generale. Quindi, che l'educatore per la comunità x che è educatore... o meglio, quale tipo di educatore volete essere in una comunità x, perché non possa essere lo stesso educatore in una

comunità per mamme e bambini e lo stesso educatore una comunità per tossicodipendenti”. (M5)

“Ognuno di noi ha la propria formazione, però andare a cercar una formazione sul campo e cioè strettamente legata a quello che noi viviamo nella comunità è di fondamentale importanza, perché altrimenti sei proprio risucchiato dalla pratica”. (M4)

“La formazione sul campo è necessità, si fa nel momento in cui la persona arriva insomma”. (V6)

“La formazione, la supervisione che naturalmente facciamo e che ci permette di, come dire, essere sempre più vicini ai bisogni o comunque essere veramente opportunità di cura per le persone che accogliamo”. (V5)

“L’equipe è un aspetto fondamentale del lavoro in comunità, cioè ha un’importanza veramente grande, se no si relega l’intervento solo al responsabile e non è giusto, perché vivrebbe di un’incoerenza, di una continuità anche con gli altri operatori. Cioè, io devo sapere quali sono i messaggi che arrivano anche da tutti gli altri, perché sennò facciamo i genitori separati in casa ed è un casotto”. (M6)

L’importanza della formazione in loco è avvalorata anche dal fatto che una parziale soluzione alla mancanza di strumenti operativi nei neoassunti è stata individuata nel tirocinio presso le strutture. Esso diventa occasione per familiarizzare e formarsi in condizioni protette, prima di entrare a far parte a tutti gli effetti di un’equipe di lavoro.

“Gli operatori molto spesso che funzionano nella nostra struttura sono operatori che magari hanno fatto tirocinio, magari hanno frequentato la comunità e dei 10 che ti arrivano forse uno riesci a dire << Ok questo va bene per portare avanti questo lavoro >>”. (M2)

“Ci sono delle persone che magari hanno acquisito qualche competenza perché hanno scelto di fare dei tirocini e quindi a volte nel nostro caso, per dire, è anche un mezzo di selezione quello, cioè aver conosciuto le persone attraverso il tirocinio, averle conosciute e quindi averle un po’ aiutate a crescere e un po’ abbiamo valutato che hanno le caratteristiche adeguate a questa tipologia di lavoro, può essere una via di mediazione rispetto alla mancanza di informazione, ecco”. (V6)

“Ricordo, a me il tirocinio è servito, perché Io sono entrata in un mondo che sembra un mondo parallelo. Ma farlo da tirocinante con calma è un discorso, farlo in dieci giorni perché il quindicesimo sei in turno è un altro”.
(V7)

È evidente che formazione e la supervisione durante il lavoro in comunità sono riconosciuti come momenti fondamentali da tutti i responsabili e, a seconda della regione, il primo o entrambi gli strumenti sono prerequisiti inseriti nell’accreditamento. Nonostante ciò, solo alcune realtà vi investono tempo e risorse. Da notare come la supervisione sia configurata più come strumento di confronto tra i membri dell’equipe per monitorare il benessere degli operatori, che come supervisione clinicamente intesa su un caso specifico.

“Noi abbiamo uno spazio di supervisione per lavorare sull’equipe, quindi non sull’utenza e su questo abbiamo avuto momenti in cui c’è stato tanto lavoro da fare”. (V7)

“Per cui la formazione che stiamo facendo, la supervisione che stiamo facendo - e adesso inizieremo anche un iter supervisivo-formativo nella gestione delle acuzie per cui la gestione in fase attiva delle psicosi - come dicevamo prima al di là dell’intervento, come intervenire poi con queste persone sono veramente i temi dove noi abbiamo bisogno di crescere, di formarci, mai termineremo di imparare [...]. Ecco quindi c’è un grande lavoro da fare noi all’interno e sull’approccio, sul cambiamento

dell'approccio, sul cambiamento degli strumenti, sul lavoro del gruppo: certo che noi arriviamo fino a lì, poi abbiamo bisogno anche di figure - come dicevo poco fa - di altri servizi". (V5)

"Serve una supervisione in qualche modo per permettere all'equipe di parlare di sé. Io la supervisione raramente l'ho utilizzata per la discussione dei casi clinici, l'ho utilizzata come strumento terapeutico di gruppo e cioè: << Come stiamo? Eh, non ce la faccio più; Eh i turni sono pesanti >>. Per decomprimere fondamentalmente". (M4)

In molte comunità il supporto formativo e di supervisione non è sufficiente, o addirittura assente, per mancanza di tempo e/o perché le cooperative non configurano come importante investire risorse.

"Purtroppo quello che manca in queste la realtà è, non in tutte, ma nella maggior parte è proprio la mancanza anche, non solo di tempo per l'equipe settimanale, ma anche proprio delle supervisioni, che secondo me è fondamentale una supervisione e un'equipe". (M3)

"In molte comunità c'è (la supervisione), in altre non c'è, in altre è fatta occasionalmente, anche se sarebbe prevista dall'accreditamento. Cioè il fatto che ci sia una supervisione, almeno in Veneto - ma mi pare anche nelle altre regioni - il fatto che ci sia una supervisione della comunità è previsto, sarebbe obbligatorio. Però io so che in molte non viene fatta". (V2)

"(Formazione e supervisione) sono fondamentali per me, andrebbero implementati. Ma calcola che, sempre per quel discorso di cui ti facevo... che ti facevo prima - cioè massimizzare i guadagni riducendo le spese - le cooperative se tu non... tu non vai lì a dire << Conditio sine qua non supervisione, conditio sine qua non formazione >> se ne infischiano". (M4)

“Io purtroppo non l'ho mai avuta (la supervisione); cioè io ho lavorato 10 anni nelle comunità e non ho mai avuto la possibilità di avere un supervisore esterno pagato dalla cooperativa, mai in nessuno dei due casi (le due cooperative in cui ha fatto da responsabile)”. (M3)

4.3.2. Insoddisfazione e ciclicità del personale

Attraverso il sotto-tema *“Insoddisfazione e ciclicità del personale”* il focus è sempre sugli operatori della comunità, ma si è analizza la condizione lavorativa sul versante del benessere.

Dai dati testuali è emerso che fare l'operatore non è un'occupazione stabile nel tempo: nell'ambiente comunitario è diffuso e considerato “naturale” il burnout, sia perché il lavoro è a stretto contatto con la sofferenza degli utenti, sia per la frustrazione legata alla scarsa efficacia dei percorsi

“Allora, perché il burnout? Uno, perché in qualche modo è una questione fisiologica all'interno di un lavoro in cui per forza di cose sei a contatto con la sofferenza; soprattutto in comunità”. (M4)

“Altri perché, dopo un po', sono andati in burnout, perché questo è un lavoro che ti asciuga eh, se lo fai in un certo modo ti aspira proprio tanto. La fatica più grande che io facevo all'inizio era provare a lasciare qui, non i ragazzi intesi come ti dicevo prima, ma lasciare qui il loro dolore, perché non me lo potevo continuamente portare a casa”. (M6)

“Altra criticità [...] è il turnover degli educatori: c'è un cambio legato tantissimo a tutto quello che siamo detti prima: senso di incompetenza e frustrazione, quindi tanta gente cambia”. (M5)

“Il burnout è alle porte il nostro lavoro continuamente, è assolutamente fondante conoscersi e conoscere me all'interno di questo sistema. Perché la dipendenza è un ambiente... cioè è una patologia affascinante, ma è fuoco; nel senso che va gestita, ti coinvolge, alcuni dei ragazzi muoiono, alcuni dei

ragazzi non ce la fanno, hai a che fare con delle famiglie distrutte e coinvolgenti, c'è tutta una parte di negatività che ti assorbe". (V4)

Inoltre, l'alto tasso di turnover è argomentato dai responsabili sostenendo che lavorare in comunità non è un impiego che le persone sono disposte a fare per tutta la vita. Il ruolo di operatore è spesso un'occupazione transitoria, molte volte ricoperta da psicologi in formazione che aspirano ad altre posizioni lavorative.

"È un lavoro che fai per un periodo della vita, non lo fai per tutta la vita. Un po' perché comunque c'hai le notti eccetera, quindi quello già è complesso, nel senso di reggerle per tanto tempo; un po' perché a volte c'è necessità proprio di sperimentarsi in altro. E poi a volte perché proprio ti accorgi di come non riesci più a star dietro ai bisogni nuovi che vengono dai ragazzi". (M2)

*"Spesso, l'educatore in comunità - *** ne era un esempio - è un... non è un educatore, ma è uno psicologo in formazione; magari è uno psicologo che si sta pagando la scuola di psicoterapia facendo l'educatore. [...]. Di riflesso c'è il fatto che poi c'è un turnover enorme, perché se è un lavoro di transizione, se è un lavoro per pagarmi la scuola, va da sé che ogni 2/3 anni vuoi per il burnout, vuoi perché l'educatore ha trovato lavoro come psicologo, vuoi perché non lo so non so cosa, però in ogni equipe in cui sono stato ovviamente le persone cambiano lavoro spesso". (M4)*

"Alcuni (operatori) hanno abbandonato perché hanno preferito prendere altre strade anche rispetto a questo titolo di studio e mi sembra anche giusto e doveroso [...]. Quindi, capisco che un giovane che ha studiato per fare il terapeuta, che dopo un po' se ne vada mi sembra plausibili". (M6)

Un intervistato ha esplicitato che una conseguenza negativa della ciclicità del personale nelle CT è la non possibilità di consolidare modelli di lavoro condivisi, il che ha ricadute sulla qualità del lavoro.¹³

“Questa è una criticità... perché anche il turnover degli educatori poi cosa comporta? Che tu li puoi anche formare, puoi anche creare un modello condiviso, co-costruito, ma il continuo cambio non te lo permette poi; perché il continuo cambio ricade anche sui ragazzi, perché il continuo cambio ricade anche sull'organizzazione quotidiana. Quindi, ecco, un po' sulla qualità, questo sicuramente”. (M5)

La questione si complica ulteriormente a causa dalla mancanza di risorse a disposizione nelle CT, che alimenta la precarietà lavorativa. Vengono descritti come elementi critici sia il mancato adeguamento al caro vita delle rette da parte delle regioni, sia la logica aziendale su cui si fondano le cooperative del privato sociale: il loro obiettivo principale è massimizzare gli introiti, non erogare un servizio di qualità.

“Nessuno vieta – al di là delle figure e dei profili che tu devi avere per essere accreditato – nessuno vieta di assumere il cuoco, un altro operatore sociosanitario o ampliare il ruolo dell'infermiera, nessuno te lo vieta. Ma se la retta è quella, non posso farmi carico di queste spese qui”. (V5)

“Ci rendiamo conto che sarebbe veramente utile un maggior investimento di risorse finanziarie nell'ambito delle dipendenze, per poter assumere altre figure professionali, proprio per gestire la quotidianità”. (V5)

“Avendoci magari maggiori agevolazioni dal punto di vista economico avremmo potuto avere più personale, allora potremmo avere più... accontentare più persone che comunque fanno un lavoro molto duro”. (M7)

¹³ Si è deciso di riportare questa citazione, nonostante sia una voce fuori dal coro, in quanto si ritiene che contenga informazioni rilevanti ai fini della ricerca.

“Fermo restando, al di là di tutto, che è un lavoro difficile, è un lavoro sottopagato, è un lavoro che le cooperative tendono a sottostimare da un punto di vista numerico al fine di massimizzare i guadagni, ecco”. (M4)

“Poi ci sono limiti oggettivi rispetto alle risorse perché se appunto, come si parlava all'inizio, io ho tot di retta quindi ho un budget limitato, il numero del personale che posso utilizzare, anche l'accreditamento da dei criteri di minima, ma sono dei criteri piuttosto esigui rispetto a quelle che potrebbero essere le esigenze per fare attività diverse e così via. È chiaro che te ne fai una ragione e mantieni la struttura con i mezzi che puoi. Però questo vuol dire sollecitare le persone a turnistiche che possono risultare pesanti; quindi, che non vanno nel senso di alleviare le situazioni di stress e così via insomma ecco”. (V6)

La mancanza di risorse si traduce in compensi economici non adeguati e personale numericamente insufficiente per coprire il fabbisogno della comunità. Tali questioni non solo sono di per sé citriche, ma alimentano anche l'insoddisfazione degli operatori, concorrendo all'alto tasso di turnover (e burnout) sopracitato e alla conseguente riduzione della qualità del servizio offerto agli utenti.

“Abbiamo a che fare con aziende (le cooperative del privato sociale), sei il dipendente di un'azienda: l'azienda mira al profitto e spesso mira al profitto attraverso una riduzione della spesa. Quindi, si ha a che fare con un personale drammaticamente sottopagato; si ha a che fare con personale sottostimato da un punto di vista numerico”. (M4)

“Tutto è connesso anche ai contratti delle cooperative ... del privato-sociale. Per cui ci sono veramente - come dire - stipendi anche bassi; quindi, tanta gente dice << Vado in pizzeria perché almeno guadagno di più >> oppure << Vado a lavorare in fabbrica, perché sabato e le domeniche.... chi me lo fa fare a prendere vaffanculo, schiaffi e botte per due becchi? >>”. (M5)

“Gli stipendi degli educatori veramente terrificanti. Per cui a un certo punto è vero che c'è la passione, è vero che c'è il desiderio, però bisogna anche mangiare”. (M3)

“Mi metti nella condizione di usare gli operatori e di non dargli un ambiente favorevole al respiro. Quindi, io non posso avere un operatore che è preoccupato di ammalarsi perché altrimenti un collega lo prende in quel posto, perché deve andare a coprire anche i suoi turni, questo non aiuta nell'esercizio della propria funzione quotidiana”. (M6)

Riassumendo, in questo paragrafo è stato presentato il terzo tema, in cui sono stati inclusi i frammenti di intervista riguardanti la comunità terapeutica in quanto ambiente di lavoro. L'attenzione dei responsabili si è focalizzata sul personale delle comunità, evidenziando la preparazione teorica e le competenze professionali dei vari profili nelle strutture. Sono stati discussi anche il ruolo della formazione e della supervisione, la qualità della vita lavorativa e la gestione numerica ed economica del personale.

4.4. Quarto tema: Progettare il percorso nella comunità

Il tema “Oggetto d'intervento” è stato utilizzato come lente conoscitiva per fare emergere come i responsabili configurano l'obiettivo del servizio offerto dalla comunità e come ne valutano gli esiti. Inoltre, si è evidenziato l'impatto che la scelta dell'obiettivo ha sugli utenti in termini di traiettorie identitarie. In particolare, sono emerse due scenari contrastanti: mantenimento dell'identità del tossicodipendente e promozione di un ruolo identitario alternativo.

