

I libri del Fondo sociale europeo

ISSN 1590-0002

L'Isfol, Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori, è un Ente pubblico di ricerca scientifica istituito con D.P.R. n. 478 del 30 giugno 1973.

L'Istituto opera in base al nuovo Statuto approvato con D.P.C.M. del 19 marzo 2003 ed al nuovo assetto organizzativo approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 12 del 6.10.2004.

Svolge attività di studio, ricerca, sperimentazione, documentazione, informazione e valutazione nel campo della formazione, delle politiche sociali e del lavoro, al fine di contribuire alla crescita dell'occupazione, al miglioramento delle risorse umane, all'inclusione sociale ed allo sviluppo locale. Fornisce consulenza tecnico-scientifica al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e ad altri Ministeri, alle Regioni, Province autonome e agli Enti locali, alle Istituzioni nazionali pubbliche e private. Svolge incarichi che gli vengono attribuiti dal Parlamento e fa parte del Sistema statistico nazionale.

Svolge anche il ruolo di struttura di assistenza tecnica per le azioni di sistema del Fondo sociale europeo, è Agenzia Nazionale per il programma comunitario Leonardo da Vinci, Centro Nazionale Europass, Struttura nazionale di supporto all'iniziativa comunitaria Equal.

Presidente

Sergio Trevisanato

Direttore generale

Antonio Capone

La Collana

I libri del Fondo sociale europeo raccoglie i risultati tecnico-scientifici conseguiti nell'ambito del Piano di attività ISFOL per la programmazione di FSE 2000-2006 "Progetti operativi: Azioni per l'attuazione del Programma Operativo Nazionale Ob. 3 Azioni di sistema" e del Programma Operativo Nazionale Ob. 1 "Assistenza tecnica e azioni di sistema".

La Collana

I libri del Fondo sociale europeo è curata da *Isabella Pitoni* responsabile URP-Centro di Documentazione Specializzato Isfol.



UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

ISFOL

**DIPENDENZE E MENTORING.
PREVENZIONE DEL DISAGIO
GIOVANILE E SOSTEGNO
ALLA FAMIGLIA**

Il volume raccoglie i risultati di ricerche curate dall'Osservatorio sull'Inclusione Sociale (OIS) dell'Isfol nell'ambito del Piano di attività 2002-2006, promosse e finanziate a valere sulle risorse del PON Azioni di Sistema Ob. 3 - Misura B1 programmazione FSE 2000-2006 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale per il Volontariato, l'Associazionismo e le Formazioni Sociali, diretta da Mariano Martone.

La ricerca-intervento sul Mentoring, diretta da *Alessandra Felice*, è stata realizzata in collaborazione con la Società *Ermeneia* e con la Società *HayGroup*.

Il volume è a cura di *Alessandra Felice*, *Nadio Delai* e *Luisa D'Agostino*.

Sono autori del volume: *Mariano Martone* (Premessa), *Alessandra Felice* (Introduzione), *Arianna Angelini*, *Carlo Attanasio*, *Luisa D'Agostino*, *Marcella Pulino* (Capp. 1-3, 6), *Arianna Angelini*, *Luciano Chiussi*, *Irene Chiodin* e *Luisa D'Agostino* (Cap. 4), *Nadio Delai* (Cap. 5).

Alla stesura finale del volume ha contribuito il Tavolo Istituzionale Centrale. Si ringraziano, in particolare: *Guido Ditta* e *Pietro Canuzzi* (Ministero della Salute - D.G. Prevenzione Sanitaria), *Jolanda Ghibaudi* (Associazione Gruppo Abele), *Carlo Bozzo* (Comunità San Patrignano).

Si ringraziano, inoltre, la Dott.ssa *Rita Graziano*, dirigente della Div. I della D.G. per il Volontariato, l'Associazionismo e le Formazioni Sociali e la Dott.ssa *Marina Rebecchi*, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, per l'apporto fornito alla realizzazione del volume.

Coordinamento editoriale della collana

I libri del Fondo sociale europeo:

Aurelia Tirelli e *Piero Buccione*.

Collaborazione di *Paola Piras*.



INDICE

Premessa	7
Introduzione	11
Parte prima	
Aspetti del fenomeno delle dipendenze in Italia	17
1 La fenomenologia della tossicodipendenza	19
1.1 Premessa	19
1.2 Una concettualizzazione di base	20
1.3 L'evoluzione del significato sociale nel tempo	23
1.4 L'andamento quantitativo dei soggetti coinvolti	29
1.5 I tanti profili del tossicodipendente	32
1.6 L'evoluzione del dibattito sul trattamento delle dipendenze	42
1 Servizi e interventi tra pubblico e privato	47
2.1 Premessa	47
2.2 Le strutture socio-riabilitative in Italia	48
2.3 La scelta della cura e della riabilitazione	51
2.4 I Servizi a bassa soglia	59
2.5 La crescita di ruolo dell'associazionismo	61
3 Gli operatori dei servizi per le tossicodipendenze	71
3.1 Premessa	71
3.2 Una molteplicità di figure	72
3.3 La (sempre) difficile integrazione tra operatori sanitari e operatori sociali	74
3.4 Operatori delle tossicodipendenze e rischio di <i>burn-out</i>	76
3.5 Le necessità formative degli operatori delle tossicodipendenze	79
3.6 Le necessità formative degli operatori di strada	81

3.7 Le necessità formative degli operatori dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze (N.O.T.)	83
--------------------------------------------------------------------------------------------	----

Parte seconda	
<i>Mentoring e dipendenze</i>	85

4 Le competenze del mentore che opera nell'ambito delle dipendenze da sostanze d'abuso	87
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

4.1 Premessa	87
4.2 La logica adottata nell'analisi	88
4.3 I mentori dei giovani nell'ambito della prevenzione	94
4.4 I mentori per le famiglie dei tossicodipendenti	97
4.5 Le competenze dei mentori nell'ambito delle dipendenze	99
4.6 Analisi delle Aree e confronto fra le competenze dei mentori dei giovani e delle famiglie	104
4.7 L'emergere di due figure diverse	137

5 Una possibile modellistica per la sperimentazione	143
------------------------------------------------------------	------------

5.1 Premessa	143
5.2 Gli interrogativi del Tavolo Istituzionale Centrale	144
5.3 La definizione del <i>target</i>	146
5.4 L'individuazione degli "anelli deboli"	148
5.5 Il profilo del mentore	151
5.6 I percorsi di applicazione del <i>mentoring</i>	152
5.7 Le fasi di un <i>mentoring</i> per i giovani	154
5.8 Le fasi di un <i>mentoring</i> per le famiglie	158

Allegati	163
-----------------	------------

Allegato 1: Interviste alle associazioni	165
------------------------------------------	-----

Allegato 2: Il <i>mentoring</i> in alcuni progetti finanziati dal Fondo Nazionale Lotta alla Droga e dal M.I.U.R.	181
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Bibliografia	189
---------------------	------------

PREMESSA

Recenti studi evidenziano la crescente complessità progressivamente assunta, negli ultimi anni, dal fenomeno della diffusione delle sostanze d'abuso connessa, a parere dei vari giudizi espressi, con la comparsa di nuove sostanze e modalità del loro uso, nonché con la capillarità e la diffusione del traffico illecito.

Sulla base dei dati emersi dalle ricerche, profusi nella massima parte della letteratura che si legge sull'argomento, si va formando il parere degli studiosi della materia, secondo cui è rilevabile la progressiva trasformazione del mercato delle sostanze d'abuso e l'affermarsi di un *marketing* rivolto, sempre più, verso sostanze che sarebbero in grado di rendere "competitiva" la persona agli stimoli della società dei consumi.

Tali aspetti determinerebbero la riscontrata tendenza all'abbassamento dell'età media delle prime assunzioni e renderebbero necessario, a parere degli stessi esperti e studiosi, un articolato e diversificato sistema di servizi che, nell'ottica della reciprocità e complementarietà, sia in grado di offrire risposte complete ai bisogni ed ai problemi di "vecchi" e "nuovi" consumatori.

Le scelte più significative, che è possibile rilevare dalla conoscenza delle strategie poste in essere dalle istituzioni di rilevanza internazionale, sembrano orientate a favorire, negli anni più recenti, prioritariamente, le iniziative tese alla prevenzione delle dipendenze ed al recupero socio-funzionale della persona attraverso la promozione di percorsi opportunamente individuati per il completo reinserimento nella società e nel mondo del lavoro.

La strategia dell'Unione Europea in materia di dipendenze da sostanze d'abuso per il periodo 2005-2012, che, ai più, appare orientata a porre l'incentivazione degli scambi e la diffusione su vasta scala dei risultati della ricerca, le esperienze e le buone pratiche tra le priorità riguardanti l'informazione, la ricerca e l'attenzione specifica che dovrebbe essere rivolta alla formazione dei professionisti e alla consultazione degli operatori del settore pubblico e privato, sul versante della riduzione della domanda, individua il seguente obiettivo:

"Riduzione quantificabile dell'uso di droghe, della tossicodipendenza e dei rischi per la salute e la società collegati alla droga, mediante lo sviluppo ed il migliora-

mento, all'interno degli Stati membri dell'UE, di un sistema globale di riduzione della domanda efficace, integrato e basato sulle conoscenze, che comprenda misure per la prevenzione, l'intervento precoce, il trattamento, la riduzione dei danni, il recupero e il reinserimento sociale. Le misure di riduzione della domanda devono tenere conto dei problemi per la salute e per la società causati dall'uso di sostanze psicoattive illegali e dall'assunzione di queste sostanze in combinazione con sostanze psicoattive legali, quali il tabacco, l'alcool ed i farmaci".

Dalla cognizione delle predette scelte, ritenute irrinunciabili nel campo della prevenzione e del contrasto al traffico di stupefacenti, accompagnate alle iniziative di recupero, sembrano, perciò, secondo i più diffusi pareri, derivare i principali percorsi per il conseguimento di successi duraturi e per superare la scarsa percezione del rischio da parte di ampie porzioni della popolazione giovanile e per evitare che il "convivere" con sostanze ritenute dannose per la salute e la società dalle Convenzioni Internazionali divenga un fatto condiviso o accettato passivamente.

Le tesi da più parti espresse sostengono ancora che, strettamente connessi alle predette condizioni, risultano essere il crescente ricorso all'assunzione di sostanze psicotrope illegali, l'incremento del consumo degli psicostimolanti, le implicazioni per la salute, la sicurezza e l'economia e la consapevolezza, da parte di tutti i soggetti coinvolti, che la prevenzione, per essere efficace, deve coinvolgere più attori possibili e anche i mezzi di comunicazione, come rivela l'esperienza maturata in questi ultimi anni nell'approfondimento del fenomeno attraverso le varie analisi realizzate.

Le iniziative informative sull'andamento del fenomeno della dipendenza, attuate negli anni più recenti attraverso i tradizionali canali di comunicazione di massa ed attività realizzate con modalità innovative mediante enti no profit - che, secondo la maggior parte degli esperti del settore, vanno incrementate mediante modalità di comunicazione di impatto sempre più forti, anche all'interno del mondo della scuola - vengono considerati utili per sensibilizzare il mondo dei giovani e dei giovanissimi al fine di contrastare il crescente fenomeno del progressivo abbassamento dell'età media del primo approccio alle sostanze d'abuso.

Nel predetto ambito di attività ed iniziative riguardanti il particolare aspetto della lotta alle dipendenze, la Direzione Generale Volontariato, Associazionismo e Formazioni Sociali è impegnata, nel contesto della programmazione finanziaria FSE-FESR 2000-2006 PON ob. 3, anche nell'attuazione di azioni mirate alla prevenzione e al recupero dei soggetti dipendenti da sostanze di abuso, promuovendo una maggiore integrazione tra i diversi processi decisionali e gestionali a livello centrale e locale in materia di politiche sociali e realizzando non solo azioni di sistema ma anche interventi di assistenza tecnica diretti ai soggetti maggiormente coinvolti.

Va segnalato, inoltre, che sempre presso la Direzione Generale Volontariato, Associazionismo e Formazioni Sociali, dal 14 dicembre 2004, è insediata ed operante la "Consulta nazionale sull'Alcol e sui Problemi Alcolcorrelati" istituita ai sensi della legge 125/2001. La compongono rappresentanti di Ministeri, Enti

Locali ed Organismi nazionali pubblici e privati maggiormente coinvolti nel processo di osservazione del fenomeno.

La Consulta, che, secondo legge, si riunisce almeno con cadenza bimestrale, svolge funzioni di collaborazione alla predisposizione della relazione annuale al Parlamento, in materia di collaborazione con enti ed organizzazioni internazionali che si occupano di alcol e di problemi alcolcorrelati e fornisce ai Ministeri competenti, alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano pareri in ordine ai diversi aspetti attinenti l'alcol ed i problemi alcolcorrelati.

La Direzione Generale Volontariato, Associazionismo e Formazioni Sociali, nell'ambito del Programma Operativo Nazionale "Azioni di Sistema" OB. 3 - Misura B1 - Azione 1 "Azioni di sistema per favorire l'integrazione fra politiche sociali e politiche del lavoro nell'ambito della riforma sull'assistenza", attraverso l'Isfol, ha promosso la costituzione di un Tavolo Istituzionale Centrale, anch'esso composto da organismi nazionali pubblici, privati e no profit che, istituzionalmente, si occupano di tematiche relative alla dipendenza (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, Ministero dell'Interno, MIUR, Associazione Gruppo Abele Onlus, CEIS, CICA, CNA, CNCA, Comunità San Patrignano, Confcooperative, CSV Net, Federserd, FICT, Società Ermeneia), che opera quale cabina di regia di un progetto riguardante l'analisi delle iniziative attuate per la realizzazione dello specifico processo di accompagnamento (*mentoring*) del soggetto a rischio.

Il Tavolo Istituzionale, che è attivo da oltre un anno, si è riunito più volte ed i componenti che vi partecipano hanno fornito apporti collaborativi per l'esame e l'elaborazione della presente pubblicazione che scaturisce, pertanto, dal lavoro dell'Osservatorio sull'Inclusione Sociale (OIS) dell'ISfol su incarico della Direzione Generale per il Volontariato, l'Associazionismo e le Formazioni Sociali, con il supporto del Tavolo Istituzionale Centrale ed offre, oltre ai risultati della sperimentazione innovativa sulle competenze che il "mentore" deve possedere nell'affiancamento dei giovani a rischio e nel sostegno alle loro famiglie, anche uno sguardo d'insieme sul fenomeno dipendenza e sulle sue connotazioni, presentando i diversi punti di vista che ad esso afferiscono.

In particolare, partendo dalla constatazione che la percezione sociale del fenomeno in esame assume la connotazione di un tema particolarmente rilevante, con l'apporto del presente lavoro si intendono fornire spunti di conoscenza e di approfondimento e contribuire ad affrontarlo con strumenti innovativi ed attuali, al fine di utilizzare tutte le strategie utili a contrastare il fenomeno nonché le competenze dei soggetti che, a vario titolo, operano per fronteggiare un problema così complesso come la dipendenza.

Mariano Martone

Direttore Generale

D.G. Volontariato, Associazionismo e Formazioni Sociali

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Ci sembra importante sottolineare che questo volume è il prodotto di un lavoro di équipe tra il gruppo di ricerca dell'Osservatorio sull'Inclusione Sociale dell'Isfol, diretto da Alessandra Felice, ed i referenti delle strutture pubbliche, private e del Terzo Settore che hanno partecipato al Tavolo Istituzionale Centrale. Il Tavolo ha anche svolto funzioni di "Cabina di regia" nell'ambito di un progetto di ricerca-intervento sul tema del mentoring nell'accompagnamento dei soggetti con problemi di dipendenza da sostanze d'abuso.

Il Tavolo Istituzionale Centrale era composto da:

- *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - D.G. Volontariato, Associazionismo e Formazioni Sociali*
- *Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, Ufficio per la Riduzione della Domanda e dell'Offerta di Droga*
- *Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento del Farmaco*
- *Ministero della Salute - D.G. Prevenzione Sanitaria*
- *Ministero dell'Interno - Dipartimento Libertà Civili e Immigrazione, Area Fragilità Sociali*
- *MIUR - D.G. per lo Studente*
- *Associazione Gruppo Abele Onlus*
- *CEIS - Centro Italiano di Solidarietà*
- *CICA - Coordinamento Italiano Case di Accoglienza*
- *CNA - Ufficio Mercato del Lavoro*
- *CNCA - Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza*
- *Comunità San Patignano*
- *Confcooperative - Direzione Federsolidarietà Nazionale*
- *CSV Net - Coordinamento Nazionale Centri Servizio Volontariato*
- *Federserd - Federazione Nazionale degli Operatori dei Servizi per le Dipendenze*
- *FICT - Federazione Italiana Comunità Terapeutiche*
- *Società Ermeneia - Studi & Strategie di Sistema*
- *OIS - Isfol*

Si ringraziano tutti i partecipanti al Tavolo Istituzionale Centrale per la disponibilità nella condivisione degli obiettivi e per i preziosi contributi offerti a questo lavoro.

INTRODUZIONE

In questo volume presentiamo tre ordini di tematiche: uno scenario informativo generale con dati di sintesi e informazioni di contesto sul fenomeno della dipendenza da sostanze di abuso, una riflessione-sperimentazione sulle competenze dei mentori che operano a livello di prevenzione della dipendenza tra i giovani e a livello di sostegno delle famiglie dei soggetti dipendenti, nonché alcune indicazioni e suggerimenti per implementare percorsi di *mentoring* in questo ambito. Le informazioni sintetizzate nella prima parte non pretendono di essere esaurienti, ma sicuramente hanno due pregi: quello di condensare le indicazioni più aggiornate sul fenomeno, che spesso non si reperiscono in un'unica fonte, e quello di essere state condivise da ognuno dei membri del Tavolo Istituzionale avviato per supportare l'azione dell'Isfol in un campo così delicato. Questo è sicuramente uno dei risultati più importanti del lavoro svolto con esperti di estrazione e di esperienza così diversa. La parte più nuova e originale del volume è quella dedicata al *mentoring*, in quanto introduciamo alcune riflessioni e formuliamo alcune proposte su un tipo di rapporto particolare che sicuramente caratterizza il lavoro di molti degli operatori che affiancano il soggetto dipendente da sostanze di abuso e che viene sviluppato anche dai volontari e dalle persone che, a vario titolo, offrono il proprio sostegno ai soggetti che intraprendono il cammino del reinserimento sociale.

Il *mentoring* è una particolare forma di accompagnamento che si instaura tra due persone, durante la quale una di loro offre la propria esperienza e le proprie competenze all'altra, all'interno di un percorso liberamente scelto. È un rapporto orientato verso i bisogni dell'individuo e gli obiettivi del *mentee* divengono centrali nel rapporto con il mentore, che non persegue obiettivi esterni a quelli stabiliti al momento della costituzione del rapporto di *mentoring*.

Gli obiettivi del rapporto non sono obiettivi educativi tipicamente rientranti in un rapporto di apprendimento formale, quali quelli rappresentati dai tutor che operano nei progetti educativi o aziendali; sono piuttosto obiettivi che rientrano all'interno di un processo di apprendimento formale-informale, come oggi viene descritto nei documenti comunitari dedicati all'istruzione. In "*Informality*

*and formality in learning: a report for the Learning and Skills Research Centre*¹, che presenta i risultati di un progetto voluto dalla *Learning and Skills Development Agency* (LSDA) inglese per un'analisi del terreno concettuale che incontriamo nell'ambito dell'apprendimento non-formale, vi è un paragrafo dedicato proprio al *mentoring* (*Mentoring for professional development and for social inclusion*), in cui viene presentato come uno degli esempi più evidenti di una pratica dove si integrano fortemente gli "attributi" formali e informali dell'apprendimento.

Infatti proprio nel Regno Unito, negli ultimi venticinque anni è avvenuta una forte crescita nel suo uso come meccanismo di apprendimento trasversale a molteplici contesti, in particolare nell'ambito dello sviluppo professionale di uomini di affari e del recupero dei giovani socialmente esclusi. Il dibattito è ancora aperto sul grado di informalità o formalità che caratterizza il *mentoring* (nel rapporto inglese, già citato, si afferma di non aver riscontrato nei documenti inglesi il termine 'non-formale' in questo contesto, che invece è presente nelle classificazioni degli Stati Uniti), dato che la sua essenza risiede in uno stretto rapporto interpersonale caratterizzato dall'apprendimento.

Da un lato, il *mentoring* appare essere stato inizialmente 'scoperto' come un'esperienza di apprendimento altamente informale e, solo successivamente, è stato sempre più formalizzato nella speranza di poter replicare in modo diffuso i suoi benefici². Dall'altro, i programmi formalizzati di *mentoring* sono ancora generalmente accolti come un'introduzione di attributi informali a pratiche educative e formative che erano inizialmente più formali. Nel rapporto inglese appena citato si afferma come questo rappresenti una espressione particolare di un paradosso centrale:

"Il *mentoring* pertanto offre un ricco studio di casi nel quale mappare ed analizzare i tentativi di trasferire o "rendere ibrido" l'apprendimento formale e informale, incluse le conseguenze disorganizzate che possono scaturirvi" (ib. pag. 56). Riportando alcune definizioni contenute in alcuni volumi pubblicati dall'Isfol nell'ambito della collana "I Libri del FSE"³, ricordiamo che il *mentoring* è:

1 Gli autori del rapporto sono Helen Colley, Phil Hodkinson e Janice Malcom del *Lifelong Learning Institute* dell'Università di Leeds (UK). Il rapporto è stato pubblicato nel 2003 e sviluppa tre ambiti di ricerca: una ricerca documentale, dove sono state analizzate le classificazioni esplicite dell'apprendimento informale, non formale o formale, un'indagine dettagliata delle diverse situazioni di apprendimento nel lavoro, nell'educazione superiore, nell'educazione degli adulti e comunitaria e nel *mentoring*, un'analisi dello sviluppo storico di idee relative a questi temi attraverso la letteratura, identificando ed analizzando due dimensioni sovrapposte di pensiero che in sintesi vengono denominate "politica" e "teoretica".

2 Cfr. la parte dedicata agli Standard diffusi dal *National Mentoring Network* (NMN) e approvati dal governo inglese, che vengono richiesti agli organismi ed alle associazioni di *mentoring* operanti nel Regno Unito per accedere ai contributi statali ("Guida al Mentoring. Istruzioni per l'uso", Libri del FSE, Isfol. 2004, pagg 136-139).

3 Rimandiamo alla lettura dei volumi già pubblicati sul *mentoring*, in particolare "Guida al mentoring. Istruzioni per l'uso", *op. cit.*

- **aiuto informale** da una persona a un'altra, nel compiere cambiamenti significativi nella conoscenza, nel lavoro e nel pensiero;
- **supporto, assistenza o guida** da una persona a un'altra per raggiungere un obiettivo in un determinato arco di tempo;
- **beneficio** della propria esperienza di vita, scuola o lavoro che un senior può fornire a un mentee, per incoraggiarlo a muoversi con sicurezza in esperienze diverse. Il mentore diventa così un modello di ruolo;
- **sostegno** di un individuo a un altro, all'interno di una interrelazione sviluppata in un lasso di tempo;
- **consiglio** da parte di una persona rispettata nei confronti di chi ha bisogno;
- **relazione** non costrittiva e basata non sul potere, ma che porta benefici a una o a entrambe le persone;
- **incontro** tra due persone che condividono volontariamente esperienze diverse in un processo di crescita reciproca.

La caratteristica del *mentoring* consiste nell'avvicinare due individui in un rapporto *uno a uno*, superando o evitando burocrazie e istituzioni. È normale che una persona con esperienza possieda abilità e conoscenze dalle quali uno *junior* possa trarre beneficio. Non è escluso, tuttavia, che in molte situazioni si attui un *mentoring* tra pari, quando uno studente funge da mentore per un altro studente, un esperto per un altro esperto; oppure un *mentoring* aziendale, che in questi ultimi anni si sta diffondendo sempre di più anche in Italia, quando un dipendente più "anziano" introduce ed accompagna il neo-assunto nella cultura aziendale, sostenendolo anche nella definizione dei propri obiettivi di carriera.

Oggi la maggior parte delle esperienze sociali incentrate sull'orientamento, l'educazione, la formazione e l'inserimento lavorativo prevedono sempre più di frequente anche le pratiche di accompagnamento, affinché i fini di emancipazione, miglioramento e facilitazione dell'autonomia dei soggetti in difficoltà vengano raggiunti. L'accompagnamento rappresenta uno strumento complementare che permette ad una persona "fragile" di affrontare le inevitabili transizioni che la aspettano. Da qui, l'intreccio tra le riflessioni sul *mentoring*, sull'accompagnamento e sulle pratiche di mediazione sociale svolte nell'ambito dei programmi di recupero-reinserimento sociale.

Il termine "accompagnamento" è comune e trasversale a più settori della vita sociale e le pratiche di accompagnamento sono ormai usuali in sfere molto diverse tra loro quali:

- l'accompagnamento in funzione delle varie fasce di età nell'arco della vita;
- l'accompagnamento negli spazi educativi, pedagogici o rieducativi;
- l'accompagnamento in campo sociale ed interculturale;
- l'accompagnamento in ambito lavorativo-occupazionale.

È possibile identificare figure di accompagnamento diverse a seconda dell'area o del settore di riferimento, ma quando si tratta di affiancare i soggetti in difficoltà come coloro che si trovano a lottare contro le dipendenze, anche gli operatori più specializzati (il medico che interviene nei momenti di crisi, il docente chiamato a formare in una disciplina specifica...) possono trasformarsi in coloro che accompagnano e sostengono il soggetto dipendente offrendo competenze e conoscenze che vanno al di là di quelle che mettono in atto quando esercitano le loro funzioni professionali, che non prevedono né la mediazione tra attori del sociale né l'affiancamento nei percorsi di sviluppo e di *empowerment*.

Complessivamente, esiste davvero una molteplicità di accompagnatori: educatori, pedagoghi, formatori, tutor, consiglieri, "maestri artigiani", *coach*, curatori, terapisti, consulenti, specialisti della cooperazione, assistenti sociali... Tutti questi attori, quando lavorano a contatto con il disagio, dichiarano oggi di svolgere in qualche misura "azioni di accompagnamento" e la "figura di accompagnamento" spesso non rappresenta un nuovo profilo professionale, ma un *ruolo* che viene messo in atto in contesti e situazioni diverse, al fine di *agevolare, facilitare, accompagnare*. Essi, dunque, divengono mentori.

È così che funzioni di *mentoring* a volte possono essere svolte da figure di accompagnamento non definite "mentori" o da professionisti di vario genere che, trovandosi in determinate situazioni, vengono ad assumere ruoli di *mentori* e li svolgono durante un lasso di tempo.

Esiste però una figura di mentore-volontario che svolge funzioni di *mentoring* sempre e che offre il proprio tempo, la propria esperienza e le proprie conoscenze ad una persona che li richiede esplicando le competenze che sono state identificate dai gruppi di lavoro e riportate nella seconda parte di questo volume.

Perché approfondire queste tematiche ed analizzare le diverse funzioni che svolge chi offre l'accompagnamento-*mentoring* sia ai soggetti che sono a rischio di dipendenza da sostanze di abuso, sia alle loro famiglie?

Perché consideriamo importante attivare tutte le risorse per aggredire da più fronti il problema delle dipendenze, senza lasciar nulla di intentato e promuovendo tutte le azioni per arginare e combattere il fenomeno. Attraverso queste riflessioni, possiamo contribuire alla realizzazione delle azioni miranti alla riduzione della domanda più che al contenimento dell'offerta. Anche il Consiglio dell'Unione⁴ sollecita l'intervento e il coordinamento di tutti i soggetti interessati, in quanto solo un approccio integrato, pluridisciplinare ed equilibrato riesce a combinare il contenimento della domanda con la riduzione dell'offerta. Data la trasversalità del problema, le risposte dovranno pervenire da numerosi settori, tra cui l'assistenza sociale, la sanità, l'istruzione, la giustizia e gli affari interni.

Secondo il Consiglio d'Europa, nei paesi membri "...I dati disponibili non suggeriscono un contenimento significativo del livello del consumo di stupefacenti o

4 Strategia dell'Unione Europea in materia di droga (2005-2012) - Consiglio dell'Unione Europea (15074/04) - Bruxelles, 22 novembre 2004.

una riduzione sostanziale della disponibilità di droga”. Pertanto, negli interventi da adottare, l’attenzione alla salute dei cittadini è prioritaria, come è fondamentale, nelle attività preventive, il ruolo dei momenti formativi e di sensibilizzazione. Infatti è importante non solo prevenire l’inizio dell’assunzione di sostanze che creano dipendenza, ma anche impedire che l’assunzione motivata dal desiderio di nuove esperienze si trasformi in uso abituale, intervenendo tempestivamente sui modelli di comportamento a rischio.

È in quest’ambito che si inserisce questo contributo sul *mentoring*.

Alessandra Felice
Responsabile OIS-Isfol

parte prima
**aspetti del fenomeno
delle dipendenze in Italia**

capitolo 1

LA FENOMENOLOGIA DELLA TOSSICODIPENDENZA

1.1 PREMESSA

Il fenomeno della dipendenza da sostanze stupefacenti è, date le sue dimensioni e la sua complessità, spesso al centro di discussioni e dibattiti.

Preliminarmente alle analisi di dettaglio e alle proposte operative in materia, si ritiene necessario fornire un quadro informativo sul fenomeno in Italia.

A partire da una definizione semantica del fenomeno della tossicodipendenza, si ripercorre l'evoluzione del suo significato sociale nel tempo, seguendo un'impostazione relativistica che ne evidenzia le trasformazioni ed esaminando la diverse tipologie di sostanze che si sono evolute nei vari periodi veicolate nel mercato in risposta alle mutevoli esigenze e "mode" individuali e di gruppo.

Sulla base dei dati dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'ultima Relazione al Parlamento prodotta dal Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sulla scorta delle elaborazioni effettuate dal CNR - Istituto di Fisiologia Clinica e dal Ministero dell'Interno, è stato possibile ricostruire un quadro aggiornato al 2004 sull'andamento del fenomeno droga nel nostro Paese.

È stato esaminato, in particolare, l'andamento quantitativo dei soggetti coinvolti, i diversi profili di chi si rivolge ai Ser.T. o alle Comunità Terapeutiche, evidenziando le loro principali caratteristiche come la nazionalità, la scolarità, l'occupazione e la condizione abitativa, dati che, per la prima volta, sono stati analizzati in relazione al tipo di sostanza che determina il trattamento e articolati per sesso e classi di età.

Infine, si esplora il panorama dei modelli esistenti e dei diversi approcci teorici al fenomeno, sulla base dei quali si sono attivati specifici programmi ed interventi socio-sanitari. L'evoluzione del dibattito sul fenomeno delle dipendenze vede il contrapporsi di posizioni sostenute da argomentazioni scientifiche, filosofiche ed etiche e basate su modelli antropologici diversi.

1.2 UNA CONCETTUALIZZAZIONE DI BASE

La tossicodipendenza è un fenomeno complesso e spesso al centro di discussioni e dibattiti, non solo per l'aspetto clinico/epidemiologico, ma soprattutto per quello fenomenologico/interpretativo.

Punto di riferimento è la definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) negli anni '50. Questa definisce la tossicomania come "uno stato di intossicazione periodica o cronica, prodotta dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica, caratterizzata da:

- a un desiderio o bisogno compulsivo (*craving*) di continuare ad assumere la sostanza e di procurarsela con ogni mezzo;
- b una tendenza ad aumentare la dose (detta assuefazione o tolleranza);
- c una dipendenza psichica e, di solito, fisica dagli effetti della sostanza;
- d effetti dannosi all'individuo ed alla società"⁵.

Secondo questa definizione, sono quindi tre le peculiarità che il rapporto con la sostanza deve avere affinché si possa determinare una condizione di tossicodipendenza:

- a la tolleranza;
- b la sindrome di astinenza;
- c la dipendenza.

A questo proposito è importante comprendere il significato di questi termini:

- la tolleranza o assuefazione è quel fenomeno dovuto all'uso continuativo di una sostanza i cui effetti si affievoliscono con l'uso stesso, per cui risulta poi necessario aumentare progressivamente la dose per continuare ad ottenerli;
- la sindrome di astinenza è l'insieme di sintomi psicologici e fisici determinato dall'interruzione brusca nell'assunzione di una sostanza; essa può essere considerata la misura della dipendenza;
- la dipendenza è determinata dal rapporto che si viene ad instaurare tra individuo e sostanza. Essa si caratterizza per l'interrelazione dei due elementi che la compongono: fisico e psicologico. L'uno e l'altro si alimentano reciprocamente: le sofferenze fisiche rinforzano il "bisogno della sostanza" e quest'ultimo, a sua volta, può condizionare la percezione delle stesse.

La dipendenza fisica è peculiare di alcune sostanze: gli oppioidi, alcuni narcotici, l'alcool etilico, alcuni ipnotici barbiturici e non barbiturici ed alcuni psicofarmaci.

La dipendenza psichica è dovuta alla ricerca di perpetuare quella condizione di benessere psicologico derivata dall'assunzione della sostanza. Viene definita

5 O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), *Definition de la toxicomanie et de l'accoutumance*, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1957, pag. 40.

come un sentimento di soddisfazione/gratificazione e una tendenza psicologica che richiede una somministrazione periodica e continuata della droga per produrre l'effetto desiderato o per evitare il disagio.

Si tratta di "una condizione soggettiva difficilmente definibile e quindi oggettivabile; ciò nonostante, appare spesso come fattore predominante e fondamentale ostacolo al superamento della dipendenza"⁶. Per alcuni autori oltre alla dipendenza fisica e psichica, esiste la dipendenza sociale, che emerge come uno dei momenti più difficili nel processo di interruzione del rapporto tra il paziente e la sostanza assuefacente: "la dipendenza sociale è infatti definibile come un adattamento dell'individuo alla sua nuova condizione dipendente: esso si organizza in gruppi che hanno come base culturale la sostanza o l'oggetto della dipendenza (gioco, cibo etc.)"⁷.

Tale definizione del fenomeno sconta però evidenti limiti per tre ordini di motivi. Il primo dovuto ad un approccio esclusivamente medico al fenomeno: tossicodipendenza quale malattia e per di più cronica e recidivante. Il secondo limite deriva dalla successiva diffusione "di massa" del consumo di droga che ha modificato in profondità il concetto stesso di tossicodipendenza, rispetto alla seconda metà degli anni '50. Il terzo, e forse più importante, limite di tale definizione è che essa non può tenere conto della vastissima produzione, avvenuta negli ultimi trent'anni, di contributi analitici e di esperienze pratico-teoriche sviluppate dalle "scienze morbide": sociologia, psicologia, psicanalisi. Tutto ciò ha portato a profonde modifiche nella percezione collettiva e degli operatori socio-sanitari, al di là delle specifiche competenze, della tossicodipendenza.

In uno studio del marzo 2000 realizzato, per conto dell' Osservatorio sull'Inclusione Sociale Isfol, sui progetti finalizzati alla realizzazione di servizi offerti al territorio per il sostegno ai giovani, sono state censite le attività rivolte alla prevenzione del disagio giovanile o al reinserimento di *drop-out* per un totale di 811 progetti. Nello studio si evince che la nozione di disagio giovanile, spesso si mescola all'idea di devianza e diviene problema sociale prevalentemente quando rimanda a questioni di ordine pubblico, quando si evidenzia come un problema per la collettività ed esce dalla schiera dei comportamenti cosiddetti "normali". L'evoluzione del fenomeno della tossicodipendenza nel nostro Paese può essere esemplificativo in questo senso. Si può affermare, schematizzando al massimo, che in una prima fase (primi anni '70) la tossicodipendenza era collegata ad un preciso stile di vita del tossicomane. Si trattava di un vero e proprio modello alternativo di vita, scandito da ritualismi definiti e ancora inquadrabile nella categoria generale della devianza. Progressivamente però la fenomenologia della tossicodipendenza è andata modificandosi. Oggi si registra infatti il diffondersi di nuove forme di disagio (sindromi di tipo *borderline*, poliassunzioni, nuove forme di devianza ed emarginazione, particolari malattie psicosomatiche, in particolare

6 Carieri F., Greco O. e Catanesi R., *Le Tossicodipendenze*, Liviana, Padova 1989.

7 Mannaioni P., *Le Tossicodipendenze*, Piccini, Padova 1980.

forme quali bulimia e anoressia) che sembrano essere peculiari alle società attuali e appaiono sempre meno spiegabili nei termini di un disagio sociale. Tali forme di disagio sembrano ricollegabili, invece, sempre più ad una sofferenza dell'individuo giovane. In questo senso si può parlare di "patologie della modernità" assumendo che esista una relazione, seppure non lineare o rigidamente casualistica, tra la specificità delle società attuali e le manifestazioni e le forme del disagio. "Si può ipotizzare, quindi, che le manifestazioni del disagio, intese sia in termini qualitativi che quantitativi, siano collegate ad una forma della società odierna. Il disagio può allora essere rapportato alla forma che sembra caratterizzare il rapporto individuo/società nelle nostre società, cosiddette complesse"⁸. In quest'ottica diventa subito evidente l'importanza di possibili percorsi di *mentoring* afferenti al campo delle tossicodipendenze. Se il consumo di droga è solo l'ultimo e più evidente sintomo di un disagio, maturato e cresciuto nel percorso educativo delle persona, diviene centrale elaborare strategie ed interventi focalizzati su questo aspetto del problema.

8 Guidicini- Pieretti, *I Nuovi Modi del Disagio Giovanile*, Franco Angeli, 1995.

1.3 L'EVOLUZIONE DEL SIGNIFICATO SOCIALE NEL TEMPO

I servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) che operano sul territorio sono stati pensati, organizzati e centrati quasi esclusivamente sul contrasto della dipendenza da eroina. La formazione degli operatori, la cultura che li permea, il dibattito ruotano tutti attorno all'eroina. Ma negli anni il fenomeno della dipendenza patologica e le modalità della diffusione delle sostanze psicoattive si sono profondamente modificate. La tipologia delle sostanze si è evoluta nel tempo; sono comparse nuove sostanze di sintesi e nuove associazioni. Ciascuna di queste sostanze, in vari periodi, sono state o sono maggiormente in auge; vengono scelte e veicolate nel mercato perché rispondono ad esigenze diverse individuali e di gruppo: trasgressione, ricerca del piacere, possibilità di migliorare le proprie prestazioni, le relazioni interpersonali, facilitare i rapporti, caduta di inibizioni, alterazione, estraniamento, ricerca di sensazioni forti, auto terapia. Pertanto nel nostro Paese abbiamo assistito alla comparsa e all'uso di diverse sostanze psicoattive che hanno risposto in genere a nuove esigenze del mercato ma soprattutto ai veloci cambiamenti della società⁹.