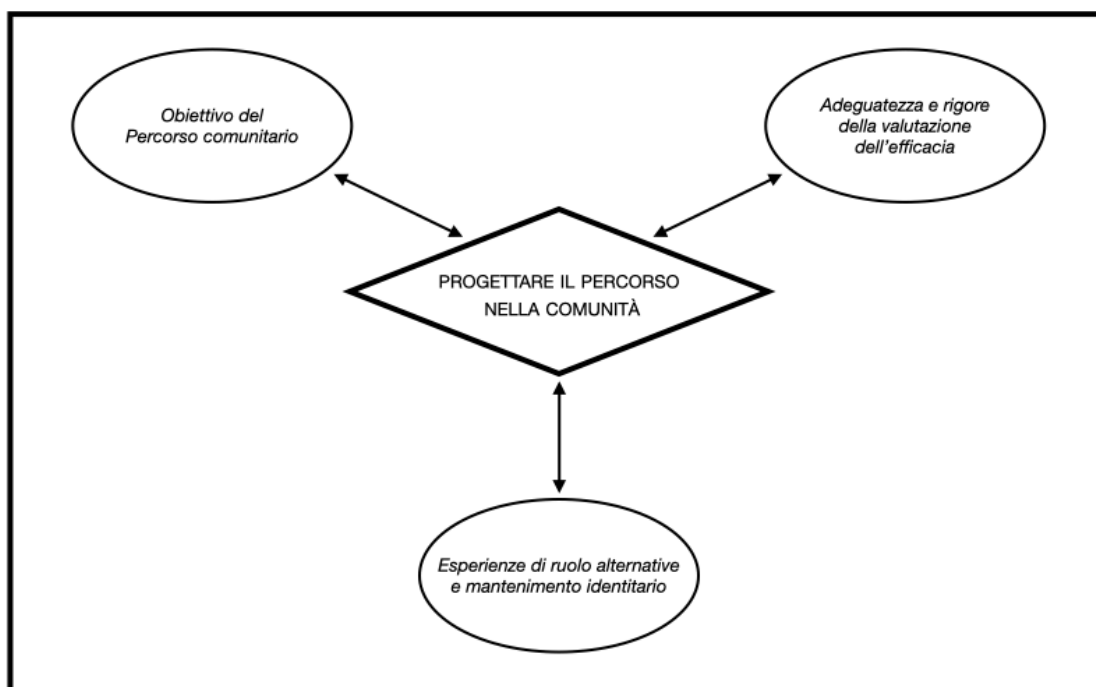


Figura 4.: mappa del tema "Progettare il percorso nella comunità"

4.4.1. Obiettivo del percorso comunitario

Il presente sotto-tema descrive quali sono i macro-obiettivi e le aspettative che le CT definiscono per i propri utenti. Dalla codifica dei testi è emerso che oggi l'astinenza non è un indicatore di risultato valido, tanto meno può essere considerato l'obiettivo del percorso terapeutico. A tal proposito i responsabili affermano:

“Usare o non usare (le sostanze) non penso sia un indicatore, perché poi se io considero che le sostanze non c'hanno più una differenziazione in legali e illegali [...], la sostanza illegale potrebbe essere sostituita con X questioni o comportamenti, o con altre sostanze anche legali”. (M2)

“Le stesse persone che entrano qui entrano con l'idea che lo scopo è smettere, ok? Che va bene, non è che non va bene, ok ci sta. Però anche lì va calata, perché non tutti smettono, anzi qualcuno ti dice “Io lo so che spizzicherò sempre”. (M5)

“Non si può pensare che (gli utenti) non usino più sostanze, nemmeno lontanamente”. (M3)

“Qual è l'obiettivo? L'astinenza dalla sostanza? Benissimo. Ti porto due anni in cima al Monte non so cosa: qui ci sono gli animali, c'è il campo, c'è l'orto, c'è il laboratorio. Stai qui due anni, sei stato astinente, sei disintossicato: a posto, vai. Il tasso di ricaduta nei primi 5 anni., avrai modo poi di vedere le statistiche, è enorme, è enorme”. (M4)

“Cercare di far capire ai pazienti che una ricaduta non è necessariamente la ricaduta da rientrare in comunità o rovinare tutto. Cioè ci sono pazienti che sono riusciti a fare una scivolata con l'alcool o con uso di una volta sola e poi hanno ripreso in mano, con un colloquio, con un colloquio in comunità. Quindi questo non è fallimento”. (V7)

Nonostante ciò, la configurazione dell'astinenza dalle sostanze come obiettivo realizzabile abita ancora i discorsi di chi lavora nella rete dei servizi per le dipendenze.

“L'aspettativa del mandato istituzionale e del mandato sociale è quella... la mission per cui la persona smetta di usare sostanze. Quindi, ci si muove tutti per smettere di usare le sostanze, si fanno tutte proposte con l'idea di far sì che non si usino più le sostanze: << Evita quel posto, tutelati in quel modo >>. Quindi, c'è l'aspettativa per cui la persona entra qui che usa sostanze ed esce da qui che non le userà più”. (M5)

“Il mantenimento dell'astinenza rimane comunque uno dei parametri importanti: dopo “x” tempo, che è variabile a seconda del soggetto, una persona comincia a uscire - prima accompagnato, poi con i familiari, poi in autonomia - a tornare a casa [...]. Ci sono i controlli tossicologici quando rientra, ci sono i controlli tossicologici al servizio quando esce. Per cui, comunque sia, uno dei nostri obiettivi è che la persona cerchi di non utilizzare più sostanze”. (M7)

“Nelle comunità vecchio stampo io ti salvo, ti do addirittura il diploma alla fine del percorso fatto, come se avesse fatto le scuole superiori. Quindi, una giornata di festa in cui tu sei guarito e non toccherai più la sua stanza”.
(M3)

“Una cosa che spesso avviene nell'area delle dipendenze è confondere uno strumento, ossia l'astinenza, con il risultato, ma non è esattamente la stessa cosa. È un discorso complesso, ma molto importante”. (V2)

Un obiettivo alternativo all'astinenza proposto da alcuni intervistati è lo sviluppo di competenze/strumenti per la gestione delle sostanze e più in generale della propria vita, a prescindere dal fatto che l'ostacolo sia la droga, l'alcol o altro. Il focus viene spostato dalla sostanza alla persona.

“Perché il concetto era sempre quello di non precludere ai ragazzi da parte della comunità il “No questo non lo puoi fare”, ma in realtà era insieme trovare gli strumenti affinché uno potesse continuare a seguire le sue passioni, che magari uno poteva essere appassionato di musica techno, piuttosto che, quindi non era il dire “No, non ci posso andare più perché inevitabilmente devo stare a contatto con le sostanze e non riesco a reggere”, ma scoprire che uno può anche avere strumenti per farlo, o dall'altra parte il ragazzo stesso che si renda conto di dire “No, questo posto non lo frequento perché non riesco ad avere... a starci, oppure non crea più quella sensazione che mi dava prima, per cui scelgo altro, sperimento altro”. (M2)

“Il percorso comunità ci abbia l'unica funzione che è quella dei costruire competenze; e quelle competenze l'unico modo che c'hai per verificarle solo il fatto che riesco a ricostruirmi una funzionalità sociale laddove l'ho rotta o costruirla laddove non c'è l'avevo”. (M2)

“Io ho qui persone che sicuramente usciranno e si riavvicineranno alla sostanza. Secondo me non dobbiamo far passare loro che non devono più utilizzarla, ma come poterla gestire”. (M5)

“Quello che cerchiamo, secondo me, di raggiungere noi è lo sviluppo di un potenziale di cambiamento che vuol dire che cambiare, il cambiamento, non è passare da “A” a “B”, perché passare a “B” vuol dire aver cambiato stato. Sviluppare potenziale di cambiamento vuol dire che un individuo dovrebbe, a mio avviso, dopo un percorso, padroneggiare la capacità di passare da “A” a “B” a “C” a “D” a “E” a “F” etc. tutte le volte che vuole e ogni qual volta ne percepisce il bisogno o ritiene utile raggiungere un obiettivo in funzione della conoscenza che ha delle cose che vive, dei bisogni che ha e dei desideri che vuole raggiungere”. (M1)

Altri responsabili si allontanano dall’idea che l’astinenza possa essere il fine del percorso in CT, o comunque assumono una posizione più moderata su tale questione, indicando l’obiettivo con una serie di etichette che spostano ancora una volta il focus sulla persona, non sul consumo: funzionamento, autonomia, qualità/stile di vita.

“L’idea di salvare un po’ le persone è un po’ scemata [...]. Sostanzialmente il nostro obiettivo adesso è di ricevere i pazienti, vedere quello che possono fare, dove possono andare e cercare di accompagnarceli verso il maggiore funzionamento”. (M7)

“L’astinenza è uno strumento, ma l’obiettivo è la qualità della vita”. (V2)

“Riuscire a fargli vedere che la l’uso di sostanze di per sé è l’ultimo... è la punta dell’iceberg di uno stile di vita e quindi cercare di fargli capire che vanno messe le mani nello stile di vita. E quindi in relazioni, legami, pensieri, meccanismi soprattutto mentali. Quindi non basta la pastiglia, ma ci serve tanto allenamento su pensieri diversi e apertura è messa in discussione e questo lavoro più grosso da fare”. (V7)

“L'obiettivo che abbiamo per ogni paziente, che è raggiungere la maggiore autonomia possibile, in tutte le aree della vita [...]: quella abitativa, quella lavorativa, ovviamente all'autonomia rispetto all'assunzione di sostanze stupefacenti e a una equilibrio, quindi a un'autonomia da un punto di vista delle passioni ludico-ricreative eccetera”. (V4)

4.4.2. Adeguatezza e rigore della valutazione dell'efficacia

Si procederà ora dando spazio a come gli intervistati hanno descritto il processo di valutazione dell'efficacia dei percorsi terapeutici proposti nelle CT.

Dai frammenti emerge come si tratti di una prassi carente nelle strutture e che viene sottovalutata a livello istituzionale, anche da parte di chi dovrebbe assicurarsi che venga eseguita adeguatamente ed esaminarne gli esiti.

“Nel nostro caso a volte la valutazione neanche la facciamo, perché il servizio ci dice << Sono finiti i soldi >>. Quindi, ti ritrovi a fare una relazione di andamento che dice va tutto bene”. (M5)

“Questa è una nostra pecca... eh sì, eccola qua... adesso te la tiriamo fuori. Nel senso che dovremmo... adesso ci attrezziamo, perché ad ora non facciamo, per fare uno strumento di valutazione all'ingresso”. (V3)

*“Ci siamo resi conto di quanto siamo scarsi in questo ambito (la valutazione), non solo noi come privato regionale. ma anche pubblico [...]. Oggi siamo molto molto in itinere rispetto al lavoro, ma non c'è uno strumento. In regione sai, non solo come ***, te lo dico perché è proprio una questione regionale. (V1)*

“La valutazione, come la rendicontazione, è sempre stato un problema perché sei preso dalla quotidianità, dal fare, dal rispondere alle emergenze eccetera [...]. Oggettivamente è una cosa carente, nel senso che viene chiesta poco, è più importante risolvere il fatto che le persone non stiano per

*strada, non creino problemi, non ci sia allarme sociale [...].
“Nell’accreditamento c’è questa richiesta di rendere, di dare conto dei
risultati, ma poi chi valuta questa cosa non c’è. C’è un’autovalutazione
nostra [...]. Io ho visto che si riduce meramente... spesso la maggior parte
dei discorsi sono meramente burocratici: produrre documentazione cartacea
che poi rispetto alla qualità del servizio dice poco secondo me”.* (V6)

Per certi versi, risulta anche poco chiaro che cosa si debba valutare: viene messa in evidenza la necessità sia di definire che cosa si valutata, sia che si diffondano strumenti valutativi omogenei nelle CT, ma anche nei servizi territoriali.

“Intanto bisogna mettersi d’accordo su cosa valutiamo. Sai che tradizionalmente la valutazione dei percorsi per le dipendenze era basata sull’astinenza [...]. Oggi questa cosa, questa valutazione tradizionale che è ancora molto applicata è assolutamente obsoleta. Oggi una valutazione di un percorso si fa sulla qualità della vita e sul funzionamento, cioè sulla capacità riabilitative [...] ma voglio dire bisogna mettersi d’accordo su cosa usare: oggi quei pochi che fanno le valutazioni, ognuno usa uno strumento diverso dall’altro”. (V2)

“Ammettissimo anche << Beh, ok ti chiamo, sento che stai bene, faccio una valutazione a posteriori >>: non so come puoi valutare l’esito, nel senso che dico << Vabbè è andata bene, ma perché? >>. Cioè cosa è che mi dice che è andata bene? Qua si ritorna al fatto che bisogna raccogliere meglio i dati prima e definire bene il percorso” (V1)

“Poi quello che è un problema è proprio la capacità di capire e valutare il percorso, quello che può essere la coerenza di un progetto [...]. Oggi non c’è proprio chiarezza, non c’è chiarezza nemmeno fra obiettivi e strategie”. (M5)

“(Valutare) la funzionalità è una cosa che devi scegliere cos’è; nel nostro caso è lo sviluppo di competenze, non smettere di drogarsi”. (M1)

Inoltre, coerentemente con il sotto-tema *“Obiettivo del percorso comunitario”*, dai testi emerge che valutare l’efficacia di un percorso utilizzando l’astinenza come criterio è una modalità riduzionista non adeguata.

“Molte volte la riduzione è “fa uso di sostanze o non fa uso di sostanze”, ma non è possibile in una malattia cronica-ricidivante come la tossicodipendenza basare il trattamento o l’esito del trattamento solo sui momenti di acuzie; perché è una contraddizione in termini”. (V4)

“La valutazione, nella mia realtà, ad oggi viene sempre data da “uso o non uso”, quindi se uso sono un tossico, se uso non sono guarito; se non uso sono guarito, ok? Fermo restando che si lavora anche su altre dimensioni di una persona: la dimensione affettiva, la dimensione un pochino più identitaria... però lo scarto sembra un pochino quello”. (M5)

“Tendenzialmente, nell’approccio medico, ma anche nell’approccio del passato sul lavoro con le dipendenze si considera l’efficacia dell’intervento come l’astensione all’uso delle sostanze: quindi, se ti droghi stai male, se non ti droghi più sei guarito. Quindi, l’indicatore è aver smesso un certo tipo di condotta [...]. È una visione riduzionista dell’individuo, perché la riduce a usa o non usa sostanze. Molte comunità guardano a questo aspetto e ti direi anche molti servizi delle dipendenze si basano su questa impostazione medica, e cioè che se non usi più la sostanza, allora sei guarito”. (M1)

“Prima di tutto bisogna chiarire che la valutazione si fa su questo, cioè sul funzionamento e non sull’astinenza [...]. C’è anche la valutazione dell’astinenza o comunque dell’uso di sostanze, che però nella nostra valutazione non è il parametro, se uno usa ha fallito o se uno non usa non ha

fallito, ma è uno dei parametri all'interno di un contesto di valutazione di qualità della vita". (V2)

Una modalità valutativa che, invece, viene adottata e condivisa da alcuni responsabili è basata sul raggiungimento degli obiettivi che sono stati definiti all'inizio del percorso terapeutico, insieme ai servizi territoriali.

"Abbiamo dei questionari e delle valutazioni per cui lo valutiamo in base a degli obiettivi che sono stati definiti e che sono stati naturalmente posti in essere ritenuti realistici, per quanto riguarda l'inserimento lavoro, per quanto riguarda la ritenzione al trattamento, per quanto riguarda la presa in carico medico sanitaria e quindi la cura medico-sanitaria su alcune patologie, ecco e per quanto riguarda - come dire - proprio la ritenzione trattamento è l'elemento principale". (V5)

"Abbiamo un questionario esiti che somministriamo dopo la dimissione e che valuta, in base alla fotografia fatta all'atto dell'ingresso e agli obiettivi che c'erano all'atto dell'ingresso, dove è arrivato il ragazzo". (V4)

"Gli strumenti tecnici ovviamente per valutare il percorso della comunità sono i piani terapeutici individualizzati, anche questi da noi almeno previsti da decreto della giunta regionale da DGR, quindi c'è un sistema di obiettivi e di strumenti: il raggiungimento o meno degli obiettivi da la misura, diciamo, della qualità del percorso comunitario". (M7)

"Diciamo che ogni due o tre mesi facciamo le verifiche - le chiamiamo verifiche appunto - di come sta andando il percorso. Insieme con il SerT diciamo: << Ha raggiunto questi obiettivi, piuttosto di quelli >>. All'inizio la progettualità viene fatta assieme col SerT e ci dice << Guarda questa persona deve venire dentro per sei mesi per questo motivo: perché dobbiamo trovargli l'amministratore di sostegno, piuttosto che dobbiamo sistemare di nuovo la casa, etc. >>". (V3)

In termini di testistica, uno strumento concreto citato da più voci per la valutazione dell'efficacia è l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento) recovery, che consente di valutare la l'utente della CT in termini di funzionamento.

*“Si parlava con *** (il supervisore) di inserire dell'ICF, che ora non facciamo ti dico la verità, e poi mi pare che possa essere fatto dopo sei mesi”. (V3)*

“Usiamo l'ICF dipendenze, adesso è ICF recovery, che ti consente di fare una valutazione... più valutazioni nel tempo e abbiamo provato a farle. È uno strumento molto duttile che possono utilizzare non solo gli psicologi, possono utilizzarlo anche gli operatori. Quindi, lo facciamo molto a distanza di tempo e ci dà una uno sguardo di insieme, sostanzialmente, di quello che poi è il funzionamento del paziente. Per cui ce l'hai all'inizio, ce l'hai dopo un po', ce l'hai ancora un'altra valutazione eccetera. Per cui è uno schema sostanzialmente, perché poi sei tu a farlo. Sei tu a farlo, come un test insomma, è uno schema su cui ci basiamo, però non è che diventa preponderante. Perché poi c'è insomma il nostro punto di vista, l'errore e via dicendo”. (M7)

“ICF ti da una valutazione veramente completa, che prevede anche una parte di autovalutazione all'utente che si auto valuta e quello sarà uno strumento che ad esempio noi inseriamo, perché ti dirà i criteri. È uno strumento che poi alla fine ti dà gli ambiti dove la persona deve lavorare, cioè la l'ambito familiare, l'ambito sociale, le relazioni, ogni ambito è valutato e alla fine di tutta queste domande alle quali rispondi, ti dice diciamo tu dove la persona è carente”. (V1)

“Noi abbiamo proposto [...] uno strumento che valuta appunto il funzionamento, che si chiama ICF recovery [...]. Io propongo questo come strumento di valutazione dei percorsi e degli out come. Quindi uno

strumento basato sulla misurazione della qualità della vita del funzionamento nella vita reale”. (V2)

Per quanto riguarda il follow-up, viene configurato come una prassi importante, ma i dati testuali sono contrastanti circa la sua messa in pratica effettiva. La maggior parte delle strutture sono carenti in termini di monitoraggio post percorso e le cooperative non vi investono risorse economiche.

“Per il follow up noi facciamo un'intervista semi-strutturata telefonica o, meglio, spesso telefonica o anche in presenza”. (V2)

“(Parlando del follow-up) noi riteniamo [...] che sia importante una verifica degli esiti, che sia importante vedere come vanno le cose, sia per noi per modulare il trattamento, sia per il paziente, come specchio rispetto a quello che gli sta succedendo. Per me dovrebbe essere una cosa strutturale. Io so che tante comunità comunque lo fanno, voglio dire, al di là del mero pagamento di questa attività da parte della regione. (V4)

“Una cosa che, per esempio, faticiamo molto a fare, nel senso che sarebbe chiesto anche un follow up del degli esiti, però oggettivamente al momento è stato fatto poco nulla insomma”. (V6)

“Perché poi follow up a distanza o robe così non le facciamo, non sono mai state fatte”. (V1)

“Il follow up è una cosa che la comunità deve fare: non è perché non ti pagano più la retta non è più un paziente nostro: Le cooperative serie devono predisporre anche un servizio di follow up”. (M4)

“Si pensa tanto al prima, come farlo entrare a come farlo stare, ma al dopo e anche ai follow up a distanza di anche mesi dall'uscita dalla comunità purtroppo, secondo me, è una realtà mancante anche a livello proprio di studi”. (M3)

L'unica modalità valutativa post percorso su cui c'è stata molta convergenza tra gli intervistati è una sorta di "valutazione relazionale". Non si tratta di un vero e proprio follow-up basato su criteri scientifici: le CT "monitorano" gli esiti del percorso utilizzando come indicatore il fatto che venga mantenuta o meno una relazione con l'utente una volta terminato il percorso in comunità.

"Noi abbiamo mediamente una cartina tornasole, che è questa: quanti, finita la comunità, mantengono un contatto e una sorta di relazione con noi, cioè si fanno sentire una tantum. Ci dicono che hanno la morosa e te la vogliono far conoscere, alcuni si sono sposati negli anni, hanno figli e li portano [...]. Capisci che stanno bene, se no non si fanno più vivi, cioè quelli che spariscono spesso sono quelli che si barcamenano". (M6)

"In termini più umani, in termini più atmosferici, il buon percorso comunitario io lo valuto in termini di relazione che sono andato ad instaurare: se per la persona la comunità, l'equipe, il singolo educatore, continua ad essere un punto di riferimento, continuo a essere una persona che cerco, continua a essere una persona alla quale senza timore di essere giudicato mi rivolgo, allora la comunità secondo me è riuscita a far un buon lavoro in termini di epoche, cioè in termini di sospensione del giudizio. Quindi, è riuscita a creare una relazione effettivamente di aiuto che poi dopo il paziente spenderà dopo il percorso comunitario". (M4)

"Possiamo valutare il numero di utenti che rientrano in comunità a salutarci, quello possiamo dire, cioè noi la nostra valutazione degli esiti è "Questo ha finito, viene ancora a salutarci". (V1)

"È difficile che un paziente... cioè che noi non abbiamo più contatti con lui, ecco. Nel senso che noi poi facciamo dei momenti di ritrovo, in cui gli ex ragazzi del percorso vengono alle feste, a Natale eccetera... per cui un po' di polso della situazione ce l'abbiamo". (V5)

4.4.3. Esperienze di ruolo alternative e mantenimento identitario

Questo sotto-tema è dedicato ad analizzare gli scenari generati, in termini di possibilità di cambiamento identitario, dai discorsi e dagli atteggiamenti che abitano le strutture.

Alcuni frammenti di testo si focalizzano molto sulla necessità di far sperimentare un'alternativa identitaria agli utenti, sia mediante l'impersonificazione di un ruolo diverso da quello del "tossicodipendente", sia vivendo esperienze alternative a quelle drogastiche o all'esclusione dal tessuto sociale.

“L'educatore deve rischiare, l'unica che mi viene in mente. Sai, alle volte vedo che facciamo fatica in equipe a rischiare, perché è come se avessimo paura << Oddio ricade, oddio ne combina una, oddio qua, oddio là >>. Ma lasciamo un po' stare, proviamo anche a buttarci, mantenendo sicuramente, perché l'istituzione prevede che ci siano delle regole, della chiusura, però riuscire ad andare oltre, alle volte anche rischiare un po' di più secondo me. Rischiare, rischiare che possa succedere qualcosa, anche di male”. (V1)

“(Riferendosi a un episodio in cui il responsabile ha prestato dei soldi a un utente per comprarsi degli occhiali, perché non gli funzionava la carta di credito) lì per lì ho visto che ha sgranato gli occhi, però questa cosa qui l'ha riportata poi in gruppo, l'ha riportata nel colloquio con la psicologa e lui dice:<< Cavolo si è fidato di me, ma io sono stato dentro in galera per furto, questo mi ha prestato i soldi >>. Dobbiamo rivedere la persona, perché qual è la tendenza del tossicodipendente, ma purtroppo anche delle persone che lavorano alla tossicodipendenza? Quello che ti dicevo prima: identificare la persona con ciò che ha fatto”. (M4)

“Bisogna andare a toccare un po' di pilastri rispetto all'idea in questo caso di chi è il tossicodipendente. Ci sono tante retoriche, qui ma anche fuori: tanto non cambieranno mai, tanto tossici rimangono. [...] Quindi, per quanto anche all'interno dell'equipe si riesca a creare un pensiero di questo tipo, ovvero che invece << Il tossico è una persona che il cambiamento

etc.>>, tutto quello che ci possiamo dire fa sempre i conti con un mandato istituzionale per cui, per quanto la comunità faccia, il tossico non cambia. Oppure, viceversa, l'istituzione ti manda una persona perché crede nel cambiamento di quella persona, ma l'equipe non ci crede [...]. Oddio, più ne parlo più mi accorgo che voglio perdere il lavoro [ride]”. (M5)

“Avevamo la volontà di costruire esperienze e nuovi significati da dare alle situazioni da parte dei ragazzi stessi, perché ci siamo accorti di come molto spesso, essendo ragazzi molto giovani, di solito la media sui 22-23 anni, c'era proprio un'esperienza di vita che era molto legata al mondo delle sostanze, o comunque sia al contesto che si crea intorno alla sostanza. Quindi, mancava proprio esperienze che fossero alternativa, ma non alternative nel senso di dire “No, questo è il male questo è bene”, ma proprio riuscire ad avere più alternative nella propria vita, di potersi interrogare e dire << Ok, posso costruirmi percorsi biografici diversi piuttosto che per rimanere ancorato ad alcune situazioni >>.” (M2)

Dai testi, però, emerge come nelle strutture sono ancora molto diffuse retoriche e atteggiamenti che patologizzano la persona che entra in comunità, sovrascrivendo la sua identità con quella del “tossicodipendente”, alimenta da pregiudizi e reificazioni teoriche (parlate e/o agite).

“Il problema grosso è che tante volte il ragazzo è tossico. Entra ed è tossico e gli si mette l'etichetta e si fa fatica proprio a toglierla. In questo pensiero-pregiudizio, che non è un pregiudizio, è così... non è che sia così.... ma devi riuscire anche a togliergliela poi questa etichetta, sennò se la tiene per sempre. Tu devi creare un sistema di regole rigide perché è tossicodipendente, ma stare attento a non cadere nel tranullo che non gli si può mai dar fiducia, che non gli si può mai... che non può essere una persona normale, proprio come noi”. (V1)

“L’utente arriva malato, ma non ha bisogno solo della medicina: è un supporto alla malattia, ma non riesce a curare il sintomo, perché la medicina cura l’espressione del sintomo, non so se mi spiego, tiene a bada un qualcosa, ma non risolve la sua problematica”. (M6)

“Quindi la mia speranza è [...], che ci sia una politica che legga la dipendenza non come un vizio, non solo con gli aspetti antisociali, ma che la veda proprio come una patologia e la tratti come tale [...]. La mia paura è che sempre più la tossicodipendenza venga - come dire medicalizzata, per cui sempre più ci sia una risposta farmacologica, cosa che già avviene in maniera sostanziale e tutt’ora è un po’ la nuova camicia di forza ovviamente sono in farmaci; contro cui io non ho alcun preconcetto se questi sono uno degli strumenti da utilizzare coi pazienti, ma cronicizzare un ragazzino di vent’anni con i farmaci all’interno della sua patologia non lo trovo per niente etico, cosa che potenzialmente potrebbe accadere”. (V4)

“Tra i mille problemi, tra le duemila questioni si era deciso che un utente andava a far il servizio... un tirocinio, tutte le volte che tornava doveva essere perquisito; io ho detto: << Ma scusate, a parte il fatto che se vuole portar qualcosa la porta, la lascia fuori e poi la va a prendere; ma io come faccio a instaurare un rapporto significativo con una persona che tutti i giorni perquisiscono? >>. Per forza di cose il rapporto è polarizzato all’interno di uno schema di relazione polarizzato tra guardie e ladri, dove uno è in ladro e l’altro la guardia. Cerchiamo un attimino di scardinare questo sistema”. (M4)

In sintesi, il tema "Progettare il percorso nella comunità" è stato usato per esplorare i frammenti di testo in cui i responsabili descrivono l'obiettivo della CT e come viene gestita la valutazione dell'efficacia. Sono state inserite in tale tema anche le citazioni riguardanti l'impatto che la scelta dell'obiettivo ha sul percorso di cambiamento degli utenti, identificando due scenari opposti: uno incentrato sul

mantenimento dell'identità del tossicodipendente e l'altro sulla promozione di un ruolo identitario alternativo.

4.5. Quinto tema: Gestione dei tempi d'intervento

L'ultimo tema costruito attraverso l'analisi tematica dei testi delle interviste evidenzia come le comunità terapeutiche e i servizi per le dipendenze sono organizzati secondo modelli obsoleti, che non intercettano le esigenze dei consumatori di oggi. In particolare, non vengono agganciati i giovani e coloro che fanno un uso consistente di sostanze, ma non sono ancora considerati "utenti patologici". I responsabili sostengono che lo stigma associato a questi servizi accentua questo problema e che sia un limite per le CT occuparsi principalmente del trattamento dei cosiddetti pazienti cronici. A tal proposito, sono state individuate tre principali proposte: maggiore flessibilità nei percorsi terapeutici, rinnovamento delle strutture pubbliche per renderle più accattivanti e meno stigmatizzanti, costruzione di relazioni orizzontali e non giudicanti con i giovani utenti.

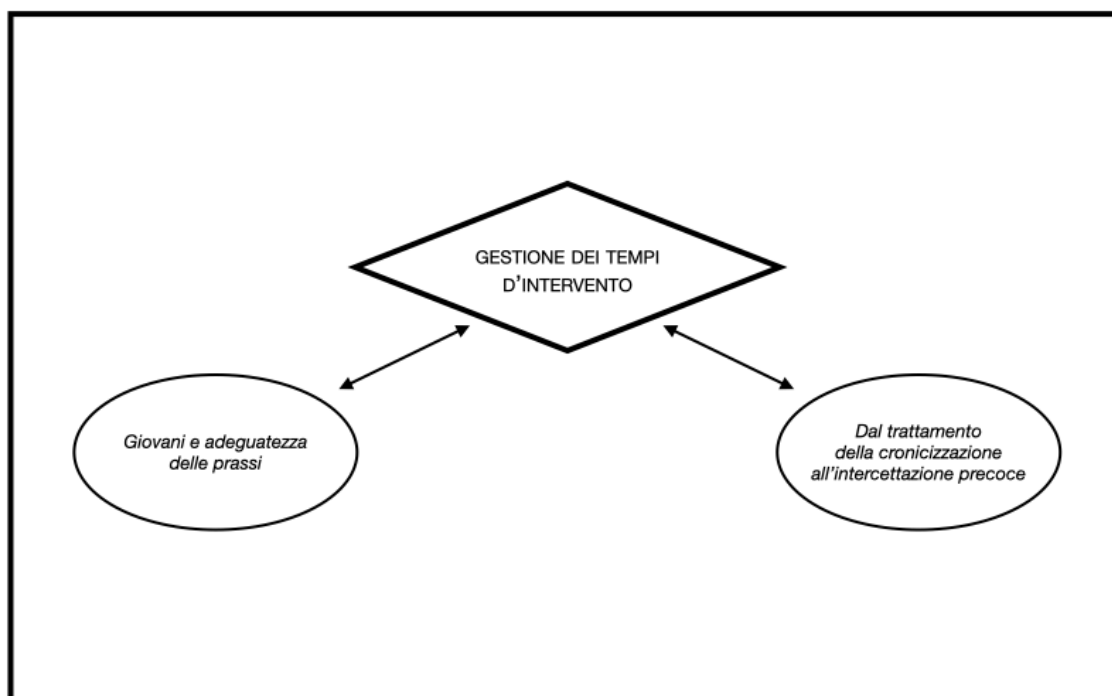


Figura 5.: mappa del tema "Gestione dei tempi d'intervento"

4.5.1. Giovani e adeguatezza delle prassi

Il primo sotto-tema si rifà ai testi che evidenziano come le comunità terapeutiche e i servizi per le dipendenze più in generale sono organizzati attorno a un'utente del passato, non riuscendo a essere responsive alle esigenze dei consumatori di oggi.

“I servizi Ser.T., che sono il primo il primo sportello diciamo che trovano i ragazzi all'interno delle Ulss, che poi sono quelli che dopo una valutazione mandano in comunità i ragazzi, hanno una struttura estremamente vetusta [...]. Hanno degli orari che sono di apertura minori delle poste, per cui non si può affrontare un fenomeno che crea acuzie continuamente ed emergenze continuamente, con un'apertura mattutina e basta. E anche i mezzi con cui affrontano diciamo questo tipo di patologia sono fermi a vent'anni fa, per cui c'è un'incongruenza profonda tra la risposta e l'esigenza di questi giovani pazienti”. (V4)

“La maggioranza, quale più, quale di meno, però la media delle comunità terapeutiche italiane è ancora tarata su modelli nati negli anni 70 per l'eroina. Ci sono quelle che su questo modello hanno inserito dei cambiamenti più o meno importanti, ci sono quelle che sono invece rimaste all'anno zero, cioè all'inizio e ancora seguono questi modelli eccetera; ma sta di fatto che la maggior parte delle comunità che io ho visto ha degli aspetti che sono legati a una situazione vecchia che non esiste più [...]. Se io avessi un problema di dipendenza oppure mio figlio avesse un problema di dipendenza andrei a un SerT? No, siccome io posso permettermele, andare a cercarmi un privato, perché i Sert sono fatti in un certo modo che è stato adatto, molto adatto, hanno salvato molte vite e le comunità hanno salvato molte vite per quella tipologia, ma non sono più adatte alle persone con problemi di dipendenza di oggi, questo è la cosa generale”. (V2)

“Sicuramente abbiamo delle rigidità ancora, legate al vecchio stampo della comunità terapeutica che, secondo me, stiamo però cercando di rivedere, dobbiamo essere più flessibili secondo il mio punto di vista”. (V1)

“Il nostro sistema di accreditamento è stato costruito nei primi anni 2000, ma dall'epoca non c'è più stato rinnovamento. Quindi anche la necessità di creare altre tipologie di servizi è abbastanza risicata, sono stati fatte alcune sperimentazioni, sono stati fatti alcuni... ma le regole dell'accreditamento sono le stesse da più di 15 anni insomma”. (V6)

“Fondamentalmente chi va a S. Patignano ci va non tanto con l'obiettivo di rientrare all'interno di un tessuto sociale, ma per star lì, in qualche modo vive lì, lavora lì. Per carità, rispettabilissimo, ma io non posso proporre a un ragazzo di 18/ 20 anni di essere ghettizzato o di accontentarsi - diciamo così - di vivere in un mondo altro in un mondo altro, in una sorta di mondo virtuale”. (M4)

Questo mancato adeguamento operativo si traduce principalmente in un mancato aggancio dei giovani e di tutta quella fascia di consumatori che non vengono ancora considerati “cronici”, ma fanno un uso problematico delle sostanze.