1.3.1 Gli anni '60

All'inizio degli anni '60 il consumo di sostanze psicoattive assume una forte valenza trasgressiva: sono gli anni della contestazione e del desiderio di cambiamento che hanno animato una generazione di giovani convinta di potere cambiare il mondo proponendo un modello di vita alternativa, semplice e libera. Il progetto di questa generazione si concretizza nella creazione di una *controcultura* alternativa a quella vigente, in cui la ricerca del piacere e di stati alterati di coscienza costituivano dimensioni esistenziali privilegiate conducendo ad una enfaticizzazione dell'immaginario come sola dimensione in grado di rispondere al *bisogno di espansione* innato nell'essere umano. Simbolo di questa controcultura furono le *droghe psichedeliche* considerate come "rivelatori della psiche" e, in quanto tali, concepite come gli strumenti privilegiati per facilitare il potenziamento delle facoltà psicologiche individuali e collettive ritenute necessarie per la conoscenza e l'esplorazione di mondi alternativi. Tra le sostanze più in uso in questo periodo storico possiamo citare l'LSD e la cannabis.

1.3.2 Gli anni '70

Alla fine degli anni '70, la progressiva caduta del "mito collettivo della partecipazione e del cambiamento" opera all'interno dell'universo giovanile una vera e propria frammentazione che in Italia dà luogo al dispiegarsi, per molti giovani, di due tragiche prospettive esistenziali. Una è quella della militarizzazione ideologica-politica che esprime in modo esasperato la delusione e la rabbia per un progetto generazionale andato in frantumi. L'altra - più diffusamente intrapresa - è

⁹ Fonte: www.opsonline.it

quella del ritiro nel privato, di un dissenso silenzioso dove il ricorso a droghe pesanti si ammanta di un pericoloso fascino, quello di dimostrare il proprio disprezzo e il proprio desiderio di allontanamento da un sistema sociale dentro il quale non ci si vuole integrare.

Quattro sono i cambiamenti significativi di questa fase:

- il primo riguarda il passaggio graduale dalle “droghe leggere”, il cui uso seppure trasgressivo era comunque orientato alla ricerca del piacere e risultava compatibile con una tensione ideologica tesa verso un cambiamento sociale, alle “droghe pesanti” finalizzate, al contrario, ad ‘anestetizzare’ il dolore e ad alleggerire il peso del pensiero di una realtà e di una esistenza vissute come insostenibili;
- il secondo cambiamento riguarda la tipologia dei consumatori: l’uso di sostanze psicoattive da elitario diventa sempre più generalizzato interessando fasce sociali fino ad allora rimaste estranee al fenomeno;
- il terzo cambiamento riguarda il fatto che la progressiva diffusione dell’abuso di eroina tra la popolazione giovanile si correla velocemente alla comparsa del *paradigma della dipendenza* e al conseguente processo di devianza ed emarginazione sociale;
- il quarto riguarda la gestione del mercato interno da parte della criminalità organizzata (narcomafie).

Pertanto assistiamo ad un mutamento radicale nel significato che la droga assume nell’immaginario collettivo: da *simbolo* della controcultura giovanile in cui l’uso era interpretato attraverso categorie etiche o morali come una scelta, essa diviene *sintomo*, espressione di disagio e di emarginazione. Fa la sua comparsa la figura del ‘tossicodipendente’, di volta in volta malato, psicologicamente fragile, geneticamente predisposto, vittima dell’ingiustizia sociale (Legge 685 del 1975).

Questo periodo storico è segnato dall’uso di alcune sostanze che derivano dalla lavorazione dell’oppio. Le droghe più conosciute preparate a partire dall’oppio sono la morfina e l’eroina.

1.3.3 Gli anni '80

Tra gli anni '80 e gli anni '90 prende avvio un lento ma netto processo di “normalizzazione” dell’utilizzo delle sostanze all’interno del corpo sociale che è possibile ricondurre a diversi fattori. L’atteggiamento di condanna e di rifiuto verso il consumo di droghe già presente e radicato nell’opinione pubblica, nella seconda metà degli anni '80, viene rafforzato dalla comparsa dell’HIV. La dimensione della morte non è più solamente simbolica (affettiva, relazionale, psichica, sociale), ma diventa reificata e concretamente presente nell’intero scenario della tossicomania, non ultimo in quello della cura. Accanto alla figura classica dell’eroinomane da strada, fanno la loro comparsa soggetti alla ricerca di modalità di consumo più *integrate*, orientate verso una maggiore compatibilità con le esigenze

ze e i tempi di una vita 'normale'. Questa nuova tipologia di consumatore, sia che ne faccia un uso sporadico, sia che ne abusi, ha con le sostanze un rapporto maggiormente conflittuale, teso verso l'autogestione e l'autocontrollo nella convinzione che sia possibile la ricerca di un piacere che eviti però i rischi fisici e sociali connessi. Proprio in questi anni si assiste alla nascita del fenomeno della poliassunzione, la dipendenza da una singola sostanza tende quindi ad essere l'eccezione piuttosto che la norma e l'assunzione multipla diviene col tempo la regola. L'abuso della sostanza principale (primaria), in genere eroina, è accompagnato dall'uso/abuso di altre sostanze psicotrope, quali cocaina, cannabis, alcool, benzodiazepine, etc.

1.3.4 Dagli anni '90 ai giorni nostri

Soprattutto a partire dagli anni '90, la cocaina e le droghe di sintesi (cosiddette nuove droghe - in particolare metamfetamine derivate dall'MDMA - ecstasy) si diffondono nel mercato interessando un numero sempre crescente di persone. Sono sostanze che stanno avendo una notevole diffusione; sono facili da assumere (per lo più sono in pasticche), non comportano direttamente il rischio di infezioni come l'HIV o l'epatite. Dalla letteratura emergerebbe che non sviluppano la stessa dipendenza dell'eroina e fanno sentire in fretta brillanti, adeguati e pieni di energia. Questa immagine "pulita", peraltro molto superficiale, delle droghe di sintesi, è in realtà falsa: le droghe di sintesi, in particolare l'ecstasy, non sono affatto "sicure" e l'uso continuativo ha ripercussioni sia a livello psichico/comportamentale sia a livello fisico/neurologico. Le amfetamine e i loro derivati agiscono stimolando il sistema nervoso centrale e conducono a stati di ipertensione, accelerazione cardiaca, dilatazione delle pupille. L'ecstasy, in particolare, riduce la funzione di un neurotrasmettitore importante come la serotonina, connessa con il benessere e la serenità dell'individuo. Tali sostanze, inoltre, determinano alterazioni psichiche che possono portare ad atteggiamenti di sottovalutazione del rischio, quali guida spericolata e/o comportamenti sessuali non protetti, col rischio reale di contrarre malattie sessualmente trasmissibili. Nel 2003 l'Osservatorio Europeo sulle Droghe ha proposto di mettere al bando quattro nuove droghe sintetiche, tra cui derivati del gruppo chimico delle fenetilamine, potenti allucinogeni con effetti euforici, e del gruppo delle amfetamine, per le quali esperti dell'UE hanno scoperto effetti collaterali quali delirio, attacchi di panico, nausea ed una forte depressione del sistema nervoso che può condurre al soffocamento.

Certamente il "lancio" di queste sostanze sul mercato è stata un'operazione ben studiata dal crimine organizzato, sensibile ai *trend* del consumo di sostanze. Chi le assume infatti non si identifica assolutamente con lo stereotipo del "drogato" nell'accezione classica del termine, emarginato, malato e/o delinquente. Ma al tempo stesso a causa di ciò arriva a minimizzare i rischi a cui invece va incontro. Molto spesso si fatica a riconoscere i sintomi patologici che i consumi di queste droghe portano con sé in quanto, ad esempio, spesso coincidono ed esaspera-

no tratti caratteristici dell'adolescenza: difficoltà di concentrazione, depressione, instabilità emotiva, tratti paranoidi, conflittualità accesa.

1.3.5 Riflessioni conclusive sull'evoluzione dei consumi

Provando a sintetizzare questo percorso in due aspetti principali, si può affermare che dagli anni '70 a oggi c'è stata una profonda evoluzione della situazione relativa alle sostanze d'abuso. Sono infatti avvenute due fondamentali "mutazioni":

- 1 la percezione del fenomeno "assunzione di sostanze" che, da unico e primordiale spauracchio sociale, è diventato piuttosto un "elemento sintomatico" di disagio e parallelamente è aumentato il livello di tollerabilità sociale;
- 2 il mercato delle sostanze di abuso ha seguito la stessa evoluzione di tutti gli altri mercati, passando dal piccolo dettaglio alla grande distribuzione.

In particolare, attorno a questa seconda mutazione, si è sviluppata una grande distribuzione evoluta e caratterizzata da:

- presenza in tutti i luoghi di aggregazione;
- organizzazione di modalità distributive di tipo alternativo, attente, riservate, rispettose delle esigenze del cliente;
- interessamento più per il consumatore che per il tossicomane;
- ingaggio di distributori della stessa classe sociale, fascia culturale, età e ambito sociale dei consumatori.

Uno scenario distante anni luce dal commercio caratterizzato dalla "piazza", frequentata e controllata soprattutto dai tossicomani che si conoscevano tra loro e che si rivolgevano al loro spacciatore di fiducia. Il mercato, oggi, guadagna di più con i consumatori che i con i tossicodipendenti. L'intuizione dei grandi produttori è stata quella di uscire dal mercato di nicchia, che collegava quasi sempre la droga agli ambienti della devianza e della microcriminalità, per passare alla droga come bene di consumo per tutti e per tutte le occasioni: allo stadio, per la festa, per le vacanze, per la gita con amici. Ad una così sofisticata ed efficiente organizzazione, ad una evoluzione del mercato delle droghe e delle sue strategie non è, purtroppo, corrisposta l'evoluzione del sistema di intervento, sia terapeutico che preventivo; in particolare nel campo della prevenzione si è spesso poco e male attrezzati.

È in questo tipo di contesto che si creano le premesse dell'im maturità che si palesa negli adolescenti e nei giovani, caratterizzata dalla ricerca spasmodica di emozioni forti e dalla incapacità di formarsi una identità individuale, che li renda capaci di costruirsi una percezione/coscienza della vita come progetto e come costante superamento di difficoltà e problemi: "Felicità quale superamento del dolore"¹⁰.

10 Marcuse, Horkheimer, Adorno, *Dialettica dell'illuminismo*.

Ben presto la mente dei soggetti più giovani diviene, in questo modo, dipendente dalle forti eccitazioni che ostacolano l'elaborazione delle esperienze e dei vissuti. Un ulteriore cambiamento di "clima" culturale che, al giorno d'oggi, rende sempre più appetibili le droghe anche ad individui adulti, ben inseriti in attività lavorative/produktive strutturate, è la grande enfasi posta sul presunto "potere" di certe sostanze di aumentare i livelli prestazionali (nel lavoro, nello studio, nello sport, nelle attività sessuali). Sensibile a tali mutamenti culturali, il mercato è adesso dominato, più che da droghe che inducono lo "sballo", l'intorpidimento intellettuale, il ritiro da una partecipazione attiva alla realtà, da sostanze stimolanti/eccitanti, dotate di caratteristiche farmacologiche tali da produrre effetti percepiti dai consumatori come "elementi di sostegno" dell'io che consentano loro di aver l'illusione di rispondere adeguatamente alle richieste di una società basata sull'efficientismo, sulla necessità di migliorare le proprie prestazioni fisiche/intellettuali e di vivere soggettivamente - attraverso la realizzazione di un'espansione ipo-maniacale del proprio Sé - la sensazione di poter modulare il mondo secondo le proprie esigenze.

"Possiamo dire che il nuovo mercato della droga vende con strategie e tecnologie globalizzate da "Grande Distribuzione". La sua organizzazione, inoltre, appare più evoluta della "Grande Distribuzione" stessa avendo mutuato alcune caratteristiche e concetti fondamentali dalla "Rete delle reti": *Internet*. Il nuovo mercato, quindi, non è semplicemente l'evoluzione del vecchio ma qualcosa di più vasto, che, ad esempio, è in grado di contenere in modo compatibile e interattivo modi operativi arcaici assieme ad altri avanzati.

Non sembra esistere, infatti, un vero e proprio controllo del mercato e della rete di vendita in senso stretto, univoco, piramidale e verticistico. Esiste, piuttosto, una standardizzazione di protocolli di comunicazione, di regole di interazione, di modulazione di flussi di scambio, di costruzione di dorsali di traffico e di definizione di punti di accesso ad un sistema molto aperto, cui è possibile agganciarsi in modo individuale od organizzato, diventando di volta in volta clienti, ma anche componenti della rete stessa a diverso livello. La rete di vendita è, inoltre, *fault-tolerant*; in termini informatici ciò descrive un sistema progettato in modo che, nel momento in cui un componente non è in grado di funzionare, ne subentra un altro di *backup* o una procedura tale da rimpiazzarlo senza che ci sia una perdita di servizio.

Un mercato costruito in modo così plastico diventa particolarmente dinamico ed ha la necessità di creare volumi di traffico sempre in crescita per generare rapidamente nuova domanda: più che al tossicodipendente in senso stretto, quindi, è interessato al consumatore in senso ampio¹¹.

11 Puntualizza il Dott. Carlo Bozzo, che ha curato questo paragrafo: "Sintomatico è l'esempio olandese. In quel Paese una politica di tolleranza verso la produzione e il consumo individuale e di gruppo di 'droghe leggere' - quest'ultimo entro parametri definiti da norme giuridiche - ha introdotto due importanti novità nello scenario 'marketing della droga'. La prima è lo sviluppo di ricerche orientate alla produzione di derivati della cannabis sempre più potenti e meno costosi: droga che costi di meno al produttore e più appetibile per il consumatore. In sintesi: costo basso effetto alto, il sogno di

Pertanto sembra ragionevole immaginare un futuro prossimo (che in alcune zone del nostro Paese è già una realtà) in cui:

- le droghe sono prodotti che si vendono indirettamente o direttamente assieme ad altri prodotti (generalmente leciti) partecipando ad un “*format esteso*” che condiziona determinati consumi in determinate situazioni;
- ciò che si venderà, più che la sostanza in sé, sarà ciò che questa è in grado di rappresentare all'interno di un determinato *format* (sballo, prestazione, alterazione, socializzazione, *trend* culturale) aprendo, tra l'altro, una contiguità tra sostanza lecita o illecita che già oggi è evidente;
- attorno a quadri di consumo classici e stabili ne nasceranno altri “di tendenza” con una rapidità molto maggiore rispetto a quella cui siamo abituati;
- i prodotti saranno sempre più vari, di buona qualità (rispetto all'uso che ne deve essere fatto) e di prezzo contenuto;
- la distribuzione seguirà sempre più canali differenziati;
- aumenterà il rispetto per la *privacy* del cliente: già oggi vendita e consumo (generalmente) sono diventati meno visibili;
- chi usa droga ed anche chi la vende al consumatore finale non sarà più necessariamente (o evidentemente) vicino alla devianza, all'emarginazione, alla criminalità;
- alcuni Paesi che stanno entrando o sono appena entrati in Europa e nei quali sono presenti modelli di consumo tipici dei nostri anni '80 verranno gradualmente ma rapidamente adeguati alla tendenza generale; probabilmente *new & old economy* della droga continueranno a convivere ed a contaminarsi tra loro¹².

Siamo, quindi, di fronte ad una analisi di scenario quanto mai gravida di conseguenze per ogni attività di *mentoring*. Un mentore opera “*hic et nunc*” e non può farlo se non a partire dalla coscienza collettiva dell'oggetto della sua azione, dalla percezione sociale dei problemi di cui si opera. Perché il soggetto della sua attività - la persona in difficoltà - è espressione diretta, anche se a livello di singola traiettoria di vita, di specifica soggettività, di questi macro-fenomeni sociali.

ogni industria. La seconda è la completa reificazione - marxianamente parlando - della droga. Gli stupefacenti sono ormai merci, beni il cui valore è determinato dall'importo di capitale (fisso e variabile) necessario a produrle. Rispondono quindi in pieno alle logiche di mercato e nella nostra società, dato accertato e condiviso al di là di ogni differenza culturale e politica, è l'offerta a creare la domanda. Conferma piena di questo processo economico/culturale lo offrono i dati sulla produzione di metanfetamine (ecstasy). In Olanda è prodotto circa l'ottanta per cento mondiale di questi stupefacenti: mercato apre mercato e crea nuovi consumatori”.

12 Il brano è tratto dallo scritto “*Nuovi consumi e adeguamento dei sistemi di intervento*” del Prof. Riccardo Gatti, medico e psichiatra Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Città Milano e professore all'Università Statale di Milano Bicocca.

1.4 L'ANDAMENTO QUANTITATIVO DEI SOGGETTI COINVOLTI

I dati relativi al consumo di droghe e di alcool in Italia sono rilevati e diffusi da enti diversi, sia a livello centrale che periferico. A livello centrale le fonti di informazioni più rilevanti sono:

- il Ministero della Salute, che rileva l'attività dei Ser.T. (Servizi pubblici per le Tossicodipendenze), cioè delle strutture pubbliche che si occupano del trattamento dei tossicodipendenti; di conseguenza fornisce anche i dati relativi alle tipologie di sostanze d'abuso ed ai differenti tipi di trattamento;
- il Ministero dell'Interno, che diffonde informazioni sui sequestri di sostanze e sui decessi correlati all'abuso di droghe, nonché sulle strutture socio-riabilitative e sulla relativa utenza;
- il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che provvede alla raccolta, all'elaborazione, all'analisi ed alla valutazione dei dati forniti dalle amministrazioni centrali dello Stato e presenta ogni anno al Parlamento una Relazione sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia;
- l'Istituto Superiore di Sanità, che riesce a ricostruire un quadro di riferimento generalmente sufficientemente aggiornato sul fenomeno droga nel nostro Paese, sulla base dei dati illustrati in precedenza, raccolti dalle altre amministrazioni statali, e di ulteriori specifiche ricerche realizzate dall'Istituto stesso sul consumo delle diverse tipologie di sostanze tra i differenti gruppi di popolazione.

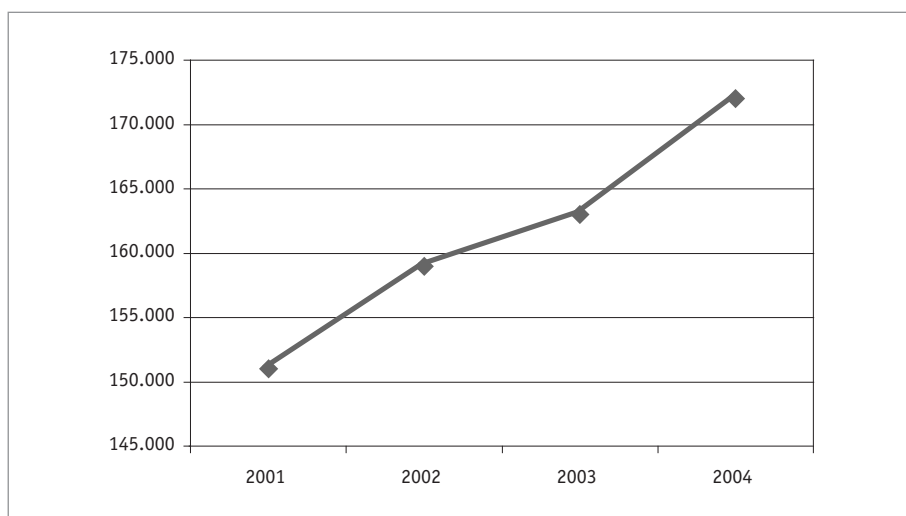
Le informazioni riportate nei paragrafi che seguono, derivano soprattutto da tale quadro di riferimento fornito dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'ultima Relazione al Parlamento prodotta dal Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri sulla scorta delle elaborazioni effettuate dal CNR - Istituto di Fisiologia Clinica e dal Ministero dell'Interno. Sulla base di questi dati è possibile ricostruire un quadro aggiornato al 2004 sull'andamento del fenomeno droga nel nostro Paese.

Secondo l'ultima Relazione al Parlamento, nel 2004 le persone che sono state trattate presso i Ser.T. risultano pari¹³ a 171.724, di cui l'87% di sesso maschile. Se si rapporta il dato numerico alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni, nel 2004 ogni 10.000 abitanti si conterebbero circa 55 soggetti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze.

Dal 2001, inoltre, il numero degli utenti che si rivolgono ai Ser.T. è aumentato del 14%, circa 21.000 persone in più (grafico 1).

¹³ Si è ottenuto tale dato in base alle informazioni trasmesse dal Ministero della Salute, con copertura del 94% circa dei complessivi servizi presenti sull'intero territorio nazionale, e applicando in tutte le province con copertura parziale il numero medio di utenti a livello provinciale.

Grafico 1
Soggetti in
trattamento
presso i Ser.T.



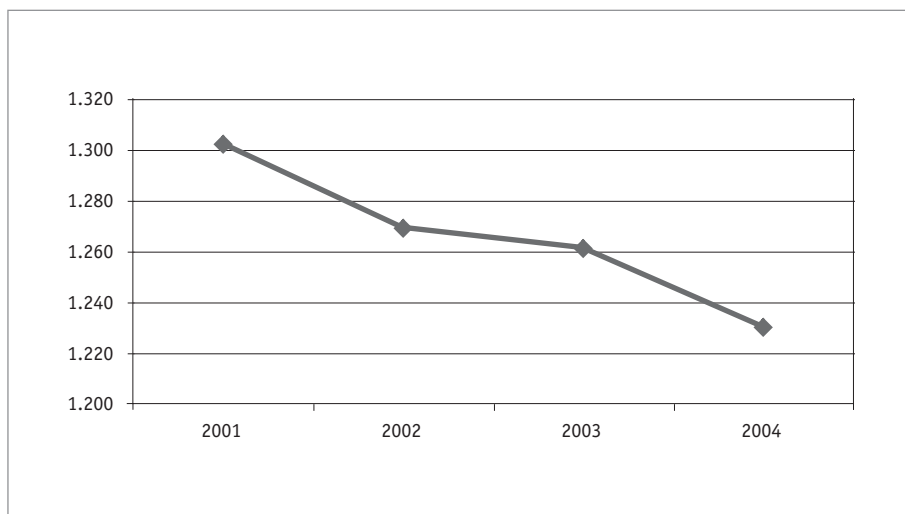
Fonte: Relazione al Parlamento, 2004

Diversa è la situazione delle strutture socio-riabilitative. In base all'ultimo censimento realizzato dal Ministero dell'Interno, nel 2004 il numero degli utenti che vi ha fatto ricorso per il trattamento è stato in media di 17.356¹⁴, in prevalenza di sesso maschile (84%). Il maggior numero di utenti si registra in Lombardia (16%), Emilia Romagna (14%) e Lazio (12%).

Se si osservano i dati a partire dal 2001 (grafico 2), si può notare che, a differenza dei Ser.T., il numero degli utenti delle strutture socio-riabilitative ha subito negli ultimi quattro anni un decremento del 9% (circa 1700 utenti in meno). Tale decremento è associato anche ad una riduzione delle strutture di circa il 5% (grafico 3), pari a 72 strutture in meno.

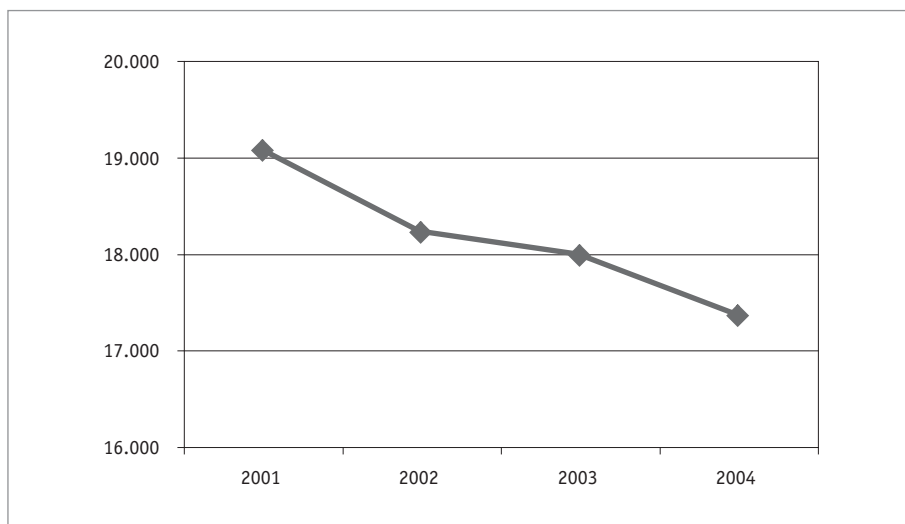
¹⁴ I dati fanno riferimento alle strutture censite che rappresentano circa il 90% del totale.

*Grafico 2
Soggetti in
trattamento
presso le
strutture socio-
riabilitative*



Fonte: Elaborazione Isfol su dati del censimento delle strutture socio-riabilitative 2004 del Ministero dell'Interno, 2005

*Grafico 3
Numero strutture
socio-riabilitative*



Fonte: Elaborazione Isfol su dati del censimento delle strutture socio-riabilitative 2004 del Ministero dell'Interno, 2005

1.5 I TANTI PROFILI DEL TOSSICODIPENDENTE

Nel 2004, il profilo dei soggetti in trattamento (coloro che si rivolgono ai Ser.T. e alle Comunità Terapeutiche), per quanto riguarda le principali caratteristiche come la nazionalità, la scolarità, l'occupazione, la condizione abitativa, è stato per la prima volta analizzato in relazione al tipo di sostanza che determina il trattamento e articolato per sesso e classi di età. Tale elaborazione è stata realizzata dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, su un campione non casuale di 32.370 soggetti, che rappresenta il 19% dell'insieme delle persone che hanno attivato un trattamento nel corso del 2004.

Secondo quanto emerge dai risultati pubblicati dall'ultima Relazione Annuale al Parlamento, i soggetti che si rivolgono ai servizi per la prima volta rappresentano ormai da diversi anni circa il 20% del totale dei soggetti in trattamento. Infatti, circa l'80% della popolazione che attiva una richiesta di trattamento è formato da soggetti già noti ai servizi, che proseguono un trattamento iniziato in anni precedenti, o che vi ritornano a causa di una ricaduta nelle problematiche da uso di sostanze.

In linea con quanto rilevato negli anni passati la popolazione in carico ai Ser.T. risulta essere per la maggior parte di sesso maschile, pari all'87% dell'utenza complessiva, il che equivale ad un rapporto maschi/femmine pari a 7 maschi per ogni femmina, a conferma del fatto che la dipendenza è una patologia apparentemente a prevalenza maschile. Bisogna considerare, tuttavia che le donne accedono più difficilmente ai servizi, ma questo non significa necessariamente che siano davvero meno coinvolte nelle dipendenze (per altre tipologie di dipendenze, es. cibo e "gratta e vinci", si ha la percezione che la componente femminile sia abbastanza elevata). Secondo il Ministero della Salute tali proporzioni tra i generi si riscontrano anche all'interno della distinzione tra "nuovi" e "vecchi" utenti.

Nel 2004, l'età media gli utenti in trattamento presso i Ser.T. è pari a circa 33 anni, con differenze all'interno della distinzione tra i pazienti che entrano per la prima volta in trattamento, la cui età media è pari a circa 29 anni, e quelli già in trattamento da anni precedenti, mediamente più adulti (poco meno di 34 anni); negli ultimi anni l'età media è costantemente cresciuta, sia per i soggetti che continuano un trattamento iniziato in anni precedenti o che ne riprendono un altro dopo un'interruzione, che per i nuovi utenti: solo nell'arco di tempo dal 2001 al 2004, in entrambi i sottogruppi, si è verificato un aumento dell'età media di circa un anno.

Sempre secondo la Relazione al Parlamento 2004 si è potuto osservare che i soggetti con sostanza d'abuso primaria cannabis e amfetamino-derivati presentano un'età media di primo contatto (tra i 16 e i 18 anni) di 4 anni inferiore rispetto ai soggetti che hanno presentato domanda di trattamento per abuso primario di cocaina e alcol (tra i 21 e i 22 anni). Il primo contatto con l'eroina viene riferito intorno ai 19 anni. Con molto ritardo arrivano ai servizi anche i soggetti con domanda di trattamento per problemi correlati all'abuso di alcol.

La valutazione dell'età di inizio dell'uso di sostanze, che indica il primo approccio con la sperimentazione di effetti psicoattivi e con gli stili di vita associati, rappresenta un importante indicatore di "rischio", suggerendo l'appartenenza di queste persone a possibili sottogruppi della popolazione caratterizzati da forme di vulnerabilità, legate alla presenza di difficoltà e disagi già nelle famiglie di origine.

Per quanto concerne le caratteristiche relative alla scolarità e all'occupazione associate alla sostanza che determina il trattamento, l'ultima Relazione al Parlamento ha evidenziato che livelli di occupazione maggiori appaiono caratterizzare i pazienti che accedono ai servizi per problematiche connesse con l'uso di cocaina, rispetto agli eroinomani, agli alcoolisti ed ai consumatori di amfetamino-derivati. Similmente, livelli crescenti di scolarità elevata si evidenziano tra i pazienti che giungono ai servizi a causa della cocaina, della cannabis e dell'alcool, a confronto con coloro che usano eroina o amfetamino-derivati. Peraltro, le caratteristiche socio-culturali dei pazienti dei servizi non mettono sufficientemente in rilievo le possibili differenze relative alla sostanza di scelta: verosimilmente i cocainomani che non accedono ai servizi di cura potrebbero presentare distinzioni socio-culturali più accentuate rispetto agli eroinomani.

Nel 2004 gli utenti presso i Ser.T. continuano ad essere prevalentemente utilizzatori di eroina; anche se si è potuto osservare come tale quota sia significativamente diminuita nel corso degli anni, passando dall'84% del 2001 al 75% del 2004. Sebbene l'eroina continui a rappresentare la sostanza primaria d'abuso tra i tossicodipendenti che accedono ai servizi, negli ultimi anni si è assistito ad un significativo incremento della quota di soggetti ammessi ad un trattamento in relazione all'uso primario di cocaina e cannabis.

Tuttavia, come evidenziato dai dati emersi dalla Relazione al Parlamento, nel 2004 circa un terzo dei pazienti che afferiscono ai servizi presenta la cocaina come sostanza secondaria, cioè come droga che accompagna la dipendenza da eroina. Se si somma questa percentuale (29,5%) con quella in cui la cocaina è sostanza di scelta primaria (11,4%), si verifica che oltre il 40% dei pazienti dei servizi può presentare uso, abuso o dipendenza da cocaina. Oltre la cocaina, tra le sostanze dichiarate come secondarie, assumono quote consistenti i cannabinoidi (32,6%), l'alcol (14,7%) e le benzodiazepine (7,7%).

Un altro fenomeno entrato in modo massiccio nelle abitudini dei soggetti tossicodipendenti è quello della poliassunzione, cioè dell'abuso contemporaneo o concomitante di droghe diverse e soprattutto di droghe e alcol.

A questo punto sembra opportuno fare una breve considerazione sull'abuso di alcolici.

Il fatto che il consumo di alcol sia un fatto socialmente accettato e con una tradizione molto radicata nella cultura occidentale ha molto modificato, in senso riduttivo, la percezione del pericolo rappresentato dagli alcolici. In realtà la diffusione della sostanza come droga d'abuso interessa trasversalmente tutti gli strati sociali senza distinzione di sesso e di età.

L'improvvisa diffusione avvenuta negli anni settanta ed ottanta dell'uso di sostanze stupefacenti e l'allarme sociale che ne è derivato, ha portato alla strutturazione di servizi specifici per il trattamento delle tossicodipendenze, mentre scarso rilievo era dato, in normativa, all'alcoldipendenza. Negli ultimi anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) ha indicato nell'abuso di bevande alcoliche un problema prioritario di Sanità Pubblica, per i costi sociali che comporta, in quanto fattore di rischio: per gravi patologie organiche (epatopatie, cirrosi, etc.); per gravi psicopatologie della sfera affettiva e cognitiva (depressione, suicidio, delirium, demenza, etc.); per gravi disturbi del comportamento sociale e sessuale (aggressività e violenze, soprattutto nell'ambito della famiglia); per l'assenteismo sul lavoro ed i frequenti ricoveri ospedalieri, nonché per i numerosi e gravi incidenti stradali e sul lavoro, connessi all'abuso, anche solo occasionale, delle bevande alcoliche.

L'alcol, infatti, è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e con una capacità di indurre dipendenza superiore alle sostanze o droghe illegali più conosciute. A differenza del fumo, i cui effetti negativi per la salute possono presentarsi dopo decenni di uso abituale di sigarette, l'alcol può esporre a forti rischi anche come conseguenza di un *singolo o occasionale episodio di consumo*, spesso erroneamente valutato come moderato (si pensi agli incidenti domestici e stradali). Le diverse modalità del bere, infatti, rientrano di solito in stili di vita che frequentemente portano all'esposizione contemporanea a *più fattori di rischio* che sono spesso sottovalutati o sui quali poco si riflette.

Di seguito vengono riportati alcuni dati significativi relativi a specifiche popolazioni che nel tempo si sono rivelate essere un campo di studio interessante nella comprensione del fenomeno delle dipendenze.

1.5.1 Studenti e tossicodipendenza

I dati sulla popolazione studentesca sono tratti dagli studi di prevalenza a carattere nazionale effettuati su un campione rappresentativo (circa 20.000 studenti) delle scuole italiane mediante questionari compilati direttamente dagli studenti (ESPAD@Italia2000 ed ESPAD@Italia2004).

L'uso di cannabis almeno una volta nella vita riguarda il 32% degli studenti e negli ultimi 12 mesi il 26%: il consumo dei derivati della cannabis presenta nel confronto tra le rilevazioni del 2000 e del 2004 un incremento generalizzato che diventa significativo tra gli studenti di 19 anni.

Il contatto con la cannabis, osservabile già tra i giovanissimi (15-16 anni), suggerisce che l'approccio iniziale con la sostanza avvenga, con frequenza elevata, prima dei 15 anni. È proprio in questa fase così delicata dell'età evolutiva che i cannabinoidi possono costituire un pericolo per lo sviluppo socio-emozionale degli adolescenti, produrre disfunzioni cognitive, della memoria e dell'apprendimento e far emergere disturbi psichiatrici nei soggetti più vulnerabili. L'esposizione all'uso di cannabis è più alta nelle classi di età superiori e, in particolare, tra i 19enni si rileva una maggior prevalenza di consumi. Sono gli studenti di sesso

maschile a riferire una maggiore contiguità con la sostanza, con un rischio di farne uso circa una volta e mezzo superiore rispetto alle coetanee. Anche l'uso di cocaina contribuisce alla situazione di allarme nei confronti dell'uso delle sostanze psicoattive illegali. L'assunzione di cocaina tra gli studenti almeno una volta nella vita è stato rilevato nel 5% dei casi e l'uso negli ultimi 12 mesi nel 4% circa. L'aumento fra il 2000 ed il 2004 è attribuibile agli studenti 19enni. Tra i soggetti che riferiscono di aver provato la cocaina almeno una volta nelle vita, si osserva che già a 16 anni oltre il 2% degli studenti ha avuto almeno un contatto con la sostanza, valore che a 19 anni supera il 10%. Si conferma il *trend* già segnalato negli anni precedenti, presente in tutta l'Europa occidentale, che vede virare il consumo di sostanze illegali verso gli psico-stimolanti. Rispetto alla necessità di anestetizzare difficoltà emozionali e attutire l'impatto relazionale, tipica delle aspettative verso i farmaci depressori del sistema nervoso centrale, i giovanissimi sembrano chiedere agli psico-stimolanti il supporto per una più vivida introspezione, per una più sensibile comunicazione delle emozioni e per il superamento del senso di vuoto, di assenza delle motivazioni e delle risposte ai quesiti di senso.

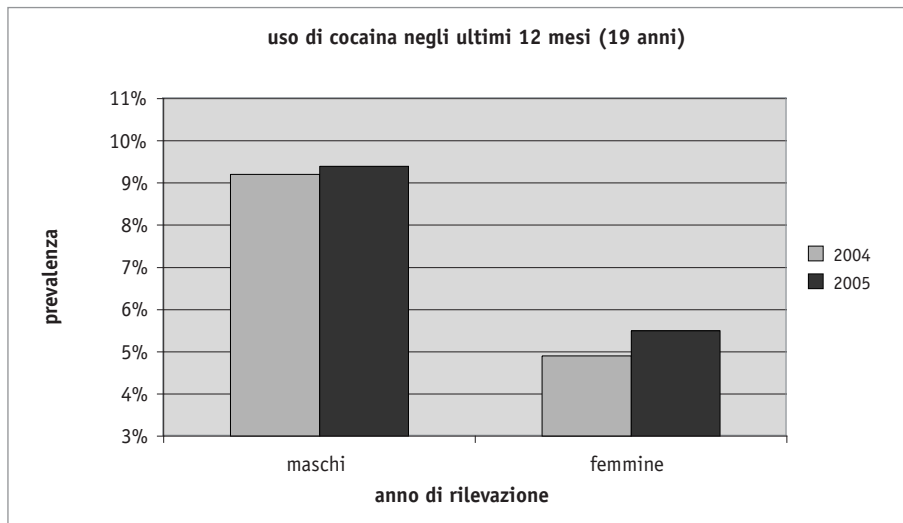


Grafico 4
Studenti 19enni:
uso di cocaina
(una o più volte
negli ultimi 12
mesi) in
relazione al
genere.
Confronto anni
2000-2004

Fonte: (ESPAD@Italia2000 ed ESPAD@Italia2004)

L'uso di cocaina, tra gli studenti nelle scuole superiori, riguarda per la maggior parte i soggetti di sesso maschile. Tuttavia fra il 2000 ed il 2004, le ragazze mostrano un incremento maggiore dei ragazzi. Tale incremento risulta più evidente se si esamina in dettaglio il gruppo dei 19enni riportato nel grafico 4.

L'uso di eroina sembra aver perso la sua attrattiva tra i giovani studenti e appare dimezzato nel confronto 2000 - 2004. Gli studenti che riferiscono l'uso (una o più volte nella vita), passano dal 4% al 2% del totale e il *trend* sull'età mostra un effetto di accumulo dell'uso passato nei ragazzi più grandi. Tale diminuzione viene confermata anche dal dato relativo all'uso negli ultimi 12 mesi.

Sono i 17enni ad evidenziare una maggiore contiguità con la sostanza con un tasso superiore al 2%. Non si osservano differenze significative dovute al genere nel periodo considerato.

Dai dati dello studio sulla popolazione giovanile scolarizzata l'uso delle sostanze psicotrope illegali è caratterizzato, in parte, dalla condizione del poli-consumo. Circa il 10% degli studenti (che rappresenta un terzo dei consumatori) riferisce di aver fatto uso nella vita di più sostanze illegali.

Di tali soggetti il 97% fa uso di cannabis. L'associazione di due sostanze riguarda l'uso di cannabis e cocaina nel 65% dei casi, cannabis e amfetamine nel 14%, cannabis e allucinogeni nel 9%, cannabis ed eroina nel 3%. Se si considera l'associazione di tre o più sostanze la combinazione cannabis, cocaina e amfetamine interessa il 22% dei soggetti; cannabis, cocaina e allucinogeni il 7%; cannabis, amfetamine e allucinogeni il 4%; cannabis, eroina e amfetamine l' 1%.