“Purtroppo non si riesce ad avere... a dare una pronta risposta a quanto sarebbe l'emergenza di adesso, che poi diventa anche una questione di età: cioè tanti giovani non vengono agganciati a tempo debito”. (V7)

“C'è un gruppo enormi di ragazzi di 18/20 anni, 17 che non vengono intercettati dal Sert [...]. Ed è questa fascia di età) che secondo me fatica ad arrivare al Sert, ma fatica quindi poi di conseguenza ad arrivare in comunità. Quindi, arrivano soltanto quelle situazioni di estremo disagio, dove poi rammendare i buchi non è semplice, non è semplice sicuramente”. (M3)

“A me spiace che non abitino i servizi, i giovani pazienti. Perché quando io guardo i miei ragazzi, mi chiedo se 10 anni prima, se 5 anni prima, era possibile fare qualcosa perché non fossero qui. Perché sarebbe bello che in comunità non ci fosse più nessuno, perché i SerT non riescono ad agganciare i giovani pazienti, non c'è verso”. (V4)

“C'è una certa difficoltà ad agganciare i ragazzi giovani [...]. Quando una persona arrivava in comunità che aveva trent'anni era come dire un matusalemme. Adesso è difficile che ci arrivi prima di trent'anni”. (V6)

“Gran parte delle persone che arrivano in struttura, quelle giovani, ci arrivano perché c'hanno gran parte o problemi giuridici o c'hanno una famiglia che è arrivata al limite e gli hanno imposto di prendere una scelta. Non vengono volontariamente a 18 anni”. (M1)

Il fatto che i giovani non si rivolgano ai servizi si lega anche alla connotazione stigmatizzante che abita quei luoghi.

“Forse il Ser.T., come dire, appare nel territorio ancora sto stigma un po' come quello dei tossicodipendenti e io (consumatore) non mi ritengo tale”. (V5)

“L'utenza che secondo me la comunità non aggancia, ma non è tanto la comunità, è proprio il sistema di cura che non aggancia, sono i ragazzi giovani. Penso a tutti quei ragazzi che sono proprio all'inizio della dipendenza, piuttosto che in una situazione ancora borderline... tutta quella fascia di persone lì difficilmente arriva al Ser.T.. Perché comunque al SerT c'è già una connotazione di un certo tipo, per cui difficilmente ci arrivano; difficilmente si organizzano e si strutturano per raggiungere quella tipologia dei ragazzi, per cui rimangono fuori dal circuito”. (M2)

“Nella Regione Marche rispetto a questo (aggancio dei giovani) c'è tutto una lacuna, sia per quanto riguarda il servizio pubblico che li deve prendere in carico, ma anche le strutture ad hoc per questa fascia di età, che non necessariamente nello specifico hanno una dipendenza, magari sono consumatori di sostanze ma non hanno necessità di avere l'etichetta di tossicodipendente o di dipendente patologico”. (M3)

*“l Sert di *** non riesce e ci sono ragazzini di 15-18 anni, che non si rivolgono ai Sert pur avendo un uso massivo di sostanze stupefacenti e le famiglie non ce li portano. Perché sono luoghi connotati, sono luoghi da cui le famiglie rifuggono”. (V4)*

4.5.2. Dal trattamento della cronicizzazione all'intercettazione precoce

Attraverso il sotto-tema *“Dal trattamento della cronicizzazione all'intercettazione precoce”*, si mette in evidenza la necessità di passare da un paradigma del trattamento dell'utente cronico alla promozione (e prevenzione) della salute nei consumatori a rischio, in particolare la fascia degli adolescenti e dei giovani adulti.

“Quindi prevenire, secondo me, prevenire è una cosa che dovrebbe essere proprio una preoccupazione per le istituzioni. Non per la comunità. La comunità è, ripeto, una sala di rianimazione che fa il pezzettino che dobbiamo fare, ma non è una lavatrice, certo”. (V4)

“Poi c'è tutto l'altro problema, invece, di coloro che tutta la funzionalità sociale non la stanno perdendo o sono molto in bilico nel perderla. Per cui un altro problema grosso di servizi, non solo per le dipendenze, ma in generale i servizi sanitari, è il fatto che noi abbiamo una rete di servizio molto organizzata per patologie espresse. Per cui nel momento in cui io divento dipendente, allora c'è un circuito che mi si attiva. Il pregresso, che invece permetterebbe di intervenire in maniera più concreta e differente, magari anche più funzionale, difficilmente riesco a intercettarlo. Quindi,

significa che non intercettandolo sto aspettando che si concretizza una situazione per poterla poi risolvere. Proprio un servizio che sia in grado di prevenire, prima che la patologizzazione diventi così importante da intervenire. E questa in realtà è una necessità che esiste e che potrebbe essere una risposta alla situazione di oggi, che sarebbe probabilmente.... Se i servizi riuscissero a ricostruire un'architettura del genere, probabilmente riusciamo a rispondere a dei bisogni più concreti e più immediati". (M2)

"Ti dico tutto questo ecco perché se non li vai a prendere, se non... se pretendi che entrano nel tuo mondo, cioè in un mondo fatto di camici, fatto di ambulatori, fatto di scrivania che separano... questi non li prendi. Li prendi quando? Nell'emergenza. Li prendi nell'emergenza o li prendi troppo tardi, nella cronicità". (M4)

"Quando ci arrivano in comunità? Quando il problema è sostanzialmente grave; la dipendenza si è sviluppata, un uso magari problematico è diventato dipendenza. Sarebbe bello intercettare anche per pochi mesi quelle persone che in effetti ancora lo devono sviluppare una cronicizzazione della dipendenza, però con l'idea che ci abbiano la necessità e la possibilità di interrompere, sospendere in qualche modo le proprie esistenze: familiari, lavoro, eccetera. Cioè è più ampio il numero di persone problematiche per l'uso delle sostanze che non ha sviluppato ancora una vera e propria dipendenza". (M7)

Questo scarto operativo viene individuato, fra le altre, in tre principali modifiche all'attuale modello di cura. Per prima cosa, si ritiene necessario modificare la durata dei percorsi terapeutici: i consumatori di oggi non sono disposti ad abbandonare la propria quotidianità per due anni, serve una maggior flessibilità in termini di tempo di permanenza in CT.

"Con la velocità con la quale il mondo si muove oggi, chi cazzo te viene in comunità se non c'ha qualcosa che lo costringe? Il mondo oggi è una continua

possibilità, puoi esser di tutto, puoi cambiare, se trovi la cosa migliore la tua vita cambierà. Chi decide di andare in comunità e farsi 2 anni di comunità a 18, 19 anni, a 30 anni. Chi cazzo lo fa?”. (M1)

“Non c'è più possibilità, insomma, di fare percorsi lunghi. L'utenza stessa adesso non li tollera”. (V7)

“Come possiamo pensare di offrire oggi un programma di due anni a un ragazzo di 19? È impensabile, quello ci verrà solo se viene costretto dai genitori o dalla legge e questo essere costretti ad andare in comunità è il metodo migliore per far fallire le cose”. (V2)

“Adesso per dirti un progetto terapeutico qua dura almeno due o tre anni minimo, ma minimo. E già cominciamo però a essere flessibili, perché magari ti arrivano persone dalle altre comunità e fanno il percorso solo in appartamento oppure fanno due mesi e poi escono, cioè abbiamo già delle flessibilità, però ecco me le immagino ancora più ampie questa flessibilità”. (V1)

“Ci stanno dei centri d'orientamento, quelli fanno programmi di 4, 5, 6 mesi, già quello potrebbe essere già più appetibile. Pensa a te stesso se andresti a sospendere la tua vita da 12 a 18 mesi”. (M7)

Un altro aspetto da modificare da quanto emerso dai frammenti di testo è l'organizzazione dei servizi territoriali. Secondo i responsabili le strutture pubbliche devono rinnovarsi, diventando più accattivanti e meno stigmatizzanti nei confronti dell'utenza. Alcuni responsabili sostengono che sarebbe utile anche dedicare spazi specifici agli utenti più giovani.

“Cercare di renderlo (il Ser.T.) sicuramente un po' vicino all'idea di un centro sociale, non so come dire, cioè anche la struttura fisica. E facilmente raggiungibile dai mezzi pubblici [...]. E poi il colore delle pareti, la

possibilità di farle dipingere, la possibilità appunto... molto funzionava il caffè, il caffè era qualcosa... o la sigaretta. Passa, ci fumiamo una sigaretta, poi si è vero che fai quello che vuoi, ma comunque un seme veniva in qualche modo lasciato". (M3)

"E questi ragazzi giovani non ti vanno al Sert, è faticoso, molto difficile agganciarli, un po' forse perché i SerT si devono rinnovare". (V5)

"Al nostro progetto al SerT giovani, che intende in qualche modo rifarsi al Sert giovani di Trieste, l'obiettivo è quello di offrire un ambiente che possa essere il più possibile accattivante per questi ragazzi, altrimenti non ti vengono al servizio, ma al contrario ti vengono al servizio poi a 30-40 anni, in una situazione di cronicità della patologia e abbiamo a che fare con quelle situazioni di cui ti dicevo prima: la comunità funge solo da contenitore [...]. L'obiettivo è quindi quello di dar vita ad un servizio accattivante, un servizio che va incontro a quelle che sono anche le passioni dei ragazzi. Un servizio, quindi, dove l'utente viene per fare la lezione di yoga o fare la partita alla playstation, cosa che al SerT non avviene; ma in quel contesto fa anche un colloquio con lo psicologo, fa il monitoraggio tossicologico e quindi ha la possibilità all'interno di un ambiente maggiormente familiare di curarsi; di curarsi anche nel senso più sanitario del termine, quindi anche di prendere la terapia farmacologica laddove ovviamente necessario". (M4)

*"Per esempio, Trieste, con cui noi collaboriamo tanto perché ci mandano i pazienti che loro non riescono a gestire a livello ambulatoriale, ha un SerT giovani, cosa che sta avvenendo in alcuni SerT del Veneto, ma non a *** purtroppo. È un servizio aperto praticamente h24, aperto 7 giorni su 7 e i ragazzi... è un ambiente informale: i ragazzi non ti parlano se hai la scrivania di mezzo, non ti parlano se tu fai il dottore col camice; hai bisogno coi quindicenni di un approccio diverso. È un ambiente informale in cui i*

ragazzi possono mangiare, possono parlare eccetera, così li becchi. Sennò aspetti che arrivano a 20/25 anni distrutti”. (V4)

Infine, l'ultima modifica proposta, in continuità con la precedente, gravita attorno all'idea di ridisegnare le prassi e l'atteggiamento nel lavorare con i giovani, nella direzione di costruire relazioni orizzontali e non giudicanti.

“A 15 anni ti raccontano le loro robe mentre giochi a carte con loro, mentre bevi un caffè. Non di fronte a una scrivania. Non hanno intenzione di parlare con te, che sei un adulto che gli rompe i coglioni, l'ennesimo”. (V4)

“Però questo era uno imprendibile: imprendibile significa decine e decine di messaggi, che questo sono proprio andato a prenderlo a casa, ho iniziato a fare le partite a Fortnite con lui lì a casa, piano piano lo ho portato al servizio e ieri abbiamo lavorato la terra insieme. Nel frattempo, la psicologa che stava all'interno con un gruppo di ragazzi a far yoga, perché è anche utile che psicologi, psichiatri e infermiere facciano le attività con i pazienti, gli ha detto “Senti ci facciamo una chiacchierata?” e l'ha portato in stanza di là e finalmente è riuscita a buttar giù un colloquio”. (M4)

“(Dobbiamo far sentire ai giovani) che in qualche modo li capiamo, li comprendiamo, siamo incuriositi dal loro mondo; che non siamo giudicati... non siamo i genitori giudicanti, gli adulti giudicanti, espulsivi, che possono essere appunto le famiglie, piuttosto che gli insegnanti di fronte a queste situazioni, ma altri adulti che sono pronti in qualche modo ad accoglierli”. (M3)

Mi piacerebbe un giorno lavorare a un SerT in cui arriva una mamma con un ragazzino di 17 anni: << Mio figlio si fa 35 canne al giorno >> e io le dico: <<Ok, lasciamelo qua>> e poi ce lo hai di fronte a te e ci fai qualcosa assieme. Non ti metti il camice, lo guardi e dici “Quante canne usi? Fammi le urine. Ah, hai un problema di dipendenze abbastanza grave>>”. (M1)

Riassumendo, l'ultimo tema contiene i frammenti di testo che descrivono le comunità terapeutiche e i servizi per le dipendenze come modelli obsoleti, che non soddisfano le esigenze dei consumatori di oggi. In particolare, dalle parole dei responsabili si evince che non vengono intercettati i giovani e i consumatori non ancora etichettati come cronici o "patologici". Inoltre, il tema si focalizza sui discorsi riguardanti le soluzioni proposte dai responsabili, finalizzate a rendere più accattivanti i servizi: aumentare la flessibilità nei trattamenti, rinnovare le strutture pubbliche per renderle meno stigmatizzanti e promuovere relazioni orizzontali e non giudicanti con gli utenti più giovani.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Quest'ultimo capitolo è dedicato alla presentazione e alla discussione dei risultati ottenuti con la presente ricerca.

Esplorando la letteratura scientifica disponibile, sono state trovate poche ricerche che si sono occupate di indagare le criticità delle comunità terapeutiche e l'adeguatezza delle prassi proposte rispetto all'esigenze dell'utenza di oggi. Fra gli studi individuati, nessuno ha preso come punto d'osservazione il punto di vista di chi le strutture le coordina quotidianamente.

Nella presente ricerca l'intento è stato proprio quello di allargare lo sguardo sul fenomeno e lasciarsi guidare dai racconti dei 14 responsabili delle CT (si ricorda metà situate in Veneto e metà nelle Marche), evitando di sovrascrivere con le proprie ipotesi i significati e le cornici di senso entro cui le argomentazioni degli intervistati si sono inserite. Inoltre, l'autore è entrato nel merito delle narrazioni proposte dai responsabili delle CT per avere un riscontro anche sulle informazioni presenti in letteratura.

Per ragioni di maggior chiarezza esplicativa, la discussione verrà suddivisa in quattro paragrafi. Uno sarà dedicato ai risultati del primo obiettivo, uno a quelli del secondo, una terza sezione a come i temi sono in relazione fra loro e l'ultimo paragrafo al confronto dei dati in base alle differenze territoriali della CT.

Si ricorda che i due obiettivi generali che hanno guidato la ricerca, quindi la costruzione dei temi, sono: [1] *Esplorare cosa viene configurato come "criticità" nel supporto che le comunità terapeutiche offrono ai consumatori di sostanze* e [2] *Esplorare l'adeguatezza delle attuali prassi d'intervento offerte dalle comunità terapeutiche per dipendenze rispetto alle esigenze degli utenti di oggi*. In entrambi in casi, si è adottato il punto di vista dei responsabili delle CT.

I discorsi dei partecipanti sono stati osservati mediante l'analisi tematica, mettendo quindi in evidenza i temi ricorrenti nei testi delle interviste, individuandone cinque principali: *"Collaborazione alla costruzione del percorso comunitario"*, *"Composizione e selezione*

dell'utenza”, “Sfide e precarietà lavorative nel contesto comunitario”, “Progettare il percorso nella comunità” e “Gestione dei tempi d'intervento”.

Per agevolare la lettura, si riporta la mappa che sintetizza tutte le categorie di significato costruite sul *corpus* di testo analizzato.