Tabella 1
Distribuzione
percentuale di
soggetti poli-
consumatori

	Poli-consumo	di cui una cannabis	altre sostanze
Due sostanze	4,69%	4,59%	0,10%
Tre o più sostanze	5,03%	4,75%	0,28%
Totale uso	9,72%	9,34%	0,38%

Fonte: Relazione al Parlamento, 2004

La disponibilità a provare le droghe è correlata significativamente con la performance scolastica evidenziata dall'auto valutazione degli studenti stessi. Al crescere del profitto diminuiscono il rischio di esposizione alle sostanze psicotrope illegali. Si osserva, infatti, una prevalenza doppia dell'uso di sostanze illegali tra gli studenti con difficoltà nell'ambito dell'apprendimento rispetto a quelli con un elevato rendimento scolastico.

Si osserva, inoltre, una forte correlazione fra la diminuzione del rendimento scolastico ed il consumo di droghe illegali, con una probabilità di assumere sostanze illecite circa 2 volte e mezza superiore negli studenti che hanno riferito una diminuzione recente nel rendimento scolastico.

1.5.2 Tossicodipendenti in esecuzione penale

Secondo il dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) del Ministero della Giustizia, al 30 giugno 2005 erano 109.068 i soggetti adulti inseriti nel circuito penale, sia all'interno degli istituti penitenziari che nell'ambito dell'esecuzione penale esterna.

Alla stessa data, all'interno dei 207 Istituti penitenziari italiani erano presenti 59.125 detenuti, dei quali 2.804 donne e 56.719 uomini. Negli ultimi anni è incrementata significativamente la presenza dei detenuti stranieri che sono passati da 16.294 nel 2001 a 19.836 nel 2005.

Invece le persone che hanno usufruito di misure alternative alla detenzione, sempre al 30 giugno 2005, sono state 49.943 così suddivise: 31.958 in affidamento in prova (64%), 3.458 in semilibertà (7%) e 14.527 in detenzione domiciliare (29%).

Rilevante l'incidenza dei soggetti in esecuzione penale con problemi di dipendenza da sostanze d'abuso: 23.099 pari a circa il 21% del totale, di cui 21.077 (91%) tossicodipendenti e 2.022 alcolodipendenti (9%).

L'incidenza della popolazione con problemi di dipendenza è maggiore tra i detenuti (30%) piuttosto che tra i soggetti che usufruiscono di misure alternative alla detenzione (11%), come di seguito illustrato.

Tossicodipendenti detenuti

Questi dati riguardano i tossicodipendenti o i consumatori di sostanze alteranti "effettivamente detenuti" e quindi ristretti all'interno degli istituti penitenziari.

Secondo i dati forniti dal DAP su un totale di 59.125 persone reclusi al 30 giugno 2005, 17.565 hanno problemi di dipendenza

Di questi 1.386 sono alcolodipendenti (circa 8%) e 16.179 tossicodipendenti (circa 92%), di cui 1.974 in trattamento metadonico (12%).

Alla stessa data i detenuti stranieri tossicodipendenti sono 3.016 e le persone tossicodipendenti affette da HIV sono 1.260.

La quota di reati commessi da questo gruppo di soggetti in violazione dell'art. 73 D.P.R. 309/90 (produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti) è circa del 39%, di cui circa il 44% riguarda detenuti stranieri.

I dati relativi ai detenuti tossicodipendenti ed affetti da HIV inducono ad una seria riflessione, ancor più se si pensa che il numero di persone con problemi di dipendenza reclusi in carcere è da ritenersi sottostimato. Preoccupa, inoltre, la criticità della situazione sanitaria negli istituti di pena dovuta in parte a problemi di tipo finanziario ed in parte a difficoltà funzionali del sistema, da attribuirsi alla non completa applicazione del passaggio della medicina penitenziaria al Sistema Sanitario Nazionale previsto dal decreto legislativo 230/99.

Tossicodipendenti in esecuzione penale esterna

Si tratta, in questo caso, di soggetti condannati che, per il loro stato di tossicodipendenza hanno usufruito di provvedimenti alternativi alla detenzione.

Su 49.943 soggetti in esecuzione penale esterna, alla data del 30 giugno 2005, 5.534 hanno problemi di dipendenza (11%), di cui 4.898 tossicodipendenti (88,5%) e 636 alcolodipendenti (11,5%), così distribuiti per tipologia di misura: 4.736 in affidamento in prova (85,5%) e 798 in detenzione domiciliare (14,5%). Un'analisi della tipologia dei reati commessi evidenzia distribuzioni differenti in base alla nazionalità. Se i reati contro il patrimonio prevalgono sia nel caso degli italiani che degli stranieri, tra gli italiani sono rilevabili in elevata percentuale anche quelli commessi in violazione della legge sugli stupefacenti e contro la persona (violenza, omicidio etc.), mentre tra gli stranieri, sono prevalenti quelli inerenti la normativa sull'immigrazione e l'economia/fede pubblica (per lo più false attestazioni) e la legge sugli stupefacenti.

Dal punto di vista dell'efficacia delle misure alternative, appaiono interessanti, anche se non generalizzabili, gli esiti della ricerca "Misura", condotta dal Provveditorato Regionale della Toscana, in collaborazione con l'Università di Firenze ed i CSSA di Firenze, Livorno, Massa e Siena. Tale ricerca era finalizzata alla costruzione di un sistema di monitoraggio ed analisi dei risultati degli interventi di servizio sociale in area penale esterna, con particolare riferimento agli esiti delle misure alternative, valutati nel tempo in ordine alla ricaduta in attività illecite (commissione di nuovi reati) e ai livelli di inserimento sociale realizzati. Il progetto riguardava soprattutto i tossicodipendenti in affidamento i quali, per esplicita previsione normativa, sono sottoposti ad un programma di trattamento terapeutico, per cui è possibile correlare gli esiti dei programmi alla specifica condizione giuridica, all'intervento del servizio sociale penitenziario ed ai percorsi di reinserimento degli affidati non tossicodipendenti.

Dai risultati della ricerca si evince che, su un campione di 50 soggetti monitorati nei cinque anni successivi alla conclusione della misura alternativa, la ricaduta è di circa il 30% per gli affidati con programma terapeutico per la tossicodipendenza, mentre per gli affidati non tossicodipendenti il valore è di circa il 15%.

Di contro esaminando le statistiche giudiziarie predisposte dall'ISTAT (ultimo annuario statistico disponibile per il 2001), si evince che circa il 75% dei condannati nei vari gradi di giudizio risulta essere recidivo o avere precedenti penali.

Occorre considerare che si tratta di un primo dato riferito, oltretutto, ad una regione con caratteristiche socio-economiche molto diverse da altre; per avere un risultato attendibile sarebbe necessario ripetere più volte la sperimentazione, anche in contesti diversi o più allargati. Tuttavia, i risultati emersi da questa ricerca sono sicuramente interessanti per una prima valutazione dei risultati della misura alternativa a medio-breve termine, in relazione all'incidenza della recidiva ed al reinserimento sociale realizzato dai soggetti in esecuzione penale esterna.

1.5.3 Minori detenuti assuntori di sostanze stupefacenti

Secondo quanto emerge dalla Relazione al Parlamento del 2004, i minori tossicodipendenti, o che fanno uso di sostanze stupefacenti, transitati presso i diver-

si servizi della Giustizia Minorile, rappresentano tra il 15 ed il 20% del totale degli ingressi avvenuti presso: i Centri di prima accoglienza (14%), gli Uffici di servizio sociale per minorenni (2%), le Comunità ministeriali (18%) e gli Istituti penali per minorenni (20%)¹⁵.

Considerata la difficoltà a diagnosticare lo stato di tossicodipendenza o pregresse forme di uso e abuso di sostanze diverse dall'eroina, che normalmente prevalgono tra i minori, e tenendo presente inoltre la possibile negazione riguardo all'uso di droghe da parte dei minori stessi e delle loro famiglie, la percentuale di soggetti che presentano disturbi da uso di sostanza prima della carcerazione potrebbe essere del tutto superiore rispetto a quella attualmente rilevata. È possibile rilevare come coloro che risultano aver commesso reati in violazione del DPR 309/90 (tale gruppo risulta nella quasi totalità dei casi costituito da reati relativi a "produzione traffico e vendita di sostanze stupefacenti") tendono a scontare la pena prevalentemente presso i Centri di Prima Accoglienza (C.P.A.), gli Uffici di Servizio Sociale per Minorenni (U.S.S.M.) o le Comunità Terapeutiche (C.T. Ministeriali) per minorenni, piuttosto che negli Istituti Penali. Informazioni relative a tale gruppo vengono fornite dal Dipartimento per la Giustizia Minorile che effettua ogni anno un monitoraggio sui minori rilevati positivi per l'uso di sostanze stupefacenti, transitati nei Servizi della giustizia minorile (Centri di Prima Accoglienza, Istituti Penali per i Minorenni, Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni e Comunità)¹⁶. I minori venuti a contatto con i diversi Servizi della giustizia minorile, rilevati positivi nel corso dell'anno 2004, sono 1.032. Circa il 27% di questi sono stranieri, poco meno dell'82% hanno un'età compresa tra i 14 ed i 17 anni ed il 96% sono di sesso maschile (tali dati rimangono sostanzialmente stabili nel corso del quinquennio 2000-2004, non evidenziando differenze significative nel corso degli anni). Nella quasi totalità dei casi (circa il 96%), gli stranieri appartengono a paesi extra Unione Europea ed in particolare al gruppo magrebino (circa il 65%).

La principale sostanza d'uso è la cannabis, consumata, prima della reclusione, da quasi l'80% dei minorenni testati; seguono, con quote decisamente più basse, la cocaina (circa il 9%) e l'eroina (circa il 8%). Situazioni di policonsumo si registrano in circa il 21% dei casi e riguardano in quasi la metà dei casi l'abbinamento cannabinoidi e cocaina.

15 Tale valore non include i trasferimenti tra i diversi Istituti penali.

16 L'analisi effettuata riguarda i singoli "soggetti": va infatti ricordato che nel corso dell'iter giudiziario, il minore può venire a contatto con più di un Servizio della Giustizia Minorile e risulta quindi importante considerarlo una sola volta, indipendentemente dal numero degli ingressi effettuati nei vari Servizi nel corso del periodo. Tale flusso include, anche se in piccola quota, non solo i minorenni ma anche giovani di età superiore ai 18 anni che nel 2004 rappresentano poco più dell'8% del totale dei detenuti assuntori di sostanze stupefacenti; si tratta di persone che hanno commesso il reato da minorenni ma che vengono seguiti dai servizi minorili fino al 21° anno di età.

1.5.4 Tossicodipendenti stranieri

“La tossicomania è il sintomo di un disagio, spesso dell’esclusione sociale, in un Paese che accoglie ma talvolta è sottilmente ostile”. Con queste parole il dottor Kazim Khan, direttore del progetto europeo “*Race, Drugs and Prevalence*”, descrive la crescita dell’abuso di sostanze tra la popolazione immigrata¹⁷. I clandestini, in particolare, rappresentano ormai una significativa quota dei tossicodipendenti “nasco- sti”, che non entrano in contatto con i servizi sociali e sanitari. “Un passo - spiega il dottor Khan - che obbliga gli immigrati a portare le stigmate non solo dell’appartenenza a un gruppo etnico distinto, ma anche della tossicodipendenza”. Oggi, gli immigrati irregolari rappresentano il fronte estremo del disagio sociale. Il più importante indicatore del fenomeno è comunque rappresentato dai dati provenienti dal carcere, perché la tossicodipendenza di un immigrato emerge sovente attraverso il contatto con la giustizia. Esiste quindi una popolazione di immigrati dipendenti sconosciuta fino al contatto con il sistema penale e questo benché la disciplina dell’immigrazione - in particolare la legge n. 40 del 1998 - preveda il diritto dei cittadini stranieri irregolari alle cure sanitarie urgenti o essenziali, anche continuative. L’accesso alle strutture, specifica inoltre la legge, non può comportare segnalazioni alla polizia. Successivamente il Ministero della Sanità ha emesso una specifica circolare - la n. 5 del 24 marzo 2000 - in cui si afferma che anche gli immigrati clandestini hanno diritto alle prestazioni sanitarie previste dal Testo Unico sugli stupefacenti, ma purtroppo sono ancora in numero troppo esiguo i servizi che garantiscono la presa in carico e la completezza del ciclo terapeutico a chi è immigrato senza permesso di soggiorno. Non è, perciò, ancora possibile rintracciare studi esaurienti che permettano di comprendere quali siano le reali entità e le caratteristiche di questo fenomeno tra gli immigrati nel nostro Paese. A questo proposito sono importanti i contributi che vengono forniti da istituzioni sia pubbliche che private che operano ormai da tempo in questo settore anche se in realtà territoriali circoscritte. Pertanto è interessante segnalare l’esperienza della Fondazione Villa Maraini onlus di Roma che con il progetto triennale “Senza Frontiere” (2002 - 2005) finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha approfondito lo studio di questo fenomeno attraverso interventi di riduzione del danno rivolti agli stranieri tossicodipendenti tramite l’attivazione di tre diverse tipologie di servizio:

- unità mobile di strada;
- centro accoglienza a bassa soglia;
- sportello consultoriale diretto a persone extracomunitarie, detenute o con problemi giuridici legati alla propria condizione di tossicodipendenza.

Un dato interessante evidenziato grazie alle rilevazioni compiute dagli operatori dell’Unità mobile di Strada, che opera da circa dodici anni nei pressi della Stazione Termini di Roma, è il sostanziale cambiamento della provenienza geografica degli utenti del servizio che prima del 2000 vedeva interessati soprattutto ita-

17 Maurizio Veglio, “*Sommersi e abbandonati*”, Narcomafie, gennaio 2001.

liani e nord africani. In seguito si è osservata anche una massiccia presenza di polacchi, sostituiti progressivamente nel tempo da soggetti appartenenti ad altre etnie, come pakistani, bosniaci e albanesi, seguiti da altri soggetti provenienti dall'Europa dell'Est come rumeni, ungheresi e dell'ex Unione Sovietica. Attualmente russi, ceceni e moldavi sono i soggetti con un *trend* di presenza in continua crescita oltre ad un numero sempre maggiore di pakistani¹⁸.

1.5.5 Tossicodipendenti e AIDS

Il dato epidemiologico sull'AIDS manifesta una frequente sovrapposizione tra tossicodipendenza e AIDS. Infatti, benché i dati epidemiologici dell'Istituto Superiore di Sanità, riferiti all'anno 2003, indichino che, grazie ad una incisiva azione di prevenzione, l'incidenza di nuove infezioni di HIV da tossicodipendenza sia scesa dal 57% a poco più del 20%, è confermato che il 65-70% delle persone in situazione di AIDS conclamato sono, o sono state, tossicodipendenti; con tutto ciò che tale situazione comporta sia dal punto di vista oggettivo, in termini di emarginazione e di frequente mancanza di un'adeguata rete di servizi, sia per il vissuto soggettivo, dove la realtà dell'AIDS molto spesso viene anestetizzata e affogata nell'esperienza della tossicodipendenza.

La legge 135/90 prevede che, per le persone affette da HIV che abbiano superato la fase acuta della malattia, sia possibile la dimissione dall'ospedale e la prosecuzione delle terapie necessarie presso il domicilio del paziente. Il trattamento a domicilio può essere attuato anche presso idonee residenze collettive o case alloggio, con il ricorso ad istituzioni di volontariato o ad organizzazioni assistenziali diverse all'uopo convenzionate o a personale infermieristico convenzionato che opera secondo le indicazioni dei responsabili del reparto ospedaliero.

Bisogna considerare, tuttavia, che spesso la diagnosi da HIV nasconde casi molto più complessi di doppie, o anche triple, diagnosi relative a persone tossicodipendenti e/o malati psichiatrici affetti da AIDS.

Le Case Alloggio per persone affette da AIDS, che operano in Italia da oltre quindici anni organizzate in un Coordinamento Italiano (C.I.C.A.), confermano il dato incidente della tossicodipendenza nelle persone con AIDS. Oltre il 75% delle persone ospitate nelle Case Alloggio provengono da percorsi di tossicodipendenza, pur distinguendo tra ex tossicodipendenti, tossicodipendenti in remissione, tossicodipendenti ancora attivi ma con tossicodipendenza che si può definire "di richiamo residuale" (con episodi di ricaduta che vengono normalmente tollerati dalla struttura per non perdere la relazione d'aiuto con la persona), o tossicodipendenza attiva e fortemente attiva.

18 A progetto concluso sono stati elaborati con maggiore precisione i dati relativi al numero e alle aree di appartenenza dei soggetti che negli ultimi tre anni si sono rivolti ai servizi offerti dall'unità mobile. Nel complesso i soggetti stranieri sono stati 11.048 di cui 9.529 uomini e 1.518 donne. Le regioni di provenienza sono rappresentate nel 50% dei casi da soggetti nord africani, nel 27% dei casi da soggetti provenienti dall'Est Europeo, da africani nel 13%, da soggetti dell'Europa occidentale nel 5% dei casi e dal 3% di asiatici.

1.6 L'EVOLUZIONE DEL DIBATTITO SUL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE

Seppure con fatica, il consumo di sostanze psicoattive, grazie soprattutto al consolidamento di interventi volti alla riduzione dei rischi connessi ai comportamenti di uso e abuso, sta entrando a pieno titolo tra gli obiettivi delle politiche sociali e sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione e integrazione sociale della persona con problemi di sostanze d'abuso.

Un gruppo di esperti nord - europei e statunitensi di diverse discipline (sociologi, psicologi, medici) ha efficacemente sintetizzato le molteplici domande alle quali le attuali politiche sanitarie e sociali cercano di dare risposta (Merignolo P., Zuffa G., 2002):

- 1 Come si possono contenere i rischi che i consumatori di droga incorrano in infezioni con l'HIV, le epatiti, la tubercolosi?
- 2 In quale modo si può ridurre la probabilità che i consumatori di droghe si impegnino in attività criminali che provocano danni a terzi?
- 3 Come si può favorire l'assunzione di responsabilità dei consumatori verso se stessi e verso gli altri, la loro capacità e volontà di prendersi cura della famiglia, di completare la propria istruzione o formazione professionale, di impegnarsi in un lavoro lecito?
- 4 E, più in generale come si può garantire che le misure repressive adottate per il controllo della droga non provochino ai consumatori e alla società in genere più danni del consumo della droga stessa?

Il primo quesito evidenzia l'obiettivo di limitare i rischi per la salute della persona e della società connessi all'uso di sostanze legali e non. Il secondo pone l'accento sui rischi sociali, sia rispetto ai consumatori (marginalità, devianza, "inabilità" sociale), sia rispetto alla società nel suo complesso (il dilagare della criminalità). Il terzo quesito già allude ad uno strumento (*l'empowerment*, cioè il potenziamento della soggettività del consumatore) per contrastare la marginalità sociale. Il quarto infine denuncia il rischio di legislazioni repressive e proibizioniste, che si può denominare "danno alla legalità". Quest'ultimo chiama in causa direttamente il contesto socio - politico e necessita di un chiarimento e di una contestualizzazione storica. A questo proposito alcuni autori ripercorrono il panorama dei modelli esistenti rispetto ai quali si sono attivati specifici programmi ed interventi socio-sanitari (Erickson, Riley Cheung, ÒHare, 1997). La loro tesi è che esistano quattro modelli fondamentali: quello *proibizionista* (l'uso di droghe è un comportamento moralmente corrotto, da controllare con sanzioni penali), rappresentato nella sua forma più estrema e coerente dalla *war on drugs*, la "guerra alla droga"; quello della *legalizzazione* (la radice del problema sta nella criminalizzazione del consumo e dei consumatori e misure intermedie come la decriminalizzazione o la depenalizzazione del consumo non sono risolutive, perché solo la legalizzazione di tutte le

sostanze può eliminare il mercato illegale e liberare le enormi risorse attualmente impegnate nella repressione); quello *medico* (la medicina ha esteso il suo campo al trattamento dei comportamenti devianti, onde il tossicodipendente, al pari del paziente psichiatrico, dell'alcolista, del minore che delinque, è considerato un "malato" e dunque sottoposto a cure mediche); quello dell'*antiproibizionismo* (si concentrerebbe solo sugli aspetti legali e non terrebbe conto del pericolo dell'allargamento dei consumi che il regime legale delle droghe potrebbe provocare).

In origine, il dibattito sulle dipendenze si è strutturato tra due fronti: i sostenitori dell'astinenza assoluta come condizione preliminare per il trattamento riabilitativo dall'uso di sostanze, e coloro che riconoscono la necessità di utilizzare il consumo controllato di sostanze psicoattive nel processo di cura. Le due posizioni vengono sostenute da argomentazioni scientifiche, filosofiche ed etiche e si basano su modelli antropologici diversi. Il problema che ritroviamo come fondamentale è la valutazione delle potenzialità di controllo sul comportamento dipendente che la persona possiede. Esiste o no un difetto organico, un limite fisiologico all'astinenza? Nella persona esistono condizioni organiche tali da impedire l'astinenza o non esistono? Qual è il ruolo del libero arbitrio e della responsabilità personale? Sono domande a cui decenni di ricerca scientifica e secoli di dibattito filosofico non hanno dato risposta; sono quesiti che continuano ad attraversare la mente di coloro che per vari motivi sono interessati alla tossicodipendenza. In sintesi, quando analizziamo i vari modelli terapeutici volti a risolvere uno stato di dipendenza, ci troviamo di fronte a due modalità ben distinte: quella volta alla *riduzione del danno* e quella che promuove ed auspica l'*astinenza assoluta*.

La prima posizione sintetizzabile con "dipendenza uguale malattia" (riduzione del danno), concepisce la tossicodipendenza come determinata da condizioni organiche per cui diventa necessario l'uso di farmaci sostitutivi nei processi di adattamento: ad una carenza dell'equipaggiamento biologico non si può che rispondere con un correttivo farmacologico. In questa ottica la vulnerabilità congenita alla malattia, è la causa dei comportamenti compulsivi della persona dipendente e del suo mancato adattamento alle esigenze della vita. I programmi di trattamento con metadone, ad esempio, hanno origine da ipotesi basate sull'esistenza di un difetto metabolico di base nell'assuntore di eroina.

La seconda visione (astinenza assoluta), invece, percepisce l'uso di sostanze come il risultato di fallimenti e/o blocchi nella crescita e nel processo di socializzazione dell'individuo. Tale concezione si può sintetizzare nel motto "dipendenza uguale adattamento". La tossicodipendenza non è un difetto fisico e/o morale, piuttosto è espressione di una fragilità della persona e un frutto del suo mancato sviluppo. I disagi e le spinte sociali si ripercuotono sul singolo provocando forme diverse di reazione, di rifiuto, di difesa.

Si è visto che l'emergenza AIDS risale agli anni Ottanta, un periodo caratterizzato dal rilancio delle politiche proibizioniste ispirate alla tolleranza zero. Que-

ste hanno comportato un inasprimento della repressione dei consumatori, con ricadute sull'insieme delle strategie socio-sanitarie: l'obiettivo dei trattamenti per le tossicodipendenze diventa unicamente quello del raggiungimento dell'astinenza da parte dei consumatori. L'offerta dei servizi è limitata ai soli programmi *drug free*, con il risultato di negare qualsiasi supporto sanitario e sociale ai consumatori che non riescono ad adeguarsi all'astinenza. Sia la criminalizzazione che l'offerta altamente selettiva per l'utenza, contribuiscono a mantenere nella clandestinità la gran parte dei tossicodipendenti: è proprio questo l'elemento che più favorisce il diffondersi della criminalità e dell'infezione dell'HIV.

La progressiva esclusione sociale dei consumatori diventa un danno prioritario rispetto a quello relativo al consumo in sé. Si comprende allora perché secondo alcuni studiosi l'emergenza AIDS è considerata come un fenomeno che ha dato una nuova spinta alla ricerca di più efficaci alternative sulla droga e ha incoraggiato lo sviluppo di strategie basate sulla prevenzione e sulla riduzione del danno.

Esistono livelli diversi di intervento preventivo: si parla infatti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Con questi termini si intendono obiettivi specifici di azione preventiva, corrispondenti alle diverse situazioni in cui si trovano i destinatari degli stessi. Nell'ambito delle problematiche legate all'uso di droghe la prevenzione primaria interviene nella socializzazione e si pone come obiettivi la rimozione delle condizioni del disagio, l'eliminazione degli ostacoli strutturali, la lotta al mercato clandestino, la coscientizzazione dei soggetti, la formazione/informazione sanitaria. La prevenzione secondaria riguarda i soggetti che si accostano o che sperimentano in modo conflittuale l'uso e la cultura della droga e si pone come obiettivi l'offerta di opportunità di aggregazione, l'informazione mirata sui gruppi a rischio, la consulenza per la scuola e famiglia sugli atteggiamenti da tenere. La prevenzione terziaria interviene quando il rapporto con la droga si è instaurato e si pone gli obiettivi di offrire opportunità di aggregazione, di informare sui rischi più gravi che si corrono, di indirizzare ai servizi specialistici, di rispondere a situazioni d'emergenza e di sostenere le famiglie e gli altri "significativi" con cui interagisce il soggetto tossicodipendente. In questa ultima definizione ricade l'approccio che contraddistingue gli interventi di riduzione del danno. Nell'ottica di questi approcci l'abuso di droga non è considerato primariamente un problema penale, ma essenzialmente una questione di salute e benessere sociale.

È evidente quindi la necessità di strategie preventive ad ampio spettro, che tengano conto degli stili di vita, degli atteggiamenti a rischio, individuando forme di prevenzione delle dipendenze caratterizzate da un'elevata riproducibilità, che le renda applicabili in ambiti e contesti diversi. In questo senso il carattere innovativo della prevenzione non consiste tanto nella precocità dell'intervento, quanto nel mutamento di ottica: lo sguardo non è solo rivolto alla patologia, ma alla salute, o meglio ancora al benessere. Questo significa promuovere le competenze

sociali ed individuali facendo leva sulle abilità degli individui e delle comunità, invece che sottolinearne i deficit. Strettamente correlato a tutto ciò è il concetto d'inclusione sociale. Inclusione significa riconoscere le differenze anche nelle storie, nelle scelte e perfino nei percorsi che più sembrano discostarsi dalla norma e offrire comunque l'opportunità di godere dei diritti e soprattutto l'accessibilità ai servizi. Questo può diventare un obiettivo che salvaguarda non solo le necessità individuali ma anche la stabilità della vita associata.

*1.6 L'evoluzione
del dibattito sul
trattamento delle
dipendenze*

capitolo 2

SERVIZI E INTERVENTI TRA PUBBLICO E PRIVATO

2.1 PREMESSA

La problematica della dipendenza da sostanze d'abuso è un fenomeno di proporzioni sempre più preoccupanti.

I servizi pubblici e il privato sociale sono così chiamati a rispondere ad un numero sempre più fitto di esigenze della popolazione coinvolte da tale fenomeno.

Tra l'altro, la contrazione dell'utenza tossicodipendente afferente alle strutture residenziali sta anche comportando la conversione delle strutture ad altri utenti in base alle esigenze del territorio (ad esempio all'utenza alcoldipendente), come contemplato, ad esempio, nell'Accordo tra la Regione Emilia Romagna e il Coordinamento degli Enti Ausiliari regionali in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso anno 2003-2006, approvato dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 2360/02 e successive modificazioni e integrazioni e siglato nel gennaio 2003.

Di seguito viene presentata una sintesi sulle caratteristiche dell'offerta pubblica e privata dei servizi per soggetti dipendenti da sostanze d'abuso; in particolare vengono presentati i dati sulle strutture socio-riabilitative presenti nelle regioni, le aree di prestazioni nel campo della tossicodipendenza, con un approfondimento sui Ser.T., sulle Comunità Terapeutiche e sui Servizi a bassa soglia.

Viene poi esplorata la realtà associativa legata alle problematiche e alle esigenze della fetta di popolazione italiana cosiddetta "dipendente", attraverso un breve excursus sulle associazioni create dai tossicodipendenti, dagli alcolisti, dai famigliari dei soggetti dipendenti e sulle associazioni organizzate nell'ambito delle problematiche dell'AIDS.

2.2 LE STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE IN ITALIA

Il censimento delle strutture socio-riabilitative dedicate alle dipendenze (Ser.T. Enti Accreditati-Comunità Terapeutiche) rappresenta uno strumento particolarmente utile per l'analisi e lo studio delle problematiche connesse al consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope e alle conseguenti attività riabilitative.

Il più recente censimento, a cui si fa riferimento in questa sede, è stato diffuso nel gennaio 2005 ad opera della Direzione Centrale per la Documentazione Statistica- Dipartimento Affari Interni e Territoriali del Ministero dell'Interno.

Le strutture socio-riabilitative esistenti sul territorio italiano possono essere suddivise in tre diverse tipologie in base al criterio distintivo della "residenzialità":

- strutture residenziali (con ospitalità ed attività residenziali);
- strutture semi-residenziali (con ospitalità e attività quotidiane di almeno otto ore e per non meno di cinque giorni la settimana, ovvero di almeno quaranta ore settimanali variamente distribuite);
- strutture non residenziali/ambulatoriali (con ospitalità ed attività per un totale inferiore alle quaranta ore settimanali).

La scelta della residenzialità, semi-residenzialità o ambulatorietà rispecchia, inoltre, il criterio di iscrizione delle strutture negli albi regionali e provinciali degli Enti Ausiliari, che sono menzionati in apposita tabella e che gestiscono le strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale di soggetti tossicodipendenti (così come stabilito dall'atto di intesa tra Stato, Regioni e Province autonome, in attuazione del dettato degli articoli 115, 116 e 117 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309).

In questi ultimi anni si evidenzia una diminuzione del numero di strutture socio-riabilitative, le quali sono passate da 1.378 nel 1996 a 1.258 nel 2004, con una perdita percentuale del 9% nell'arco di tempo considerato.

Marzo	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
n° strutture	1.378	1.378	1.334	1.375	1.329	1.325	1.289	1.266	1.258

Fonte: Censimento delle strutture socio-riabilitative alla data del 31 Marzo 2004 - Ministero dell'Interno, Dipartimento Affari Interni e Territoriali, Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, Gennaio 2005

Si fa presente, inoltre, che la maggior parte dei centri di riabilitazione sono articolati in organizzazioni di tipo federativo, i cui rappresentanti con un maggior numero di sedi dislocate in tutto il territorio italiano sono: il Centro Italiano di Solidarietà (Ce.I.S.), il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (C.N.C.A.), la Comunità Incontro, la Comunità Emmanuel, il Saman, il Gruppo Exodus, l'Opera Don Calabria.

Tra le strutture non federative nel campo delle Comunità di recupero troviamo San Patrignano, la quale risulta essere la maggiore realtà riabilitativa sul territorio, con tre sedi sul territorio italiano (la sede di San Patrignano è a Rimini, altre due strutture della comunità sono situate a San Vito Pergine (Trento) e a Botticella (Novafeltria) nelle Marche.

2.2 Le strutture socio-riabilitative in Italia

Regione	Resid.	Semi resid.	Ambulat.	Totale	%
Piemonte	67	9	11	87	6,92
Valle d'Aosta	4	0	0	4	0,32
Lombardia	137	22	50	209	16,61
Prov. Aut. Bolzano	4	2	0	6	0,48
Prov. Aut. Trento	9	1	0	10	0,79
Veneto	92	42	23	157	12,48
Friuli V.G.	10	5	8	23	1,83
Liguria	23	7	6	36	2,86
Emilia Romagna	90	26	17	133	10,57
Toscana	64	22	13	99	7,87
Umbria	29	4	2	35	2,78
Marche	44	14	11	69	5,48
Lazio	34	14	11	59	4,69
Abruzzo	22	5	10	37	2,94
Molise	6	0	2	8	0,64
Campania	26	10	12	48	3,82
Puglia	51	19	22	92	7,31
Basilicata	7	0	5	12	0,95
Calabria	30	13	5	48	3,82
Sicilia	31	11	8	50	3,97
Sardegna	21	5	10	36	2,86
Totale nazionale	801	231	226	1.258	100,00

Strutture socio-riabilitative presenti nelle regioni alla data del 31/03/2004

Fonte: Censimento delle strutture socio-riabilitative alla data del 31 Marzo 2004 - Ministero dell'Interno, Dipartimento Affari Interni e Territoriali, Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, Gennaio 2005

2.2.1 Suddivisione delle strutture socio-riabilitative per natura giuridica

Sotto il profilo giuridico le strutture sono per lo più private (la maggioranza appartiene al privato sociale che, a differenza del privato profit, svolge una funzione pubblica). Le strutture pubbliche presenti sul territorio italiano, infatti, rappresentano soltanto il 3% circa del totale.

La quasi totalità delle strutture pubbliche è gestita dalle Aziende U.S.L., talvolta in collaborazione con associazioni o cooperative private accreditate.

Per quanto concerne l'iscrizione delle strutture operative agli albi regionali e provinciali, hanno dichiarato di essere iscritte all'albo 1.029 strutture socio-riabilitative.

Tale iscrizione è prevista nell'articolo 116 D.P.R. 309/1990 e la necessità della medesima è ribadita nel D.M. 19 febbraio 1993 recante "Approvazione dello schema-tipo di convenzione tra Unità Sanitarie Locali ed enti, società, cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope".

Distribuzione delle strutture socio-riabilitative per natura giuridica alla data del 31/03/2004

Regione	Pubbliche				Private			
	Resid.	Sem. resid.	Ambu-lat.	Totale	Resid.	Sem. resid.	Ambu-lat.	Totale
Piemonte	1	1	1	3	66	8	10	84
Valle d'Aosta	-	-	-	-	4	-	-	4
Lombardia	-	-	-	-	137	22	50	209
Prov. Aut. Bolzano	-	-	-	-	4	2	-	6
Prov. Aut. Trento	-	-	-	-	9	1	-	10
Veneto	1	4	2	7	91	38	21	150
Friuli V.G.	-	-	-	-	10	5	8	23
Liguria	-	-	-	-	23	7	6	36
Emilia Romagna	-	1	-	1	90	25	17	132
Toscana	9	5	1	15	55	17	12	84
Umbria	1	1	-	2	28	3	2	33
Marche	2	3	1	6	42	10	10	62
Lazio	-	-	-	-	34	14	11	59
Abruzzo	1	-	-	1	21	5	10	36
Molise	-	-	-	-	6	-	2	8
Campania	-	-	-	-	26	10	12	48
Puglia	-	-	1	1	51	19	21	91
Basilicata	-	-	-	-	7	-	5	12
Calabria	-	-	-	-	30	13	5	48
Sicilia	-	1	1	2	31	10	7	48
Sardegna	-	-	-	-	21	5	10	36
Totale Italia	15	16	7	38	786	214	219	1.219

Fonte: Censimento delle strutture socio-riabilitative alla data del 31 Marzo 2004 - Ministero dell'Interno, Dipartimento Affari Interni e Territoriali, Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, Gennaio 2005

2.3 LA SCELTA DELLA CURA E DELLA RIABILITAZIONE

Il dibattito sociale e giuridico-legislativo sulla pericolosità delle droghe e sulla necessità o meno di un approccio proibizionista si protrae da molti anni.

È ormai consolidato che l'approccio alla tossicodipendenza (che l'OMS considera a tutti gli effetti come una condizione patologica) non può prescindere da interventi socio-sanitari multidisciplinari.

Per questo si ritiene che la parola chiave "gestione della cronicità" debba essere non un proclama ideologico, ma solamente un contenitore di specifici interventi basati sull'evidenza scientifica, in termini di efficacia. Interventi che vanno dalla riduzione del danno effettuata attraverso l'impiego di operatori di strada, ai centri diurni¹⁹, dai Ser.T. alle Comunità Terapeutiche, dalla disintossicazione al reinserimento sociale, ma tutti rivolti a persone che stanno vivendo una condizione di fatica. Questo comporta tutta una serie di precisazioni e di aggiustamenti in ogni ambito di relazione con questo genere di disturbo: dalla presa in carico, alla definizione della diagnostica appropriata, alla individuazione dell'intervento e del luogo di cura dove realizzarlo e degli strumenti più idonei.

Il prendersi cura ha bisogno di una diversificazione di interventi a seconda delle caratteristiche delle persone che vengono prese in carico. Si può passare da colloqui di sostegno, ad interventi esclusivamente educativi ad altri più specificatamente terapeutici riabilitativi, con una diversificazione anche in questo ambito, che diventa necessaria nell'accompagnare persone che con il comportamento di uso/abuso cercano di fronteggiare la fatica quotidiana del loro vivere.

Definire più accuratamente le caratteristiche dei centri di cura e di presa in carico dei soggetti tossicodipendenti, significa anche stabilire con chiarezza le caratteristiche offerte da ogni struttura dall'ambito dell'ascolto, a quello del rapporto con le sostanze e le terapie, da quello educativo a quello di impegno del tempo, in attività strettamente lavorative a quelle più marcatamente psicoterapeutiche.

L'Atto di Intesa del 5 agosto 1999 pur non intendendo regolamentare in modo esaustivo i rapporti tra pubblico e privato, fornisce un quadro di riferimento per le Regioni, alle quali compete la definizione di modalità e procedure che regolino a livello locale il settore delle dipendenze. Tale atto all'art. 1 riconosce agli enti ed alle associazioni che operano nel settore delle dipendenze pari dignità nell'integrazione sociosanitaria ed interistituzionale dei servizi; ciò ha favorito il miglioramento dei rapporti tra i servizi pubblici e del privato sociale:

- 1 si stanno superando gli ostacoli derivanti dalla diversa appartenenza e da matrici culturali differenti;
- 2 sono state individuate modalità operative più rispondenti ai bisogni dell'utenza.

¹⁹ Centri diurni che accolgono solo tossicodipendenti in condizione *drug free* o in trattamento metadonico. Ma esistono anche i centri diurni che non richiedono forzatamente la condizione *drug free*: vedi *drop in*.

Lo sforzo attuale consiste nel proseguire e rinforzare l'integrazione tra servizio pubblico e privato sociale accreditato nell'ottica della continuità terapeutica del percorso Ser.T.-Comunità-Ser.T. in cui all'unicità e all'unitarietà delle persone deve corrispondere, specularmente, l'unitarietà del percorso terapeutico che si persegue, operando in modo sinergico all'interno del sistema dei servizi, nel rispetto delle differenze di appartenenza, delle diversità culturali, delle competenze operative e tecniche; creando, così, un contesto in cui la diversità rappresenta un arricchimento di tutto il sistema.