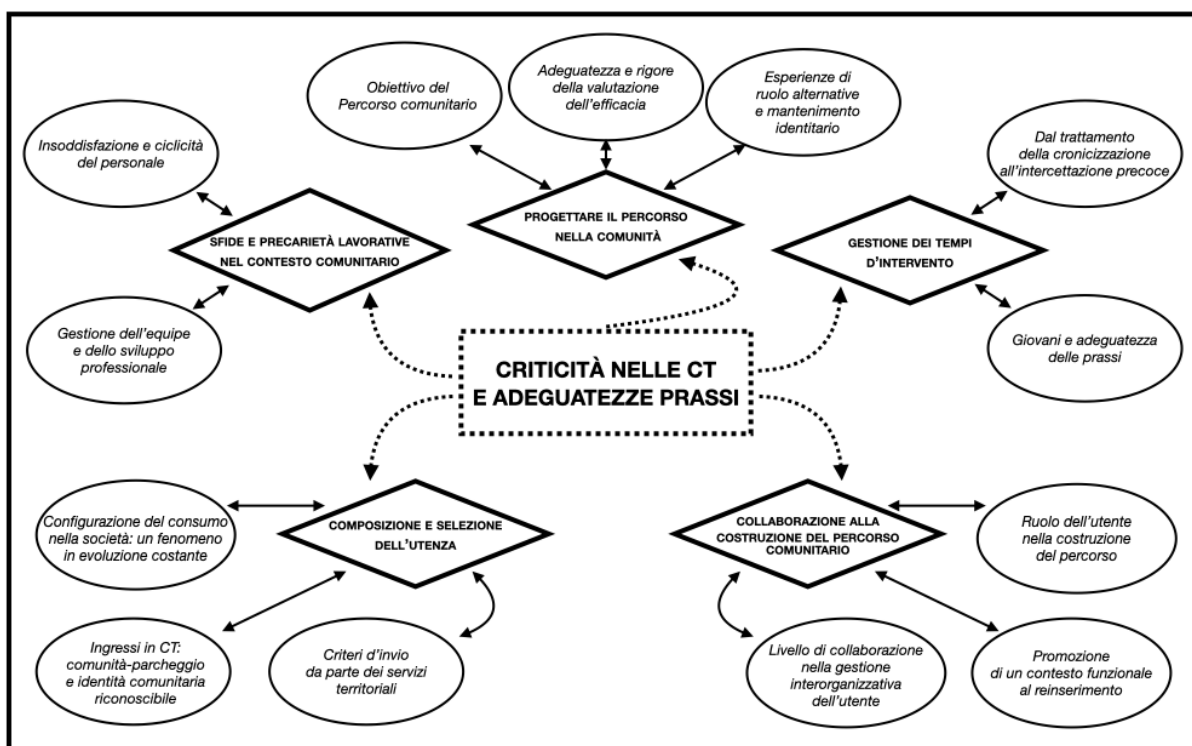


Figura 6.: mappa dei temi che descrivono criticità e adeguatezza prassi nelle CT

5.1. Primo obiettivo della ricerca

Per quanto riguarda il primo obiettivo (*Esplorare cosa viene configurato come “criticità” nel supporto che le comunità terapeutiche offrono ai consumatori di sostanza*), tutti e cinque i temi sono risusciti a intercettare discorsi ad esso inerenti. Tuttavia, essendo il quinto tema rispondente anche al secondo obiettivo, verrà presentato in un paragrafo a parte (vai a *Paragrafo 5.2.*).

Tema 1: Collaborazione alla costruzione del percorso comunitario

Nel primo tema della ricerca viene sottolineata l'importanza del coinvolgimento di tutti gli attori della rete per le dipendenze nella costruzione di un percorso condiviso per il consumatore: servizi territoriali, comunità terapeutica, utente, famiglia (e altri enti, come il CSM, se necessario). Nel nominare il tema si è scelto il termine “collaborazione”, preferito a “partecipazione”, proprio per porre il focus sull'atto di lavorare insieme verso un obiettivo comune e non il semplice “prendere parte” a un'attività, che non implica necessariamente uno sforzo congiunto.

La prima criticità su cui si vuole porre l'attenzione del lettore riguarda il fatto che le CT, una volta accolto l'utente, sono spesso lasciate sole nella sua gestione, con insufficiente supporto da parte dei Ser.D. (o S.T.D.P.). Inoltre, il livello di collaborazione è basso anche tra servizi territoriali e CSM, che si deresponsabilizzano nella presa in carico dei consumatori a cui è diagnosticata una o più comorbidità psichiatrica, spesso omettendo la doppia diagnosi. Questi aspetti, narrazioni che sono state fatte convergere nel sotto-tema “*Livello di collaborazione nella gestione inter-organizzativa dell'utente*”, penalizzano la qualità del servizio offerto. Come descritto nel *Paragrafo 1.3.*, l'architettura dei servizi per le dipendenze in Italia è tale per cui vi sono delle tipologie di CT appositamente dedicate alla presa in carico dei consumatori che presentano comorbidità psichiatriche, con criteri di accreditamento diversi da quelle “generaliste”. Se, però, la diagnosi psichiatrica viene omessa, le CT “generaliste” sono costrette a lavorare senza avere risorse economiche e professionali adeguate, fatto che inficia sia sul percorso dell'utente con doppia diagnosi sia sul funzionamento della CT in generale. Basti pensare, fra gli altri prerequisiti, alla diversa disponibilità oraria del medico psichiatra in struttura o al numero minimo di operatori.

La mancata collaborazione tra gli attori della rete dei servizi risulta una criticità anche nella fase di preparazione allo sgancio dalla struttura e nel supporto post-comunità. Questi aspetti sono stati riassunti nella categoria di significato “*Promozione di un contesto funzionale al reinserimento dell'utente*”. Infatti, spesso gli ormai *ex*-utenti sono abbandonati a loro stessi senza dar loro continuità di supporto una volta usciti dalla CT, riducendo così la possibilità di contenere le loro possibili ricadute e di aiutarli ad affrontare i momenti di difficoltà durante la costruzione di una nuova quotidianità nella società. Sebbene sia noto ormai da 20

anni che interventi di *continuum care* e *after care* aumentino l'efficacia dei percorsi di *recovery* (Prendergast et al., 2004; Aslan, 2018; Galassi et al., 2015; Magor-Blatch et al., 2014), non vengo investite risorse per questo tipo di servizi; l'unica attività che ad oggi viene portata avanti da alcune CT è il tentativo di mantenere il contatto con gli ospiti attraverso iniziative informali (chiamate in occasione del compleanno, invito alle cene di Natale etc.). Resta una scelta strettamente dipendente dalla sensibilità degli operatori delle singole strutture, non parte del percorso terapeutico previsto dall'accREDITAMENTO.

Il reinserimento degli utenti risulta critico anche per la mancanza di un lavoro mirato con le famiglie e per la non apertura tra comunità e territorio. Infatti, i cambiamenti interni agli assetti familiari (meno tempo e risorse rispetto al passato per seguire un figlio tossicomane) e la consapevolezza che un problema legato all'uso di sostanze è generato e mantenuto all'interno di un sistema di relazioni di cui la famiglia fa parte, sono aspetti che rendono necessario un maggiore supporto alle famiglie. Questo risultato è in linea con ricerche ormai datate (Velleman et al., 2005), ma attualmente i percorsi per dare ai familiari strumenti funzionali ad accogliere adeguatamente il consumatore una volta finito il percorso in CT sono insufficienti, talvolta inesistenti. Una soluzione proposta da un intervistato è quella di impiegare i gruppi di lavoro come strumento per seguire le famiglie, minimizzando spese e tempo.

Per quanto riguarda la non apertura tra CT e territorio, la collocazione fisica delle strutture isola gli utenti dal tessuto sociale, dando quasi l'impressione di volerli nascondere e contribuendo allo stigma e alla distanza tra cittadini e consumatori di sostanze. Inoltre, è emersa la necessità di riconfigurare i discorsi che ruotano attorno ai tossicomani, per ridurre le tipizzazioni identitarie e l'aderenza al ruolo di "tossico" da parte degli utenti: le espressioni utilizzate per riferirsi ai consumatori veicolano giudizi di valore e attribuzioni personologiche che rafforzano l'identità di "tossicodipendente" (Salvini et al., 2011). Quanto detto è supportato dai risultati di uno studio americano in cui si mette in evidenza che lo stigma e l'atteggiamento verso i consumatori è più negativo rispetto a quello degli utenti psichiatrici (Barry et al., 2014). Ciò genera ulteriore distanza da parte dell'opinione pubblica, minor supporto verso le politiche orientate a maggiori finanziamenti da parte del governo e verso le opzioni di supporto abitativo e lavorativo.

Infine, attraverso il sotto-tema *“Ruolo dell'utente nella costruzione del percorso”*, si è messo in evidenza come molte CT continuano a utilizzare approcci standardizzati, non tenendo conto delle esigenze dei singoli utenti. Coerentemente con quanto emerso dagli studi di Alves (2015; 2016) e Iudici (2022), dai risultati dell'analisi emerge la necessità di coinvolgere attivamente la persona nella costruzione del proprio percorso in CT. Questo aspetto è in linea anche con la proposta di osservare il fenomeno “consumo” attraverso l'integrazione del costrutto “tossicodipendenza” con quello di “tossicofila”, restituendo un ruolo attivo al consumatore (vedi nel *Paragrafo 2.2.*). La co-costruzione dei progetti terapeutici e la personalizzazione degli interventi, però, non è ancora un *modus operandi* diffuso: vi sono ancora molte CT che ricorrono a prassi standardizzate, strutture in cui il “tossico” viene adagiato sul letto di Procuste comunitario e deve adattarsi per essere “salvato”. La rete dei servizi, invece di intercettare le novità e osservare le esigenze della società riguardo al consumo per potersi adeguare, propongono percorsi con fasi e tempi prefissate, adottando un atteggiamento normativo piuttosto che co-costruttivo. Il mancato coinvolgimento del consumatore è una criticità già individuata più di 15 anni fa da Orford (2008), che vedeva nella non considerazione del punto di vista del paziente uno fra i fallimenti nella ricerca sul consumo di sostanze.

Tema 2: Composizione e selezione dell'utenza

Nel tema *“Composizione e selezione dell'utenza”* sono state fatte convergere le narrazioni che descrivono sia i criteri con cui i servizi territoriali inviano gli utenti in CT, sia quelli utilizzati dalle strutture per accogliere o meno i consumatori. In questo modo, è stato possibile rappresentare il target di utenti che abita le CT e chi invece non viene intercettato. Per prima cosa, attraverso il sotto-tema *“Configurazione del consumo nella società: un fenomeno in evoluzione costante”*, si è esplorato chi sono i consumatori oggi, riscontrando che nelle CT vi è consapevolezza di come il fenomeno del consumo sia in continua evoluzione: cambiano le sostanze e cambia il modo di consumarle e, di conseguenza, il tipo di esigenze dei tossicomani.

Nella costruzione delle prassi di intervento non si può non tenere in considerazione tale dinamicità. In particolare, coerentemente con i dati della *“Relazione annuale al parlamento*

sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia” (2023), dalla ricerca emerge che gli utenti stanno diventando sempre più “complessi”, ossia sono in aumento i casi di comorbidità psichiatrica, la quantità e le tipologie di sostanze disponibili e i casi di abuso di psicofarmaci. In più, si assiste a un abbassamento dell’età d’esordio e a un minor percezione di pericolosità rispetto alle proprie condotte da parte dei consumatori. Quest’ultimo aspetto è coerente con la natura estrinseca delle motivazioni per cui gli stessi decidono di rivolgersi ai servizi ed eventualmente entrare in comunità; motivazioni ricondotte alla famiglia e/o a problemi giudiziari e non alla volontà di interrompere il consumo, come già evidenziato nello studio di Rocelli e collaboratori (2024).

Alla luce di questi risultati, è possibile asserire che non solo cambiano le droghe, le modalità d’assunzione e le esigenze di chi ne fa uso, ma anche il modo il cui il consumo viene configurato nella società odierna. La rete dei servizi per le dipendenze deve offrire un servizio di supporto che tenga in considerazione che non sono più così radicati i discorsi sulle sostanze legate alla “paura”, tipici degli anni ’80, ma che si va nella direzione della normalizzazione del fenomeno del consumo. Sono esempio di ciò l’uso delle *smart drugs* per il potenziamento cognitivo (Vargo & Petróczi, 2016) e la recente politica di legalizzazione del consumo in Germania finalizzata a ridurre il mercato nero delle droghe ed educare la popolazione al consumo (*German Bundestag*, 2024).

Una volta evidenziata l’evoluzione del fenomeno “consumo di sostanze”, si presentano ora i risultati riguardanti chi effettivamente abita le CT oggi, partendo dalle narrazioni del sotto-tema “*Criteri d’invio da parte dei servizi territoriali*”.

Infatti, fatta salva l’eccezione dei percorsi terapeutici privati, per quanto riguarda il servizio pubblico l’ingresso in comunità è mediato dai servizi territoriali, che hanno il compito di inviare gli utenti in carico nelle CT qualora lo valutassero necessario (*vedi Paragrafo 1.2.3.*). La composizione dell’utenza delle CT, quindi, è strettamente legata agli invii effettuati dai Ser.D. Fatta questa doverosa premessa, dalla ricerca emerge che il criterio guida che dovrebbe essere adottato per questo tipo di invii è la compatibilità tra l’esigenza del singolo utente e il tipo di servizio che la specifica CT individuata offre. Ciò nonostante, possiamo sostenere che, a causa del sovraccarico dei servizi territoriali e del ridotto budget che hanno a disposizione per pagare le rette degli utenti qualora entrassero in comunità,

nelle CT vengono inviate solo quelle persone difficili da gestire a livello ambulatoriale. Principalmente si tratta di utenti cronici o persone in pena alternativa al carcere. In questo modo, la qualità e l'adeguatezza del servizio offerto dalle strutture terapeutiche vengono compromesse, un problema ulteriormente aggravato dal fatto che alcuni invii per tossicodipendenza nascondono in realtà altre esigenze, come problematiche abitative o giudiziarie. Inoltre, l'omissione della doppia diagnosi nella fase di invio, discussa nel paragrafo precedente relativo al *Tema 1*, peggiora ulteriormente la situazione.

Per poter definire gli utenti che compongono il gruppo di ospiti nelle CT è necessario un ultimo passaggio, ossia descrivere i criteri utilizzati dalle strutture per accettare o meno l'invio da parte dei Ser.D (sotto-tema "*Ingressi in CT: Comunità-parcheggio e identità comunitaria riconoscibile*"). Infatti, la CT non è una risposta a qualsiasi esigenza dell'utenza: andrebbe definito un target di persone adatte al percorso offerto, facendo appunto una valutazione iniziale. Dalla ricerca emerge che, quando questo tipo di selezione viene effettuata, i risultati sono positivi sia in termini di efficacia del percorso del singolo utente, sia perché si genera un'identità comunitaria tipizzata e riconoscibile: i servizi territoriali imparano a conoscere il tipo di utenza con cui quella specifica CT lavora bene e a cominciano a fare invii mirati. Il risultato più preoccupante è che la possibilità di scegliere chi fare entrare in comunità e chi no è un privilegio di poche realtà¹⁴. Infatti, per poter sopravvivere da un punto di vista economico e per rispettare il mandato aziendale delle cooperative (fondato sugli introiti e non sulla cura), spesso le equipe sono costrette ad accogliere persone con la consapevolezza che il percorso che si offre all'utente o il gruppo di ospiti già presenti in CT non è adeguato all'esigenze di quella persona. Questo aspetto, sommato al citato fenomeno degli invii inadeguati, fa sì che molte strutture vengano configurate come depositi di persone, "parcheggiate" in un luogo sicuro per un certo periodo di tempo perché non si sa dove altro metterle. Possiamo asserire che a queste condizioni non è possibile garantire un lavoro terapeutico funzionale e di qualità, ma solo contenere le persone in un'ottica di riduzione del danno, non del cambiamento identitario.

¹⁴ Solo 2 responsabili sui 14 coinvolti in questa ricerca sostengono che nella loro struttura è (o era) possibile fare liberamente questo tipo di valutazione all'ingresso.

Tema 3: Sfide e precarietà lavorative nel contesto comunitario

Attraverso il tema “*Sfide e precarietà lavorative nel contesto comunitario*” sono emerse le criticità che riguardano il lavorare come operatori in comunità, sia in termini di preparazione del personale delle strutture, sia di benessere lavorativo.

I risultati della ricerca mostrano che in generale gli operatori delle CT non hanno le competenze necessarie a lavorare in una struttura terapeutica per consumatori di sostanze (sotto-tema “*Gestione dell’equipe e dello sviluppo professionale*”). Tale carenza formativa è motivata dai responsabili con la mancanza di corsi specifici sul tema del consumo di sostanze, sia nel mondo Accademico, sia nei corsi di formazione di altro tipo (come quelli per gli operatori sociosanitari). Inoltre, emerge che l’operatore non sia una professione adatta a tutti, ma che siano necessarie delle “caratteristiche umane”, fra le quali fondamentale è la capacità di mettere in continua discussione sé stessi e le proprie credenze nel relazionarsi con gli utenti. Nonostante lo scarso livello di preparazione del personale e nonostante strumenti come il lavoro di equipe, la formazione e la supervisione¹⁵ siano considerati fondamentali, le comunità (o meglio le cooperative che le gestiscono) non investono in queste attività professionalizzanti. Il principale motivo è la mancanza di risorse (economiche e temporali), unito al fatto che le cooperative non configurano come importanti tali strumenti di lavoro. Viceversa, la formazione sul campo è fondamentale per apprendere come lavorare correttamente in CT e insieme alla supervisione e al lavoro di equipe consente di costruire prassi condivise e calate nel contesto specifico e adattate al gruppo di utenti ospitato in quel preciso momento. Infatti, ogni struttura, da una parte propone prassi più o meno diverse rispetto ad altre CT, dall’altra ospita un gruppo di utenti con esigenze e dinamiche uniche, il che implica che le regole interattive devono essere adattate di volta in volta al contesto di riferimento, non possono esser standardizzate. Questo processo di adattamento continuo riflette ciò che Goffman (1954, trad it. 2022) descrive come la capacità degli individui di “definire la situazione”, ovvero di stabilire e rinegoziare le regole e le norme dell’interazione sociale in base alle circostanze (nel caso delle CT degli obiettivi terapeutici) specifiche. Inoltre, l’esigenza formativa esplicitata dai responsabili

¹⁵ La maggior parte dei responsabili afferma che la supervisione è utile non tanto come processo valutativo e di supporto per i casi singoli, ma come strumento per monitorare le dinamiche e la salute dell’equipe.

intervistati in questa ricerca è coerente con le soluzioni al *turnover* emerse in altri studi, proposte dagli stessi operatori che lavorano a contatto con consumatori di sostanze (Iqbal, 2015; Reyer, 2017). Una parziale soluzione al problema della carenza teorico-pratica è rappresentata dal tirocinio professionalizzante, durante il quale i potenziali futuri operatori della comunità possono apprendere le regole del contesto e aumentare il proprio bagaglio di competenze in una condizione protetta.

Un secondo aspetto critico riguardo al lavorare in comunità è descritto attraverso il sotto-tema “*Insoddisfazione e ciclicità del personale*”. Dalla ricerca è emerso come fare l’operatore sia un’occupazione instabile, sia perché è molto comune andare incontro a un “naturale *bornout*” per il quotidiano contatto con la sofferenza degli utenti, sia per la frustrazione legata alla scarsa efficacia dei percorsi. Questi risultati sono in linea con lo studio di Reyer (2017) sullo stress lavorativo sperimentato dal personale delle CT.

Una novità introdotta da questa ricerca è che la ciclicità del personale è un fenomeno alimentato anche dal fatto che, molto spesso, lavorare in CT viene configurato dai neolaureati come un’occupazione transitoria, fonte di reddito momentanea in attesa di concludere gli studi e raggiungere posizioni lavorative più remunerate. Il turnover, a prescindere da come si generi, ha come principale ricaduta critica l’impossibilità di consolidare nel tempo modelli di lavoro condivisi, ulteriore deterrente agli investimenti formativi di cui si è parlato poco fa. Inoltre, il turnover è stato individuato come criticità delle comunità terapeutiche già 20 anni fa (McLellan, 2003): si ritiene particolarmente preoccupante non essere ancora riusciti a trovarvi un rimedio efficace e constatare che sia un problema ancora diffuso.

Un ulteriore aspetto critico emerso dalla ricerca, interconnesso con quelli già individuati mediante questo tema, è la precarietà lavorativa vissuta dagli operatori delle CT: nonostante sia un lavoro impegnativo e stressante, i salari sono bassi e la carenza di personale costringe a turnazioni faticose, aumentando il senso di insoddisfazione.

Il recente studio di Murphy (2023) conferma che lo *stress* lavoro-correlato e l’alto tasso di dimissioni continuano a rappresentare un problema significativo nelle comunità terapeutiche (CT). Considerare questi aspetti alla luce dei risultati di questa ricerca, insieme al fatto che il benessere e il livello di preparazione degli operatori sono fondamentali per il

buon funzionamento dei servizi (Knight, 2012), ci permette di asserire che sono necessarie modifiche radicali su questo fronte per migliorare gli esiti dei percorsi terapeutici. Infatti, il ruolo dei membri del personale della comunità, da una parte è vincolato all'interno del gioco delle parti tra utente e operatore (*vedi Paragrafo 2.2.2*); dall'altra il ruolo ospita anche la componente professionale, quindi la necessità di tutela lavorativa, che la CT non garantisce ai propri dipendenti. Ci anticipiamo che un operatore non formato e insoddisfatto per la precarietà lavorativa possa non essere nella condizione di promuovere interazioni nel contesto comunitario orientate a far emergere negli utenti discorsi e identità alterative.

Tema 4: Progettare il percorso nella comunità

Il quarto tema della ricerca pone il focus sui discorsi che ruotano attorno all'obiettivo del percorso comunitario, alle modalità per valutarlo e ai risvolti identitari che ne possono conseguire.

Dall'analisi del sotto-tema "*Obiettivo del percorso comunitario*" è emerso che, nonostante non si possa più considerare l'astinenza come il principale indicatore di buona riuscita di un percorso in CT, essa viene ancora configurata come un obiettivo realizzabile in molte strutture ed è un tema che ancora abita i discorsi dei servizi territoriali.

Una proposta parzialmente corale, come obiettivo alternativo all'astinenza, è lo sviluppo di competenze di pensiero utili a gestire il consumo e, più in generale, a gestire la propria quotidianità, a prescindere dalle sostanze. Il focus dell'intervento viene, quindi, spostato sulla persona, anziché sui singoli contenuti: droga, alcol, farmaci, a cui, per come stanno evolvendo i discorsi riguardo la dipendenza, potrebbero presto aggiungersi il gioco d'azzardo, internet, lo shopping compulsivo etc. (Bocci Benucci et al., 2024; Pickering & Norberg, 2023).

In altri casi, si fa riferimento all'obiettivo in termini di funzionamento, autonomia, qualità o stile di vita. A prescindere dall'etichetta linguistica utilizzata i responsabili assumono una posizione molto più moderata nei confronti dell'astinenza totale. Il tentativo, seppur ancora parziale, di superare il mito dell'astinenza è in linea sia con la proposta di Best (2018) e Vanderplasschen (2017) presentata nel *Paragrafo 2.4.*, sia con il passaggio dal costruito di tossicodipendenza a quello di tossicofila, descritto nel *Paragrafo 2.2.* È interessante notare

come, in continuità con l'articolo di Faccio e collaboratori (2022), non ci sia una risposta univoca su quale sia l'obiettivo della comunità terapeutica: strutture diverse perseguono obiettivi diversi, mediante prassi "terapeutiche" differenti. Questo è possibile in quanto le CT sono legittimate nel loro operato dall'aggettivo che descrive in modo tautologico ciò propongono: un percorso "terapeutico".

Emersi i diversi modi di descrivere l'obiettivo generale di un percorso in CT, nel sotto-tema "*Adeguatezza e rigore della valutazione dell'efficacia*" si prendono ora in considerazione le modalità di valutarne l'esito. In generale, la principale criticità rilevata è il fatto che la valutazione dell'efficacia sia una prassi molto carente nelle CT, che viene sottovalutata anche dalle istituzioni che dovrebbero occuparsi di monitorarne il corretto andamento e gli esiti. Non a caso, dalla nostra ricerca è emerso che il deficit valutativo si lega al non sapere nemmeno che cosa effettivamente vada valutato. È necessario definire cosa valutare e individuare degli strumenti omogenei (sia nelle CT che nei servizi), risultato emerso anche negli studi di Perryman e Dingle (2015).

Una questione su cui i risultati dell'analisi sono particolarmente coerenti è l'inadeguatezza e il riduzionismo insito nel valutare i percorsi sulla base dell'interruzione del consumo, tesi coerente con quanto proposto da Read (2021). Come indicatore alternativo, viene nominato il raggiungimento degli obiettivi fissati a inizio percorso; viene citato da più voci come test l'ICF *recovery* (in alcune CT lo usano, in altre vorrebbero introdurlo), che offre una valutazione sulla base del funzionamento. In più, si fonda su un modello biopsicosociale della salute (Pasqualotto, 2023) e consente di personalizzare gli interventi, essere informativo circa cosa possa essere utile fare in termini di *continuum care* e favorisce il lavoro d'equipe.

Un'altra contraddizione operativa emersa in questo tema riguarda la valutazione post percorso, il cosiddetto *follow-up*: nonostante venga descritto come una prassi importante, nella maggior parte delle CT è carente, specialmente perché non è un servizio che viene retribuito dalla Regione e su cui la cooperativa non investe.

Curioso è notare come l'unica modalità valutativa su cui c'è effettivamente convergenza tra le varie voci degli intervistati è una sorta di "valutazione relazione": il fatto che una persona mantenga i contatti con la CT una volta terminato il suo percorso al suo interno,

viene configurato dai responsabili come un indicatore, per quanto di senso comune, positivo circa l'esito del percorso terapeutico.

Sia l'eterogeneità in termini di descrizione dell'obiettivo del percorso terapeutico, sia le criticità nella valutazione dell'efficacia delle prassi utilizzate ben si legano allo studio di Faccio e collaboratori (2022) su cosa sia effettivamente terapeutico e su come possa essere definito tale. Il rischio è che le comunità si definiscano terapeutiche in funzione dell'accreditamento di cui sono in possesso e non in quanto consapevoli e in grado di dimostrare l'adeguatezza e la fondatezza scientifica del servizio che offrono all'utente.

Con il terzo sotto-tema "*Esperienza di ruolo alternative e mantenimento identitario*" sono stati raccolti i discorsi riguardanti i diversi esiti a livello (di cambiamento) identitario che possono generare le prassi di un percorso in CT in funzione dall'obiettivo generale perseguito dalla CT stessa. I risultati della ricerca appaiono contrastanti: da una parte, viene messa in evidenza la necessità di far sperimentare agli utenti ruoli alternativi a quello del "tossicodipendente" ed esperienze alternative a quelle che gravitano attorno al consumo, senza però limitarsi all'esclusione sociale. Dall'altra, sono ancora molte le strutture in cui sono diffuse retoriche e atteggiamenti patologizzanti e stigmatizzanti, che mantengono l'identità di tossicodipendente con cui l'utente è entrato in CT.

5.2. Secondo obiettivo della ricerca (tema 5)

Il secondo obiettivo della presente ricerca (*Esplorare l'adeguatezza delle attuali prassi d'intervento offerte dalle comunità terapeutiche per dipendenze rispetto alle esigenze degli utenti di oggi*) si è rivelato interconnesso al primo (*Esplorare cosa viene configurato come "criticità" nel supporto che le comunità terapeutiche offrono ai consumatori di sostanza*): tra le criticità emerse attraverso l'analisi tematica, infatti, vi è anche l'inadeguatezza delle attuali prassi d'intervento nelle CT rispetto a quelle che sono le esigenze dei consumatori di oggi. La questione è stata affrontata attraverso il tema "*Gestione dei tempi d'intervento*", inserito in questo paragrafo per questioni di spazi, ma che risponde anche al primo obiettivo e potrebbe, quindi, essere inserito anche nel *Paragrafo 5.1*.

Tema 5: Gestione dei tempi d'intervento

Negli ultimi 40 anni il tipo di sostanze e la tipologia di consumatori sono cambiati radicalmente, ma le modalità di intervento non si sono sufficientemente adeguate a tali mutamenti e in certi casi sono rimaste invariate, come se l'orologio della tossicomania si fosse fermato a cavallo tra anni '80 e '90. In particolare, attraverso il sotto-tema "*Giovani e adeguatezza delle prassi*" viene messo in luce che le strutture sono organizzate attorno a un utente del passato, secondo modelli ormai obsoleti, con la principale ricaduta di non riuscire ad agganciare i giovani consumatori e tutte quelle persone che fanno un uso considerevole di sostanze, ma ancora non vengono diagnosticate come "patologiche" o croniche. La difficoltà ad avvicinare questo tipo di target si lega molto anche allo stigma che gravita attorno ai servizi. I dati resi disponibili dal Governo italiano attraverso la *Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze* (anno di riferimento 2022) confermano tale scenario: nonostante l'età dei consumatori si stia progressivamente abbassando, le sostanze più diffuse tra i giovani siano cannabinoidi e NPS e in generale sia in calo il consumo di eroina, fra gli utenti in carico al Ser.D. a livello nazionale il 60% è seguito per consumo di eroina e il 63% ha più di 39 anni.

In linea con le forti raccomandazioni verso l'adozione di interventi di *early detection* promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (*risoluzione numero 51/3 della 51esima sessione della Commission on Narcotic Drugs, 2008*), dall'analisi dei dati emerge la necessità di modificare l'architettura dei servizi per transitare da un paradigma del trattamento della "patologia espressa" a un paradigma di promozione della salute. Infatti, si vogliono agganciare precocemente i consumatori, anziché prenderli in carico solo quando hanno esaurito (quasi) qualsiasi risorsa e sono arrivati vicini a un "punto di non ritorno". L'importanza del riconoscimento precoce delle situazioni a rischio è motivata anche dai dati sul tempo di latenza che intercorre tra il primo utilizzo di una sostanza e l'effettivo accesso ai servizi per le dipendenze: 5,5 anni per l'eroina; 9,5 anni per la cocaina; 8,4 anni per la cannabis (*Diagnosi e intervento precoce, Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2011*).

Per fare questo, i responsabili hanno proposto tre alternative operative. La prima è la maggior flessibilità circa la durata dei percorsi terapeutici, in quanto la quotidianità di oggi

non è compatibile con progetti che durano 18, 24 o più mesi e perché, in linea con il tema 1 (*Collaborazione alla costruzione del percorso comunitario*), è necessario personalizzare l'intervento sul caso specifico. Già più di 10 anni fa (*ivi*) la durata a medio-lungo termine dei trattamenti residenziali veniva segnalata come variabile che dissuade i consumatori ad accettare di entrare in CT e ancora oggi è un aspetto ritenuto critico dai responsabili.

La seconda e la terza modifica riguardano un rinnovamento dei servizi: da una parte rendere le strutture più accattivanti e meno stigmatizzanti, dedicando spazi specifici ai giovani; dall'altra, ridisegnare le prassi e l'atteggiamento da mettere in campo nel lavorare con questa fascia d'età, in particolare costruendo relazioni orizzontali e non giudicanti in cui i ragazzi possano sentirsi accolti e liberi di esprimersi per quello che sono. Quanto detto è in continuità con il *Report dell'osservatorio sulle dipendenze della Regione Friuli-Venezia Giulia* (2020), in cui viene descritta la generale difficoltà ad agganciare i giovani consumatori, ma anche gli effetti positivi dell'apertura del servizio territoriale *Androna Giovani*¹⁶ per quanto riguarda l'intercettazione precoce del problema e la capacità di stabilire una relazione con i ragazzi, per poi poter definire assieme a loro una presa in carico personalizzata.

5.3. Elementi trasversali di discussione tra gli obiettivi

In questo paragrafo viene evidenziato come i temi sono in relazione tra loro, focalizzandosi sugli elementi trasversali ai discorsi individuati in questa ricerca.

È importante non considerare le criticità emerse in questa ricerca come silos isolati: sono strettamente interconnesse e influenzano reciprocamente la qualità e l'efficacia dei servizi offerti.

Sicuramente, il minimo denominatore comune è la mancanza di risorse economiche, che impattano negativamente sulla qualità dei servizi offerti, in particolare:

- sulla mancanza di percorsi dedicati alle famiglie degli ospiti e sul non investimento in percorsi di *after care* per gli utenti per cui lo si ritiene necessario (*Tema 1*);

¹⁶ Il Ser.T. giovani "Androna Giovani" è stato citato da più responsabili come eccellenza e punto di riferimento per il trattamento dei giovani consumatori under 25.