2.3.1 Aree di prestazione nel campo della tossicodipendenza

Le aree di prestazione nel campo della tossicodipendenza, definite dall'Atto d'Intesa Stato Regioni del 5 agosto 1999 (G. U. n° 231 del 1-10-1999), sono le seguenti:

- a Servizi di accoglienza (art. 11): accoglienza non selezionata di pazienti, anche sottoposti a trattamenti farmacologici, di durata non superiore a novanta giorni; valutazione dello stato di salute generale del paziente, compresa la diagnosi delle patologie infettive correlate alla tossicodipendenza; ove possibile, impostazione del programma terapeutico complessivo ed individuazione della tipologia del centro più idoneo allo svolgimento dello stesso; consulenza e supporto psicologico; colloqui di orientamento e di sostegno alle famiglie; supporto medico generale per le problematiche sanitarie presenti nel periodo di permanenza nella struttura e per le eventuali terapie farmacologiche.
- b Servizi terapeutico-riabilitativi (art. 12): accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite, che non assumono sostanze d'abuso; ove ritenuti idonei al programma e, comunque, in assenza di controindicazioni, accoglienza di pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici sostitutivi; valutazione diagnostica multidisciplinare (eventualmente effettuata da personale del servizio pubblico), secondo le procedure di qualità indicate dalle regioni; attuazione di un programma terapeutico dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a diciotto mesi, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche; consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa e, se indicata, attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo, con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti; gestione delle problematiche mediche generali, adeguata alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti e, comunque, con disponibilità di personale per almeno tre ore alla settimana.
- c Servizi di trattamento specialistici (art. 13): accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite, particolare problematicità di gestione e/o di trattamento medico/psicoterapeutico (es.: pazienti psichiatrici, donne in gravidanza o puerperio, ecc.); valutazione diagnostica multidisciplinare (eventualmente effettuata da personale del servizio pubblico), secondo le procedure di qualità indicate dalle regioni; gestione delle problematiche specialistiche (di tipo medico e non), anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio.

- d Servizi pedagogico-riabilitativi (art. 14):** accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite, che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi; valutazione diagnostica multidisciplinare (eventualmente effettuata da personale del servizio pubblico), secondo le procedure di qualità indicate dalle regioni; attuazione di un programma pedagogico/riabilitativo predefinito e personalizzato, di durata non superiore a trenta mesi, con obiettivo centrato sul ripristino delle capacità di integrazione sociale e sul miglioramento della vita di relazione e metodologia di tipo pedagogico-educativo, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche; ove indicati, consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa; ove indicato, supporto medico per le problematiche sanitarie presenti nel periodo di osservazione.
- e Servizi di tipo multidisciplinare integrato (art. 15):** sono definiti dalla potenziale disponibilità almeno dei programmi, delle attività e delle prestazioni offerte dalla struttura pubblica e rispondono agli stessi requisiti (sia strutturali che di fattori produttivi) previsti per la medesima.

I servizi sono erogati dai Ser.T., a livello pubblico, e da comunità accreditate, nel privato.

2.3.2 I Ser.T.

I Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) sono preposti alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e di alcolodipendenza²⁰. Questi ser-

²⁰ Gli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze sono organizzati, a livello nazionale, in una Federazione, FeDerSerD, che ha partecipato al Tavolo Istituzionale Centrale. L'Associazione nasce nel 2001 come sviluppo e rinnovamento di Federsert, di cui conferma gli scopi originari e la maggior parte del gruppo dirigente. Essa risponde alla necessità di adeguarsi alla nuova organizzazione della sanità, aziendalizzata, decentrata e federale, nonché di attrezzarsi per i nuovi compiti che la istituzione dei Dipartimenti della Dipendenza ed un più maturo rapporto pubblico-privato, comportano.

Lo statuto richiama lo sviluppo di una cultura operativa dell'intervento decentrato, per:

- promuovere una informazione corretta a tutti i livelli e la formazione professionale nel campo del consumo, abuso, dipendenze;
- promuovere rapporto con le istituzioni nazionali e regionali di carattere politico, ai fini di garantire la coerenza scientifica e operativa delle scelte legislative e organizzative;
- promuovere una cultura del management nel settore delle dipendenze;
- promuovere ricerche sperimentali e cliniche atte a valutare i danni somatici, psichici e sociali da sostanze di consumo, abuso e dipendenza, e/o da comportamenti additivi, nonché i meccanismi biologici e psichici che sono alla base delle alterazioni del comportamento indotte nell'uomo da ogni tipo di sostanze o comportamenti di potenziale abuso;
- promuovere ricerche sperimentali e cliniche mono e interdisciplinare atte ad individuare e accertare la efficacia di qualsivoglia trattamento farmacologico, psicologico, comportamentale e sociale capace di rimuovere lo stato di dipendenza;
- promuovere ricerche sociali e giuridiche nel campo del consumo, abuso, dipendenza e dei suoi correlati alle sicurezza sociale e alle giustizia nel quadro delle compatibilità etiche e personali.

La struttura della Federazione è nazionale ma decentrata su base regionale, con larga autonomia a questi livelli locali di attività. Si basa su Patti federativi tra Associazioni, Enti, Onlus ed è aperta, oltre che agli operatori del pubblico, anche ai professionisti del privato sociale.

vizi dipendono dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e attuano prestazioni ambulatoriali e domiciliari di tipo sanitario, interventi di tipo psicologico e sociale nei confronti di persone con problemi legati all'uso di droghe e alcool.

I Ser.T. assicurano le visite, le prestazioni specialistiche, diagnostiche, terapeutiche e le prestazioni riabilitative in regime semiresidenziale.

Il cittadino può accedere direttamente al servizio, senza richiesta medica; le visite non sono soggette a *ticket*. I Ser.T. offrono una vasta gamma di attività in ambito sanitario, psicologico, sociale, educativo, rivolte alla prevenzione a vari livelli, alla cura e alla riabilitazione delle dipendenze da sostanze legali e illegali e dal gioco d'azzardo patologico.

Di seguito è presentata una sintesi delle attività e delle prestazioni specialistiche offerte.

Attività offerte dai Ser.T.	
Sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> - diagnosi tossicologica - controllo dello stato di salute - consulenza psichiatrica - trattamenti di disintossicazione - trattamenti farmacologici integrati - counselling - interventi di educazione sanitaria
Psicologiche	<ul style="list-style-type: none"> - psicodiagnosi - psicoterapie individuali - psicoterapie familiari - psicoterapie di gruppo - psicoterapie di sostegno - terapie di gruppo - terapie di sostegno - <i>counselling</i>
Socio-educative	<ul style="list-style-type: none"> - interventi educativi - segretariato sociale - interventi economici - interventi socio-riabilitativi - inserimenti in strutture riabilitative convenzionate - prevenzione universale - prevenzione selettiva - prevenzione mirata (attività informative, educative e formative) - prevenzione terziaria finalizzata alla riduzione del danno

Prestazioni specialistiche offerte dai Ser.T.	
Terapia delle dipendenze patologiche da sostanze psicoattive	<p>I Ser.T. si occupano di tutti gli aspetti sanitari, psicologici e sociali correlati alle patologie derivanti dall'uso e abuso di sostanze psico-attive. In particolare, sono trattati tutti i problemi connessi alla cura delle tossicodipendenze e alla disintossicazione da sostanze stupefacenti, legali e non, attraverso terapie farmacologiche che seguono protocolli validati, in regime di assistenza diurna.</p> <p>Offrono, inoltre, trattamenti psicoterapici, socio-educativi, riabilitativi, di <i>counselling</i> e attività psicomotoria.</p> <p>Si occupano della profilassi delle patologie infettive correlate e offrono interventi di educazione sanitaria mirata allo specifico target di riferimento. Sono trattati anche pazienti con comorbilità psichiatrica, per i quali sono previsti programmi integrati.</p>
Alcologia	<p>Presso i Ser.T. sono presenti centri alcologici che effettuano accoglienza e orientamento dei bisogni di salute e cura per coloro che hanno problemi legati all'abuso di alcol. In particolare i centri offrono trattamenti terapeutici farmacologici, gruppi di auto-aiuto, psicoterapie e <i>counselling</i> motivazionale. Sono previsti inoltre trattamenti farmacologici mirati alle patologie alcol-correlate (PAC) e monitoraggio di routine del tasso alcolico.</p>
Centri antifumo	<p>Presso i Ser.T. sono costituiti i centri antifumo che offrono, a tutte le persone che decidono di smettere di fumare, corsi individuali e di gruppo, trattamenti farmacologici, auricoloterapia, ginnastica respiratoria e di rilassamento. I Ser.T. promuovono inoltre interventi di prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli studenti e tra la popolazione in generale.</p>
Cura del gioco d'azzardo patologico	<p>Presso i Ser.T. è possibile anche usufruire di trattamenti specialistici terapeutici individuali, familiari e di gruppo, rivolti alla cura della dipendenza da gioco d'azzardo, sia per gli aspetti sanitari, psicologici e sociali.</p>
Consulenza e orientamento	<p>A seconda delle sedi di consulenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - si forniscono informazioni sulle nuove droghe e sulle conseguenze del loro utilizzo agli adolescenti e alle loro famiglie; - si svolgono attività di consulenza, orientamento e formazione sui problemi connessi all'adolescenza e alle relazioni adulti-adolescenti, genitori-figli; - si offrono consulenze ai genitori e insegnanti del territorio; - si offrono informazioni ad alcolisti e familiari.

2.3.3 Le Comunità Terapeutiche

Le Comunità per tossicodipendenti in Italia si sono sviluppate a partire dalla fine degli anni '60, quando il problema della tossicodipendenza ha assunto i connotati dell'emergenza, e si sono progressivamente delineate prendendo a modello gli interventi già realizzati nei contesti anglosassoni e americani.

All'inizio si trattava per lo più di comunità di vita, non c'erano cioè né operatori né utenti: si viveva insieme condividendo una casa, uno stile essenziale ed un orizzonte di cambiamento personale e sociale. In questo periodo pionieristico, collocabile dal 1968 al 1975, la diffusione della droga in Italia è ancora molto contenuta, si limita a gruppi di giovani che le attribuiscono un significato contro-culturale e politico, per cui non viene percepita come un problema sociale. Il problema della tossicodipendenza è solo uno tra i problemi che alcuni gruppi di volontari che si occupano di disagio giovanile cercano di affrontare e si inserisce all'interno del movimento di critica alle istituzioni totali. In questo periodo infatti la risposta istituzionale alla tossicodipendenza consisteva nella reclusione in carcere o nell'internamento in ospedale psichiatrico; il movimento del volontariato intuì la gravità della problematica ed agì da apripista, accogliendo ed accompagnando le persone nel tentativo di liberarsi dalla dipendenza. L'approccio, rigorosamente drug-free, configurava la tossicodipendenza essenzialmente come una problematica di tipo educativo prima ancora che sanitario o giudiziario. Si allestirono le prime case di accoglienza, dando luogo alle prime comunità di vita, collocate per lo più in campagna, lontano dai luoghi di spaccio e dalle tentazioni della città. Si capì che il nodo della questione non consisteva nella disintossicazione, ma nel riuscire ad evitare le ricadute una volta disintossicati. Le persone non venivano lasciate sole, il tempo veniva trascorso insieme. La scommessa fu vinta: si dimostrò che per alcune persone era possibile emanciparsi dalla dipendenza. Si era sperimentato un accompagnamento relazionale intenso e protratto, in gruppo, tutto giocato sul piano della quotidianità, ma che al tempo stesso apriva orizzonti.

Tuttavia il lavoro delle poche strutture già realizzate trova parecchi ostacoli innanzitutto di natura legislativa, dovuti cioè all'impostazione dichiaratamente repressiva della legge 1041/54 "Disciplina del commercio, della produzione e dell'impiego delle sostanze stupefacenti", che puniva la detenzione per uso personale e spaccio alla stessa stregua dei produttori e degli spacciatori. Questa legge dunque, equiparando da un punto di vista penale il consumatore al trafficante, lo riteneva un delinquente da contenere e punire e non prevedeva, nel contempo, alcun intervento riabilitativo e preventivo.

In tale contesto le Comunità Terapeutiche, non previste per legge, si collocano come realtà ai margini della legalità e come tali obbligate ad attività discontinue, legate ad interventi di polizia e magistratura, spesso conclusi con l'arresto dei responsabili.

Nel dicembre 1975 è intervenuta la prima vera legge di riforma sulla droga, la legge n. 685 del 10/12/1975 "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, preven-

zione e cura dei relativi stati di tossicodipendenza”, che rappresenta un decisivo avanzamento verso politiche di impostazione meno repressiva: pur aumentando le sanzioni contro produttori e spacciatori, la nuova legge non considera più il soggetto tossicodipendente come un delinquente da punire; viene infatti dichiarato non punibile l'uso di sostanze stupefacenti. La legge muta il paradigma interpretativo della tossicodipendenza, da devianza a malattia, prevedendo l'istituzione di servizi appositi ed una prima regolamentazione dei rapporti tra stato e Comunità Terapeutiche. La L. 685/75, riconoscendo l'utilità sociale delle Comunità, segna un notevole passo in avanti nel processo di integrazione tra cultura terapeutica e cultura di comunità, infatti testimonia la presa di coscienza da parte della società di un problema prima trascurato ed apre un canale di comunicazione utile per giungere ad una reciproca accettazione tra Comunità Terapeutiche ed istituzioni.

Nel frattempo, a livello sociale, aumenta la richiesta di percorsi di comunità, dovuta all'ampliamento del mercato internazionale della droga ed al passaggio di molti giovani all'abuso di droghe pesanti, con un aumento dei decessi per overdose ampiamente pubblicizzati dai media. La risposta alla domanda crescente non poteva essere più compito del solo volontariato; le Comunità, divenute terapeutiche, vennero riconosciute come Enti Ausiliari all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, costituito nel 1978. Alcune cercarono l'apporto di operatori professionali, altre si avvalsero dell'auto-aiuto che le persone più avanti nel programma fornivano ai nuovi accolti, in una progressiva modificazione di ruoli che man mano attribuiva loro funzioni di operatori all'interno di un percorso gerarchico molto strutturato, altre ancora adottarono équipe di lavoro miste, operatori professionali e persone provenienti dalla comunità.

Se fino a questo momento le Comunità non avevano avuto bisogno di formalizzare la loro metodologia di recupero ed i loro modelli di riferimento, di solito basati più sull'esperienza e sul rapporto diretto che su fondamenti teorici, adesso la crescita del numero di domande le induce a razionalizzare la loro organizzazione e a migliorare i programmi terapeutici, tanto più che iniziano ad essere conosciute anche nel nostro Paese le esperienze comunitarie americane ed inglesi, che diventano importanti punti di riferimento. Alla razionalizzazione sono spinte anche dalla legge 685/75, che subordina la concessione di finanziamenti al possesso di requisiti necessari per l'iscrizione agli albi regionali.

Oggi, le Comunità Terapeutiche sono delle residenze, riconosciute dalla legge e dal Sistema Sanitario Nazionale (Atto di intesa Stato Regioni 21 gennaio 1999), dove la persona tossicodipendente può trascorrere un periodo di tempo circoscritto finalizzato alla sua disintossicazione e al suo reinserimento sociale. L'accesso di una persona alla Comunità Terapeutica avviene in seguito ad una sua esplicita richiesta validata dal Ser.T. territorialmente competente. Il trattamento effettuato dalla Comunità Terapeutica, in stretta sinergia con il Ser.T. inviante, consiste in terapie farmacologiche, supporti educativi, supporti psicologici e/o psicoterapia individuale o di gruppo, attività manuali e lavori, il tutto nel rispetto delle regole caratteristiche di quella particolare comunità.

Le Comunità Terapeutiche sono presenti in modo capillare all'interno delle regioni, e fanno riferimento ai Ser.T. Le strutture si differenziano per il numero di posti autorizzati (spesso sesso-specifici) e per la natura residenziale o semiresidenziale (con servizi limitati alle sole ore diurne) del servizio erogato. Offrono percorsi pedagogico-riabilitativi e terapeutico-riabilitativi, ma anche servizi più innovativi in risposta a bisogni emergenti: trattamenti per persone con problemi di dipendenza associati a problemi psichiatrici, con problemi relativi alla poliassunzione, per madri o padri tossicodipendenti con figli minori, centri-crisi, centri di osservazione e diagnosi.

Molteplici e diversificati sono i principi guida e le attività seguite dalle strutture accreditate presenti sul territorio italiano. Gli utenti possono essere tossicodipendenti, poliassuntori, tossicodipendenti in regime alternativo al carcere, soggetti con gravi disagi sociali, soggetti con doppia diagnosi (con dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica), soggetti affetti da HIV/AIDS

Le fasi del programma terapeutico variano da struttura a struttura in base alle linee guida seguite, ma possono genericamente essere così classificate:

fase anamnestic: modulo che si interfaccia con i Ser.T. e i servizi territorialmente competenti;

fase di accoglienza: prevede l'elaborazione di un'ipotesi diagnostica e prognostica, la stabilizzazione del trattamento farmacologico (scalaggio delle terapie sostitutive e scalaggio delle terapie psico-farmacologiche), la creazione del legame tra utente e operatori, la motivazione al percorso comunitario, l'acquisizione delle regole comunitarie, l'espletamento delle pratiche burocratiche;

fase del programma di comunità: varia in base alla comunità in questione, prevede la stabilizzazione del comportamento astinente, l'elaborazione del confronto con la realtà esterna, recupero delle risorse e sviluppo delle potenzialità, l'inserimento in attività lavorative interne e l'aumento delle responsabilità e della autonomia personale;

fase del reinserimento: prevede la ristrutturazione dei rapporti familiari, l'elaborazione di un programma di reinserimento socio-lavorativo che può prevedere anche un periodo di semiautonomia.

2.4 I SERVIZI A BASSA SOGLIA

A partire dal referendum del 1993 e dalla successiva Conferenza Nazionale svoltasi a Palermo, prendono avvio e vengono legittimati i primi progetti di prevenzione terziaria, tra cui vanno ricompresi nella fattispecie quelli della riduzione del danno, e partono le prime Unità di Strada (S. Giuliano Milanese, Villa Maraini di Roma, Gruppo Abele di Torino...).

Anche grazie agli investimenti fatti da parte della Comunità Europea relativamente all'emergenza AIDS, i servizi italiani iniziarono a promuovere e riprodurre modelli di intervento di riduzione del danno già esistenti nel Nord Europa.

Nascono così anche in Italia i cosiddetti "Servizi a Bassa Soglia", espressione con cui viene oggi definito un arcipelago variegato di servizi con prestazioni differenti rivolte ad un'ampia gamma di potenziali utilizzatori: Case di Ospitalità Notturna per persone senza fissa dimora, Unità Mobili per la modifica dei comportamenti a rischio delle prostitute e dei loro clienti, Unità di Strada per interventi di riduzione del danno a favore di persone tossicodipendenti, Centri Crisi a permanenza limitata, spazi di tregua in cui i tossicodipendenti possono ricevere opportuni supporti farmacologici, Centri Diurni (*drop in*) per adulti in difficoltà, tossicodipendenti, alcolodipendenti, stranieri etc.

Il comune denominatore di questi servizi è riconducibile a due obiettivi principali:

- 1 ridurre al minimo la soglia di accesso al servizio;
- 2 facilitare l'attivazione e il mantenimento di relazioni di aiuto con l'utenza.

Si tratta quindi di servizi più facilmente accessibili, senza tempi d'attesa e che rispondono ad alcuni bisogni dell'individuo senza un contratto terapeutico; purtroppo ultimamente l'accesso ai centri crisi è limitato dalla presenza di liste di attesa, legate alle difficoltà economiche in cui versano i Ser.T.

Le persone con cui gli operatori dei servizi a bassa soglia vengono in contatto sono soggetti caratterizzati da una dimensione temporale breve, nel senso che la loro progettualità è ascrivibile unicamente al qui ed ora.

Questa utenza punta quindi ad obiettivi concreti, circoscritti e fruibili immediatamente.

Questo tipo di relazione di aiuto che si instaura tra operatori ed utenza del servizio a bassa soglia è caratterizzata da un rapporto diretto, transitorio, intermittente e ruota attorno all'accesso a due tipi di opportunità:

- 1 le risorse strumentali: buoni doccia, buoni pasto, siringhe, profilattici, posti letto, possibilità di lavare i propri indumenti, informazioni mirate ad un migliore uso della rete dei servizi, attività di vario genere tra cui anche corsi di italiano per gli stranieri;
- 2 la disponibilità di un ascolto attivo: gli operatori sanno aspettare i tempi dell'altro, ne accolgono il flusso emotivo e forniscono sostegno immediato (relazionale e strumentale).

2.4 I servizi a
bassa soglia

Si prefigura pertanto una relazione a “legame debole” in cui il contatto personale e lo scambio emotivo ha carattere episodico e la relazione stessa non ha natura terapeutica ma funge da “effetto tampone” nel momento del bisogno.

2.5 LA CRESCITA DI RUOLO DELL'ASSOCIAZIONISMO

L'evoluzione della società italiana dalla fine degli anni settanta ai nostri giorni è stata segnata dalla crescita e dal pieno riconoscimento dell'azione dell'associazionismo no profit e del volontariato, generando una vera ridefinizione del *welfare state*. Tale cammino progressivo ha portato tra l'altro alla emanazione della Legge Quadro sul Volontariato (L.11 agosto 1991, n° 266), la prima del genere in Europa, e di leggi analoghe in quasi tutte le regioni italiane. Viene così a crollare lo stereotipo di un associazionismo e di un volontariato come fenomeno spontaneistico e socialmente marginale con una ridefinizione concreta del rapporto tra cittadini e istituzioni, tra cittadini e stato del benessere.

Tra l'altro proprio in questi anni il settore no profit ha assunto la connotazione di "soggetto politico", nel senso di un movimento liberamente espresso dai cittadini che assumono in prima persona un impegno di solidarietà sociale, unendo la realizzazione di servizi maggiormente rispondenti ai bisogni del territorio con la difesa dei diritti e la autodeterminazione dei gruppi sociali deboli e con lo stimolo al processo di democratizzazione delle strutture pubbliche. Il proliferare di queste nuove iniziative sociali ha avuto origine, infatti, da un profondo stato di crisi dei due principali sistemi di sostegno di un individuo: quello informale e quello formale. Il sistema informale (soprattutto primario: famiglia, amici, vicinato, comunità territoriale) ha sofferto sempre più dei cambiamenti sociali cui sono conseguiti, accanto ai vantaggi, effetti di isolamento, sradicamento e insicurezza. Il sistema formale (servizi, professionisti, strutture pubbliche di vario genere), di contro, mostra a volte una inadeguatezza sia qualitativa che quantitativa. Sul piano qualitativo poiché l'abituale modo di concepire il rapporto professionista-utente risente ormai pesantemente di un eccesso di tecnologizzazione, burocratizzazione e distanza gerarchica, con effetti di delega, passività e carenza di comunicazione. Sul piano quantitativo, invece, il sistema formale viene a risultare carente a causa di una sempre minore disponibilità di risorse finalizzate al *welfare* che pone lo Stato in difficoltà rispetto al farsi carico del benessere collettivo, come previsto dall'art. 3 della Costituzione.

Anche nel settore delle tossicodipendenze, nonché in quello del consumo di sostanze, l'associazionismo è stata una risposta ad una crescente e preoccupante problematica del territorio e ad una carenza dei sistemi formali di cura e sostegno nell'essere rispondenti a determinate tipologie di bisogni. Si è registrato così un proliferare di organizzazioni no profit che si sono via via occupate della sensibilizzazione sul tema dei diritti, dell'accoglienza ai consumatori dipendenti, dell'auto-aiuto fra consumatori problematici e fra famiglie di consumatori dipendenti.

Da una indagine conoscitiva effettuata in questo vasto panorama di organizzazioni che si occupano di dipendenza, ci è stato possibile giungere ad una classificazione sulla base della tipologia di associati, delle aree problematiche di intervento e dei bisogni cui vogliono essere rispondenti.

Il panorama del settore no profit rilevato, agisce per lo più rispetto a 4 aree tematiche di riferimento:

- a alcolisti;
- b famiglie;
- c HIV/AIDS;
- c tossicodipendenti.

Per ciascuna di queste aree tematiche abbiamo riportato degli esempi esplicativi di realtà associative.

2.5.1 Le associazioni di alcolisti

Anche nell'ambito della problematica dell'alcolismo, come in quella della tossicodipendenza propriamente detta, sono sorte in Italia associazioni e movimenti di consumatori-assuntori. Le aree di interesse e di azione che abbiamo riscontrato in questo ambito sono:

- 1 l'autoaiuto;
- 2 il sostegno sociale e la promozione della salute.

Presentiamo di seguito degli esempi esplicativi delle due tipologie.

Agli inizi degli anni '70 è arrivata anche in Italia l'associazione di auto-aiuto per alcolisti "Alcolisti Anonimi" nata negli Stati Uniti nel 1935 e sviluppatasi a macchia d'olio in oltre 160 Paesi di tutti i continenti con più di 100.000 gruppi di autoaiuto e milioni di alcolisti recuperati. Alcolisti Anonimi (A.A.) nasce dall'incontro di un agente di borsa di Wall Street ed un medico chirurgo di Akron (Ohio), entrambi alcolisti, i quali si resero conto che condividendo le loro dolorose esperienze e aiutandosi a vicenda riuscivano a mantenersi lontani dall'alcol.

In un mondo caratterizzato da forti pregiudizi nei confronti dell'alcolismo e dalla pressoché totale impotenza della scienza medica ad affrontare tale problema, i due fondatori di Alcolisti Anonimi, superando ogni approccio moralistico e con un pragmatismo tipico della cultura nordamericana, ebbero la grande intuizione di applicare l'auto-aiuto alla dipendenza dall'alcol, vista non più come un vizio da estirpare ma come una vera e propria malattia del corpo e dello spirito, i cui tragici effetti potevano essere sospesi semplicemente non bevendo e cambiando stile di vita.

Partendo da questa constatazione fu costituito il primo gruppo A.A. ad Akron, cui seguì l'apertura di un secondo gruppo a New York e di un terzo a Cleveland; nel frattempo fu messo a punto un metodo di recupero dall'alcolismo basato su dodici passi (o tappe) i cui principi ispiratori furono tratti essenzialmente dalla medicina, dalla psicologia e dalla religione. Nel 1939, con la pubblicazione della prima edizione del libro Alcolisti Anonimi, che diede poi il nome all'associazione e in cui per la prima volta l'alcolismo viene trattato dal punto di vista dell'alcolista, ha avuto inizio una prodigiosa reazione a catena, man mano che chi si recuperava portava ad altri il suo messaggio e questi ad altri ancora; prima negli U.S.A., poi in tutto il mondo.

Alcolisti Anonimi è dunque un'associazione di uomini e di donne che mettono in comune esperienza, forza e speranza per risolvere il loro problema comune e aiutare altri a recuperare dall'alcolismo.

A.A. è un'associazione di auto-aiuto: l'alcolista che ha smesso di bere mantiene e consolida la propria sobrietà utilizzando la sua capacità di aiutare un altro alcolista a uscire dalla dipendenza.

Il gruppo è l'entità tramite la quale si realizza il recupero: nelle riunioni, in assoluta libertà, vengono raccontate le proprie storie, condivisi i problemi personali e soprattutto, tramite il commento della letteratura e le esperienze degli A.A., viene messo in pratica il programma di recupero, conosciuto in tutto il mondo come "Metodo dei Dodici Passi".

L'unico requisito per entrare a far parte di A.A. è desiderare di smettere di bere: ognuno può divenire membro dell'Associazione nel momento stesso in cui dichiara di volerlo. La partecipazione è totalmente gratuita e non esiste alcuna distinzione relativa alla razza, al sesso, al ceto sociale, alla fede religiosa, agli ideali politici.

Uno dei punti fermi dell'Associazione è l'anonimato: qualora la persona lo desidera è possibile non rivelare la propria identità e si deve comunque impegnare a non divulgare discorsi e storie personali uditi all'interno del gruppo. L'anonimato riveste, peraltro, un ben più profondo significato, facendo sì che i principi dell'Associazione vengano sempre anteposti alle personalità dei singoli.

A.A. è finanziariamente autonoma, non accetta sovvenzioni, lasciti, né altro tipo di contributi e non è affiliata ad alcuna confessione, idea politica, organizzazione o istituzione; non si impegna in alcuna controversia, né sostiene o si oppone ad alcuna causa. In particolare A.A. non assume posizioni proibizioniste né antiproibizioniste nei confronti dell'alcol.

Nell'ambito della problematica dell'alcolismo è interessante citare, come ulteriore realtà associativa che guardi oltre che all'aspetto della non assunzione da parte degli alcolisti soci anche al contesto che circonda il singolo alcolodipendente (come la famiglia e la comunità), l'Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento (AICAT) molto diffusa a livello nazionale e all'estero.

L' AICAT è un'associazione di volontariato senza scopo di lucro, apartitica, aconfessionale ed interetnica. Ne fanno parte le famiglie ed i "servitori-insegnanti"²¹, membri riconosciuti dei CAT (Club degli Alcolisti in Trattamento). Essa opera in ambito nazionale e internazionale nel campo dei problemi alcolcorrelati e complessi e della multidimensionalità della sofferenza umana, secondo l'approccio

21 Così vengono definiti gli operatori in questo particolare approccio. "Il servitore può essere un professionista o un volontario non professionale, a condizione che sia l'uno sia l'altro abbiano avuto la necessaria formazione e siano inseriti in un programma di aggiornamento permanente. Il termine servitore è mutuato dalle istituzioni pubbliche che hanno organizzato i servizi. Ci si aspetta quindi che nei servizi lavorino persone che servono i loro clienti." (Hudolin VL., Guidoni G., Tosi A., Vaggelli M.G. "Il servitore-insegnante", *Club degli alcolisti in trattamento*, Trieste, Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica, 2001).

ecologico sociale introdotto dal prof. Vladimir Hudolin, in funzione di una società solidale.

L'Associazione persegue i seguenti scopi:

- 1 essere al servizio dei membri dell'Associazione e quindi dei CAT, delle ACAT, delle APCAT e delle ARCAT;
- 2 promuovere attività d'informazione, in ogni sua espressione, mirata alla promozione e protezione della salute e prevenzione dei problemi alcolcorrelati e complessi;
- 3 promuovere la cooperazione, attraverso la partecipazione attiva di tutti i suoi soci, con le Istituzioni pubbliche e private che si riconoscono nelle finalità dell'Associazione e nel volontariato, per la realizzazione dei progetti mirati alla promozione e protezione della salute e della solidarietà sociale, promuovendo, qualora fosse richiesto, tutte le azioni necessarie all'accreditamento dell'associazione e delle sue attività formative presso gli enti preposti;
- 4 attivare capacità di proposta e di verifica su leggi e programmi che incidono sul piano sociosanitario;
- 5 migliorare la qualità della vita dei suoi soci e delle comunità locali attraverso l'approccio ecologico sociale, secondo la metodologia Hudolin, impegnandosi per lo sviluppo e la territorializzazione dei Club su tutto il territorio nazionale;
- 6 con spirito di servizio, curare il coordinamento ed il valore scientifico dei programmi di formazione dei membri dei Club e delle comunità locali, ivi compresi gruppi qualificati di professionisti che abbiano specifica influenza sui comportamenti socio-sanitari della popolazione in generale e dei giovani in particolare, quali medici, personale socio-sanitario, insegnanti etc...

L'Associazione, per il conseguimento dei suoi scopi, è articolata a livello nazionale in:

- a CAT: Club degli Alcolisti in Trattamento;
- b ACAT: Associazioni locali dei Club degli Alcolisti in Trattamento;
- c APCAT: Associazioni Provinciali dei Club degli Alcolisti in Trattamento;
- d ARCAT: Associazioni Regionali dei Club degli Alcolisti in Trattamento.

I contributi derivano da finanziamenti di Enti pubblici e privati anche internazionali previsti dalla Commissione Europea, donazioni private, proventi di manifestazioni, lasciti testamentari e contributi delle famiglie dei Club.

I Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT) rappresentano oggi in Italia il modello più diffuso d'intervento sull'alcolismo e sugli altri problemi alcolcorrelati. Questa metodologia è stata sviluppata dal Prof. Vladimir Hudolin, che già nel 1964 cominciò ad organizzare programmi sia ospedalieri, sia ambulatoriali, che si articolavano in piccoli gruppi d'alcolisti nel territorio della città di Zagabria, che chiamò Club degli Alcolisti in Trattamento e che poi si diffusero capillarmente a livello territoriale in tutta la ex-Jugoslavia. Basti pensare che, prima che scoppiasse la guerra civile nel 1992, nella sola Croazia esistevano più di 1200 CAT.

Una tappa molto importante per lo sviluppo di questa metodologia fu però sicuramente la fondazione del primo Club in Italia nel 1979: è stato infatti nel nostro Paese che l'approccio del Prof. Hudolin ha conosciuto il suo massimo sviluppo. Alcuni dati possono riassumere quanto realizzato in questi 20 anni di attività:

- in Italia esistono oggi oltre 2.300 CAT presenti in tutte le regioni e maggiormente sviluppati in quelle del Nord-Est, dove il movimento è cominciato;
- i risultati, misurati sull'astinenza degli alcolisti frequentanti, riportano una percentuale di successo tra il 73% ed il 91%.

Nei suoi diciassette anni d'attività il Prof. Hudolin ha formato più di 10.000 operatori che non solo svolgono le mansioni di "servitori" nel club ma costituiscono la gran parte degli operatori dei centri alcolistici a livello del sistema sanitario pubblico.

I membri di molte famiglie, dopo aver realizzato il proprio cambiamento personale, la crescita e la maturazione, sono oggi operatori nei club degli alcolisti in trattamento, in altri programmi alcolistici territoriali, nella ricerca alcolologica e nelle associazioni dei club degli alcolisti in trattamento. Gli operatori nei club e nelle associazioni sono in grande prevalenza operatori paraprofessionali volontari, e in misura sempre crescente provengono dalle famiglie dei club.

2.5.2 Le associazioni familiari

Di fronte alla tossicodipendenza di un figlio (così come di fronte alle svariate forme di dipendenze che stanno emergendo) la famiglia appare spesso disorientata, paralizzata da paure e sensi di colpa. Il genitore, in un certo senso, "muore dentro", si nega come persona, al punto da sentirsi unicamente genitore di una "persona con problemi", temuta etichetta di riconoscimento. Spesso, quando il nucleo familiare si scopre senza risorse, emerge la necessità di chiedere aiuto. È per far fronte alle esigenze di questi nuclei familiari che sono sorte innumerevoli associazioni che porgono una mano amica alla rete primaria di un soggetto dipendente da sostanze d'abuso. Molto spesso queste associazioni nascono su iniziative delle stesse famiglie di dipendenti, magari attorno a determinate strutture riabilitative ma spesso anche in modo autonomo e sono composte da famiglie di soggetti dipendenti e rivolgono i propri servizi a famiglie di dipendenti.

A livello locale dislocate nelle varie province sono innumerevoli le associazioni che fra i vari servizi offerti al territorio nel campo della dipendenza prevedono attività di sostegno ai familiari dei soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti.

A volte realtà associative sorgono attorno all'epicentro di una comunità e le comunità stesse si appoggiano a tali associazioni che svolgono attività di supporto (emotivo-pratico-amministrativo-legale, etc.) alla loro utenza e ai familiari (es. le associazioni A.N.G.L.A.D., Arnica, Gli amici di S. Patrignano, che ruotano attorno alla Comunità di S. Patrignano e hanno sedi dislocate nel territorio nazionale, attive nel sostegno alle famiglie e nel recupero dei ragazzi del territorio tramite un primo aggancio e il successivo invio in Comunità, o la cooperativa "Gli

amici di Andrea”, sempre di S. Patrignano, che si occupa delle problematiche del reinserimento lavorativo dei soggetti in uscita dalla Comunità).

Alle associazioni per familiari di soggetti dipendenti da sostanze d'abuso generalmente si rivolgono:

- famiglie con un componente (figlio o genitore) legato alle dipendenze da droghe o alcol che cercano un supporto psicologico o che richiedono interventi di prevenzione;
- soggetti in difficoltà sul piano educativo per causa di abbandoni scolastici o lavorativi;
- soggetti allontanati dalla famiglia in cerca di aiuto per un riavvicinamento.

Le associazioni dei familiari per la problematica delle dipendenze da sostanze d'abuso offrono all'utenza di riferimento generalmente le seguenti tipologie di servizi:

1 gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (A.M.A.) per famiglie.

I gruppi A.M.A. hanno funzioni di confronto, creando lo spazio più favorevole all'incontro spontaneo fra i genitori. Questa tipologia di gruppi fa parte dell'offerta della maggior parte delle associazioni che si rivolgono alle problematiche della dipendenza; esiste inoltre una associazione che si occupa unicamente dell'auto-aiuto per familiari, facente parte della “famiglia” di associazioni Alcolisti Anonimi, la Al-Anon, un'associazione di familiari ed amici di alcolisti, che si riuniscono per condividere esperienza, forza e speranza allo scopo di risolvere il problema comune.

2 Risorse di tipo psicologico.

Vengono generalmente svolti gruppi di approfondimento sulle tematiche legate alla genitorialità, gruppi di sostegno, psicoterapia e *counselling* individuale per familiari, *counselling* per soggetti in reinserimento socio-lavorativo.

3 Risorse di tipo amministrativo-legale.

Le associazioni spesso offrono al territorio di riferimento servizi di consulenza e di segretariato sociale per l'orientamento e lo svolgimento delle pratiche amministrative, l'assistenza alle pratiche giudiziarie, alle proposte di alternativa al carcere; vengono seguite, inoltre, pratiche per affidamenti sociali e progetti di reinserimento socio-lavorativo.

2.5.3 Le associazioni per l'AIDS

Nel 1982 l'AIDS inizia a diffondersi in Italia, in quell'anno infatti vennero effettuate le prime diagnosi. L'incidenza del fenomeno, la cui diffusione si è ben presto mostrata dilagante, ha portato impellenti nuove esigenze sociali e sanitarie che non interessavano i soli soggetti venuti a contatto con il virus HIV, ma anche le loro famiglie, nonché la società per intero.

Già a partire dal 1985 assistiamo all'emergere di realtà associative che hanno rivolto il loro interesse e il loro ambito di azione alla problematica dell'AIDS.

Oggi accanto alle esperienze di macro-associazioni quali ANLAIDS e LILA, le cui attività si concentrano maggiormente sulla prevenzione, sugli studi e le ricerche

sull'AIDS, sull'informazione e la difesa dei diritti, troviamo un pullulare su tutto il territorio nazionale di associazioni dedicate, che forniscono servizi mirati alla problematica e al *target group*.

A livello locale, infatti, sin dalla metà degli anni '80 tutto il territorio nazionale sembra sensibilizzarsi alle problematiche legate alla diffusione dell'AIDS; assistiamo così al sorgere spontaneo di innumerevoli associazioni, spesso di dimensioni minori, che offrono, a titolo volontario, numerosi servizi nel proprio territorio.

I servizi erogati da tale variegato scenario associativo sono raggruppabili nelle seguenti aree tematiche: 1) Area Comunità-Alloggio-Accoglienza; 2) Area Sostegno; 3) Area Informazione-Formazione-Prevenzione; 4) Area Servizi Legali e Burocratici; 5) Area Medica; 6) Area Territorio.

- 1 Area Comunità-Alloggio-Accoglienza. Diverse associazioni che si occupano della problematica HIV-AIDS offrono al territorio di riferimento comunità per persone con aids, Centri di Accoglienza, Case Famiglia, Case Alloggio per malati in fase terminale, occupandosi pertanto delle problematiche inerenti l'alloggio e l'accoglienza dei malati.
- 2 Area Sostegno. Tutte le associazioni svolgono attività di sostegno per la propria utenza e verso i loro familiari fornendo in particolare servizi di *counselling* telefonico, *counselling* vis a vis, gruppi di sostegno psicologico, gruppi di auto aiuto, gruppi di confronto, assistenza domiciliare, ospedaliera e carceraria, servizio di accompagnamento delle persone con AIDS.
- 3 Area Servizi Legali e Burocratici. Molte associazioni svolgono per la loro utenza anche servizi legali, disbrigo pratiche burocratiche, consulenza per interventi economici, consulenza in affidamenti e adozioni con progetti strutturali, consulenza nella difesa dei diritti delle persone con HIV.
- 4 Area Medica. Per quanto riguarda l'area medico-sanitaria, molte associazioni forniscono servizi di analisi ricerca sull' HIV, servizio prelievi e consulenza medica.
- 5 Area Territorio. Di fronte ad una malattia dalle proporzioni dilaganti e dalle particolari modalità di contagio quali l'AIDS, fondamentale è effettuare attività di informazione e prevenzione nel territorio, attraverso varie iniziative di solidarietà, seminari e quant'altro. Diverse associazioni forniscono unità di strada, effettuano informazione, educazione, prevenzione e sensibilizzazione nel territorio di appartenenza con particolare attenzione alla popolazione giovanile.

La particolarità e la complessità del trattamento di questo tipo di disagio sono collegate al profilarsi del rischio che la persona rimanga schiacciata da due drammatiche realtà: malato di AIDS e tossicodipendente.

Lo sforzo che devono compiere le persone che operano con questi soggetti è quello di cercare di alleggerire questa pressione affinché l'identità dell'individuo possa emergere e non essere schiacciata da quella della malattia o della tossicodipendenza, il peso delle quali, oltretutto, è enfatizzato dal modo in cui tali

situazioni sono vissute nell'immaginario collettivo, gravando fortemente sul piano dell'interazione col sociale.

Tutte le organizzazioni che accompagnano e assistono le persone tossicodipendenti con problemi di AIDS hanno questo compito primario: lavorare per creare uno spazio in cui la persona possa "pensare" e "progettare" per difendersi dal rischio di rimanere schiacciato nella morsa della depressione, originata dalla malattia da una parte e dell'emarginazione nella tossicodipendenza dall'altra.

Per questi aspetti è significativa l'esperienza maturata dalle Case Alloggio e dalle organizzazioni di assistenza domiciliare che hanno, appunto, funzioni di contenimento e di accompagnamento delle persone tossicodipendenti e in AIDS. Funzioni che sono portanti nelle Comunità Terapeutiche, con la differenza fondamentale che, mentre le comunità terapeutiche vengono generalmente scelte, anche se a fatica, dalle persone tossicodipendenti e in AIDS, le strutture di assistenza per l'AIDS sono piuttosto "accettate", soprattutto perché considerate come il male minore.

È per questo motivo che le Case Alloggio e le organizzazioni di assistenza per le persone con AIDS operano, generalmente, "a fisarmonica" rispetto al ritorno dei comportamenti tossicodipendenti, che possono essere tollerati, con maggiore o minore flessibilità a seconda dei casi, non essendo possibile applicare le regole rigide delle Comunità Terapeutiche.

2.5.4 Le associazioni di tossicodipendenti

Nel panorama associativo italiano, assistiamo ad un proliferare di iniziative che vedono come soci gli stessi soggetti tossicodipendenti.

Due sono le principali aree di interesse e di azione di queste associazioni:

- 1 la difesa dei diritti dei consumatori di sostanze;
- 2 l'aiuto.

Presentiamo di seguito degli esempi esplicativi delle due tipologie.

Per quanto riguarda la difesa dei diritti dei consumatori, parallelamente ad altre iniziative associazionistiche di pari scopo a livello internazionale (es. la associazione francese "Asud", la associazione statunitense "North american union drug user"), nasce in Italia la DDT (Difesa Diritti dei Tossicodipendenti) associazione di supporto ai consumatori di sostanze e di promozione dei diritti umani applicati agli stessi soggetti.

Si tratta di una associazione di volontariato socio-scientifico-culturale.

Scopo principale dell'Associazione è quello di far riconoscere la tossicodipendenza al pari di altre malattie e consentire a tutti i tossicodipendenti, attivi e/o ex, di poter accedere gratuitamente ad ogni tipo di terapia senza eccezione alcuna.

Ulteriori scopi di questa Associazione sono:

- 1 permettere ai tossicodipendenti in cura, di poter disporre di ogni documento riguardante la propria persona e la propria terapia;
- 2 consentire a tutti i tossicodipendenti la possibilità di poter scegliere qualunque terapia ritengano opportuna nei Servizi Pubblici;

- 3 garantire le cure e l'informazione sulle terapie ai tossicodipendenti negli istituti di pena;
- 4 promuovere la solidarietà e l'appoggio ai tossicodipendenti privati dei loro diritti in qualsiasi caso e/o luogo;
- 5 potenziare il numero e la qualità dei servizi ai tossicodipendenti;
- 6 promuovere una migliore conoscenza del trattamento con metadone nei servizi pubblici e dei rappresentanti e funzionari dei servizi stessi;
- 7 partecipare attivamente alla ricerca e alla diffusione di modalità terapeutiche per le tossicodipendenze.

Le attività dell'Associazione consistono nell'incoraggiare, organizzare, promuovere e realizzare ricerche sul trattamento delle tossicodipendenze; organizzare e svolgere inoltre, attività ed interventi sulla riduzione del danno a tutti i livelli (scambio e distribuzione di siringhe sterili e profilattici).

La promozione dell'informazione, sulle attività e sulle cure per la tossicodipendenza, è svolta attraverso due strumenti principali: un periodico mensile denominato DDT e un sito internet. Viene inoltre promosso costantemente lo scambio d'idee, d'informazioni ed esperienze, con altre realtà e/o enti che operano nello stesso settore in tutto il territorio nazionale e la raccolta di denunce e/o istanze provenienti dai tossicodipendenti.

Per quanto riguarda l'auto-aiuto, anche in Italia, come in oltre 60 Paesi nel mondo, è sorta la Narcotici Anonimi. Si tratta di un'associazione senza fini di lucro composta da uomini e donne per i quali le droghe erano diventate il problema principale. L'obiettivo principale di Narcotici Anonimi è quello di far sapere al maggior numero di tossicodipendenti che, attraverso la partecipazione gratuita alle riunioni e il programma dei Dodici Passi, è possibile sia smettere di usare droghe, di qualunque tipo esse siano, sia perdere il desiderio di usarne.

Per questo l'associazione considera essenziale far conoscere il suo programma di recupero anche a chi, trovandosi all'interno di istituzioni come carceri od ospedali, si trova nell'impossibilità di frequentare le normali riunioni di recupero.

Nei limiti delle reciproche autonomie, l'associazione apprezza la collaborazione di istituzioni come le comunità religiose, i Ser.T., le organizzazioni a sostegno dell'integrazione e il volontariato privato.

La Narcotici Anonimi non esprime opinioni, né a favore né contro, su questioni civili, sociali, mediche, legali o religiose, né prende posizione su questioni collaterali alla tossicodipendenza come la criminalità, la carcerazione, la legalizzazione o penalizzazione delle droghe, la prostituzione, l'infezione da HIV o i programmi per la distribuzione gratuita delle siringhe. Non avallando né opponendosi alle filosofie o ai metodi di altre organizzazioni, la Narcotici Anonimi ritiene che la sua unica competenza consista nel fornire una struttura che permetta a ogni tossicodipendente di condividere il suo recupero con altri.

Il metodo Narcotici Anonimi prevede che un gruppo di tossicodipendenti in recupero si incontrino regolarmente per aiutarsi l'un l'altro a rimanere in stato di non

assunzione. Il solo requisito per essere membri di Narcotici Anonimi è il desiderio di smettere di usare droghe.

I gruppi non hanno affiliazioni esterne e non ricevono contributi finanziari esterni; si riuniscono regolarmente in un'ora e in un luogo stabiliti e seguono i 12 passi e le 12 tradizioni di Narcotici Anonimi. L'andamento del proprio recupero spetta sempre al singolo membro (N.A. non garantisce una qualità o un tempo di recupero prestabiliti).

La struttura organizzativa di Narcotici Anonimi prevede dei sotto comitati d'area che solitamente offrono un certo numero di servizi, tra i quali: la distribuzione della letteratura di Narcotici Anonimi; la presentazione di pubblica informazione per operatori, organizzazioni civiche, agenzie governative e scuole; i gruppi di presentazione per far conoscere ai residenti di comunità, di centri di trattamento o di detenzione, il programma di N.A.; le riunioni all'interno di istituzioni; la produzione di pieghevoli con gli orari e gli indirizzi delle riunioni.

capitolo 3

GLI OPERATORI DEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE

3.1 PREMESSA

Una pluralità di figure sono chiamate in causa per sostenere il difficile percorso di recupero dalla dipendenza.

La maggior parte delle figure professionali dipende da strutture pubbliche e private e fa riferimento all'area del sociale e del sanitario.

Dagli studi effettuati, emerge la necessità di una sempre maggiore integrazione dell'opera che svolgono gli operatori e i volontari.

L'integrazione auspicata è spesso resa problematica e non facilitata dalla diversa organizzazione dei due settori di riferimento, il sociale e il sanitario, in termini di gestione dei tempi, organizzazione delle priorità di lavoro, flessibilità delle strutture, etc..

Il capitolo è interamente dedicato all'esame del variegato e complesso insieme delle figure di operatori e volontari dei servizi per le tossicodipendenze, all'analisi delle rispettive peculiarità ed è seguita da considerazioni riguardo la difficile quanto necessaria integrazione cui si è accennato. Conclude questa sezione l'esame dei fabbisogni e delle necessità formative degli operatori.

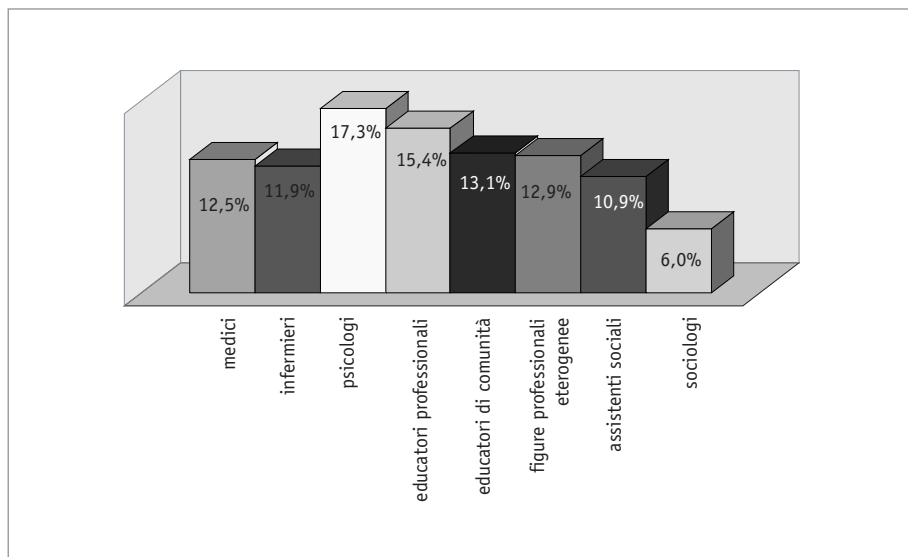
3.2 UNA MOLTEPLICITÀ DI FIGURE

L'Art 118 del D.P.R. 309/90, determina l'organico e le caratteristiche organizzative dei Servizi per le Tossicodipendenze da istituire presso ogni Unità Sanitaria Locale. "...l'organico dei servizi deve prevedere le figure professionali del medico, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere, dell'educatore professionale e di comunità in numero necessario a svolgere attività di prevenzione, cura e riabilitazione anche domiciliari e ambulatoriali."

Nel pubblico la figura dell'operatore delle tossicodipendenze viene così ad ancorarsi a specifiche professionalità e all'appartenenza a specifici albi professionali. Per quanto riguarda il privato, le singole Comunità stabiliscono i criteri di ammissione del proprio personale e gli incarichi che gli operatori debbono svolgere in ottemperanza a quanto dettato dagli Atti di intesa Stato Regione e dalla legislazione regionale vigente in materia. Alcune Comunità utilizzano, come operatori interni responsabili delle attività quotidiane, alcuni degli stessi ex-tossicodipendenti riqualificati con corsi regionali istituiti a tale scopo.

Dai dati relativi all'indagine svolta da riCE.R.C.A. s.r.l. nell'ambito del progetto "Le condizioni lavorative degli operatori delle tossicodipendenze" (dicembre, 2004) sviluppata su un campione di 69 Centri di Trattamento per le tossicodipendenze, pubblici e del privato accreditato, in 4 regioni italiane (Emilia Romagna, Liguria, Marche, Calabria), emerge la seguente distribuzione percentuale delle figure professionali impiegate nei centri campione (graf. 5).

Grafico 5
Figure professionali impiegate nel pubblico e nel privato accreditato nei centri del campione



La professionalità più frequente nell'organico dei centri campione, sia pubblici che privati, è quella dello psicologo (17,3%), seguita da professionalità relative all'area pedagogico-educativa (ed. professionali 15,4%, ed. di comunità 13,1%). Piuttosto diffuse risultano anche le professioni sanitarie (medici 12,5%, infermieri 11,9%). Significativa la percentuale di professionalità eterogenee (12,9%) cioè tutte quelle professionalità non ex art 118 del D.P.R. 309/90, impiegate quindi soprattutto nel privato. Nel campione è presente anche una certa quota di assistenti sociali (10,9%) e di sociologi (6%).

Coerentemente con le peculiarità operative, guardando ai soli operatori del pubblico, l'indagine registra una netta prevalenza di figure sanitarie (medici 21%; infermieri 26,7%) nei Ser.T., mentre nel privato, negli enti accreditati è stata rilevata una maggiore incidenza di psicologi (19,7%) e di personale a ruolo educativo (39,7%).

Inoltre, in una quota consistente degli enti accreditati del campione (72,5%) fanno parte dello *staff* in media due operatori con trascorso di tossicodipendenza, che hanno seguito un percorso formativo ad hoc; tale fenomeno è del tutto marginale nei Ser.T. (4%).

Nei Servizi a Bassa soglia quali Unità Mobili e Drop In sono presenti, inoltre, gli operatori "pari" che sono persone con esperienza di dipendenza che fungono da *leader* positivi nei confronti delle persone dipendenti attive

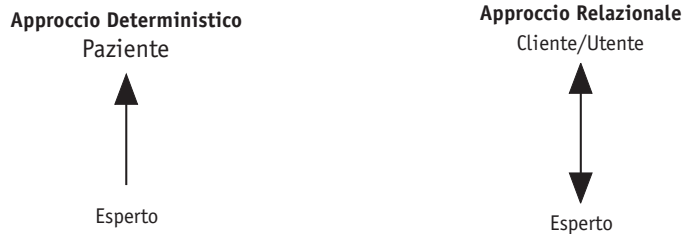
3.3 LA (SEMPRE) DIFFICILE INTEGRAZIONE TRA OPERATORI SANITARI E OPERATORI SOCIALI

Le distanze epistemologiche fra le diverse figure professionali coinvolte nei Servizi per le Tossicodipendenze e la diversità degli obiettivi specifici delle loro specifiche aree di lavoro pongono la necessità di processi d'integrazione a beneficio di una maggiore efficacia ed efficienza dei servizi erogati.

La natura della problematica della tossicodipendenza, infatti, richiede necessariamente due diversi tipi di interventi destinati all'utenza dei Servizi per le Tossicodipendenze, interventi sanitari ed interventi sociali, la cui integrazione è imprescindibile. L'approccio medico e l'approccio sociale alla problematica hanno evidentemente una serie di differenze anche di tipo epistemologico. Posto che all'interno di un dato servizio operino figure professionali che vanno dall'educatore al medico specializzato e che ogni singolo operatore attribuisca a situazioni specifiche significati differenti a partire dalle proprie esperienze e da propri quadri concettuali, è auspicabile che la logica sanitaria e quella sociale imparino a confrontarsi nell'ottica di generare sinergie operative efficaci.

La logica riparativa della sanità è tendenzialmente direttiva e deterministica. Il destinatario delle prestazioni specialistiche è detto paziente. La logica solidale e/o di supporto dell'area socio-educativa considera le persone che si rivolgono ai servizi, come potenzialmente capaci di agire in quanto portatori di saperi e di risorse attivabili, anche se paradossalmente il cliente/utente entra in contatto con i servizi in momenti di totale o parziale difficoltà d'azione.

Il personale sanitario e socio-educativo, direttamente impegnato nel lavoro di *front office* con l'utenza, deve saper leggere la capacità d'azione dentro ed oltre la condizione deficitaria e saper attivare le potenzialità presenti nella persona che a lui si rivolge.



Un ulteriore livello d'integrazione riguarda le reciproche collaborazioni sui casi. In queste circostanze è indispensabile che sia chiaro, ad ogni attore coinvolto nell'intervento, quale sia l'oggetto di lavoro. Operatori con provenienza e cultura differente devono necessariamente incontrarsi e superare le difficoltà di linguaggio trovando codici comunicativi e terminologie comuni. La reciproca comprensione sembra essere un passo necessario per una possibile integrazione; oltre al lavoro di esplicitazione e condivisione degli obiettivi, la collaborazione su un caso deve quindi basarsi anche su una precisa definizione di chi fa che cosa: le competenze professionali, il contesto e le relazioni significative già esistenti sono i principali criteri di scelta per l'individuazione degli operatori e per l'attribuzione di specifiche mansioni.

*3.3 La (sempre)
difficile
integrazione tra
operatori sanitari
e operatori
sociali*

3.4 OPERATORI DELLE TOSSICODIPENDENZE E RISCHIO DI *BURN-OUT*

La sindrome del *burn-out* è stata descritta per la prima volta nel 1975 da C. Maslach, come specifica malattia professionale degli operatori d'aiuto. Con il termine "*burn-out*" si fa infatti riferimento ad un certo quadro sintomatologico individuato in operatori di servizi di assistenza particolarmente esposti allo stress del rapporto diretto e continuativo con un'utenza fortemente disagiata. Da allora il termine ha assunto un significato più esteso e si utilizza per descrivere situazioni lavorative altamente stressanti.

La sindrome del *burn-out*, o dell'operatore "cortocircuitato" viene definita come "una perdita progressiva di idealismo, energia, motivazione, interesse, vissuta dagli operatori come risultato del loro lavoro" (Edelwich e Brodsky, 1980), ed è caratterizzata da esaurimento fisico, sentimenti di impotenza e disperazione, sensazione di vuoto emotivo e dallo svilupparsi di un concetto di sé e di atteggiamenti negativi verso il lavoro, la vita e gli altri. Nonostante questa sindrome possa presentarsi in qualunque contesto lavorativo stressogeno, essa è frequente nei mestieri che richiedono impegno emotivo e in cui si è costantemente in rapporto con una utenza portatrice di problematiche spesso non risolvibili con gli strumenti e le competenze professionali.

Il *burn-out* (scoppio-esaurimento) rappresenta quindi una sofferenza psicologica di origine professionale e organizzativa.

Gli operatori sociali nei centri di prima accoglienza e gli operatori delle tossicodipendenze in generale sono ad alto rischio rispetto allo sviluppo di questa sindrome, che è spesso legato alla difficoltà, da parte del professionista, nel gestire lo squilibrio che si viene a creare tra le richieste professionali da parte dell'utenza/committenza e la capacità individuale di affrontarle.

Le cause²² principali del "cortocircuito" nell'attività lavorativa di tali figure professionali sono principalmente riconducibili a tre fattori fondamentali spesso fra loro collegati:

- 1 eccessiva idealizzazione della professione d'aiuto precedente all'entrata nel mondo del lavoro da parte delle figure professionali implicate;
- 2 mansione frustrante o inadeguata alle aspettative;
- 3 organizzazione del lavoro disfunzionale o patologica.

L'insorgenza di una sindrome di *burn-out* è strettamente legata anche alle motivazioni e alle aspettative che determinano la scelta della professione d'aiuto. La scelta di un lavoro risponde sempre, infatti, ad una motivazione psicologica profonda e si fonda su aspettative ragionate. Queste ultime sono legate all'im-

²² In "Il *burn-out* nelle figure professionali operanti nell'ambito delle tossicodipendenze" Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, 2000.

immagine sociale di una professione, alle informazioni realistiche che la riguardano, al suo livello di richiesta nel mercato del lavoro, ai livelli di remunerazione, alle possibilità di carriera.

Le professioni d'aiuto, negli ultimi anni, sono state caratterizzate da una immagine sociale dequalificata, da basse remunerazioni e da scarse possibilità di carriera. Ancora oggi il lavoro sociale risulta essere legato ad una ideologia assistenziale, per la quale il lavoro sociale risulta essere quasi una forma indebitamente retribuita di beneficenza. Psicologi, medici, assistenti sociali, operatori sociali, infermieri, educatori ed insegnanti sembrano perciò ancora oggi immersi nella mistica del missionariato.

Nella scelta di tali professioni dunque più che le aspettative svolgono un ruolo determinante le motivazioni psicologiche, cioè i bisogni profondi che attraversano coloro che desiderano diventare professionisti dell'aiuto.

La prima motivazione riguarda il fatto che chi sceglie questa professione ha un forte bisogno di aiutare gli altri o di fare qualcosa per migliorare il mondo. Assistere un soggetto in stato di bisogno offusca la consapevolezza del proprio bisogno. La seconda motivazione è legata alla prima. Porsi in un ruolo di benefattore e salvatore garantisce una buona immagine di sé; chi dedica la vita agli altri infatti non può che essere e sentirsi buono.

La terza motivazione riguarda il desiderio di esercitare un controllo o un potere sugli altri; chi ha bisogno di aiuto è sempre in stato di inferiorità, pertanto il professionista dell'aiuto si pone come "grande madre" accogliente e come "grande padre" onnipotente.

Naturalmente queste motivazioni come tante altre sono legittime e potenzialmente utili alla professione nel momento in cui siano consapevoli e controllate. La non consapevolezza e l'assenza di controllo di questi bisogni profondi, si trasformano facilmente in una serie di vissuti molto dannosi per l'operatore e per l'utente. Per esempio l'incontro con il bisogno, il disagio, il dolore e la morte attacca l'immagine del potente salvatore, producendo depressione e sentimenti di impotenza. Questo groviglio di possibili vissuti che colgono soprattutto l'operatore che è partito da una enorme idealizzazione della professione, possono portarlo alla frustrazione prima e poi al *burn-out*.

La prevenzione del *burn-out* richiede una revisione completa del sistema di reclutamento, della formazione di base e dell'ammissione al servizio. Tali importanti momenti, propedeutici alla pratica dell'attività lavorativa, devono basarsi sull'analisi delle motivazioni e puntare sulla promozione dei livelli di consapevolezza e controllo del mondo interno. Un intervento di tipo preventivo rispetto a motivazioni e aspettative troppo idealistiche, riguarda l'ambito della formazione degli operatori, che oltre a fornire gli strumenti conoscitivi ed operativi, dovrebbe esplorare le motivazioni profonde che stanno alla base della scelta di tali professionisti.

Tra gli strumenti individuabili, finalizzati allo sviluppo di modelli di prevenzione e gestione del *burn-out*, ritroviamo:

- 1 la formazione permanente;
- 2 i gruppi di supporto per gli operatori (supervisione) in cui gli incontri, a cadenza mediamente settimanale, sono focalizzati su spazi di discussione relativi a casi difficili, scelte terapeutiche, problemi interpersonali con altri colleghi dello *staff* o di *staff* diversi. La variabile più importante è quella del clima, caratterizzato da scambio reciproco, da sostegno e da un'assenza totale della dimensione giudicante.

3.5 LE NECESSITÀ FORMATIVE DEGLI OPERATORI DELLE TOSSICODIPENDENZE

“Nella realtà italiana, gli operatori socio-sanitari spesso non hanno ricevuto una formazione relativa in materia di tossicodipendenza, pertanto tali figure professionali, si sono ritrovate di frequente a disporre unicamente dell’esperienza maturata sul campo”²³.

Lo studio “Cultura degli operatori e qualità dei servizi”²⁴, mostra chiaramente questo dato: fino alla metà degli anni ’80 non era prevista né richiesta in modo ufficiale una specifica formazione per gli operatori delle tossicodipendenze sia nei Servizi Pubblici che nelle Comunità, infatti circa il 30% degli operatori non aveva seguito alcun corso di formazione.

Nonostante risulti datata, questa è, ad oggi, l’unica indagine esplorativa che si concentra sulla figura dell’operatore delle tossicodipendenze cercando di delinearne la fisionomia, l’eterogeneità e le carenze formative, mettendo in evidenza, inoltre, la necessità della formazione di questi operatori, intesa non soltanto come quella ricevuta prima di entrare in servizio, ma anche mentre si opera già all’interno del servizio, al fine di rendere meno ambigue le caratteristiche peculiari e di ricostituirne adeguatamente i profili professionali.

Tale situazione, inevitabilmente, non poteva sostenere gli operatori nel faticoso lavoro quotidiano, basato sulla capacità professionale e personale di poter affrontare le sofferenze dei pazienti afferenti ai servizi nei quali operano attraverso un rapporto basato sull’empatia, e risultava essere invece spesso la causa di condizioni di *burn-out*.

Diversi studi hanno dimostrato che un’attenta formazione degli operatori, di tipo multidisciplinare, tutela gli operatori dal rischio di *burn-out* e riduce il problema della cronicizzazione della tossicodipendenza.

Oggi una maggiore attenzione viene prestata dai singoli servizi e dalle istituzioni alla formazione degli operatori socio-sanitari che si occupano di tossicodipendenze, anche grazie alla possibilità di usufruire di finanziamenti regionali e nazionali e attraverso il Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga. Questi iter formativi puntano a far acquisire a questi operatori delle capacità che li rendano in grado di gestire il “caso” in base ai ruoli dettati dalla tipologia della loro professionalità e alle specifiche esigenze del servizio presso cui operano. Una nuova attenzione viene prestata, fra l’altro, alla formazione alla capacità di lavorare in rete e di integrare i servizi sul territorio.

La formazione per questa tipologia di operatori nel sociale include, oltre ad un approccio teorico, un apprendimento di tipo esperienziale che permette ai par-

²³ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, 2000, pag. 46.

²⁴ A.A.V.V., “Cultura degli operatori e qualità dei bisogni degli utenti”, n° 1 di “Nuovi bisogni e nuove politiche sociali”, collana promossa dalla Direzione Generale dei Servizi Civili del Ministero dell’Interno, Roma, Labos, 1986.

tecipanti ai corsi di lavorare sulle motivazioni che stanno alla base della loro scelta professionale e di acquisire maggiore consapevolezza e controllo delle proprie emozioni e delle dinamiche relazionali che si attivano nell'incontro operatore-utente.

Attraverso *role playing*, simulate, esperienze pratiche guidate, gli operatori acquisiscono oltre al sapere anche un saper fare, sviluppando capacità relazionali maggiormente consapevoli.

Essenziale per questi operatori è anche l'acquisizione di capacità diagnostiche di *screening*, le quali risultano determinanti sia nella fase iniziale di presa in carico della persona con problemi di dipendenza patologica che per lo sviluppo di adeguate tecniche di trattamento.

La formazione nel campo delle dipendenze patologiche non può, dunque, prescindere dall'approfondimento della comorbidità psichiatrica, in quanto stato sempre più riscontrabile nella popolazione tossicodipendente.

Una formazione specialistica nell'ambito delle dipendenze patologiche, in conclusione, rappresenta un'importante e fondamentale momento di crescita professionale, grazie all'acquisizione di saperi, competenze specifiche e saper fare, necessario ed indispensabile a tutti coloro che operano nel campo.

3.6 LE NECESSITÀ FORMATIVE DEGLI OPERATORI DI STRADA

Il relativo ritardo con cui si è affermato in Italia il lavoro di strada nel settore specifico delle tossicodipendenze e, in particolare, negli interventi di riduzione del danno, ha pesato anche nella definizione della figura professionale dell'operatore e negli interventi formativi proposti, generando dibattiti sul come e su cosa effettuare questa formazione.

Dall'inizio degli anni '90 in poi, su iniziativa di enti pubblici e con la collaborazione, soprattutto in alcune regioni italiane, di agenzie formative del terzo settore (cooperative, associazioni, etc.) sono state previste iniziative formative specifiche per operatori di strada.

Contestualmente sono diventati più evidenti i problemi posti dalla definizione di una figura professionale "inusuale", senza un *setting* dato e senza una domanda espressa dall'utenza, figura che sembra talvolta condividere aspetti con figure già note, come l'assistente sociale o l'educatore di comunità, ma che al contempo rivela la sua profonda differenza da esse.

Fin dall'inizio del dibattito sui saperi di cui dotare l'operatore di strada si è parlato di incrementare le conoscenze relative alla comunicazione interpersonale e si sono individuati possibili rischi, come quello di produrre collusioni fino a sconfinare nella complicità con le culture giovanili oppure, al contrario, quello di produrre nuove forme di stigma, svalutando l'intera esperienza di vita degli utenti (De Leo, 1995). La strada può assumere, agli occhi di chi voglia diventare operatore, un suo fascino peculiare. Croce (1996) analizza acutamente i "fantasmi" che possono influire su questa scelta professionale: l'operatore-terapeuta, mosso dal desiderio di guarire l'altro; quello spinto dall'intento di far prendere coscienza all'altro; il militante che deve agire; il riparatore che si fa carico dei problemi altrui e che cela spesso una modalità del tipo "*need to be needed*", di bisogno cioè di essere d'aiuto. Queste tipologie sono molto diverse dall'obiettivo cardine del lavoro di strada cioè stabilire una differenza tra curare- *to cure*- e prendersi cura- *to care*. È proprio quest'ultima forma che costituisce lo specifico dell'azione di strada: il farsi carico di una intera situazione, al di là degli aspetti di sintomo eclatanti e al di là delle patologizzazioni portate da individui e gruppi. Mentre nelle professioni d'aiuto, infatti, l'operatore si propone la guarigione (*to cure*) dell'utente (obiettivo alto e condivisibile a patto che il progetto di salute sia accettato dal soggetto "in cura"), nel lavoro di strada l'obiettivo diviene il voler prendersi cura di una situazione: l'utente chiede aiuto per vivere meglio con le proprie scelte. Questo costringe l'operatore a ridefinirsi, nei metodi, negli obiettivi, nella relazione con il contesto.

Alcune riflessioni sulla formazione al lavoro di strada, in particolare se si prevedono interventi di riduzione del danno correlato alle dipendenze, si soffermano ulteriormente sulla peculiarità della relazione operatore-utente, parlando di una "relazione d'aiuto leggera" (Ronconi, 1995), non nel senso di mancanza di progettualità nel rapporto, ma nel senso di valutare come un passo importante per

3.6 Le necessità formative degli operatori di strada

l'utente l'elaborazione stessa della domanda di aiuto. In questo modo, infatti, l'utente compie un passo nel superare la passività, riacquistando fiducia nella propria capacità di determinare la vita quotidiana. Da un punto di vista metodologico Ronconi ha riassunto le caratteristiche dell'operatore di strada in alcune parole-chiave: avalutatività, empatia, rinegoziazione, come base di una relazione che rinuncia a posizioni di potere per favorire l'incontro. Viene usato a questo proposito il concetto di "legame debole" tra operatore e utente come conseguenza della scelta di prendersi cura e non di imporre il cambiamento come *conditio sine qua non*.

3.7 LE NECESSITÀ FORMATIVE DEGLI OPERATORI DEI NUCLEI OPERATIVI TOSSICODIPENDENZE (N.O.T.)

L'art. 75 del T.U. 309/90 attribuisce al Prefetto un ruolo di grande importanza e delicatezza nell'ambito dell'azione di prevenzione e recupero; in esso, infatti, viene considerata la detenzione di sostanze stupefacenti ai fini di uso personale attività illecita e sanzionabile a livello amministrativo, attraverso un procedimento di competenza del Prefetto.

Tale procedimento, nonostante si definisca all'interno di un sistema sanzionatorio, tende alla realizzazione di interventi ad azione dissuasiva ed educativa rispetto all'uso di stupefacenti, evitando forme di criminalizzazione della tossicodipendenza oltre a favorire l'accesso alle strutture terapeutiche, laddove necessario.

L'art. 75 del citato D.P.R. prevede inoltre la costituzione dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze (N.O.T.) per affiancare il Prefetto nell'espletamento delle attività correlate alla segnalazione e pertinenti ad una "presa in carico" sociale della persona coinvolta nel procedimento: l'introduzione della figura dell'assistente sociale all'interno del N.O.T. denota la volontà del legislatore di far prevalere l'aspetto preventivo terapeutico rispetto a quello repressivo-sanzionatorio.

Il procedimento previsto dall'art. 75 ha avvio con la segnalazione, da parte delle forze dell'ordine, del soggetto trovato in possesso di stupefacenti per uso personale.

Il segnalato viene quindi convocato in prefettura per sostenere un colloquio (condotto generalmente dall'assistente sociale del N.O.T.) volto ad accertare le ragioni che lo hanno spinto a far uso di sostanze stupefacenti e ad individuare gli accorgimenti utili per prevenire analoghi comportamenti in futuro.

Nel caso di prima segnalazione per detenzione di sostanze stupefacenti *leggere* (hashish, marijuana, ecc.), il procedimento può concludersi con un formale invito a non fare più uso di tali sostanze. Lo stesso accade nel caso in cui il segnalato sia un minore.

Nel caso di detenzione di sostanze *pesanti* (eroina, cocaina, ecstasy, ecc.), se durante il colloquio il soggetto dichiara la sua disponibilità a sottoporsi a un programma terapeutico, il N.O.T. invia l'interessato al servizio pubblico per le tossicodipendenze (Ser.T.) e sospende il procedimento in attesa di conoscere l'esito di tale programma.

Se l'interessato porta a termine il programma, il procedimento si conclude con l'archiviazione.

Se, invece, durante il colloquio non emergono elementi sufficienti per l'invio al Ser.T. oppure se il programma socio-riabilitativo viene interrotto più volte, il procedimento viene riaperto e l'interessato viene sottoposto ad una sanzione amministrativa (sospensione della patente di guida, della licenza di porto d'armi, del passaporto e di ogni altro documento valido per l'espatrio, del permesso di soggiorno per motivi di turismo, se si tratta di uno straniero, o divieto di conseguire tali documenti).

Risulta evidente dalle fasi del procedimento amministrativo ora delineate, nel corso delle quali il N.O.T. e il Ser.T. mantengono rapporti di stretta collaborazione, che l'attività svolta dal Prefetto attraverso il N.O.T. si caratterizza come prevenzione secondaria, ossia quel tipo di prevenzione che viene promossa nei confronti di soggetti che manifestino alti livelli di rischio

Il lavoro degli operatori dei N.O.T. risulta essere, pertanto, particolarmente delicato: si tratta di uno degli ambiti nei quali il servizio sociale svolge quella funzione di aiuto e controllo che, attraverso lo strumento del colloquio presso le Prefetture, assume una valenza di prevenzione e sostegno alla persona nell'intraprendere un percorso di cambiamento dello stile di vita, e un ruolo educativo nell'aiutarla ad acquisire un più ampio repertorio di competenze, in modo che essa sia più capace di affrontare, in chiave adattiva, le problematiche poste dal contesto sociale.

Numerosi sono ad oggi i progetti finanziati con il Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga destinati alla formazione specifica per gli operatori dei N.O.T. (parecchi conclusi, altri in atto) volti alla promozione da parte di questi operatori della complessa trama di competenze per svolgere efficacemente il loro lavoro.

All'operatore è richiesto un elevato livello di professionalità; esso deve essere infatti in grado di modulare il proprio intervento in base al caso valutando quando sia opportuna l'archiviazione, quando l'invio ai servizi territoriali (Ser.T, Comunità o altro) o quando, ancora, si renda necessaria la sanzione amministrativa. Tutto questo in una imprescindibile ottica di lavoro in rete con i servizi del territorio.

Sarebbe importante, al riguardo, che la formazione di questi operatori si basi, oltre che su specifiche modalità di colloquio motivazionale, competenza già in possesso della figura professionale dell'assistente sociale e pienamente realizzata, anche sulla possibilità di strutturarsi come équipe di lavoro interdisciplinare "in rete", sviluppando percorsi di collaborazione tra professionalità differenti, attraverso l'acquisizione di strumenti metodologici e progettuali condivisi.

parte seconda
mentoring e dipendenze

capitolo 4

LE COMPETENZE DEL MENTORE CHE OPERA NELL'AMBITO DELLE DIPENDENZE DA SOSTANZE D'ABUSO

4.1 PREMESSA

L'accompagnamento del soggetto dipendente nel suo percorso di recupero e reinserimento sociale viene realizzato, come abbiamo già descritto nell'introduzione a questo volume, anche mediante funzioni di *mentoring* uno-a-uno.

La ricchezza di questo accompagnamento si declina in funzioni spesso svolte implicitamente, senza alcun riconoscimento esterno.

Al fine di rendere più trasparente la funzione di questo accompagnamento, in questo capitolo si approfondiscono i temi relativi all'analisi delle competenze del mentore che opera nell'ambito delle dipendenze da sostanze di abuso.

In particolare, viene descritta la logica adottata nell'analisi delle competenze di *mentoring* che operatori e volontari esplicano durante l'accompagnamento e vengono identificati due modelli paralleli e quasi complementari di *mentoring*: il *mentoring* per le famiglie delle persone tossicodipendenti e il *mentoring* dei giovani nell'ambito della prevenzione.

Il primo modello individua le competenze di quegli operatori o volontari-mentori che agiscono nell'ambito della prevenzione del disagio giovanile; il secondo definisce le competenze del mentore che partecipa nei gruppi di auto-aiuto, composti dai familiari di persone con problemi di dipendenza da sostanze d'abuso.

All'interno di entrambi i modelli, mediante la tecnica del *focus group*, sono emerse tre diverse aree di competenze.

All'interno di ogni area vengono descritte le singole competenze che il mentore mette in atto nel suo rapporto con il familiare o con il giovane. L'analisi si conclude con un confronto tra le competenze emerse nell'ambito dei due modelli proposti.

4.2 LA LOGICA ADOTTATA NELL'ANALISI

La necessità di sostenere il recupero ed il reinserimento sociale di persone dipendenti da sostanze da abuso con azioni di accompagnamento personalizzato e spesso anche individualizzato, comporta l'impegno sia degli operatori della sanità e del sociale, sia di volontari, sia di operatori che lavorano in ambiti esterni al disagio, come, ad esempio, la scuola o le attività del tempo libero (discoteche, circoli sportivi, ecc.).