- sulla inadeguatezza dei criteri d'invio e d'ingresso (*Tema 2*);
- sulla precarietà lavorativa e la mancanza di investimenti da un punto di vista formativo (*Tema 3*);
- sulle lacune valutative (*Tema 4*),

Decisivo, in questo senso, è il mancato adeguamento delle rette al caro vita (vedi *Paragrafo 1.3.*), che rischia di mandare in cortocircuito il sistema del privato sociale, specialmente dopo l'adeguamento dei (comunque risicati) stipendi degli operatori che sta avvenendo negli ultimi anni (Art. 76 CCNL cooperative sociali).

Un'altra criticità della rete dei servizi per le dipendenze è la sua funzione sociosanitaria che si concentra principalmente sul trattamento-contenimento degli utenti cronici e/o di quelle persone che non si sa più come gestire né dove collocarle. È necessario spostarsi verso un paradigma di promozione della salute e di prevenzione. Questo è strettamente legato alla gestione degli invii e degli ingressi nelle CT. Finché le strutture saranno concepite come "*Comunità-parcheggio*", con criteri di invio e ingresso basati sulla (non) disponibilità di risorse piuttosto che sulla compatibilità tra le esigenze specifiche degli utenti e le singole CT, ci anticipiamo essere altamente improbabile un cambiamento verso la promozione della salute e l'aggancio precoce dei giovani. Inoltre, l'inadeguatezza degli invii si lega alla necessità di aumentare il livello di collaborazione tra gli enti della rete. La configurazione della *CT-parcheggio* apre a ulteriori riflessioni. Se all'interno delle CT si lavora in termini emergenziali o comunque al ribasso, come si può pensare di restituire agli operatori la loro dignità professionale? Come si può pensare che siano nella condizione di poter intervenire in maniera sempre più precisa e sempre più richiedente? Questo è particolarmente problematico considerando che la precarietà non riguarda solo la composizione dell'utenza delle CT, ma anche le condizioni contrattuali degli operatori, alimentando la loro insoddisfazione.

Un altro aspetto critico, nella misura in cui non consente di avere un *modus operandi* condiviso sul territorio nazionale, ma anche a livello regionale, è l'eterogeneità degli sguardi cui si osserva il fenomeno del consumo. In particolare, fintanto che il problema del consumatore verrà fatto coincidere con l'uso delle sostanze, ponendo come obiettivo dei percorsi l'astinenza, possiamo asserire che l'utente verrà ridotto all'identità tipizzata

descritta dal modello della tossicodipendenza (*vedi Paragrafo 2.2.*), senza venire coinvolto nella costruzione del proprio programma terapeutico. Coinvolgimento che, come emerso dagli studi di Iudici (2022) e Alves (2015; 2016) aumenta significativamente la qualità e l'adeguatezza dei percorsi in CT.

Infine, la necessità di intercettare prima gli utenti, in particolare adolescenti e giovani adulti, descritta nel *Tema 5* è coerente anche con i discorsi fatti convergere nel sotto-tema “*Configurazione del consumo nella società: un fenomeno in evoluzione costante*” sull'aumento dei casi di doppia diagnosi, sull'abbassamento dell'età di esordio e sulle nuove sostanze disponibili tra i consumatori.

5.4. Confronto tra Regione Veneto e Regione Marche

Si ricorda al lettore che, nella costruzione della ricerca, si era ipotizzato che la gestione territoriale dei servizi dedicati al consumo di sostanze in Italia potesse far emergere risultati differenti, in virtù delle diverse normative che regolare l'erogazione dei servizi in base alla collocazione geografica della struttura (*vedi Capitolo 1.*).

Per onorare tale scelta effettuata nella costruzione della ricerca, che ha coinvolto coordinatori di comunità situate in Veneto e nelle Marche, si è ritenuto utile dedicare uno spazio di discussione dei risultati confrontando le Regioni. Non si intende differenziare i due contesti, ma piuttosto comprendere come la gestione sociosanitaria territoriale delle comunità terapeutiche possa presentare alcune peculiarità rispetto ad altre, consapevoli che questo confronto non vuole essere prominente rispetto alle discussioni precedenti.

Dall'analisi sono emerse poche differenze significative, riassumibili in:

- i responsabili delle Marche hanno maggiormente approfondito i discorsi riguardanti la non intercettazione dei giovani;
- sia il campione veneto che quello marchigiano criticano la durata dei percorsi e il fatto che i servizi non siano accattivanti, ma i responsabili della regione Marche propongono anche delle soluzioni (come gli spazi dedicati ai ragazzi ispirati ad *Androna Giovani* e la costruzione di relazioni orizzontali e meno giudicanti);

- in Veneto il focus è stato maggiormente posto sulla mancanza di risorse in generale, mentre nelle Marche si è dato maggiore spazio alla problematicità degli stipendi troppo bassi;
- in Veneto si riconosce una carenza in termini formativi e di supervisione, mentre nelle Marche si parla maggiormente di assenza di tali strumenti. Questa differenza potrebbe essere dovuta ai diversi criteri di accreditamento, che prevedono come obbligatoria la supervisione solo nella regione Veneto;
- le critiche nei confronti dell'astinenza come indicatore inadeguato e superabile e la necessità di coinvolgere maggiormente gli utenti nella co-costruzione dei percorsi sono narrazioni che abitano di più i discorsi dei responsabili delle Marche.

Possiamo asserire che, in generale, vi è convergenza tra regioni, quanto meno tra Veneto e Marche, in termini di criticità individuate e dei discorsi circa l'adeguatezza dei percorsi proposti nelle CT. Il fattore territorialità non è così influente come si era ipotizzato.

Limiti e prospettive future

Per quanto riguarda i limiti della ricerca e le prospettive future, si evidenzia che:

- sono stati coinvolti responsabili provenienti solamente da due Regioni italiane, il che potrebbe non aver fatto emergere differenze nei risultati legate alla gestione territoriale delle CT in altre aree geografiche;
- il fattore “desiderabilità sociale” potrebbe aver promosso nei responsabili discorsi più inerenti alle criticità della rete per le dipendenze in generale e/o inerenti alle altre comunità, piuttosto che portare il focus sulle difficoltà della struttura coordinata dall'intervistato;
- potrebbe essere utile condurre una ricerca analoga intercettando i discorsi dei responsabili dei Ser.D., degli operatori e degli utenti, per avere uno sguardo più ampio sul tema.

Infine, si ricorda che non è possibile generalizzare i risultati presentati in questa ricerca a contesti e momenti storici altri. Tuttavia, studi come quello appena presentato offrono una

comprensione profonda e dettagliata delle esperienze e delle percezioni dei partecipanti, contribuendo a sviluppare teorie, identificare nuove aree di studio e informare pratiche e politiche mirate. La ricchezza dei dati qualitativi permette di cogliere le sfumature e la complessità dei fenomeni studiati, fornendo un valore aggiunto alla conoscenza scientifica e pratica.

Conclusioni

In questa ricerca ho adottato il punto di vista di 14 responsabili di comunità terapeutiche per persone che consumano sostanze, situate in due Regioni italiane (Veneto e Marche), intervistati con il duplice obiettivo di:

- esplorare l'adeguatezza delle attuali prassi d'intervento offerte dalle comunità terapeutiche rispetto alle esigenze degli utenti di oggi;
- esplorare cosa viene configurato come "criticità" nel supporto che le comunità terapeutiche offrono ai propri utenti.

Nonostante l'intestazione di quest'ultimo paragrafo ("*Conclusioni*"), gli intenti della ricerca vogliono essere tutt'altro che conclusivi. Al contrario, sintetizzerò quanto emerso dal presente studio per stimolare e aprire a ulteriori spunti di riflessione, configurando la ricerca come un contributo utile ad ampliare la conoscenza riguardo al funzionamento delle comunità terapeutiche e, più in generale, della rete dei servizi per le dipendenze.

Una prima riflessione "conclusiva" riguarda la convergenza tra l'impostazione metodologica e uno dei risultati del presente studio. Infatti, una delle innovazioni principali della ricerca, rispetto a quelle già disponibili in letteratura, è l'adozione del punto di vista dei responsabili delle strutture, scelta in linea con i presupposti teorici del progetto: gli intervistati sono stati configurati come massimi esperti delle proprie storie e delle realtà che vivono quotidianamente. Ho evitato, quindi, di sovrascrivere le loro esperienze con teorie o ipotesi personali sulle comunità terapeutiche, cercando di costruire assieme ai partecipanti una descrizione condivisa e radicata nei loro racconti e nelle loro prospettive, rendendoli parte attiva e collaborativa del processo di ricerca.

Quanto detto è in linea con uno dei risultati emersi dal presente studio, ovvero la necessità di coinvolgere maggiormente gli utenti nella costruzione dei percorsi di cura, anziché imporre loro delle prassi standardizzate a cui aderire passivamente. In qualche modo è come se, nel relazionarmi con gli intervistati, io abbia utilizzato quell'atteggiamento di curiosità e ascolto che i responsabili sostengono dovrebbe essere adottato dai servizi e dalle

CT nei confronti degli utenti, evitando quella che la Sclavi (2003) definisce “*urgenza classificatoria*”.

Citando La Mendola (2009), una ricerca basata su una relazione verticale, in cui l'intervistato è ridotto a un semplice fornitore di informazioni, rischia di trovare i propri risultati ancora prima di iniziare a cercarli. Restando sul piano analogico, un percorso “terapeutico” considerato tale attraverso un processo tautologico e autoevidente, in cui si definisce a priori quali siano le esigenze dell'utente indipendentemente dal suo parere (Faccio et al., 2023), tende a configurare la persona che consuma sostanze semplicemente come un tossicodipendente che deve smettere di farne uso: le esigenze sono date a priori, senza tener conto della storia, dei discorsi e dei bisogni specifici dell'utente.

Per quanto riguarda le altre riflessioni “conclusive”, è emerso che la rete dei servizi per i consumatori di sostanze è costruita su un'utente del passato e fatica ad adeguarsi alle esigenze dei consumatori di oggi. Di conseguenza, non vengono intercettati i giovani e chi abusa di sostanze, ma ancora non ha perso la funzionalità sociale. Il rischio è che queste persone nel tempo peggiorino la propria qualità di vita e accedano ai servizi a distanza di anni, quando sono a uno stato di compromissione più avanzato, rendendo più complesso lavorare con loro. Inoltre, non vi è sufficiente collaborazione tra i vari enti della rete dei servizi per le dipendenze, coinvolti nella gestione degli utenti (CT, Ser.D. e CSM in particolare): da una parte la CT viene abbandonata a sé stessa nella gestione dei consumatori; dall'altra, spesso vi è un'omissione della doppia diagnosi nei pazienti con comorbidità psichiatrica, che non vengono seguiti adeguatamente nelle CT non specialistiche. In questo modo, le strutture che li ospitano risultano sovraccaricate perché non hanno le risorse necessarie per gestirli, compromettendo la qualità generale dei servizi offerti dalla CT.

Un altro punto critico evidenziato dalla presente ricerca è che non vengono investite risorse né per interventi di *continuum care* o *after care* una volta concluso il percorso in CT, né per il lavoro con le famiglie degli ospiti: nel primo caso l'utente non è tutelato in caso di acuzie o momenti di difficoltà; nel secondo, il rientro in una famiglia non preparata ad accogliere l'utente rischia di compromettere il lavoro terapeutico fatto in CT. Alla luce di tali risultati,

ipotizzo anche che il fatto stesso che si ritengano necessari interventi post comunità possa essere configurato come una criticità.

In linea con quanto accennato all'inizio del paragrafo, dalla ricerca è emerso che gli utenti sono non sufficientemente o per nulla coinvolti nella costruzione del proprio percorso terapeutico: spesso viene assegnato loro il ruolo di pazienti che si devono passivamente adattare a prassi standardizzate, erroneamente considerate adeguate alle esigenze di tutti. Anche la posizione fisica delle CT e i discorsi che abitano sia la rete dei servizi sia il senso comune sono stati individuati come aspetti che contribuiscono a connotare negativamente i consumatori e le CT stesse: la tipizzazione identitaria e l'aderenza ai ruoli che ne possono derivare non facilitano il reinserimento nella società, né il cambiamento identitario e l'intercettazione dei consumatori.

Un'ulteriore riflessione riguarda l'inadeguatezza dei criteri su cui i Ser.D. basano i propri invii e quelli utilizzati dalle CT per valutare gli ingressi in struttura: spesso rendono le comunità terapeutiche depositi di utenti cronici, di persone in pena alternativa al carcere o di tossicodipendenti che nessuno sa più dove collocare. Una composizione di utenti di questo tipo, da una parte contribuisce a stigmatizzare le strutture, dall'altra costringe la CT a lavorare nella direzione del contenimento, piuttosto che in quella del cambiamento identitario.

Inoltre, partendo dal presupposto che le CT sono un ambiente di lavoro di per sé complesso per il contatto quotidiano con la sofferenza, la precarietà lavorativa (personale e salari ridotti), la carenza formativa e l'insoddisfazione per la bassa qualità dei percorsi offerti nelle strutture, alimentano il *bornout* e il *turnover* dei lavoratori. Inoltre, rivestire il ruolo professionale dell'operatore viene spesso configurato dai neoassunti come un'occupazione transitoria, aspetto che favorisce la ciclicità del personale. La principale conseguenza negativa di tale criticità è l'impossibilità di costruire prassi condivise all'interno delle equipe, ora perché non vengono dedicate risorse alla formazione e alla supervisione, ora per il continuo ricambio degli operatori.

Un altro risultato rilevante riguarda la diffusione nelle CT e nei servizi di discorsi che gravitano attorno all'idea che l'astinenza sia un obiettivo raggiungibile. È necessario ampliare lo sguardo nella direzione della qualità di vita e delle competenze di pensiero.

Infine, la valutazione dell'efficacia è una prassi carente e spesso non è chiaro nemmeno cosa debba essere valutato. È importante giungere a una definizione condivisa circa cosa valutare e avere strumenti omogenei per farlo nelle varie realtà.

Alla luce dei risultati descritti, la mia riflessione è che attraverso alcune modifiche mirate all'interno dell'organizzazione della rete dei servizi si potrebbero ottenere effetti positivi di ampia portata, migliorando "a cascata" più criticità e rendendo i percorsi maggiormente adeguati all'utenza di oggi. Approfondendo la questione, ritengo innanzitutto necessario aumentare le risorse dedicate alla rete dei servizi per le dipendenze disponibili nel circuito del SSN, per poter lavorare in condizioni economiche favorevoli. Per quanto non possa essere l'unica soluzione, maggiori investimenti consentirebbero di formare maggiormente il personale e adeguare gli stipendi, soddisfacendo sia economicamente che professionalmente gli operatori, e le CT potrebbero dedicarsi a pieno alle persone che ospitano, senza che i responsabili debbano preoccuparsi costantemente dell'equilibrio finanziario della cooperativa. Inoltre, mettere le CT nella condizione di poter scegliere il proprio target d'utenza consentirebbe di rompere la logica della *comunità-parcheggio*, promuovendo prassi differenti a seconda delle esigenze delle specifiche popolazioni ospitate, migliorando la qualità e l'adeguatezza dei percorsi offerti.

Un altro cambiamento utile potrebbe essere affidare la gestione delle CT al servizio pubblico e non al privato-sociale, in modo che la priorità delle strutture sia la cura e il supporto dei consumatori, non il guadagno delle cooperative. Inoltre, al fine di rendere meno connotate negativamente le CT, ritengo che potrebbe risultare vantaggioso collocarle fisicamente all'interno del tessuto sociale, per esempio in prossimità degli ambulatori del Ser.D.: una "comunità nella Comunità" potrebbe accelerare il processo di inclusione e destigmatizzazione dei consumatori, in controtendenza con l'idea di "isolarli" e "nasconderli" in luoghi stipati come accadeva 50 anni fa. Ancora, l'inserimento delle CT nel contesto urbano potrebbe contribuire a normalizzare la presenza nella società di persone che si sono immerse in un percorso di cura, riducendo la percezione di "diversità" e "pericolosità" spesso associata ai consumatori. Cambiare lo sguardo del senso comune verso il tossicomane apre alla possibilità di modificare il modo in cui il consumatore stesso

si racconta, offrendogli abiti identitari diversi da quello del tossicodipendente che resterà tale per tutta la vita. Inoltre, la vicinanza fisica tra le CT e i Ser.D. può facilitare la collaborazione tra diversi professionisti della salute, migliorando la qualità del trattamento e dell'assistenza offerti.