Giova, comunque, ricordare che l'operatore sanitario svolge un ruolo essenziale nell'accompagnamento di persone affette da patologie sanitarie droga-correlate, ruolo essenziale nel rendere compatibile l'impatto della "malattia" con quello della qualità della vita della persona in carico e delle sue esigenze sociali relazionali. Ma che sul piano di un'efficace azione di *mentoring* e di sostegno ad un pieno reinserimento della persona - costruzione dell'identità sociale - le competenze socio-educative di operatori/volontari appaiono essere gli elementi centrali del percorso.

Gli operatori del profit e del no profit che intervengono nei percorsi personalizzati di recupero dall'abuso di sostanze, nonché nella delicata fase della prevenzione del rischio con le fasce di età più giovani, spesso instaurano con i soggetti che accompagnano relazioni uno-a-uno aventi le caratteristiche del *mentoring*, agendo nell'ambito della mediazione sociale e delle reti territoriali e, quindi, mettendo in opera particolari competenze che, spesso, non possono essere utilizzate, o non appartengono alle competenze degli operatori dei servizi pubblici.

Oltre che nel sostegno del soggetto dipendente da sostanze, molti operatori e volontari sono impegnati nel sostegno alle loro famiglie che necessitano anch'esse di un supporto pratico, oltre che psicologico, per affrontare un problema grave e complesso che da soli non riescono a gestire; questo, infatti, sconvolge improvvisamente le loro vite in modo così violento da creare l'esigenza di trovare un punto di riferimento diverso da quello istituzionale a cui poter chiedere aiuto senza sentirsi soli. Anche il sostegno alle famiglie richiede la messa in campo di specifiche competenze e di comportamenti che consentano all'operatore ed al volontario di agire in modo efficace, offrendo il sostegno concreto di cui i genitori, o in generale i familiari, hanno bisogno, intervenendo in situazioni e relazioni delicate e anche, in molti casi, complesse o disastrose.

Per questi motivi l'OIS-Isfol ha deciso di intraprendere un lavoro di individuazione e di analisi delle competenze dei mentori che operano nel settore delle dipendenze, al fine di delineare il profilo di queste funzioni di accompagnamento e di identificare un modello di competenze utile a predisporre strumenti di sviluppo professionale in termini di:

- autodiagnosi (interiorizzazione/autovalutazione delle competenze);
- acquisizione e sviluppo delle competenze;
- selezione/individuazione dei potenziali mentori tra gli aspiranti a svolgere questa funzione.

In una prima fase, preliminare all'analisi delle competenze, sono stati identificati i possibili ambiti di intervento del *mentoring* nel percorso di recupero dei soggetti dipendenti e sono stati individuati alcuni c.d. "anelli deboli", cioè situazioni particolarmente delicate che richiedono una forma di accompagnamento uno-a-uno che supporti l'intervento degli operatori.

Si è partiti, dunque, dall'ipotesi che *uno* dei possibili percorsi-tipo²⁵ di un soggetto dipendente da sostanze d'abuso, dal momento dell'insorgere del disagio fino alla definitiva uscita dal problema, sia articolato nelle seguenti fasi:

Fase 1: insorgere del disagio, passaggio da non uso a uso occasionale di sostanze



Fase 2: passaggio da uso occasionale a uso problematico di sostanze e presa di coscienza del proprio stato di dipendenza



Fase 3: entrata in comunità, normalmente dopo aver richiesto aiuto al Servizio Tossicodipendenze ed aver individuato l'opportunità di una presa in carico residenziale



Fase 4: vita in comunità



Fase 5: uscita dalla comunità e reinserimento nel mondo esterno



Fase 6: permanenza di medio-lungo periodo nel mondo esterno (rischio ricadute)

²⁵ Naturalmente, il percorso di recupero residenziale è solo uno dei possibili trattamenti di recupero dalla tossicodipendenza. Altri tipi di trattamento sono, certamente, offerti e/o richiesti dalle persone con problemi di dipendenza patologica, ma l'inserimento di tale percorso quale modello tipo, risponde alle attuali evidenze della letteratura scientifica sull'efficacia degli interventi di recupero. Infatti, in termini di approdo a stili di vita *drug-off*, a tassi di ricaduta ragionevolmente bassi, i trattamenti residenziali di medio e lungo periodo offrono i tassi di successo più elevati. I risultati ottenuti in processi in cui le attività educative e le azioni di *mentoring* - sia da parte di operatori, che in un'ottica di *self help* - hanno un'importanza centrale aprono alla continuazione di questi interventi, fino alla piena soluzione dei problemi presentati dalla persona in carico.

L'attenzione principale dell'OIS è stata rivolta alle funzioni di *mentoring* svolte da soggetti che in modo volontario offrono le proprie esperienze e competenze, anche se, dai lavori dei *focus group*, è emerso che, nella vita in comunità, spesso gli operatori possono svolgere funzioni di *mentoring* che ampliano le funzioni proprie della loro professione.

Le funzioni ed i ruoli dei mentori sono diversi, a seconda che intervengano in una fase piuttosto che in un'altra. Dalle riflessioni emerse dai gruppi di lavoro attivati su questi argomenti, l'OIS ha potuto evidenziare che il *mentoring* è un processo che si instaura:

- sia tra i volontari che sostengono i soggetti con problemi di abuso di sostanze e le loro famiglie, e che affiancano l'opera delle istituzioni pubbliche e private che lavorano in questi campi;
- sia tra gli operatori che svolgono formali funzioni specifiche nel percorso di prevenzione-recupero-reinserimento e che, spesso, le arricchiscono attraverso lo sviluppo di azioni informali di accompagnamento uno-a-uno che hanno le caratteristiche del *mentoring*.

In quest'ambito è emersa, pertanto, la necessità di esaminare più da vicino il processo che si instaura nell'accompagnamento del soggetto dipendente e della sua famiglia e che presenta caratteristiche di *mentoring*.

Escludendo la fase 4, quella particolarmente delicata della vita in comunità, che richiede l'impegno costante ed il supporto di personale specializzato e di professionisti in campo sanitario, educativo e psicologico, le altre fasi corrispondono ad altrettanti anelli deboli in cui la figura di un mentore, che accompagni il soggetto in un rapporto uno-a-uno, può risultare determinante.

Il mentore del soggetto con problemi di dipendenza da sostanze d'abuso può sostenerne il percorso di recupero con modalità e finalità diverse, in relazione alle singole fasi:

- *fase 1*: prevenzione primaria, in particolare con le fasce di età più giovani della popolazione, nei momenti di diffusione di informazioni sulle sostanze e sulle conseguenze connesse all'assunzione, d'intercettazione delle situazioni potenzialmente "a rischio" e del presidio dei luoghi di maggiore aggregazione giovanile;
- *fase 2*: prevenzione secondaria, per aiutare il soggetto a prendere coscienza della situazione che si sta creando e *counselling* sulle conseguenze;
- *fase 3*: accompagnamento della persona dipendente da sostanze d'abuso, per aiutarla a riconoscere la sua reale situazione e la possibilità

di affrontare il problema rivolgendosi a personale e strutture specializzate; accompagnamento nella decisione di entrare in comunità e nella scelta della comunità;

- *fase 4*: accompagnamento nell'uscita dalla comunità, attraverso azioni di sostegno nella ripresa/consolidamento dei contatti col mondo esterno, nella ricerca di un alloggio e di un lavoro, nella ricostruzione dei rapporti sociali e familiari;
- *fase 5*: vicinanza e costruzione di una significativa relazione di sostegno nel medio-lungo periodo, soprattutto nei periodi di crisi che possono verificarsi anche molto tempo dopo l'uscita dalla comunità, per prevenire le ricadute.

Il mentore delle famiglie dei soggetti dipendenti da sostanze, invece, può svolgere un ruolo molto importante anche durante la permanenza in comunità del figlio/a, supportando la famiglia proprio nel periodo in cui la persona vive in comunità, affinché possa comprendere il significato del programma terapeutico e riflettere sulle proprie dinamiche relazionali, a sostegno del percorso di recupero del soggetto inserito in comunità. Anche durante le fasi 3 e 5, corrispondenti al distacco del giovane dalla famiglia per entrare in comunità ed al reinserimento nella vita familiare dopo l'uscita, può risultare importante il ruolo del mentore che interagisce con le famiglie. Quindi le fasi 3, 4 e 5 sono quelle che maggiormente si prestano all'intervento di un mentore di sostegno alle famiglie.

La funzione di *mentoring* per le famiglie delle persone con problemi di dipendenza da sostanze d'abuso, in relazione alle singole fasi del percorso di recupero, può essere diretta a:

- *fase 1*: informazione preventiva, facilitando l'informazione sugli effetti e i danni delle sostanze, sulle risorse adottabili, sulla necessità di mantenere aperto un canale relazionale;
- *fasi 2*: aiutare le famiglie a riconoscere lo stato di dipendenza del figlio e a sostenerlo nel momento in cui il/la figlio/a riconosce il proprio stato di dipendenza e decide di modificarlo;
- *fase 3*: aiutare la famiglia a sostenere il/la figlio/a nella decisione di entrare in comunità, e nell'individuazione, insieme al servizio che lo ha preso in carico (ove esista tale rapporto), della struttura cui rivolgersi;

- *fase 4*: accompagnare la famiglia durante il periodo in cui il cui figlio/a vive in comunità, affinché comprenda il significato del programma terapeutico, collaborando in modo positivo con gli operatori della comunità;
- *fase 5*: sostegno della famiglia nel difficile momento in cui il figlio esce dalla comunità, sia per accoglierlo, se torna a vivere a casa, sia per accompagnarlo nel difficile momento del reinserimento sociale.

L'analisi delle competenze realizzata dall'OIS-Isfol ha riguardato sia i mentori che agiscono direttamente con il soggetto dipendente da sostanze d'abuso, sia i mentori che supportano le famiglie, al fine di rilevare le rispettive caratteristiche ed evidenziare eventuali differenze, peculiarità o specificità nei comportamenti. Relativamente al mentore per i soggetti dipendenti è stato stabilito di concentrare l'attenzione sulla prima fase, dove si esplicitano azioni di prevenzione dell'assunzione di sostanze d'abuso tra le fasce più giovani della popolazione italiana.

L'OIS-Isfol si è avvalso della collaborazione della società Hay Group, che ha sviluppato una pluriennale esperienza nell'area dell'analisi e della valutazione dei ruoli, nella realizzazione di modelli analitico-valutativi funzionali alle diverse tipologie organizzative, nell'individuazione e definizione dei compiti e delle funzioni delle figure inserite nei principali processi di funzionamento delle organizzazioni. Hay Group sta sperimentando in ambito sociale la metodologia dell'*expert panel* che permette di evidenziare i ruoli e le competenze delle risorse umane all'interno di organizzazioni complesse.

Il primo *expert panel*, dedicato ai giovani ed alla prevenzione dell'abuso di sostanze, è stato organizzato a Roma, con la collaborazione di CEIS, CNCA, CSV e FICT²⁶, che hanno coinvolto nel lavoro 15 persone, scelte tra i loro volontari ed operatori, specializzati nelle attività con i giovani, per la prevenzione primaria e secondaria all'uso di sostanze.

Il secondo *expert panel*, dedicato alle famiglie di giovani con problemi di dipendenze da sostanze d'abuso, si è svolto a Torino, con la collaborazione del Gruppo Abele che ha riunito volontari ed operatori degli Enti Ausiliari del Piemonte impegnati nel supporto alle famiglie.

Ad integrazione di questo secondo lavoro, l'OIS-Isfol ha realizzato anche un *focus group* con l'Associazione FACT (Famiglie Associate Contro la Tossicodipendenza) di Foggia, composta da 44 famiglie volontarie che, o per aver vissuto in prima persona il problema, o perché sensibili al tema e desiderosi di rendersi

²⁶ CEIS Centro Italiano di Solidarietà di Roma; CNCA Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza; CSV Centri Servizio Volontariato; FICT Federazione Italiana Comunità Terapeutiche.

utili agli altri, offrono alle famiglie di giovani con problemi di tossicodipendenza sostegno e supporto con i connotati del rapporto di *mentoring*.

Nei paragrafi seguenti sono illustrati i principali risultati emersi da questi incontri; in particolare:

- la descrizione del profilo del mentore dei giovani e delle famiglie: chi sono i mentori e quali sono le loro principali attività e conoscenze;
- la definizione di un modello di competenze del mentore che affianca i giovani e le famiglie, che evidenzia le competenze comuni e quelle specifiche dei diversi destinatari;
- la descrizione delle singole competenze e delle analogie/differenze di comportamento tra i mentori che agiscono con le famiglie che vivono situazioni di tossicodipendenza conclamata ed i mentori che agiscono per la prevenzione del problema con giovani ed adolescenti in situazioni di rischio potenziale o disagio.

4.3 I MENTORI DEI GIOVANI NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE

4.3.1 Chi sono e cosa fanno i mentori dei giovani per la prevenzione delle dipendenze

L'*expert panel* dedicato al *mentoring* dei giovani, per la prevenzione del rischio di abuso di sostanze, era costituito da un gruppo misto, composto da operatori e da volontari. I primi hanno partecipato non in qualità di operatori che lavorano a contatto con il disagio giovanile, ma piuttosto come operatori-mentori che spesso, in situazioni di rischio, esplicano funzioni di guida e sostegno che possono esulare dalle funzioni del proprio ruolo professionale.

I mentori dei giovani in situazione di rischio o disagio sono, nella maggior parte dei casi, persone, spesso giovani, che hanno l'occasione di frequentare luoghi di aggregazione giovanile, per motivi professionali o di volontariato. Operano, per esempio, all'interno di associazioni di volontariato o cooperative sociali per rispondere ai bisogni del territorio, oppure come animatori di gruppi giovanili, al fine di promuovere il benessere e la qualità della vita delle persone.

Gli scopi dei mentori dei giovani, emersi dai lavori dell'*expert panel*, sono:

- affiancare e sostenere il/la giovane che ritengono in difficoltà, sia dal punto di vista pratico che emotivo, essendo presenti nel momento in cui chiede aiuto, fungendo da cardine tra il piacere e il rischio, l'agio e il disagio, attraverso l'instaurazione di un rapporto di fiducia;
- divenire un punto di riferimento stabile nel contesto di una relazione continuativa, avendo sensibilità e fiducia verso le capacità e potenzialità del giovane, incoraggiandolo/a a migliorarsi, promuovendone i cambiamenti positivi e lo sviluppo di un autonomo progetto di vita.

4.3.2 Le principali attività dei mentori dei giovani per la prevenzione delle dipendenze

I mentori osservano il comportamento dei giovani allo scopo di individuare e "agganciare" (o farsi "agganciare") dai ragazzi che stanno vivendo situazioni di disagio e che mostrano di aver bisogno di un aiuto o che lo richiedono, spesso in modo indiretto. Il gruppo di lavoro ha individuato molteplici attività dei mentori che operano nell'ambito della prevenzione, che essi esplicano nei luoghi di aggregazione giovanile (scuole, ritrovi per strada, discoteche, palestre, ecc.):

- 1 avviano i contatti iniziali volti ad ascoltare in modo non giudicante, a stabilire fiducia reciproca e a stimolare il desiderio, da parte del/la giovane, di aprirsi e chiedere aiuto e sostegno, gestendo questi contatti con molta attenzione e discrezione;
- 2 sviluppano azioni e situazioni finalizzate a far crescere un rapporto significativo e duraturo con il/la mentee e a proporre, con l'esempio personale, modelli di comportamento individuale e sociale alternativi, che lo stimolino a elaborare autonomamente, e realizzare, un nuovo progetto di vita;

- 3 stabiliscono con il mentee “le regole del gioco” e si confrontano quando necessario anche duramente, sui comportamenti non allineati al percorso deciso e intrapreso insieme;
- 4 affiancano, accompagnano il mentee nei momenti significativi e non solo quando deve affrontare “per la prima volta” situazioni difficili;
- 5 individuano e coinvolgono nelle azioni di sostegno altre persone vicine al mentee (parenti, amici del mentee, compagni di divertimento, di scuola, ecc.) che possono esercitare un’influenza positiva o che possono comunque essere utili a comporre un quadro il più possibile preciso del mentee e dei suoi problemi;
- 6 forniscono informazioni e suggerimenti operativi su tutto ciò che può essere di aiuto in senso lato (dalle informazioni sulle tossicodipendenze, su dove farsi un tatuaggio o un piercing “sicuro”, a consigli per affrontare i problemi della vita quotidiana), in risposta alle domande e alle richieste del mentee, per superare i problemi e le situazioni di emergenza e di crisi evidenziati;
- 7 si informano su tutto ciò che riguarda il mentee e il mondo giovanile, inclusi contesti ed interessi (luoghi frequentati, linguaggi, mode e tendenze, ecc.) e utilizzano le informazioni per elaborare strategie di comunicazione e di coinvolgimento mirate e credibili, per trovare un terreno comune di incontro, per stabilire e mantenere le relazioni;
- 8 agiscono per trovare la propria collocazione all’interno della rete di relazioni del mentee, instaurando con lui un rapporto che non sia invasivo, ma costruttivo e di stimolo, per far sì che il giovane non si senta giudicato, ma ascoltato e compreso e che non “perda improvvisamente la faccia” nei confronti degli amici che lo osservano;
- 9 si mantengono costantemente informati e aggiornati sui temi inerenti i disagi giovanili, le nuove dipendenze, sulle reti sociali e le risorse del territorio (come i servizi pubblici e privati specializzati) e utilizzano i canali informativi e le informazioni, mettendoli anche a disposizione del mentee.

Nell’ambito della prevenzione, è più difficile l’aggancio mentore/mentee rispetto al primo contatto che il mentore delle famiglie stabilisce con i parenti dei soggetti con problemi di dipendenza da sostanze d’abuso. Infatti spesso sono gli stessi genitori a cercare sostegno rivolgendosi, solitamente, ad una associazione o ad un servizio; pertanto la creazione di un rapporto continuativo basato sulla reciproca fiducia, indispensabile allo svolgimento di una funzione di *mentoring* efficace, è sollecitato dalle stesse famiglie.

In genere, certe situazioni e/o comportamenti, relativi sia al mentore che al mentee, possono essere assunti quali *criteri di misura dell’efficacia della funzione di mentoring con i giovani*, in una situazione di prevenzione:

- *Il/la mentore:*
 - viene riconosciuto/a e salutato/a in pubblico dal mentee e dal suo giro di amici;
 - riceve ripetutamente delle richieste di aiuto, di assistenza, di informazioni;
 - riceve visite o telefonate anche in orari inconsueti;

- viene avvicinato/a da altri ragazzi per essere aiutati a loro volta (attivazione di passaparola tra gli amici del mentee).
- **Il/la mentee:**
 - è assiduo/a nella partecipazione alle occasioni di socializzazione organizzate dal mentore (cucinare insieme, festa in casa, uscita in discoteca, al cinema, in pizzeria, andare a far acquisti, ecc.);
 - mostra maggiore autonomia nell'affrontare situazioni problematiche;
 - mostra cambiamenti di atteggiamento e di comportamento nei rapporti con gli altri e nello stile di vita;
 - si mostra collaborativo e accondiscendente sia nel breve sia nel lungo termine.

Le conoscenze dei mentori dei giovani per la prevenzione delle dipendenze

Diverse sono le conoscenze dei mentori che avvicinano ed affiancano i giovani quando ancora la loro condizione non è caratterizzata dalla dipendenza da sostanze d'abuso. In particolare, durante i lavori dell'expert panel, i mentori hanno mostrato di possedere conoscenze:

- dei canali informativi e delle norme/regole più indicative;
- delle sostanze d'abuso tradizionali e nuove, delle dipendenze e dei loro effetti sul comportamento;
- delle caratteristiche comportamentali, in particolare dell'adolescenza, dei comportamenti a rischio;
- del mondo e della cultura giovanile e dei temi di attualità (problematicità, sfera affettiva, atteggiamento generale di "disinformazione", mondo del lavoro, linguaggi, mode, musica, i luoghi "in", etc.);
- del territorio, dei luoghi di aggregazione spontanea e istituzionale (scuole, locali, discoteche, centri sportivi, associazioni, ecc); dei servizi, delle comunità, dei professionisti (psicologi, medici, legali, educatori, ecc.) e delle persone, in genere, che possono essere di aiuto;
- delle tecniche di comunicazione efficace.

4.4 I MENTORI PER LE FAMIGLIE DEI TOSSICODIPENDENTI

4.4.1 Chi sono e cosa fanno i mentori delle famiglie

Sulla base dei risultati emersi dall'*expert panel* organizzato per esaminare le caratteristiche del *mentoring* delle famiglie, possiamo affermare che le persone che acquisiscono ruoli di mentori in questo caso sono, in genere, parenti di tossicodipendenti che, mossi da una forte motivazione personale, realizzano azioni di sostegno nei confronti di "pari", cioè di altri genitori, o familiari, che vivono situazioni analoghe.

I partecipanti all'*expert panel* di Torino ed al *focus group* di Foggia erano familiari che, da diversi anni, mettevano a disposizione di altre famiglie la loro esperienza e le loro competenze. La maggior parte di essi aveva vissuto in prima persona le stesse problematiche che i propri mentee stavano affrontando e, in incontri organizzati o in occasioni informali e determinate da specifiche richieste delle famiglie, interveniva dando un supporto il più delle volte informativo.

Si trattava di tipologie diverse di persone entrate in contatto con le famiglie, in genere, tramite istituzioni formative, ricreative o di recupero, anche nell'ambito del loro ruolo professionale (es. alcuni erano insegnanti).

Dai lavori è emerso che gli scopi dei soggetti che divengono mentori delle famiglie sono:

- sostenere altri familiari di tossicodipendenti che stanno vivendo una situazione analoga a quella da loro già vissuta, nell'affrontare e cercare di superare i problemi e le situazioni di crisi che si presentano nelle relazioni con i figli e con l'esterno (altri parenti, vicini di casa, servizi sociali, Comunità Terapeutiche, ecc.), condividendo la propria esperienza passata o perdurante, comunque drammatica sia nel caso di esiti positivi, sia tragici;
- divenire una persona vicina alla famiglia che, con la propria disponibilità, affianca i genitori e i figli nell'affrontare la tossicodipendenza e diventa un punto di riferimento sicuro nel contesto di una relazione continuativa, dimostrando sensibilità e fiducia verso le loro capacità di porsi degli interrogativi, incoraggiandoli a farlo, promuovendo i cambiamenti positivi.

4.4.2 Le principali attività dei mentori delle famiglie

I ruoli che i mentori svolgono sono molteplici:

- 1 aiutano i mentee ad aprirsi agli altri, a superare la sensazione di paura e di vergogna, chiedere aiuto e sostegno, instaurando con loro relazioni positive attraverso il dialogo (telefonate, conversazioni, colloqui, partecipazione a gruppi e alla vita di comunità, ecc.), la condivisione e lo scambio di esperienze vissute, l'affiancamento;
- 2 aiutano i mentee a distinguere, a capire ed individuare quali sono i problemi veri, da affrontare rispetto a quelli solamente percepiti, normalmente legati al pregiudizio, alla vergogna, all'ignoranza, attraverso lo scambio di informazioni, l'analisi razionale dei problemi e delle cause, la ricerca congiunta di soluzioni;

- 3 forniscono informazioni e suggerimenti operativi su ciò che può essere di aiuto (sulle tossicodipendenze, sui servizi, sulle comunità, sulle reti, ecc.) basati sulle conoscenze acquisite e sulle esperienze fatte, per rispondere alla richiesta di vicinanza che è percepita come utile per affrontare i problemi e le situazioni di emergenza o di crisi evidenziati;
- 4 aiutano i mentee a prendere coscienza di cosa sta avvenendo e delle dinamiche relazionali che si sono o si stanno instaurando, attraverso domande, parlando delle proprie esperienze per attivare un confronto costruttivo;
- 5 agiscono per tranquillizzare, per dare fiducia, proponendo una visione che sia il più serena possibile, cercando comunque di essere sempre molto realistici e di non creare false illusioni;
- 6 partecipano alle attività promosse dalle comunità, come i gruppi di auto-aiuto o circuiti di “pari” senza entrare completamente nella vita della comunità, aiutando persone che molto spesso, oltre al dramma personale che stanno vivendo, si ritrovano all’improvviso emarginate sia dal contesto sociale in cui vivono, sia dai propri parenti e amici, e le accompagnano per ricreare un ambiente amicale/familiare il più possibile sereno.

Le conoscenze dei mentori delle famiglie

L’esperienza fatta dai mentori sulla propria pelle, ed elaborata in contesti esperienziali simili a quelli che vivono i loro “mentee”, è cruciale e distintiva per l’efficacia di questa funzione di *mentoring* perché è la base della credibilità dei suggerimenti e della guida forniti e, di conseguenza, dell’accettazione del loro intervento da parte delle famiglie.

Dai lavori sono emerse le seguenti conoscenze possedute dai mentori delle famiglie di soggetti con problemi di dipendenza. Sono conoscenze acquisite nel corso della propria esperienza personale e poi aggiornate e sviluppate per svolgere in modo più efficace la funzione di accompagnamento:

- conoscenza dei canali informativi, del contesto e delle norme/regole principali;
- conoscenza delle sostanze che portano a dipendenze e dei loro effetti sul comportamento;
- conoscenza dei comportamenti manipolatori, tipici sia dei tossicodipendenti sia dei loro familiari;
- conoscenza dei servizi pubblici e privati, delle comunità che operano sul territorio, nonché dei professionisti che lavorano nell’ambito della cura e del recupero dei tossicodipendenti (psicologi, medici, legali, educatori, ecc.) e delle persone che possono essere di aiuto.

4.5 LE COMPETENZE DEI MENTORI NELL'AMBITO DELLE DIPENDENZE

4.5.1 Il percorso seguito

Il concetto di competenza al quale si fa riferimento in questo studio, adottato dalla società Hay Group per l'elaborazione degli *expert panel*, è quello sviluppato da McClelland e Boyatzis, secondo i quali una competenza è “una caratteristica intrinseca di un individuo”, rintracciabile in termini di motivazione, di una capacità/abilità o di un comportamento.

È attraverso queste caratteristiche che si differenziano prestazioni eccellenti rispetto a prestazioni medie o scarse, facendo riferimento ad uno specifico ruolo. Il processo di identificazione delle competenze si basa sull'osservazione dei comportamenti: poiché le inclinazione e le attitudini delle persone sono molteplici, ciascuno approccia le situazioni in modo differente, caratterizzando la stessa competenza in modo diverso. Pertanto, sono proprio i comportamenti degli individui a creare quelle sfumature che differenziano le competenze all'interno dei modelli.

È possibile, quindi, riscontrare all'interno dei modelli le medesime competenze riferite però a comportamenti differenti: qui sta il “valore aggiunto” dei modelli, riconducibile alle azioni che gli individui pongono in essere per affrontare situazioni, contesti ed interlocutori diversi, diventando un esempio estendibile ad altre persone, per esempio a colleghi, che necessitano di sperimentazioni comportamentali per migliorarsi.

I principali livelli che caratterizzano, e sui quali si articolano, le competenze, sono riconducibili a tre:

- 1 intenzionalità dell'individuo (perché fare);
- 2 abilità dell'individuo (come fare);
- 3 conoscenze dell'individuo (cosa fare).

Il primo livello, intenzionalità dell'individuo, è caratterizzato dai motivi che spingono ad adottare un certo comportamento, che definiscono i domini interpretativi, danno senso alle azioni, le indirizzano verso fini specifici e forniscono criteri per valutarne il successo e l'insuccesso. L'intenzionalità risponde alla domanda: *perché fare*.

Il secondo livello, abilità dell'individuo (*skill*), è dato dalle modalità con cui vengono pensate e condotte le azioni che definiscono i domini delle possibilità e caratterizzano le scelte adottate nell'organizzazione del lavoro. Le abilità rispondono alla domanda: *come fare*.

Il terzo livello è dato dalle conoscenze dell'individuo (*knowledge*): i saperi istituzionalizzati, formalizzati o empirici, che si devono possedere per esercitare la specifica attività di lavoro e che definiscono i domini entro i quali si esplica l'esperienza e si caratterizza la materia del lavoro. Le conoscenze rispondono alla domanda: *cosa fare*.

Nel corso degli *expert panel* attraverso i quali sono stati rilevati gli elementi necessari alla realizzazione di questa analisi delle competenze, i partecipanti sono stati chiamati a descrivere le principali attività ed azioni svolte nell'ambito della loro funzione di supporto alle famiglie dei tossicodipendenti ed ai ragazzi in condizioni di disagio, cercando di identificare gli elementi dai quali essi riescono a capire se tale funzione stia dando buoni risultati (indicatori, criteri di misura) e quali siano i "ritorni", i segnali che le persone restituiscono loro.

Inoltre, ogni partecipante ha raccontato un caso interessante della propria esperienza di accompagnamento, che ricordava in modo particolare per averne avuto un ritorno positivo o negativo, o per averne tratto una particolare soddisfazione, concentrandosi sulle fasi salienti dell'episodio. Gli esperti che gestivano gli *expert panel* hanno sollecitato i partecipanti ad evidenziare, durante il racconto degli episodi:

- quali erano state le loro aspettative;
- cosa pensavano di ottenere e quali erano stati i comportamenti attuati;
- quali parole avevano utilizzato;
- quali erano state le riflessioni e le reazioni del mentee;
- quale era stato il loro atteggiamento conseguente.

Il racconto degli episodi ha fatto emergere degli indicatori di competenze, cioè dei comportamenti, delle cose dette o fatte, che, caratterizzando l'agire del mentore, possono essere ricondotti alle diverse competenze e pertanto consentono l'identificazione e la rappresentazione di un modello.

L'analisi delle competenze, realizzata attraverso gli *expert panel*²⁷, ha evidenziato una serie di competenze che contraddistinguono l'intervento dei mentori.

Le competenze dei mentori dei giovani e delle famiglie sono state successivamente classificate in base agli elementi che ne caratterizzano l'agire e sono state raggruppate in 3 aree, che sono:

- per il mentore dei giovani: "*Efficacia di sé*", "*Creare coinvolgimento*" e "*Realizzare il percorso*";

27 Questa metodologia ha il suo fondamento in una sessione di lavoro durante la quale un gruppo di 8-10 persone, possibilmente riconosciute come ottime esperte del ruolo, illustrano i contenuti della loro attività ed i comportamenti agiti.

La riunione è guidata da due consulenti che affrontano con il gruppo gli aspetti organizzativi salienti del ruolo, in modo strutturato e con l'ausilio di alcune esercitazioni; in particolare, dopo aver condiviso la mission e le principali responsabilità-attività del ruolo, si identificano:

- i possibili criteri di valutazione;
- le conoscenze e le abilità richieste;
- i comportamenti di "eccellenza".

Quest'ultimo punto costituisce il nucleo della riunione e viene realizzato attraverso il racconto di alcuni episodi di lavoro che i partecipanti ritengono significativi.

A valle della riunione, la consulenza:

- analizza i dati sui comportamenti raccolti attraverso i racconti e le esercitazioni;
- li codifica rispetto al modello generale delle competenze Hay McBer;
- infine il modello viene presentato al gruppo in una riunione di mezza giornata, per la verifica e le eventuali integrazioni-variazioni, anche semantiche.

- per il mentore delle famiglie: “*Efficacia di sé*”, “*Comunicare la propria esperienza di vita*” e “*Dare supporto*”.

Nei paragrafi seguenti verranno dapprima rappresentati i modelli di competenze del *mentoring* dei giovani nell'ambito della prevenzione e del *mentoring* delle famiglie; poi i due modelli saranno messi a confronto, attraverso l'analisi delle singole aree ed il raffronto delle competenze, evidenziando la presenza di competenze comuni o peculiari ai due tipi di *mentoring* ed identificandone le principali diversità di comportamento.

4.5.2 Competenze del mentore dei giovani e loro relazioni reciproche

Le competenze del mentore dei giovani sono state raggruppate in tre aree, in base agli elementi che più ne caratterizzano l'agire: “*Efficacia di sé*”, “*Creare coinvolgimento*” e “*Realizzare il Percorso*”; esse rappresentano le tre dimensioni che, relazionandosi, consentono la massima espressività delle competenze che il mentore dei giovani possiede.

Nel dettaglio, le competenze relative a ciascuna dimensione sono:

- *Efficacia di sé*:
 - Consapevolezza emotiva
 - Fiducia in se stessi
 - Autocontrollo
- *Creare coinvolgimento*:
 - Empatia
 - Consapevolezza del contesto
 - Credibilità (integrità)
 - Comunicazione influente
 - Creazione di legami
 - Stimolo e guida allo sviluppo degli altri
- *Realizzare il percorso*:
 - Adattabilità
 - Iniziativa
 - Gestione dei conflitti
 - Lavoro in rete e collaborazione

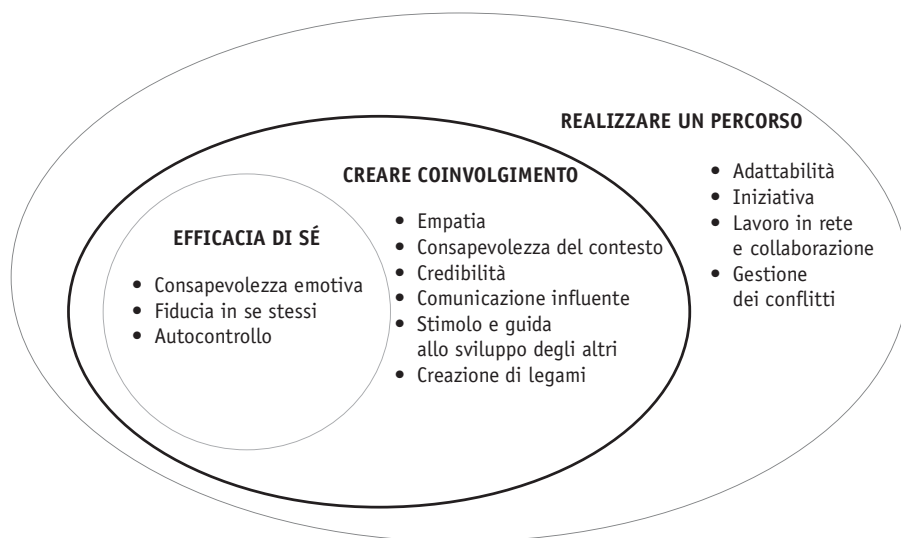
4.5.3 Competenze del mentore per le famiglie e loro relazioni reciproche

Le competenze del mentore per le famiglie sono state raggruppate in tre aree, in base agli elementi che più ne caratterizzano l'agire: "*Efficacia di Sé*", "*Comunicare la propria esperienza di vita*", "*Dare supporto*"; esse rappresentano le tre dimensioni che, relazionandosi, consentono la massima espressività delle competenze che il mentore delle famiglie possiede.

Le competenze relative a ciascuna dimensione sono:

- *Efficacia di sé*:
 - Consapevolezza emotiva
 - Fiducia in se stessi
 - Autocontrollo
- *Condividere la propria esperienza di vita*:
 - Empatia
 - Consapevolezza del contesto
 - Comunicazione efficace
 - Credibilità (autenticità dell'esperienza)
 - Creazione di legami
- *Dare supporto*:
 - Adattabilità
 - Iniziativa
 - Gestione dei conflitti

*Modello delle
competenze del
mentore dei
giovani
(prevenzione)*



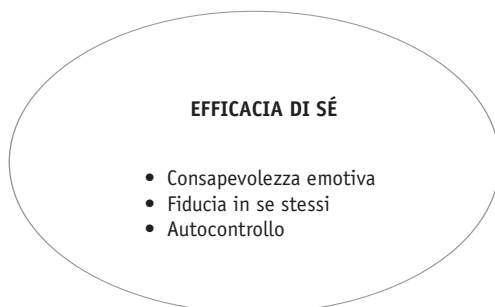
*Modello delle
competenze del
mentore delle
famiglie*



4.6 ANALISI DELLE AREE E CONFRONTO FRA LE COMPETENZE DEI MENTORI DEI GIOVANI E DELLE FAMIGLIE

4.6.1 PRIMA AREA: “Efficacia di sé”

Come si può notare dai grafici precedenti, la prima area individuata, “*Efficacia di sé*”, è comune ai due tipi di *mentoring*, sia nella definizione, sia nella declinazione delle singole competenze che ad essa si riconducono. Questo perché l’area in questione raggruppa le competenze relative alla consapevolezza ed alla gestione delle caratteristiche personali che il mentore deve saper governare ed esprimere per svolgere al meglio la sua funzione. Tali competenze prescindono dalla tipologia del beneficiario cui la funzione di *mentoring* è rivolta e dal contesto in cui viene svolta.



Dagli incontri è emerso come il posizionamento del mentore rispetto alla relazione di aiuto è fondamentale, sia per l’efficacia dell’intervento che avvia, sia per la gestione equilibrata del rapporto che instaura; inoltre, non sono state osservate differenze rilevanti tra i comportamenti del mentore dei giovani e quelli del mentore delle famiglie, che si riconducono alle competenze della dimensione “*Efficacia di sé*”.

Di seguito si approfondiscono le tre competenze che contraddistinguono quest’area.

Competenza: CONSAPEVOLEZZA EMOTIVA

Questa competenza, comune ai due percorsi di *mentoring* che si instaurano con i giovani e con le famiglie, è molto importante in quanto ha a che fare con la gestione della propria emotività da parte del mentore, fondamentale quando ci si rapporta a particolari *target group* che si trovano in un momento difficile nella loro vita. La consapevolezza emotiva permette ai mentori di valutare e gestire le proprie emozioni, in modo da rimanere saldi, non farsi sopraffare e non perdere di vista l'obiettivo finale: sostenere l'altro.

Dagli *expert panel* è emerso che, relativamente a questa competenza, non ci sono differenze sostanziali tra i due mentori, neanche nei comportamenti. Entrambi i mentori sono consapevoli del fatto che possono essere influenzati dalle emozioni del mentee; per questo distinguono tali emozioni dalle proprie, tracciando dei confini emotivi ben delineati che, per evitare che vengano oltrepassati, tengono costantemente sotto controllo, senza mai perdere di vista le difficoltà e i bisogni del mentee.

Tuttavia dalla lettura degli esempi, è possibile evidenziare delle piccole differenze nel modo di gestire le emozioni da parte dei due mentori, che dipendono dalla situazione in cui essi operano e dai mentee con i quali interagiscono.

Infatti il mentore delle famiglie, poiché conosce molto bene le emozioni provate dai mentee essendosi trovato, nella maggior parte dei casi, nella stessa situazione, delinea i propri confini emotivi non in maniera rigida, ma elastica, in modo da adattarli alle diverse situazioni. Egli non cerca di evitare il coinvolgimento emotivo, perché conosce l'importanza della condivisione delle esperienze e delle emozioni nello svolgimento della sua funzione, tuttavia lo "controlla" per evitare che oltrepassi i limiti.

Il mentore a contatto con i giovani, al contrario, traccia dei confini emotivi ben delimitati e piuttosto rigidi, li "presidia" onde evitare che la funzione di mentore interferisca con la sua vita privata.

Efficacia di sé:
CONSAPEVOLEZZA EMOTIVA

Definizione

Comprendere, avere la consapevolezza delle proprie emozioni e degli effetti che provocano su di sé e sugli altri, capirne la portata per gestirle, per conservare l'attenzione sull'obiettivo di sostenere l'altro, mantenendosi saldi.