L'ultimo scarto (non per importanza) che ritengo utile è il passaggio da un approccio meccanicista al consumo a una *forma mentis* postmoderna con cui osservare il fenomeno. Infatti, reputo necessario superare il costrutto di tossicodipendenza, che si limita a leggere l'utente dentro le maglie dei sintomi di una problematica, per ampliare lo sguardo sul consumatore come una persona da poter coinvolgere all'interno dei percorsi di cambiamento, in quanto considerata un "esperto portatore di un sapere". Una riconfigurazione del ruolo dell'utente che va in questa direzione consente di posizionarlo all'interno della comunità terapeutica non come portatore di un problema che qualcuno deve risolvere, ma come persona che con la propria esperienza consente di migliorare il servizio che la struttura stessa offre ai suoi ospiti. Ciò non significa tralasciare la componente biologica del consumo, che va sicuramente presa in considerazione, ma dare molto più spazio ai significati e al valore identitario che i discorsi sulle sostanze ricoprono per la persona. Inoltre, mi anticipo che dare un ruolo attivo e co-costruire con gli utenti percorsi maggiormente flessibili in termini di durata e obiettivi, consentirebbe anche di modificare le narrazioni dei consumatori e del senso comune riguardanti la "tossicodipendenza" e le comunità terapeutiche, potenzialmente rendendo le strutture luoghi di cura più accattivanti e agganciando anche chi oggi resta fuori dal circuito.

Bibliografia

Alves, P. C. G., Sales, C. M. D., & Ashworth, M. (2015). Personalising the evaluation of substance misuse treatment: A new approach to outcome measurement. *International Journal of Drug Policy*, 26(4), 333–335. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.11.014>

Alves, P. C. G., Sales, C. M. D., & Ashworth, M. (2016). “It is not just about the alcohol”: Service users’ views about individualised and standardised clinical assessment in a therapeutic community for alcohol dependence. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 11(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13011-016-0070-5>

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Anzul, M., Downing, M., Ely, M., & Vinz, R. (2003). *On Writing Qualitative Research* (0 ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203451427>

Armezzani, M. (2002). *Esperienza e significato nelle scienze psicologiche: Naturalismo, fenomenologia, costruttivismo* (1. ed). GLF Editori Laterza.

Armezzani, M., & Alzati, R. (A c. Di). (2004). *In prima persona: La prospettiva costruttivista nella ricerca psicologica*. Saggiatore.

Arnao, G. (1996). *Tutte le droghe del presidente: [Argomenti, storie e proposte contro il proibizionismo]*. Sperling & Kupfer.

Aslan, L. (2018). *Doing time on a TC: How effective are drug-free therapeutic communities in prison? A review of the literature*. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 39(1), 26–34. <https://doi.org/10.1108/TC-10-2017-0028>

Austin, J. L., & Penco, C. (2017). *Come fare cose con le parole*. Marietti.

Bargagli, A. M., Schifano, P., Davoli, M., Faggiano, F., & Perucci, C. A. (2005).

Determinants of methadone treatment assignment among heroin addicts on first admission to public treatment centres in Italy. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(2), 191–199. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.01.014>

Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, Discrimination, Treatment Effectiveness, and Policy: Public Views About Drug Addiction and Mental Illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269–1272. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>

Berger, P. L., & Luckmann, T. (2020). *La realtà come costruzione sociale* (M. Innocenti & A. Sofri Peretti, Trad.). Il Mulino.

Best, D., Vanderplasschen, W., Van De Mheen, D., De Maeyer, J., Colman, C., Vander Laenen, F., Irving, J., Andersson, C., Edwards, M., Bellaert, L., Martinelli, T., Graham, S., Hamer, R., & Nagelhout, G. E. (2018). REC-PATH (Recovery Pathways): Overview of a Four-Country Study of Pathways to Recovery from Problematic Drug Use. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 36(4), 517–529. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1488550>

Blumer, H. (2008). *Interazionismo simbolico: Prospettiva e metodo*. Il mulino.

Bocci Benucci, S., Tonini, B., Casale, S., & Fioravanti, G. (2024). Testing the role of extended thinking in predicting craving and problematic social network sites use. *Addictive Behaviors*, 155, 108042. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108042>

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

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Broekaert, E., De Maeyer, J., Vandeveldel, S., Vanderplasschen, W., Claes, C., Colpaert, K., & Walgraeve, M. (2017). Quality of Life in Therapeutic Communities for Addictions: A Positive Search for Wellbeing and Happiness. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*,

12(2–3), 207–221. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1307155>

Broekaert, E., Vandeveld, S., Soye, V., Yates, R., & Slater, A. (2006). The Third Generation of Therapeutic Communities: The Early Development of the TC for Addictions in Europe. *European Addiction Research*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1159/000088577>

Cardano, M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Il mulino.

Castiglioni, M., & Faccio, E. (2010). *Costruttivismi in psicologia clinica: Teorie, metodi, ricerche* (1. ed). UTET Università.

Cooley, C. H. (1983). *Human nature and the social order*. Transaction Books.

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed). SAGE Publications.

Davoli, M., Pasqualini, F., Belleudi, V., Bargagli, A. M., & Perucci, C. A. (2007). Changing Pattern of Drug Abuse among Patients Entering Treatment in Lazio, Italy, between 1996 and 2003: Transition from Heroin to Cocaine Use. *European Addiction Research*, 13(4), 185–191. <https://doi.org/10.1159/000104880>

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer Pub.

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2009). Exploratory Study on Drug Users' Perspectives on Quality of Life: More than Health-Related Quality of Life? *Social Indicators Research*, 90(1), 107–126. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9315-7>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (A c. Di). (2005). *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed). Sage Publications.

Diagnostic & Statistical manual of Mental Disorders (3rd ed). (1980). American Psychiatric Association.

Dipartimento per le politiche antidroga. (s.d.).

<https://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-sul-territorio/>

Elias, N., & Panzieri, G. (1982). *Il processo di civilizzazione*. Mulino.

Faccio, E. (2007). *Le identità corporee: Quando l'immagine di sé fa star male*. Giunti.

Faccio, E., Aquili, L., & Rocelli, M. (2022). What is therapeutic? Analysis of the narratives available on Italian Addiction Rehab Centres' Sites to present the therapeutic programme. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.613>

Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. Sage Publications.

Fragkiadaki, E., Triliva, S., Natsopoulou, O., & Tzanakis, E. (2020). From social workers to socio-therapists: The transformative journey of substance abuse therapists. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 20(2), 89–104. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2020.1691408>

Gadamer, H. G. (1999). *Verità e metodo* (G. Vattimo, A c. Di; 12. ed). Bompiani.

Galassi, A., Mpofo, E., & Athanasou, J. (2015). Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6), 7059–7072. <https://doi.org/10.3390/ijerph120607059>

Gallon, S. L., Gabriel, R. M., & Knudsen, J. R. W. (2003). The toughest job you'll ever love: A Pacific Northwest Treatment Workforce Survey. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 183–196. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00032-1](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00032-1)

Gergen, K. J., McNamee, S., & Barrett, F. J. (2001). TOWARD TRANSFORMATIVE DIALOGUE. *International Journal of Public Administration*, 24(7–8), 679–707. <https://doi.org/10.1081/PAD-100104770>

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *The discovery of grounded theory: Strategies for*

qualitative research. Routledge.

Goethals, I., Soyez, V., Melnick, G., Leon, G. D., & Broekaert, E. (2011). Essential Elements of Treatment: A Comparative Study Between European and American Therapeutic Communities for Addiction. *Substance Use & Misuse*, *46*(8), 1023–1031. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.544358>

Goffman, E. (2022). *La vita quotidiana come rappresentazione*. Il mulino.

Grillo G. & Squillaci L. (2020). *L'assenza di equità della cura sulle dipendenze patologiche nel territorio nazionale*. Medicina delle Dipendenze.

Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., Compton, W. M., Crowley, T., Ling, W., Petry, N. M., Schuckit, M., & Grant, B. F. (2013). DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *American Journal of Psychiatry*, *170*(8), 834–851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12060782>

Hedrich, D., Pirona, A., & Wiessing, L. (2008). From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *15*(6), 503–517. <https://doi.org/10.1080/09687630802227673>

Iqbal, N., McCambridge, O., Edgar, L., Young, C., & Shorter, G. W. (2015). Health-care professionals' attitudes across different hospital departments regarding alcohol-related presentations. *Drug and Alcohol Review*, *34*(5), 487–494. <https://doi.org/10.1111/dar.12243>

Iudici, A., Faccio, E., & Salvini, A. (2013). From “Drug-Addiction” to the “Toxicophilia” New Ideas for the Promotion Of Health and for the Clinic. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*, *5*(2), 333–344. <https://doi.org/10.15405/ejsbs.73>

Iudici, A., Fenini, D., Baciga, D., & Volponi, G. (2022). 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*, *21*(1), 127–148. <https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1713955>

Knight, D. K., Landrum, B., Becan, J. E., & Flynn, P. M. (2012). Program needs and change orientation: Implications for counselor turnover. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(2), 159–168. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.019>

Knudsen, H. K., Ducharme, L. J., & Roman, P. M. (2006). Counselor emotional exhaustion and turnover intention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(2), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.04.003>

Kuhn, T. S. (2017). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche* (7. rist). Einaudi.

La Mendola, S. (2009). *Centrato e aperto: Dare vita a interviste dialogiche*. UTET università.

Lamb, S. J., Greenlick, M. R., & McCarty, D. (A c. Di). (1998). *Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment*. National Academy Press.

Magor-Blatch, L., Bhullar, N., Thomson, B., & Thorsteinsson, E. (2014). A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities, 35*(4), 168–184. <https://doi.org/10.1108/TC-07-2013-0024>

Malinconico, A. (A c. Di). (2015). *Comunità terapeutiche per la salute mentale: Intersezioni*. FrancoAngeli.

Manicomio. (s.d.). [https://www.treccani.it/enciclopedia/manicomio_\(Enciclopedia-Italiana\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/manicomio_(Enciclopedia-Italiana)/)

Matza, D., & Rinaldi, C. (2019). *Come si diventa devianti*. Meltemi.

Mazzara, B. M. (2002). *Metodi qualitativi in psicologia sociale: Prospettive teoriche e strumenti operativi*. Carocci.

McLellan, A. Thomas, Carise, Deni;, & Kleber, Herbert D. (2003). Can the national

addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 117–121. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00156-9](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00156-9)

Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304–316. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x>

Murphy, J., & Kruis, N. (2023). Emotional Exhaustion and Turnover Intentions among Counselors in Rural Substance Use Disorder Treatment Programs. *Substance Use & Misuse*, 58(2), 180–187. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2151314>

Mutschler, C., Junaid, S., Tellez, C., Franco, G., Gryspeerdt, C., & Bushe, J. (2022). Community-based residential treatment for alcohol and substance use problems: A realist review. *Health & Social Care in the Community*, 30(2). <https://doi.org/10.1111/hsc.13511>

Natarajan, M. (2016). *The library of drug abuse and crime*. Routledge.

O'Hare, P. A. (1994). *La riduzione del danno*. Grupo Abele.

Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: The need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*, 103(6), 875–885. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02092.x>

Oyefeso, A., Clancy, C., & Farmer, R. (2008). Prevalence and associated factors in burnout and psychological morbidity among substance misuse professionals. *BMC Health Services Research*, 8(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-39>

Pasqualotto, L. (A c. Di). (2020). *ICF, salute mentale e dipendenze :strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery*. Carocci Faber.

Pasqualotto, Luciano. (2016). *ICF-Dipendenze: Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche* (L. Pasqualotto, A c. Di). Centro studi Erickson.

Perryman, C., & Dingle, G. (2015). A systematic review of the methodologies used in research related to adult drug and alcohol rehabilitation in therapeutic communities published 2000-2013. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 36(4), 193–208. <https://doi.org/10.1108/TC-09-2014-0029>

Pickering, D., & Norberg, M. M. (2023). Are hoarding disorder and buying-shopping disorder behavioural addictions? A conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(1), 70–82. <https://doi.org/10.1037/cps0000120>

Poulopoulos, C. (2012). Economic crisis in Greece: Risks and challenges for drug policy and strategy. *Drugs and Alcohol Today*, 12(3), 132–140. <https://doi.org/10.1108/17459261211263415>

Pozzi, G., Frustaci, A., Janiri, L., & Giannantonio, M. D. (2006). The challenge of psychiatric comorbidity to the public services for drug dependence in Italy. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(3), 224–230. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.09.010>

Prendergast, M. L., Hall, E. A., Wexler, H. K., Melnick, G., & Cao, Y. (2004). Amity Prison-Based Therapeutic Community: 5-Year Outcomes. *The Prison Journal*, 84(1), 36–60. <https://doi.org/10.1177/0032885503262454>

Read, J. (2021). W.H.O. and U.N. join calls to transcend medical model. *Psychology Today*, June 22. Retrieved from:

Reyre, A., Jeannin, R., Lagueche, M., Moro, M. R., Baubet, T., & Taieb, O. (2017). Overcoming professionals' challenging experiences to promote a trustful therapeutic alliance in addiction treatment: A qualitative study. *Drug and Alcohol Dependence*, 174, 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.015>

Roberts J. (1997). *How to recognise a therapeutic community*. Prison Service Journal, 4-7.

Rocelli, M., Sdrubolini, F., Romania, V., & Faccio, E. (2024). 'Doctor, I'm not here to quit drugs!' Hidden goals that undermine shared decision-making during access to services by

young people who use substances. *Addiction Research & Theory*, 32(1), 10–19. <https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2210840>

Salvini, A., Dondoni, M., & Armezzani, M. (A c. Di). (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia* (1. ed). Giunti.

Salvini, A., & Zanellato, L. (1998). *Psicologia clinica delle tossicodipendenze*. Lombardo.

Sartori, R. (2011). *Metodi e tecniche di indagine e intervento in psicologia: Colloquio - intervista questionario test*. LED.

Sclavi, M. (2003). *Arte di ascoltare e mondi possibili: Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Mondadori.

Turchi, G. P. (A c. Di). (2002). *Tossicodipendenza: Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici* (1. ed). Domeneghini.

Turchi, G. P., & Maiuro, T. (2007). La riflessione epistemologica come criterio di scientificità in psicologia clinica. In *Psicologia clinica* (pp. 41–50). Springer Milan. https://doi.org/10.1007/978-88-470-0554-9_4

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandavelde, S. (2013). Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 1–22. <https://doi.org/10.1155/2013/427817>

Vanderplasschen, W., Vandavelde, S., & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*. Publications Office.

Vanderplasschen, W., Vandavelde, S., De Ruyscher, C., Vandavelde, D., & Broekaert, E. (2017). In Search of Evidence-Based Treatment in TCs for Addictions: 40 Years of Research in TC De Kiem (Belgium). *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2–3), 177–195. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2017.1312656>

Vargo, E. J., & Petróczi, A. (2016). “It Was Me on a Good Day”: Exploring the Smart Drug Use Phenomenon in England. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00779>

Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 93–109. <https://doi.org/10.1080/09595230500167478>

Wittgenstein, L. (1953). *Philosophische Untersuchungen*. Basil Blackwell, Oxford (trad. it. Ricerche filosofiche, Torino, Einaudi, 2014).

Zammuner, V. L. (2011). *Tecniche dell'intervista e del questionario*. Il mulino.

Normative e Report

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per le Cooperative Sociali. (2017). Art. 76

Diagnosi e intervento precoce, Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2011

Dipartimento per le politiche antidroga. (s.d.).
<https://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-sul-territorio/>

German Bundestag. (2024). Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz — CanG)

Italia. (2003). Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo n. 196)

Legge 180/1978

Legge 685/1975

Legge costituzionale 3/2001

Legge del 162/1990

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2008). Risoluzione 51/3 della *Commission on Narcotic Drugs*. 51esima sessione.

Regione Marche. (2015). Delibera di Giunta Regionale n. 1221

Regione Marche. (2020). Delibera di Giunta Regionale n. 927

Regione Veneto. (2006). Delibera di Giunta Regionale n. 445

Regione Veneto. (2007). Delibera di Giunta Regionale n. 84

Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. (2023).

<https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ix0b0esf/relazione-al-parlamento-2023.pdf>

Report dell'osservatorio sulle dipendenze della Regione Friuli-Venezia Giulia (2020)

Report dell'osservatorio sulle dipendenze della Regione Friuli-Venezia Giulia (2020),

Unione Europea. (2016). Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR) (Regolamento UE n. 679)