Comportamenti comuni al mentore dei giovani e al mentore delle famiglie

- comprende quanto l'altro lo influenza e individua quanto più possibile la linea di confine che separa le esternazioni dell'altro dalla sua emozione;
- conosce i propri limiti, controlla il livello del suo coinvolgimento sostenendo al contempo le difficoltà e le esigenze altrui e agisce di conseguenza;
- è consapevole dei motivi delle proprie sensazioni e delle proprie reazioni e di come le emozioni sperimentate provocano degli effetti sulla propria vita.

Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie

"Avevo vissuto anch'io quell'esperienza: passavano giorni senza che io sapessi dove fosse mio figlio. È stato doloroso ma sapevo che, attraverso il racconto di esperienze che avevo vissuto, sarei riuscita ad aiutarli".

"Quando cominciai a frequentare i gruppi mi dicevano: "dai ancora la pappa pronta a tuo figlio?...". Pensavo che mi prendessero in giro, poi, riflettendoci su, capii che lo facevano per spronarmi perché ero talmente stressata che neanche le critiche provocavano in me una reazione".

"Una persona con me fu molto importante, fu come un'amica: facemmo un lavoro su di noi, per conoscere meglio noi stessi. Stavamo insieme per creare un luogo, uno spazio protetto dove potevamo gestire il nostro dolore, le esigenze, la vergogna ed affrontarle".

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

"Io sono una presenza importante, ma non un amico o un parente; ho la mia vita privata e la mia funzione di mentore non deve essere invasiva nella mia vita privata".

Competenza: FIDUCIA IN SE STESSI

Questa competenza permette al mentore di affrontare le difficoltà senza perdere fiducia in se stesso e nella propria funzione, con la consapevolezza che esistono dei limiti non solo propri, ma anche degli altri, del contesto, della rete e che i risultati non sempre si possono raggiungere in breve tempo. La fiducia in sé è la competenza cardine, in quanto esprime la consapevolezza del mentore della propria 'forza d'animo' e gli consente di gestire al meglio le altre competenze.

Il confronto fra i comportamenti operati dal mentore delle famiglie e dal mentore dei giovani, ha messo in evidenza come la fiducia in se stessi e nella propria funzione spinga entrambi i mentori ad agire, anche nelle situazioni sconosciute e critiche, in modo autonomo, con costanza, pazienza e propositività, lasciando un'impressione positiva sugli altri. I mentori lottano contro i pregiudizi e l'ignoranza della gente per aiutare i mentee a superare la vergogna e ad uscire dal silenzio

Se quelli sopra descritti sono dei comportamenti condivisi in entrambi i tipi di *mentoring*, dagli *expert panel* è emerso che ci sono anche dei comportamenti peculiari determinati dalla differenza di situazioni in cui i mentori operano.

Per il mentore delle famiglie la fiducia in se stessi viene sostenuta e aumentata sia dal fatto che spesso agisce in situazioni "strutturate" (es. gruppi di auto-aiuto), con genitori che vogliono essere sostenuti nell'affrontare e superare i problemi e le situazioni di crisi con i figli e con l'esterno, condividendo la propria esperienza; la fiducia in se stessi, inoltre, è sostenuta dall'esperienza passata che permette di conoscere meglio i sentimenti e le paure dei mentee, nonché di avere più coraggio nell'affrontare situazioni critiche.

Invece il mentore che opera con i giovani per la prevenzione dell'abuso di sostanze, generalmente si trova a dover agire in condizioni totalmente diverse: egli deve recarsi nei luoghi di aggregazione, deve individuare i giovani che stanno vivendo situazioni di disagio e che mostrano di aver bisogno di aiuto; deve avviare i contatti e cercare di mettere le basi per una relazione di fiducia, per realizzare la quale è importante la trasparenza dei comportamenti, la capacità di assumersi il rischio di compiere errori e di saperli ammettere. In questo caso è possibile il rifiuto dell'altro a farsi aiutare, per questo il mentore deve essere pronto ad affrontare e superare le sconfitte, considerandole un evento possibile che non deve mettere in discussione la fiducia in se stesso e nella propria funzione.

Efficacia di sé: FIDUCIA IN SE STESSI	
Definizione È la capacità di cercare di superare le difficoltà nella consapevolezza della propria funzione, dei limiti propri, altrui, del contesto e della rete, sapendo che non sempre è possibile ottenere risultati completi nell'immediato.	
Comportamenti comuni al mentore dei giovani e al mentore delle famiglie - agisce in modo autonomo, dimostrando sensibilità anche nelle situazioni più critiche; - si oppone all'ignoranza, ai pregiudizi agli stereotipi altrui per vincere la vergogna, i silenzi, i luoghi comuni, i giudizi negativi della gente, al fine di dare efficacia al proprio intervento; - affronta situazioni sconosciute e critiche dando un'impressione positiva sugli altri e con costanza e pazienza agisce con propositività.	
Comportamenti del mentore delle famiglie - ha fiducia nelle proprie capacità e prende coraggio dalle esperienze della propria vita per dare efficacia al proprio intervento.	
Comportamenti del mentore dei giovani - si assume il rischio di eventuali errori, affrontando e superando le possibili sconfitte o il rifiuto dell'altro a farsi aiutare; - riconosce l'importanza di una relazione trasparente dove sia importante ammettere l'importanza dei propri errori.	
Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie <i>"Contrasto la sfiducia dei genitori, mi rendo disponibile per far capire l'importanza e l'aiuto che può dare la comunità".</i> <i>"Cerco di superare l'atteggiamento prevenuto dei genitori che pensano di avere la soluzione migliore per i propri figli, di essere gli unici in grado di comprendere il disagio familiare che vivono".</i> <i>"Il ragazzo faceva uso di eroina, quindi decisi di andare dai suoi genitori che sapevo essere chiusi e diffidenti a ricevere consigli o aiuto e, armata di tutto il mio coraggio per superare gli ostacoli che avrei incontrato, parlai con loro, informandoli sul fatto".</i>	Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione) <i>"Ero certo di poterlo aiutare, avevo capito i suoi problemi, ma lui non si apriva con me. Individuai allora un'altra persona che forse avrebbe avuto più successo di me. E così fu. Rimasi un po' deluso, ma capita perché è fondamentale scegliersi".</i> <i>"All'inizio, mi ingelosii un po' del rapporto che aveva con la famiglia della sua nuova ragazza. Poi mi resi conto, anche dalle sue parole, che l'equilibrio che lui viveva era anche merito mio".</i> <i>"Quando era in ospedale mi fece chiamare e capii che viveva una scissione tra il self e il non-self. Lei faceva sempre la dura ma quella volta era diverso. Provai ad abbracciarla. Lei mi prese a calci. Era cresciuta nella violenza e io avevo agito troppo presto. Quella volta commisi un errore".</i>

Competenza: AUTOCONTROLLO

Anche questa competenza riguarda la capacità di gestire le emozioni, in modo particolare di tenerle sotto controllo quando ci si trova in situazioni difficili o in condizioni di *stress*, riuscendo a mantenere la distanza per agire in modo costruttivo

L'analisi dei comportamenti realizzata durante gli *expert panel* ha messo in evidenza come per entrambi i mentori, che operano con i giovani o con le famiglie, sia importante, quando si trovano in situazioni che implicano un forte coinvolgimento emotivo, riflettere, resistere all'impulso di agire, cercando di canalizzare le emozioni, o nasconderle, rimanendo saldi e positivi.

Grazie all'autocontrollo i mentori possono aiutare il mentee ad uscire da una situazione critica, rasserenandolo e sostenendolo magari solo con la loro presenza e con l'ascolto.

Per il mentore dei giovani che opera per la prevenzione, è stato evidenziato un comportamento peculiare: l'essere in grado di anticipare o prevedere alcune situazioni problematiche, in modo da poterle affrontare in tempo e reagire in maniera stimolante, invece di essere colto alla sprovvista. Ciò deriva dal fatto che per il mentore dei giovani è di fondamentale importanza la costruzione di un rapporto con il mentee che sia duraturo nel tempo, e quindi è necessario non trovarsi in situazioni delicate senza essere pronto ad affrontarle emotivamente, in quanto questo potrebbe mettere a rischio il rapporto stesso e addirittura compromettere tutto il percorso già realizzato.

Efficacia di sé:
AUTOCONTROLLO

Definizione

La capacità di mantenere sotto controllo le proprie emozioni e di limitare le azioni negative se provocati, di fronte al dissenso o all'ostilità altrui, o in condizioni di stress. Comporta inoltre la capacità di mantenere una certa resistenza se sottoposti a uno stress continuo. Implica l'abilità di anticipare o prevedere la reazione dell'altro, agendo di conseguenza.

Comportamenti comuni al mentore dei giovani e al mentore delle famiglie

- resiste all'impulso di agire immediatamente, senza riflettere e, anche se prova forti emozioni o un forte coinvolgimento emotivo (dolore, rabbia, frustrazione o stress), li controlla;
- mantiene la "giusta distanza" anche in situazioni che mettono alla prova, canalizzando le emozioni e continuando a parlare e agire in modo e rassicurante;
- agisce cercando di calmare l'altro in situazioni critiche o disperate e reagisce in modo costruttivo, supportando l'altro anche solo con l'ascolto o la presenza.

Comportamenti specifici del mentore dei giovani

- anticipa il più possibile eventuali situazioni problematiche, comportandosi in modo stimolante per affrontarli in tempo.

Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie

"La madre chiamò per sfogarsi. La figlia era in crisi di astinenza e minacciava il suicidio. Io ero afflitta per lei, continuai ad ascoltarla e a darle conforto, cercando di non far trasparire la sofferenza che avevo provato io in passato e che ora provavo per lei".

"Fu difficile gestire quella telefonata. Lei non mi dava spazio per parlare e la situazione stava degenerando. Lei era così passiva... mi irritava il suo immobilismo, ma aspettai e le parlai per darle aiuto".

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

"A quella festa c'ero anch'io. Lei aveva assunto sostanze chimiche che insieme all'alcool la fecero stare molto male. Era una situazione da panico. Rimasi ferma e chiamai immediatamente un'ambulanza, senza perdere tempo".

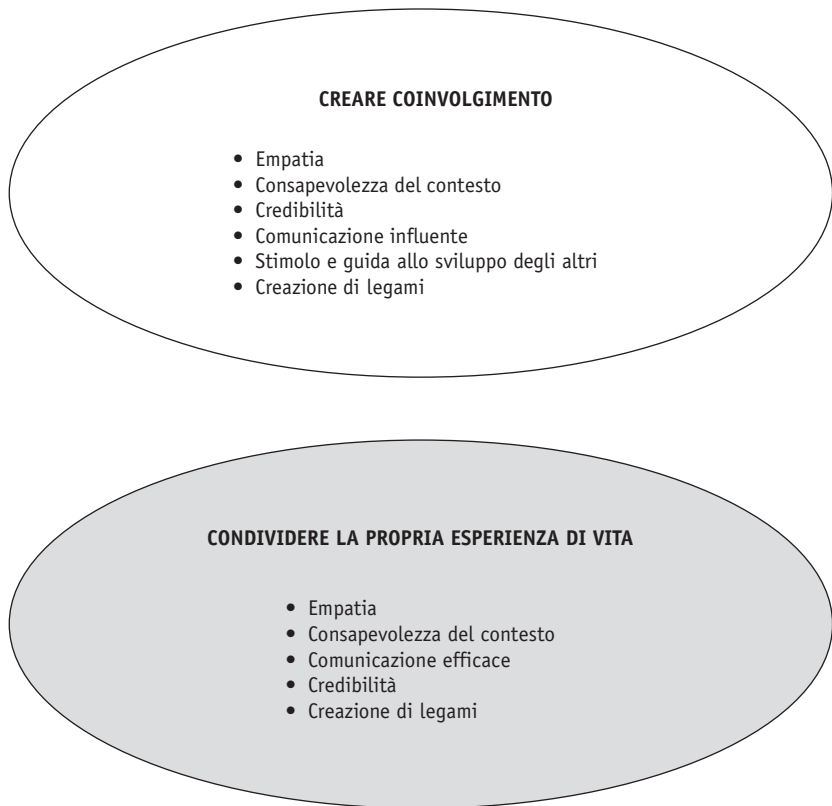
"Dopo un po' di tempo, ogni 'due per tre', mi piombava in ufficio per bere il caffè con me. Io stavo lavorando e la cosa cominciava a indispettirmi... però ogni volta mi trattenevo e cercavo di trovare il momento di darle retta, sapendo che era un momento delicato nella costruzione del nostro rapporto".

4.6.2 SECONDA AREA: “Condividere la propria esperienza di vita” e “Creare coinvolgimento”

La seconda area di competenze emersa dagli *expert panel* raggruppa competenze che in parte differiscono o, comunque, si traducono in comportamenti diversi tra i due tipi di *mentoring* considerati.

Pertanto la seconda area di competenze assume denominazioni diverse, rispettivamente per il caso del mentore dei giovani e del mentore delle famiglie:

- l’area “*Creare coinvolgimento*” rappresenta la centralità, il cuore dell’attività del mentore che opera per la prevenzione del problema della dipendenza da sostanze d’abuso tra i giovani e comprende quelle competenze ritenute cruciali per suscitare l’interesse del giovane, per stimolare un percorso insieme, mantenendolo vivo nel tempo. Senza tali competenze la funzione di *mentoring* dei giovani per la prevenzione non avrebbe mai inizio; in particolare, la competenza “Stimolo e guida allo sviluppo degli altri”, è quella che caratterizza il mentore dei giovani, perché meglio ne declina la capacità di creare coinvolgimento nei ragazzi;
- l’area “*Condividere la propria esperienza di vita*”, rappresenta la centralità, il cuore della funzione di *mentoring* delle famiglie: l’insieme delle competenze che trasmettono l’esperienza vissuta sulla propria pelle, o vista sugli altri e senza le quali la funzione di *mentoring* per le famiglie non prenderebbe mai forma. La credibilità, derivante dall’autenticità dell’esperienza, è la competenza che la rende condivisibile, favorendo il rispecchiamento del mentee nel mentore e l’avvio di una positiva relazione uno-a-uno.



Come si può notare le due aree hanno delle competenze in comune:

- *Empatia*
- *Consapevolezza del contesto*
- *Comunicazione efficace/influente*
- *Creazioni di legami*
- *Credibilità*

ed una competenza specifica che, come abbiamo visto, caratterizza il mentore dei giovani:

- *Stimolo e guida allo sviluppo degli altri.*

Di seguito vengono presentate prima le competenze comuni emerse dai due lavori di gruppo e poi viene descritta quella peculiare del mentore per i giovani.

Competenza: EMPATIA

Questa competenza è fondamentale nella funzione di *mentoring*, sia rivolto ai giovani nell'ambito della prevenzione, che alle famiglie, perché indispensabile per la nascita spontanea di un rapporto uno-a-uno basato sulla reciproca fiducia.

L'empatia consiste nella capacità del mentore di capire i bisogni del mentee attraverso le sue emozioni, cercando di comprendere le situazioni dal suo punto di vista, rispettando i tempi a lui necessari per metabolizzare le situazioni critiche e per riuscire ad esprimere i propri sentimenti.

Affinché il mentore riesca a svolgere la sua funzione di sostegno deve anche essere in grado, attraverso l'empatia, di dosare tale capacità di comprensione con l'assertività, accogliendo in modo attivo i momenti di apertura del mentee e prestando molta attenzione alla comunicazione anche non verbale, per cogliere i segnali delle sue emozioni e sensazioni.

Dai lavori di gruppo realizzati dall'OIS è emerso che, in relazione all'empatia, non ci sono differenze rilevanti nei comportamenti delle due tipologie di mentori considerate.

Infatti, sia i mentori dei giovani che quelli delle famiglie innanzitutto ascoltano con attenzione ed in modo attivo, ponendo domande oppure anche solo rimanendo in silenzio per lasciare al mentee il tempo ed il modo di raccontarsi e di confidarsi. Ascoltano non solo in modo razionale, attraverso la testa, ma in modo empatico, appunto, attraverso la "pancia", per cogliere l'umore e le sensazioni dell'altro e per capire se e quando è il momento di dire o di fare qualcosa.

Entrambi i mentori, inoltre, si sforzano di capire cose, persone e situazioni, dal punto di vista dell'altro, per riconoscere l'unicità delle singole storie senza cadere nella trappola degli stereotipi e per comprendere le cause delle emozioni e dei sentimenti dell'altro senza fermarsi alle apparenze ma, piuttosto, leggendone la relazione con le singole circostanze o con la cultura ed il contesto di provenienza. Nel caso del *mentoring* dei giovani per la prevenzione dell'abuso di sostanze, tuttavia, si rileva una particolarità connessa alla necessità per il mentore di uscire fuori dal suo ruolo istituzionale, per conoscere, osservare ed agire nel contesto in cui il ragazzo vive, comprendendo e rispettando le sue relazioni col "gruppo", all'interno del quale l'intervento del mentore potrebbe far sorgere invidie, gelosie, contrasti o fraintendimenti, ostacolando la scelta reciproca mentore-mentee e condizionando in senso negativo il loro rapporto.

Condividere la propria esperienza di vita - Creare coinvolgimento:
EMPATIA

Definizione

È la capacità di comprendere le esigenze e i bisogni altrui, filtrando le emozioni dell'altro e cercando di vedere e comprendere le cose dal suo punto di vista, rispettandone i sentimenti e i tempi per metabolizzare le situazioni critiche. È la capacità di saper dosare la comprensione con l'assertività.

Comportamenti comuni al mentore dei giovani e al mentore delle famiglie

- ascolta in modo attivo e presta attenzione, ponendo domande per capire l'altra persona o restando in silenzio ad "accogliere" le confidenze dell'altro;
- comprende tutti i messaggi dell'altro, interpretando anche i segnali non verbali per leggere accuratamente gli umori, le sensazioni e le paure;
- vede le cose e le situazioni dal punto di vista degli altri, reagendo agli stereotipi "comuni", riconoscendo e rispettando la storia e l'unicità degli altri, nonché le loro difficoltà, come quella di non volersi ascoltare;
- capisce le cause sottostanti i sentimenti, i comportamenti e le preoccupazioni degli altri, non soffermandosi alle apparenze ma estendendo il proprio interesse al contesto delle persone e alla loro provenienza;
- ascolta anche la propria "pancia" e non solo la "testa" per decidere che cosa dire o fare.

Comportamenti specifici del mentore dei giovani

- comprende l'altro osservando e agendo nei suoi contesti, uscendo dal ruolo istituzionale per svolgere la funzione di mentore, ma senza superarne i confini, per facilitare la fase di scelta reciproca, per evitare di essere fraintesi e per non suscitare invidie nel gruppo.

Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie

"Offro agli altri la mia esperienza, trasmetto anche i momenti difficili, per aiutarli a condividere il dolore e per rompere l'isolamento in cui credono di vivere".

"Mi metto nei loro panni: posso capire cosa stanno provando perché l'ho provato e quindi dico loro: 'voi giustificate vostro figlio... ma non vedete che è intontito dalle droghe? non dovete aprire la porta. Io non sapevo dove dormiva mio figlio. Bisogna essere duri, perché i figli si devono responsabilizzare. Sento l'insicurezza dei genitori e così cerco di renderli più sicuri".

"Osservando e ascoltando un mio alunno capii che il padre era tossicodipendente, così piano piano ho cercato di parlare e di capire il problema. Così con il mio sostegno quasi giornaliero sono riuscita ad aiutarli, anche con un supporto continuo alla madre che non sapeva proprio come aiutare suo marito".

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

"Leggo i loro libri, i fumetti le riviste per capire meglio chi sono, quali sono le loro aspirazioni, i loro modelli di vita".

"Mi ricordo della mia adolescenza, della mia esperienza, del mio vissuto e trovo il momento e la parola giusti per fare un paragone con la sua situazione e fare uscire allo scoperto i suoi disagi".

"Individuai la sua 'fase del bivio', capii che stava decidendo se accettare o rifiutare la droga. Lo rassicurai dicendogli che insieme avremmo trovato delle alternative e che io sarei rimasta lì anche se lui avesse fatto la scelta che io non dividevo".

"Una volta uscita dall'ospedale mi venne a cercare e mi disse 'Sono qui perché non voglio prendere il caffè da sola'. Capii che la sua era una richiesta d'aiuto".

"Aveva subito violenze in famiglia e si accaniva contro la sua fisicità. Con questo comunicava la sua richiesta d'aiuto, ma era impossibile toccarla fisicamente".

Competenza: CONSAPEVOLEZZA DEL CONTESTO

Questa competenza riguarda la capacità del mentore di agire in maniera adeguata al contesto di riferimento del mentee, comprendendone le abitudini e le regole, le dinamiche relazionali ed i modelli di comunicazione, anche non verbale.

Nel caso del *mentoring* dei giovani per la prevenzione delle dipendenze, pertanto, si tratta di conoscere il contesto dei giovani ed i suoi segnali, i luoghi di ritrovo, di studio e di divertimento, il linguaggio non solo verbale, le loro abitudini e le relazioni con la rete di persone o con le organizzazioni che essi frequentano.

Nel caso del *mentoring* delle famiglie si tratta, invece, di conoscere il contesto socio-culturale di provenienza della famiglia, le dinamiche relazionali negative innescate dal giudizio della “gente per bene” e dalla paura di “ciò che pensano e dicono gli altri”; ma è anche conoscenza della rete di persone e delle organizzazioni che fanno opera di sostegno, delle istituzioni coinvolte e delle procedure da seguire nei casi di emergenza.

Relativamente a questa competenza, dagli *expert panel* realizzati non sono emerse differenze rilevanti nei comportamenti posti in essere dai due tipi di mentori, ma si rilevano delle sfumature sostanziali nell'uno e nell'altro caso, legate soprattutto alla maggiore dinamicità del contesto in cui si muovono i giovani, che cambia e si evolve continuamente e con molta rapidità. Essere costantemente aggiornato sui mutamenti del contesto di vita giovanile, in particolare sulle regole ed i modelli di comunicazione dei gruppi, è condizione indispensabile per il mentore per riuscire a creare coinvolgimento nei ragazzi.

Invece il mentore delle famiglie svolge una funzione determinante per far capire ed accettare la cultura, le regole ed i valori delle associazioni e delle comunità di recupero, spesso non comprese e per questo non rispettate, perché considerate inutili o troppo severe dai genitori del soggetto tossicodipendente. La consapevolezza del contesto associativo da parte del mentore rafforza la fiducia delle persone vicine alla persona tossicodipendente nella comunità e nel percorso di recupero intrapreso.

Condividere la propria esperienza di vita - Creare coinvolgimento:
CONSAPEVOLEZZA DEL CONTESTO

Definizione

È la capacità di conoscere il contesto in cui vivono i giovani e le famiglie ed i segnali che lo caratterizzano; in particolare: per i giovani, i luoghi di ritrovo, di studio e di divertimento, comprendendone le dinamiche relazionali e i modelli di comunicazione, anche non verbali, nonché le loro abitudini anche rispetto alla rete di persone che frequentano o alle organizzazioni che operano con i giovani; per le famiglie, la rete di persone e organizzazioni che fanno opera di sostegno, le istituzioni coinvolte e le procedure da seguire nei casi di emergenza, le dinamiche “negative” della “gente per bene”.

Comportamento del mentore delle famiglie

- legge accuratamente le relazioni e le dinamiche che coinvolgono le persone all'interno dei gruppi di auto-aiuto e, nello specifico, i mutamenti che coinvolgono il rapporto tra i due genitori e l'impatto che ne consegue sul gruppo;
- comprende il clima, i tipi di cultura, le regole e i valori delle comunità, delle associazioni o dei gruppi di riferimento in cui opera, nonché i mutamenti che sorgono da un'evoluzione continua delle situazioni e delle persone e agisce tenendone conto;
- conosce il contesto più ampio in cui agiscono le comunità e le associazioni, distinguendole per caratteristiche e criticità, arrivando a comprendere una rete complessa di persone e procedure da seguire, al fine di poter chiedere e trasmettere le informazioni adeguate e complete a chi ne avesse bisogno.
- trasmette l'importanza delle associazioni come sostegno alle famiglie.

Comportamento del mentore dei giovani

- legge le relazioni e le dinamiche che coinvolgono i ragazzi all'interno dei gruppi e i mutamenti che coinvolgono i rapporti tra di loro, nonché l'impatto che ne consegue sul gruppo;
- comprende il clima, i tipi di cultura, le regole, i valori e le gerarchie del gruppo, monitorando i cambiamenti che sorgono dall'evolversi delle situazioni, anche se queste non coinvolgono direttamente il ragazzo che sta seguendo, ma i suoi compagni;
- conosce il contesto più ampio in cui si muovono i ragazzi, (la musica, i balli, i gusti, le tendenze...) recependo e cercando attivamente informazioni dall'esterno o, direttamente, osservando i comportamenti e i cambiamenti che si possono intuire anche solo da piccoli messaggi.

Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie

“La comunità è come un tessuto, una cornice, un sostegno. All'interno io ho potuto trovare le soluzioni migliori per superare i momenti più difficili”.

“Quel caso era veramente grave. Lo sapevo perché l'avevo vissuto. Bisognava ricorrere al TSO (il Trattamento Sanitario Obbligatorio) e glielo dissi subito”.

“Dopo aver capito la situazione di degrado in cui viveva ho attivato tutti i canali di comunicazione: amici, psicologi, assistenti sociali perché dessero l'assistenza adeguata, a seconda del ruolo”.

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

“Da 5 anni allestiamo una chill house nella discoteca per chiacchierare, relazionarci con i ragazzi e distribuire materiale informativo sulla droga”.

“Dopo un po' venne con un amico e disse che io ero la persona idonea con cui parlare e lui faceva le mie veci con l'amico: io davo le informazioni e lui traduceva nel loro linguaggio più diretto perché nel gruppo ha più valore quello che dice uno di loro piuttosto che uno sconosciuto”.

“Il gruppo aveva le sue regole ed era strutturato anche sui ruoli di ciascuno di loro. Non usai un atteggiamento giudicante ma stimolai il dibattito, il dialogo soprattutto con uno di loro, il più recettivo. Non cambiai interlocutore. Così ci siamo scelti. Un po' di tempo dopo, lui mi chiamò e mi chiese di vederlo”.

Competenza: COMUNICAZIONE EFFICACE/INFLUENTE

Questa competenza riguarda la capacità del mentore di comunicare, non solo verbalmente, nonché di ascoltare in modo attivo, per aiutare il mentee a prendere consapevolezza dei propri comportamenti e delle situazioni che da questi derivano. Tale consapevolezza consente al mentee di prendere decisioni responsabili, cioè di capire quali siano per lui le decisioni positive e prioritarie.

Rispetto a questa competenza i lavori di gruppo hanno fatto emergere notevoli differenze di comportamento, riconducibili ad approcci completamente diversi nel rapporto mentore-mentee, a seconda che si tratti di *mentoring* dei giovani, nell'ambito della prevenzione, o delle famiglie, anche se in entrambi i casi si presta molta attenzione a comunicare dosando la fermezza con la sensibilità.

Il mentore delle famiglie cerca innanzitutto di far cadere la barriera della vergogna, cercando le parole e gli atteggiamenti più adatti a favorire l'apertura, il confronto ed a rompere l'isolamento in cui i genitori dei ragazzi tossicodipendenti tendono istintivamente a chiudersi. Poiché nella maggior parte dei casi i mentori delle famiglie sono genitori che hanno vissuto con i propri figli l'esperienza della tossicodipendenza, essi riescono a superare gli atteggiamenti di chiusura aprendosi per primi, mettendosi a nudo nel raccontare episodi realmente vissuti nella propria esperienza di genitori. Tuttavia, proprio l'essere forte della propria esperienza, consente al mentore delle famiglie di esprimere un giudizio, una valutazione rispetto alle situazioni critiche a lui sottoposte dalla famiglia-mentee. Il mentore delle famiglie può permettersi di giudicare, anzi esprimendo un giudizio riesce a rendere più efficace la comunicazione, perché prima di tutti egli giudica se stesso, perché sa per esperienza diretta se un determinato comportamento da parte dei genitori può condizionare negativamente, o addirittura compromettere, il recupero di un ragazzo che vive problemi di disagio connessi alla tossicodipendenza. Per essere efficace, la comunicazione del mentore delle famiglie deve riuscire a scuotere i genitori-mentee dal torpore o dalle false convinzioni che generano distorsioni e patologie nel rapporto genitore-figlio. Pertanto il mentore delle famiglie comunica in modo molto diretto e determinato, talvolta a costo di apparire troppo duro, ma sempre con sensibilità, prestando attenzione alla scelta del momento giusto per parlare e rispettando il dolore e la drammaticità del mentee.

Al contrario il mentore che opera con i giovani per la prevenzione del rischio connesso all'abuso di sostanze, cerca innanzitutto di conquistare e mantenere la fiducia del ragazzo, evitando che la sua comunicazione esprima giudizio per non creare in lui delusione o vergogna e per non rischiare di fargli "perdere la faccia" nei confronti del gruppo; egli, anzi, cerca di rompere la diffidenza del gruppo all'interno del quale i ragazzi di solito si trincerano. Utilizzando il linguaggio del gruppo il mentore dei giovani cerca di trovare una chiave di accesso per riuscire a sollecitare i ragazzi, a fargli portare allo scoperto il loro disagio, o comunque le loro esigenze, e per portare la loro attenzione sul tema della droga. Ottenere il consenso del gruppo e, più in generale, del contesto che circonda il giovane, serve a creare una cassa di risonanza che rende più efficace l'azione del mentore.

Per non perdere la fiducia acquisita il mentore cerca di essere complice del ragazzo, facendo attenzione a tutti i segnali che da lui provengono per intercettare anche le possibili bugie ed affrontarle al momento e nel modo più opportuno, senza metterle allo scoperto in modo imbarazzante per il ragazzo.

Condividere la propria esperienza di vita - Creare coinvolgimento:
COMUNICAZIONE EFFICACE/INFLUENTE

Definizione

È la capacità di ascoltare in modo aperto e di inviare messaggi non solo per gestire l'attimo, il qui e ora, ma altresì per rendere gli altri consapevoli dei loro comportamenti e per metterli in condizione di prendere le decisioni che loro ritengono positive o prioritarie.

Comportamenti del mentore delle famiglie

- parla rispettando la drammaticità dell'altro, dosando la fermezza con la sensibilità, per rompere gradualmente l'isolamento in cui i genitori si chiudono, portandoli a superare la vergogna;
- usa esempi pratici, fatti che riguardano la propria vita di genitore per inviare un messaggio chiaro, anche attraverso elementi non verbali come il tono di voce, un sorriso, o un'espressione del viso;
- comunica supporto e sostegno cercando le parole o gli atteggiamenti più adatti, mettendosi a nudo per primo per dare agli altri l'esempio, per favorire l'apertura e il confronto.

Comportamenti del mentore dei giovani

- parla, dosando la fermezza e la direttività con la sensibilità, per rompere gradualmente la diffidenza del gruppo in cui i ragazzi, a volte, si trincerano e per sollecitarli a portare allo scoperto le loro esigenze;
- utilizza il linguaggio del gruppo per farsi accettare, per entrare in sintonia, trovando la chiave d'accesso, anche per tentativi, per pilotare la loro attenzione sul tema della droga;
- si rende "complice" dell'altro, facendo attenzione ai segnali e affrontando anche le bugie senza metterle allo scoperto, per non perdere la fiducia del ragazzo;
- influenza l'altro non solo con le parole ma anche con le azioni, con il modo di porsi o utilizzando l'apprezzamento dimostrato da altri ragazzi del gruppo;
- modula il linguaggio a seconda dell'interlocutore, agendo per creare risonanza intorno al ragazzo, comprendendo nel suo raggio di intervento, gli amici, la famiglia e il contesto che riguarda il giovane più da vicino, anche per averne il "consenso ed operare" più efficacemente con lui;
- si muove con attenzione, monitorando la propria azione per evitare che la comunicazione diventi "giudizio", creando delusione o vergogna nel giovane e rischiando che lui "perda la faccia" nei confronti del gruppo.

segue

Condividere la propria esperienza di vita - Creare coinvolgimento:
COMUNICAZIONE EFFICACE/INFLUENTE

4.6 Analisi delle
 Aree e confronto
 fra le competenze
 dei mentori dei
 giovani e delle
 famiglie

Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie

“Spesso durante gli incontri sottolineo l’importanza del trasmetterci le informazioni soprattutto per loro, i genitori, che non conoscono approfonditamente la droga, per far sì che si aprano, in quanto sono indifesi verso questa difficoltà”.

“Le famiglie che capiscono le regole trasmettono la loro esperienza alle altre famiglie: è il modo più efficace per convincerli a fidarsi dell’aiuto della comunità o del gruppo”.

“Dopo averlo aiutato per un po’, senza ottenere risultati, l’ho convinto ad andare all’estero dove c’era chi poteva aiutarlo. La madre ha acconsentito e lui è partito. Andando in America è riuscito ad uscire dalla droga”.

“Lei aveva fatto domanda in altra comunità, ma era da noi e non risultava da nessuna parte. Per aiutarla a risolvere il problema facevo le telefonate che la riguardavano davanti a lei, per dimostrarle che non la de-responsabilizzavo e che lei era coinvolta in prima persona. Lo facevo anche per tutelare il mio lavoro, perché se non fossi riuscita ad ottenere qualcosa lei avrebbe potuto rinfacciarmi di non avere tentato. Lavoravo con lei perché si riappropriasse della sua storia”.

“I genitori del ragazzo erano passivi subivano il carcere, la violenza, gli episodi di auto-distruzione del figlio e dell’intera famiglia. Volevo scuoterli da questo torpore perché conoscessero il metodo della comunità. Così parlavo con loro, mostravo opuscoli, libri, video perché non lasciassero nulla di intentato”.

“Anche se avevo coinvolto altri soggetti importanti, ho continuato a parlare con il ragazzo e con la madre: il telefono e il contatto personale sono stati importantissimi, perché il ragazzo si rassicurava anche solo sentendo la mia voce”.

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

“Mi avvicino al gruppo ‘in punta di piedi’, senza invadenza, presentandomi e approfittando del loro stupore, propongo di parlare degli stupefacenti”.

“Quando parlo con loro racconto dei veri e propri episodi: do loro una testimonianza, così i ragazzi si identificano emotivamente nel racconto e non scordano il messaggio”.

“Veniva spesso in discoteca ed entrava nella chill house. Tra noi scattò subito una simpatia ma parlavamo d’altro, non di droga. Questo tema lo affrontammo più avanti e quando lo feci lui mi disse che aveva avuto un’esperienza con la cocaina e temeva gli effetti. Da lì cominció il nostro rapporto”.

“Quando salì sulla barca mi chiese: ‘quanto guadagni per fare questo?’ Io gli risposi che lavoravo come un matto e che facevo molti sacrifici per portare la barca e che non ero ricco. Se ti va stai, altrimenti scendi. Rimase e, oggi, ogni tanto ci sentiamo”.

Competenza: CREAZIONE DI LEGAMI

Questa competenza è molto importante nella realizzazione di una relazione di *mentoring* in quanto implica la capacità del mentore di entrare in relazione con il mentee, non solo nel momento del sostegno, ma anche attraverso la condivisione di vissuti ed esperienze che riguardano la sfera privata di entrambi, in modo da creare legami più profondi e duraturi nel tempo. Inoltre fa riferimento alla capacità del mentore di supportare il mentee, che spesso oltre a vivere un dramma personale, si ritrova emarginato sia dal contesto sociale in cui vive, sia dai propri parenti e amici, aiutandolo a ricreare un ambiente amicale/familiare più sereno possibile.

L'analisi dei comportamenti ha evidenziato l'importanza, sia per il mentore delle famiglie che per il mentore dei giovani, di realizzare e partecipare ad attività sociali (feste, gite, eventi, ecc.), in modo da aiutare i mentee ad aprirsi agli altri, avviando nuove relazioni o rafforzando quelle già esistenti. Ogni momento di incontro deve essere preparato molto accuratamente per approfondire il più possibile la conoscenza reciproca e far accrescere la fiducia. Il mentore non deve agire esclusivamente sul mentee nel momento che chiede aiuto, ma deve creare ulteriori possibilità di incontro coinvolgendo nelle azioni di sostegno altre persone (compagni di scuola, amici, parenti) che possono esercitare un'influenza positiva o che possono permettergli di farsi un quadro il più possibile preciso del mentee e dei suoi problemi.

Oltre ai comportamenti comuni rilevati per i due tipi di *mentoring* esistono dei comportamenti specifici per il mentore dei giovani, nell'ambito della prevenzione, che derivano da una parte dalla necessità del mentore di conquistare e mantenere la fiducia del giovane, necessità che lo spinge a gestire con cura e attenzione il rapporto con il mentee, cercando di comprenderlo più a fondo condividendo i suoi interessi e frequentando i suoi luoghi. Dall'altra, attraverso la confidenza reciproca di esperienze vissute, il mentore cerca di creare un legame personale duraturo adattando il rapporto all'evoluzione personale del giovane.

**Condividere la propria esperienza di vita - Creare coinvolgimento:
CREAZIONE DI LEGAMI**

4.6 Analisi delle Aree e confronto fra le competenze dei mentori dei giovani e delle famiglie

Definizione

È la capacità di entrare in relazione con l'altro, non solo per un momento isolato o rispetto ad una specifica esigenza, ma coinvolgendo in modo più ampio la sfera personale di entrambi, tanto da creare relazioni profonde, spesso durature e importanti.

Comportamenti comuni al mentore dei giovani e al mentore delle famiglie

- avvia attività ideate per sviluppare o rafforzare le relazioni con altri (feste, gite, occasioni di incontro), facendo inviti o partecipando attivamente e regolarmente ad attività sociali;
- cura ogni opportunità di incontro, verbale o fisico e di confronto, senza soffermarsi solo sull'aiuto o sulla parola offerta al momento, per esprimere una presenza che duri nel tempo;
- agisce non solo verso la persona che in quel momento gli chiede aiuto, ma cerca di allargare la rete di legami coinvolgendo il mentee attraverso momenti di relazione non circoscritti, ma capaci di creare una risonanza positiva.

Comportamenti del mentore dei giovani

- gestisce, con cura e attenzione, il rapporto con il giovane, essendo consapevole dell'importanza di una relazione solida;
- stabilisce rapporti di amicizia con l'altro, attraverso la confidenza reciproca di cose proprie per stabilire, mantenere e mutare il rapporto a seconda delle evoluzioni personali di ciascuno.

Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie

"Anche al di fuori dell'orario di lavoro, come operatrice psicoterapeuta, mi è capitato di uscire con gli ospiti della 'casa' in cui lavoro, di accompagnare madre e figlia a mangiare una pizza o a fare spese, approfondendo la conoscenza reciproca, la fiducia".

"Il ritorno a casa di mio figlio me lo ricordo come un momento critico allora metto in allerta i genitori e dico loro che darò il mio sostegno anche dopo il momento vissuto in comunità, altrimenti si rischia di vanificare tutto il lavoro fatto finora".

"Mi ritrovai con lei al consultorio familiare, entrambe aspettavamo un figlio. Lei era sola e non voleva raccontare la sua storia di emarginata e di cui provava vergogna allora, scherzando, le proposi di essere entrambe sincere per vedere l'effetto sulle altre mamme... Lei fu accolta benissimo e ancora adesso si incontra con quelle persone. Siamo riuscite ad avere un rapporto diverso, un nuovo equilibrio al di fuori della comunità".

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

"Ascolto la loro musica per capire il loro mondo e per facilitarne l'ingresso, continuando a frequentare la piazzetta dove si incontrano abitualmente".

"Sulla barca abbiamo un diario di bordo per avere una memoria delle cose che facciamo insieme e per accogliere i ragazzi che si uniscono al gruppo. È uno stimolo per restare uniti".

"A distanza di anni, il nostro rapporto è cambiato. Lui è equilibrato e ha un lavoro. L'ultima volta mi chiese di spiegargli il contagio delle malattie sessuali e l'uso del preservativo. Mi fece piacere, ero un po' il suo confidente".

"Oggi il nostro rapporto è diverso, ma poco tempo fa mi ha chiesto di essere il suo padrino per la Cresima".

"Andai a trovarlo in auto e mi disse che, voltata la sua via avrei dovuto togliermi la cintura di sicurezza perché altrimenti avrebbero capito che non ero del quartiere e mi avrebbero rubato la macchina. Capii che quel luogo non poteva aiutarlo e parlai con il suo responsabile per dargli un'alternativa e uscire da lì. Oggi è capomastro in un cantiere".

Competenza: CREDIBILITÀ

Questa competenza si esplicita nell'agire in modo coerente con i propri valori e con la propria storia, nel "fare ciò che si dice" e, quindi, nell'offrire un possibile esempio o stile di vita per le famiglie ed i giovani, diventando un punto di riferimento, una persona che sa comprendere il disagio e le esigenze degli altri, alla quale rivolgersi per chiedere aiuto e sostegno.

In relazione a questa competenza *gli expert panel* hanno messo in rilievo alcune differenze sostanziali, connesse alla diversità sia di approccio che di relazione nel rapporto mentore-mentee.

Nel caso del *mentoring* delle famiglie, infatti, il mentore è credibile, e quindi trova il consenso della famiglia-mentee, in quanto condivide, ha vissuto o vive, il medesimo dramma: la tossicodipendenza in famiglia. L'autenticità dell'esperienza legittima il mentore ad aiutare la famiglia-mentee poiché si presenta come colui che comprende le problematicità, le sofferenze, le difficoltà realmente vissute. Egli offre la sua esperienza, la condivide, la mette a disposizione della famiglia-mentee, con tutta l'autenticità che il caso richiede, per mostrare con un esempio concreto le dinamiche e le problematiche relazionali che la tossicodipendenza può portare nelle famiglie.

L'elemento caratterizzante della credibilità, che per il mentore delle famiglie è l'autenticità dell'esperienza, per il mentore dei giovani è l'integrità, cioè il senso di coerenza del mentore in ciò che dice ed in ciò che fa; è proprio questo comportamento che lo fa diventare, agli occhi dei ragazzi, un valido punto di riferimento di cui ci si può fidare, a cui si può chiedere aiuto, che sa capire le esigenze e le paure, anche se non ha vissuto sulla propria pelle il dramma della droga. La credibilità è da interpretare come espressione della maturità e della conoscenza che il mentore che agisce con i giovani, per la prevenzione delle dipendenze, esercita per farsi legittimare dal mentee; per essere accreditato, per farsi accettare ed ascoltare come una persona che può fare qualcosa di veramente utile. Il mentore delle famiglie è credibile e viene accettato perché la sua esperienza è autentica; il mentore dei giovani è credibile e viene accettato dai ragazzi se conquista la loro fiducia per ciò che dice di fare e per come si comporta di conseguenza.

Più precisamente: mentre il mentore delle famiglie agisce per lo più in un contesto definito, che consente il racconto ed il confronto, il mentore dei giovani deve innanzitutto creare quel contesto, quello spazio in cui riuscirà ad agire in maniera efficace, solo dopo aver "conquistato" il ragazzo, dopo averlo "convinto" che vale la pena ascoltarlo.

**Condividere la propria esperienza di vita - Creare coinvolgimento:
CREDIBILITÀ**

4.6 Analisi delle
Aree e confronto
fra le competenze
dei mentori dei
giovani e delle
famiglie

Definizione

È l'agire in modo coerente con i propri valori e con la propria storia, offrendo un possibile stile di vita o un possibile esempio e diventando un punto di riferimento, o una persona comprensiva del disagio altrui a cui chiedere sostegno.

Comportamenti comuni al mentore dei giovani e al mentore delle famiglie

- segue gli effetti delle proprie azioni sugli altri, senza deludere le aspettative che naturalmente fa sorgere;
- evita di cadere in luoghi comuni o di dare false illusioni su soluzioni o risposte difficilmente raggiungibili o credibili.

Comportamenti del mentore delle famiglie

- presta attenzione a ciò che dice e a ciò che fa e all'immagine che dà come persona che ha superato, o comunque vissuto, il dramma della droga in famiglia;
- si comporta in modo coerente con la propria storia, offrendo la propria esperienza per dare fiducia, mostrandosi affidabile come persona sulla quale poter contare;
- agisce come veicolo per dare credibilità alle iniziative e all'impegno delle associazioni a cui partecipa;
- agisce, facendo anche da coordinatore dei gruppi per aiutare i genitori a riconciliarsi con la propria storia, a rielaborare il passato per superare la sofferenza del momento, per spronarli a raccontarsi senza temere i giudizi del gruppo.

Comportamenti del mentore dei giovani

- fa ciò che dice di fare e ciò che ritiene importante in quel momento;
- presta attenzione a ciò che dice e a ciò che fa e all'immagine che dà come persona che conosce autenticamente il mondo giovanile e la relazione tra i ragazzi e le droghe;
- si comporta in modo coerente con la propria storia, per offrire un possibile stile di vita ai ragazzi, ispirando fiducia, mostrandosi affidabile come persona sulla quale poter contare;
- agisce come tramite per dare credibilità alle iniziative e all'impegno delle associazioni a cui partecipa.

Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie

"Come operatore posso dire che i genitori volontari sono risorse fondamentali per i genitori che vivono ora il dramma della droga, poiché vedono qualcuno come loro che può capirli".

"I genitori sono esasperati e scettici verso la comunità ma quando parlano con un genitore che ha reagito al dramma della droga, dicono: 'Se ci sei riuscito tu, posso farlo anch'io'".

"Nei gruppi di auto-aiuto si trova un linguaggio comune per parlare della disperazione insieme e l'esperienza dei drammi in famiglia permettono di accogliere e trattare la sofferenza, sostenendo le coppie".

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

"Io assumo per loro la figura che sta tra l'adulto e il coetaneo esprimo saggezza, ma devo saperla sostenere. Le norme per camminare insieme le decidiamo e io sono il primo a rispettarle... a volte loro ti mettono alla prova: forzano la mano per incontrare il no. E se si è coerenti con quanto si dice, bisogna dire 'no'".

"All'inizio, quando chiedono le informazioni bisogna sapere bene quello che si dice, senza fare i "genitori" ma gli esperti. In questo modo io acquisto la loro fiducia, divento affidabile e così mi dicono tutto, riesco a sapere che tipo di sostanze assumono perché loro mi chiedono quali sono gli effetti".

Competenza: STIMOLO E GUIDA ALLO SVILUPPO DEGLI ALTRI

Questa competenza consiste nella capacità di svolgere una funzione di guida e di influenza positiva, di acquisire il consenso e la fiducia del giovane ed essere, pertanto, legittimati a parlare e ad agire al fine di creare le basi per lo sviluppo di un percorso di maturazione e responsabilizzazione da fare insieme. Questa competenza è caratteristica del *mentoring* dei giovani nell'ambito della prevenzione. Infatti il mentore delle famiglie non cerca di orientare la scelta del mentee e dimostra con la sua stessa presenza e con la propria esperienza le possibili conseguenze delle diverse scelte di comportamento; egli non invade la sfera familiare altrui, pilotandone i comportamenti, poiché le conseguenze possono essere ogni volta diverse e le scelte devono rimanere nella sfera di decisione della famiglia-mentee.

Al contrario, l'intervento del mentore dei giovani in ambito preventivo è maggiormente orientato ad offrire al mentee la scelta di rifiutare sostanze d'abuso, senza "costringere" il ragazzo a prendere la decisione, ma favorendo in lui la consapevolezza dei rischi, sviluppandone il senso di responsabilità verso se stesso ed accompagnandolo costantemente nei momenti più critici. L'influenza da parte del mentore non implica la "manipolazione" della sfera decisionale del giovane, né l'invadenza; piuttosto sottolinea l'importanza dell'attenzione che il mentore deve usare nel comunicare e nel consigliare al giovane le possibili alternative da esaminare, senza superare quel confine delicato che esiste tra l'*affermare la migliore scelta per il mentee* ed il *rendere consapevole il mentee delle conseguenze delle sue scelte*, affinché sia lui ad esprimere, a seguito di adeguati confronti e riflessioni, la scelta di rifiutare o accogliere sostanze che creano dipendenza.

L'azione del mentore dei giovani nell'ambito della prevenzione all'abuso di sostanze, infatti, è focalizzata soprattutto nella fase antecedente la decisione, quando il senso critico del giovane sta prendendo forma e possono essere ancora considerati e valutati gli esempi e le implicazioni che il mentore pone in evidenza. Quando poi la decisione viene presa, il mentore può continuare ad accompagnare il giovane con il sostegno, piuttosto che con la guida e l'influenza, in quanto sempre meno potrà contare su un interesse comune ad entrambi: il rifiuto dell'uso di sostanze che creano dipendenza.

Condividere la propria esperienza di vita - Creare coinvolgimento:
STIMOLO E GUIDA ALLO SVILUPPO DEGLI ALTRI

4.6 Analisi delle
Aree e confronto
fra le competenze
dei mentori dei
giovani e delle
famiglie

Definizione

È la capacità di porsi come guida, come punto di riferimento e come persona legittimata a parlare e ad agire, guadagnandosi il consenso e la fiducia del giovane. È la capacità, altresì, di suscitare interesse all'interno del gruppo giovanile, al fine di creare le basi per lo sviluppo di un percorso da fare insieme.

I comportamenti del mentore dei giovani

- sviluppa una modalità di relazione per intervenire, curando in particolare l'approccio con il ragazzo e creando con lui un percorso di vita, offrendo esempi concreti, modelli di comportamento e regole che siano di stimolo per il giovane, al fine di sviluppare la sua capacità di scelta per essere autonomo;
- non si sostituisce al ragazzo, né nelle scelte né nelle azioni, ma opera con lui per sviluppare una sua coscienza critica, la consapevolezza nel prendere le decisioni, la responsabilità delle conseguenze;
- dà fiducia e incoraggia l'altro, senza invadere la sua sfera personale né il suo desiderio di autodeterminazione nella gestione della propria vita; lo sostiene con fermezza e lo guida nel percorso scelto, ricordandogli che anche dagli errori si impara a migliorare e a conoscere meglio se stessi;
- usa il tempo in modo relativo e non ha "fretta" di entrare in contatto con l'altro: spesso crea le basi perché sia il ragazzo a individuarlo e a contattarlo, in modo che entrambi si "scelgano" reciprocamente per intraprendere un percorso, anche non continuativo, ma costante a seconda dei tempi dell'altro;
- segue gli atteggiamenti e i comportamenti del ragazzo rispetto al modello definito insieme e si confronta con lui con determinazione nelle occasioni di "sbandamento";
- utilizza modalità e strumenti per definire e monitorare il percorso sviluppato con i ragazzi e confrontarsi sui progressi fatti.

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

"Avevo capito che desiderava che io vestissi il ruolo di "mamma cattiva", perché le mancava una figura di riferimento che le desse delle regole".

"Non sempre la prima volta va bene. A volte la fase di approccio dura mesi. È un 'botta e risposta' ogni volta e non necessariamente verbali. In un'occasione, mi ricordo, io e un ragazzo ci guardammo per tre mesi poi mi chiamò per avere informazioni sulla droga".

"Io non sono un angelo custode. Non voglio plagiarli né convincerli, approfittando della loro ignoranza. Devono avere la consapevolezza di quello che fanno e decidere se farlo ugualmente o se non farlo proprio".

4.6.3 TERZA AREA: “Dare un supporto” e “Realizzare un percorso”

Analogamente alla seconda Area, anche la terza Area di competenze emersa dagli *expert panel*, raggruppa competenze affini tra i mentori dei giovani e i mentori delle famiglie, che differiscono, oltre che per la declinazione in comportamenti diversi, per la presenza di una competenza peculiare nel *mentoring* per la prevenzione del rischio di abuso di sostanze tra i giovani.

Anche in questo caso l'area assume denominazioni differenti per il caso del *mentoring* dei giovani e del *mentoring* delle famiglie, in relazione al differente obiettivo specifico che la funzione persegue.

L'area “*Dare supporto*” comprende le competenze che consentono all'azione del mentore delle famiglie di divenire incisiva, adattandosi alle circostanze con iniziativa e affrontando efficacemente i conflitti.

L'area “*Realizzare un percorso*” comprende, oltre alle precedenti, anche la competenza “*Sviluppo di reti e collaborazione*”, che declina al meglio le capacità del mentore dei giovani di interagire non solo con il ragazzo, ma anche con un contesto più ampio e complesso di relazioni e situazioni che lo circondano, il cui coinvolgimento e attivazione è fondamentale per rendere utile, concreto e duraturo il percorso intrapreso insieme.

REALIZZARE UN PERCORSO

- Adattabilità
- Iniziativa
- Sviluppo di reti e collaborazioni
- Gestione dei conflitti

DARE SUPPORTO

- Adattabilità
- Iniziativa
- Gestione dei conflitti

Competenza: ADATTABILITÀ

Questa competenza, comune sia al mentore delle famiglie che a quello dei giovani, è importante nello svolgimento della funzione di *mentoring*, in quanto indica la capacità del mentore di saper rispondere prontamente e nel modo migliore a situazioni problematiche che possono mettere a rischio la costruzione del rapporto con il mentee. Questa competenza permette al mentore di adattare il proprio comportamento a persone e situazioni diverse, di rendere flessibile il proprio ragionamento e le proprie emozioni, in modo da poter reagire con prontezza alle diverse prospettive con cui si presentano i problemi.

L'analisi dei comportamenti ha evidenziato come non ci siano differenze fra le due tipologie di mentori.

Infatti sia il mentore delle famiglie che quello dei giovani, nell'ambito della prevenzione, è disposto a cambiare le proprie idee o valutazioni nella risoluzione di un problema nel caso che riceva informazioni nuove, accettando anche alternative utili proposte da altri. Entrambi si adattano alle situazioni nuove cercando di offrire in modo flessibile i consigli e le alternative, di dare risposte a domande o problemi improvvisi, interpretando al meglio le ambiguità che le diverse esperienze e i drammi personali possono far emergere.

**Dare un supporto - Realizzare un percorso:
ADATTABILITÀ**

*4.6 Analisi delle
Aree e confronto
fra le competenze
dei mentori dei
giovani e delle
famiglie*

Definizione

La capacità di adattarsi e di affrontare efficacemente diverse situazioni, con varie persone o gruppi di persone. Comporta l'uso della flessibilità "di testa e di pancia" per comprendere e reagire alle prospettive diverse e opposte con cui si presentano i problemi, adattando il proprio modo di pensare alle mutevoli esigenze di una situazione, o del contesto interno/esterno della relazione, o dei tempi di reazione dei ragazzi.

Comportamenti comuni al mentore dei giovani e al mentore delle famiglie

- è disposto a cambiare le proprie idee, percezioni e valutazioni rispetto ai problemi sulla base di nuove informazioni o esperienze diverse dalla propria, accettando la possibilità che un genitore o altra persona coinvolta possa proporre un'alternativa utile;
- si adatta alle situazioni nuove e attua in modo flessibile le sue modalità di intervento a seconda dei mutamenti delle regole o consuetudini dei gruppi, delle particolarità dell'altro, delle sue esigenze e della sua storia, agendo prontamente ai suoi segnali;
- si muove con "fluidità" e in modo morbido tra esigenze e drammi molteplici, nella consapevolezza delle diversità delle storie di ciascuno e accogliendo o proponendo soluzioni non sempre univoche ma molteplici a seconda delle persone.

Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie

"Non condividevo le regole lasche. Poi capii che i ragazzi venivano controllati al rientro (analisi della saliva, del sangue ...): li lasciavano uscire perché tanto non avrebbero trascorso tutta la loro vita in comunità. Era un'altra modalità, era diversa. Allora ho capito e ho cambiato idea e ora trasmetto questo agli altri genitori".

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

"Ho sviluppato la capacità di rispondere al volo alle domande, alle provocazioni e alle esigenze dell'altro, velocemente e trovando il modo migliore".

Competenza: INIZIATIVA

Questa competenza consiste nella capacità di agire, o reagire per riuscire ad affrontare una situazione problematica, o un ostacolo inaspettato, o una richiesta di aiuto mai incontrata prima; tale competenza può implicare anche la capacità di abbandonare i propri abituali schemi mentali e di rispondere ai problemi con una discreta dose di creatività.

Relativamente a questa competenza gli *expert panel* non hanno evidenziato differenze sostanziali tra i comportamenti dei due tipi di mentori, se non relativamente alla modalità di entrata in azione: più decisa e determinata nel caso del mentore delle famiglie, più meditata nel caso del mentore che opera con i giovani per la prevenzione dell'abuso di sostanze. Nel primo caso, infatti, il mentore entra subito in azione, piuttosto che attendere o tergiversare, per offrire conforto e sostegno nel momento del bisogno, cercando le parole e le azioni adatte alla situazione. Nel secondo caso, invece, il mentore aspetta il momento più opportuno per intervenire sul ragazzo, cercando di individuare il momento, il luogo e la situazione in cui il giovane sia in condizioni di ascoltarlo e di accettare il suo aiuto e valutando anche se sia determinante la presenza di altre persone.

In entrambi i casi il mentore cerca nuove soluzioni per offrire supporto, anche se non le ha già sperimentate prima, o non le ha vissute nella propria esperienza, dando il massimo impegno a gestire prontamente una situazione inaspettata che, anzi, cerca di anticipare mettendo in campo tutta l'intuizione che è in grado di esprimere. Inoltre cerca di superare i limiti delle apparenze e gli ostacoli che incontra per rendersi effettivamente conto dell'andamento delle cose ed offrire un sostegno il più adeguato possibile alle diverse situazioni, mantenendosi costantemente aggiornato sulle droghe e sui cambiamenti che coinvolgono sia i ragazzi che i loro nuclei familiari.

Dare un supporto - Realizzare un percorso:
INIZIATIVA

4.6 Analisi delle
Aree e confronto
fra le competenze
dei mentori dei
giovani e delle
famiglie

Definizione

È la capacità di agire e reagire prontamente, anche al di fuori dei propri e abituali schemi mentali, per rispondere a un problema con creatività, a una situazione, a un ostacolo inaspettati, o a una richiesta fino allora sconosciuta.

Comportamenti comuni al mentore dei giovani e al mentore delle famiglie

- va oltre l'aspetto superficiale delle cose, supera i limiti e gli ostacoli che incontra per dare il supporto più adeguato possibile, informandosi e tenendosi aggiornato sulle droghe e sui cambiamenti che coinvolgono i ragazzi/nuclei familiari;
- non da nulla per scontato, offrendo il massimo impegno che è in grado di dare e gestendo prontamente una richiesta inaspettata, magari anticipandola grazie all'attenzione e all'intuizione che è capace di esprimere.

Comportamenti mentore delle famiglie

- entra in azione piuttosto che attendere e tergiversare, per offrire il conforto, cercando le parole, le espressioni e le azioni adeguate in quel momento;
- trova nuove soluzioni per dare supporto alle famiglie, anche se non le ha utilizzate direttamente nel suo vissuto, ma le ritiene adeguate per gestire una diversa esigenza.

Comportamenti mentore dei giovani

- coglie il momento più opportuno per intervenire su un giovane, individuando non solo la modalità più adatta, ma anche il luogo e valutando se sia determinante, al momento dell'intervento, la presenza di altre persone.

Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie

"Le droghe oggi sono tante e provocano effetti diversi allora, per essere pronta a rispondere alle paure dei genitori o anche solo per sapere di cosa stanno parlando, per capirli, mi do da fare per essere informata e aggiornata in comunità e fuori."

"Da un colloquio con la madre capii che un mio alunno si drogava. Confrontandomi con i miei colleghi mi resi conto che il fenomeno era diffuso, così, proponemmo alla Direzione Scolastica di attuare un progetto con gli esperti del settore perché venissero a scuola a dare la loro testimonianza sugli effetti devastanti della droga".

"Sono un'insegnante di sostegno e dopo le svariate assenze del mio alunno, ho deciso di andare a casa sua, coinvolgendo l'assistente sociale".

"Un mio alunno faceva uso abituale di droghe e la madre era malata: con un'opera di sensibilizzazione da me iniziata sono riuscita ad ottenere, per la famiglia, degli aiuti materiali anche dalla scuola".

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

"Nella mia attività di doposcuola per ragazzi, mi ricordo che una volta mi inventai un modo per ottenere l'attenzione di uno di loro. Pensando a quando facevo teatro mi venne in mente che, recitando insieme a lui i personaggi storici, avrei suscitato il suo interesse per la storia e per la cultura. Dopo un po' era lui che chiedeva a me di 'giocare alla storia'".

"Lo invitavo nel nostro centro, di mattina, ma per lui era difficile, aveva da fare e poi qualcuno poteva vederlo e si vergognava. Allora io mi impegnai ad andare in discoteca tutti i venerdì sera e lui ad arrivare prima dell'inizio della serata, così avremmo potuto parlare con calma".

"Quando io passavo in piazza lui era l'unico del gruppo che mi guardava. Sapeva chi ero perché con loro avevo già parlato. Passavo ogni tanto da quelle parti, senza essere insistente e mi ero guadagnato la sua attenzione. Non feci altro e aspettai una sua mossa perché sapevo che l'avrebbe fatto. Dopo un po' mi chiamò".

Competenza: GESTIONE DEI CONFLITTI

Questa competenza riguarda la capacità di gestire le tensioni ed i conflitti che si possono generare all'interno dei rapporti o in particolari situazioni. Tali conflitti possono interessare sia il rapporto mentore-mentee, sia il rapporto tra il mentee e persone terze, come, ad esempio, i membri della famiglia, i componenti di un gruppo di auto-aiuto, o di un gruppo di appartenenza sociale.

Saper gestire un conflitto significa essere capaci di comunicare e trasferire modalità di approccio ai rapporti con gli altri che favoriscano la creazione di equilibri positivi tra le persone, accettando il fatto che spesso una determinata soluzione può andare bene solo per alcuni e non per tutti in assoluto.

Dagli *expert panel* realizzati nell'ambito di questa ricerca, sono emerse alcune differenze tra il comportamento del mentore che agisce con le famiglie ed il mentore che agisce nell'ambito della prevenzione tra i giovani, riconducibili, da una parte, al diverso tipo di contesto, dall'altra al diverso atteggiamento e livello di reattività (dovuto in buona parte alla differenza di età) che contraddistingue le due tipologie di mentee (famiglie e giovani).

Infatti, il mentore delle famiglie agisce solitamente nell'ambito dei gruppi di auto-aiuto, dove si attiva per individuare le ragioni del conflitto che spesso sorgono tra i componenti di una stessa famiglia (in particolare marito e moglie) e per far emergere le difficoltà di gestione di un rapporto esasperato dal dramma della droga. Inoltre cerca di facilitare il coinvolgimento e la partecipazione al gruppo di tutti i presenti, soprattutto di quei genitori che, avendo già affrontato una determinata situazione critica, possono proporre possibili alternative di comportamento a coloro i quali ancora si trovano nell'impotenza o nell'incapacità di agire. Il mentore delle famiglie si trova ad affrontare situazioni di conflitto derivanti da rancori covati spesso da lungo tempo, in silenzio, che creano distorsioni e degenerazioni nei rapporti tra i coniugi o, comunque, tra i componenti della famiglia, resi ancora più drammatici dall'insorgere dei sensi di colpa dei genitori, sia nei confronti del figlio tossicodipendente, che del coniuge o degli altri figli.

Il mentore dei giovani nell'ambito della prevenzione, invece, offre al ragazzo possibili modelli di comportamento utili ad affrontare e superare, in forma autonoma, i momenti di contrasto con gli amici e con la famiglia. Egli si trova spesso a dover gestire la violenza, l'irritabilità, l'aggressività e l'insofferenza verso il rispetto delle regole che contraddistingue le fasce di età più giovani (adolescenti), specialmente nelle situazioni di disagio che i ragazzi non riescono ad esprimere. Il mentore cerca di anticipare il verificarsi dello scontro diretto nei rapporti tra pari (gruppi) o di tipo "gerarchico" (genitori, insegnanti, etc.), attraverso la negoziazione, il suggerimento di comportamenti alternativi al conflitto, la spiegazione delle regole e la consapevolezza dell'inutilità di ogni gesto violento e delle conseguenze dannose che ne possono derivare.

Dare un supporto - Realizzare un percorso:
GESTIONE DEI CONFLITTI

*4.6 Analisi delle
Aree e confronto
fra le competenze
dei mentori dei
giovani e delle
famiglie*

Definizione

È la capacità di gestire le tensioni ed i conflitti che possono sorgere all'interno dei rapporti, o in determinate situazioni, come ad esempio, nell'ambito dei gruppi di auto-aiuto, comprendendo non solo le tensioni dirette con l'altro ma anche quelle sorte all'interno di un gruppo o di una famiglia, trasmettendo quelle modalità di approccio ai conflitti che permettono lo stabilirsi di equilibri positivi tra le persone, nella consapevolezza che una soluzione specifica può valere solo per alcuni e non per tutti.

Comportamenti comuni al mentore dei giovani e al mentore delle famiglie

- gestisce i momenti di conflitto senza che aumentino tensioni inutili, focalizzando l'attenzione e l'energia sui fatti che possono aver generato il disaccordo con le persone, portando esempi concreti.

Comportamenti specifici del mentore delle famiglie

- individua, all'interno dei rapporti tra i genitori di un'unica famiglia, la ragione del conflitto e l'incapacità di gestirlo, e lo porta alla luce per affrontarlo insieme;
- agisce facilitando il coinvolgimento di tutti i presenti, favorendo gli interventi di altri genitori che, avendo già superato alcuni momenti critici, possono proporre una soluzione di comportamento a chi ancora si trova nell'impotenza di agire.

Comportamenti del mentore dei giovani

- gestisce la violenza o l'irritabilità del ragazzo, attraverso la spiegazione delle regole e focalizzando l'attenzione sull'inutilità o sulla dannosità che un suo gesto violento può provocare;
- anticipa il momento di scontro diretto, utilizza approcci di negoziazione e suggerisce al ragazzo alternative sui comportamenti che possono, altrimenti, essere tenuti;
- trasmette al giovane la capacità di affrontare i conflitti attraverso modelli di comportamento che gli siano utili per gestire e superare, in autonomia, i momenti di scontro con gli amici o la famiglia.

segue

Dare un supporto - Realizzare un percorso:
GESTIONE DEI CONFLITTI

Esempi nei percorsi di mentoring delle famiglie

“Spesso le mamme cuciono dentro i jeans delle cose (sigarette, soldi, cioccolato, ecc..) pensando di far bene. Quando lo faccio notare spesso si arrabbiano, si mettono sulla difensiva, la prendono come un’invadenza. Allora per risolvere il momento di tensione dico loro che lo facciamo anche per dare ai ragazzi il senso delle regole e che se non abbiamo la complicità dei genitori il lavoro di recupero del loro ragazzo è molto più difficile”.

“I genitori che entrano nei gruppi non sanno cosa fare, se compiacere o aiutare i figli. Mi ricordo che una volta erano presenti un padre e un figlio malato di HIV: stavamo per pranzare con i piatti di carta per comodità, ma il padre pensò che fosse una precauzione a causa di suo figlio e fece una scenata. Capii benissimo il suo stato d’animo e lo feci ragionare... perché ci siamo passati tutti... alla fine comprese anche lui”.

“Spesso un genitore nasconde all’altro i comportamenti del figlio, poi viene scoperto dal coniuge e si autocolpevolizza, ricevendo anche l’accusa dell’altro. All’interno dei gruppi riesco a contenere le varie accuse e aiuto i genitori a non perdere l’attenzione sul problema principale: il figlio tossicodipendente”.

“Il mio alunno cominciò a drogarsi dopo che morì il padre. I suoi fratelli e sua madre lo rifiutavano. Così ho cercato di fare capire loro, attraverso il dialogo che, con il sostegno della famiglia (e non con i conflitti), il figlio avrebbe potuto farcela. Andavo da loro tre volte la settimana e facevo in modo che loro dessero fiducia al ragazzo dissi loro ‘se crederete in lui con il tempo uscirà dalla droga’. E così insieme sono riusciti ad affrontare il problema e a trovare una comunità per il ragazzo”.

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani (prevenzione)

“Voleva solo giocare... Era violento per ottenere il rispetto. Lo feci riflettere e gli dissi che quello che voleva dimostrare non riusciva comunque ad esprimerlo con i calci. Gli spiegai il senso delle regole e negoziammo sul tempo da dedicare allo studio e al gioco”.

“Entra in classe... uno mi disse subito con un’aria di sfida: ‘ma, tu che cosa vuoi sapere? Io pronta e tranquilla dissi: ‘provo a fare un’ipotesi... qui ci sono problemi di soldi, c’è spaccio di sostanze tra di voi (chi vende e chi compra) e non vi state spartendo bene il traffico... giusto?’ e lui: ‘si... ma io non c’entro... ma secondo te io mi faccio?’ e io: ‘si... ma non voglio parlare di te, voglio parlare al gruppo”.

Competenza: SVILUPPO DI RETI E COLLABORAZIONI

Questa competenza declina al meglio la capacità del mentore di interagire non solo con il giovane ma anche con un contesto più ampio e complesso, fondamentale per rendere utile, concreto e duraturo il percorso intrapreso insieme.

Negli *expert panel* realizzati dall'OIS questa competenza è stata rilevata per il mentore dei giovani, che opera per la prevenzione del rischio di abuso di sostanze, ma non per il mentore delle famiglie.

Questa differenza deriva dal diverso contesto in cui i due mentori si trovano ad operare e, conseguentemente, dai diversi approcci utilizzati.

Infatti il mentore delle famiglie agisce in un ambito ben definito, di solito un'associazione, che ha già una rete consolidata di persone e di organizzazioni che fanno opera di sostegno a cui far riferimento e procedure definite da seguire nei casi di emergenza. Il mentore conosce queste reti, mantiene rapporti e collabora con esse, si mantiene aggiornato sui cambiamenti che avvengono nel contesto in cui opera. Per il *mentoring* delle famiglie questa competenza può essere considerata uno sviluppo della competenza "Conoscenza del contesto".

Per il mentore dei giovani che, invece, opera in un ambito più dinamico e mutevole, non è sufficiente conoscere il contesto, ma è necessario che egli allarghi le sue relazioni e le sue conoscenze a tutto ciò che lo circonda e che riguarda il giovane, per creare intorno a lui una cassa di risonanza e una rete di sostegno che sia in grado di aiutarlo a superare i problemi e le situazioni di emergenza.

Per questo motivo, il mentore si mantiene in contatto con tutte le reti e le risorse del territorio (servizi pubblici e servizi specializzati), interagisce con il contesto che può interessare il mondo giovanile (associazioni, comunità, scuole, discoteche, ecc.), utilizza tutti i canali informativi e le informazioni da mettere disposizione del mentee. La conoscenza delle reti territoriali è fondamentale perché aiuta il mentore ad accompagnare o indirizzare il giovane verso quelle strutture che possono aiutarlo a risolvere le diverse problematiche che si presentano di volta in volta (mediche, psicologiche, lavorative, ecc).

Per migliorare la propria efficacia, inoltre, il mentore si tiene costantemente informato e aggiornato (leggendo libri, andando ad incontri) sui temi inerenti i disagi giovanili, le nuove dipendenze, i cambiamenti legislativi, per comprendere al meglio i mutamenti del mondo della droga. A tale scopo il mentore agisce e si confronta con i colleghi, i volontari, gli insegnanti e con altri soggetti che sono in contatto con il mondo giovanile, per condividere le diverse esperienze, per avere degli spunti di riflessione e per migliorare il proprio intervento, sviluppando e curando personalmente nuovi rapporti e reti personali utili alla sua funzione.

L'essere parte di un'équipe aiuta il mentore nella sua azione di prevenzione e di supporto poiché la condivisione del suo caso con gli altri gli permette di avere altri punti di vista, altre conoscenze. Si crea così un flusso di informazione trasversale che fa in modo che un caso seguito da uno specifico mentore diventi un'interazione di équipe, per cui, qualora il mentore trovi delle difficoltà ad instaurare un rapporto con il mentee, lo affida ad un altro componente dell'équipe; l'im-

portante è raggiungere l'obiettivo, cioè sostenere il giovane e, quindi, prevenire il rischio dell'abuso di sostanze e della dipendenza.

Realizzare un percorso:
SVILUPPO DI RETI E COLLABORAZIONI

Definizione

È la capacità di sviluppare e utilizzare efficacemente le risorse disponibili sul territorio (istituzionali o meno) e utili per rispondere ai bisogni emergenti del giovane, per avere informazioni, tenersi aggiornati, avere supporti e per migliorare la propria efficacia. È la capacità di lavorare insieme ad altri per raggiungere un obiettivo comune.

Comportamenti mentore dei giovani

- sta in relazione con le reti e i servizi pubblici e privati specializzati, per essere costantemente informato e aggiornato sui temi inerenti i disagi giovanili, le nuove dipendenze, i cambiamenti legislativi;
- interagisce a tutto tondo con il contesto che può interessare il mondo giovanile: associazioni, comunità, istituzioni pubbliche e private, scuole, pub, discoteche, in modo da favorire lo scambio e il flusso di informazioni, per metterle a disposizione del giovane;
- agisce e si confronta con colleghi, volontari, insegnanti o soggetti che si trovano a contatto con il mondo giovanile, per offrire e ricevere testimonianze ed esempi importanti per migliorare il proprio intervento sui ragazzi;
- indirizza e/o accompagna il giovane da chi sa che può aiutarlo con disponibilità ed efficacia, a seconda delle problematiche del momento (mediche, legali, socio-assistenziali - lavorative - psicologiche ecc...).

Esempi nei percorsi di mentoring dei giovani

"Mi incontro spesso con altri professionisti per avere degli spunti di riflessione e per sapere se posso fare meglio".

"Leggo libri specifici e vado agli incontri con scrittori e persone che lavorano nell'ambito dell'assistenza ai disagi giovanili, per comprendere i mutamenti del mondo della droga e per ricevere le informazioni che mi servono, anche su un piano statistico".

"Lui era nel mio gruppo ma non si confidava con me: preferiva un altro capo. Questo non cambiava nulla perché noi siamo un'equipe e ci muoviamo in modo trasversale, trasmettendoci le informazioni riguardo ai ragazzi".

"Ci confrontiamo periodicamente e dopo un giro di tavolo ciascuno di noi scrive la propria esperienza e la condivide con gli altri. Anche se solo uno di noi si occupa di un ragazzo nello specifico, in realtà diventa un'interazione di equipe".

4.7 L'EMERGERE DI DUE FIGURE DIVERSE

Dai lavori di gruppo per la rilevazione delle competenze del mentore che agisce per la prevenzione del rischio di abuso di sostanze tra i giovani e del mentore che supporta le famiglie di soggetti con problemi di dipendenza, sembra emergere che le differenze principali relative alle due funzioni dipendano dai seguenti fattori:

- dal contesto in cui i mentori agiscono;
- dall'approccio al sostegno del mentee;
- dall'obiettivo specifico perseguito.

Il mentore delle famiglie agisce solitamente in un contesto abbastanza definito, per esempio un'associazione oppure un gruppo di auto-aiuto, al quale, nella maggior parte dei casi, è la stessa famiglia-mentee a rivolgersi per cercare aiuto e sostegno. Le modalità di incontro mentore/mentee, la periodicità e l'organizzazione dell'accompagnamento e la rete sociale/territoriale di supporto sono, solitamente, quelle dell'associazione cui il mentore fa capo e, pertanto, sono predefinite, anche se il mentore non esita ad attivarsi ed a mettere a disposizione la sua rete di relazioni e di informazioni che possano essere utili alla sua funzione e che, spesso, lo stesso mentore ha già utilizzato quando ha vissuto il medesimo problema con i propri figli.

Invece, il mentore che agisce con i giovani per la prevenzione del rischio da sostanze d'abuso ha a che fare con un contesto molto più variegato e dinamico, in cui il linguaggio, i luoghi d'incontro, gli atteggiamenti, le mode e le tendenze dei giovani mutano con molta rapidità e costituiscono la chiave d'accesso al loro mondo, indispensabile per intercettare le situazioni di disagio e per conquistare la fiducia dei mentee. In questo caso la mutevolezza del contesto di riferimento implica maggiore dinamicità, iniziativa, flessibilità e creatività da parte del mentore, in una parola: un differente approccio alla funzione di sostegno.

La diversità nell'approccio alla funzione di *mentoring* deriva anche dal fatto che il mentore delle famiglie è, nella maggioranza dei casi, un genitore che ha vissuto il dramma della tossicodipendenza con il proprio figlio/figlia ed è proprio l'autenticità dell'esperienza di vita che lo legittima a parlare ed agire. La condivisione del dramma della dipendenza implica un coinvolgimento emotivo ed un rapporto di identificazione e confronto che costituiscono il contenuto essenziale della funzione di *mentoring* delle famiglie e che consentono al mentore di offrire ai genitori di un soggetto con problemi di dipendenza, il supporto emotivo e pratico di cui hanno bisogno, l'opportunità di vincere il sentimento di vergogna. Il mentore delle famiglie deve "Condividere la propria esperienza di vita", metterla a disposizione della famiglia-mentee, per raggiungere l'obiettivo specifico della sua funzione, che è quello di "Dare supporto" ai genitori della persona tossicodipendente, di accompagnarli in un momento drammatico in cui è difficile mantenere saldo l'equilibrio proprio e della coppia e capire cosa è bene fare, o non fare, per aiutare i propri figli a superare il problema della dipendenza.

Nel modello del *mentoring* dei giovani, invece, l'approccio alla funzione, sia di accompagnamento che, in questo caso specifico, di prevenzione del rischio, necessita innanzitutto della capacità di coinvolgere i giovani: superarne la diffidenza, vincerne le resistenze, conquistarne la fiducia e convincerli ad aprirsi e a farsi aiutare; attirare la loro attenzione sulle problematiche relative all'abuso di sostanze ed alle conseguenze dirette ed indirette; destare l'interesse dei giovani verso un possibile stile di vita che consenta di superare il disagio rifiutando la scelta di sostanze alteranti. Solo allora il mentore potrà condividere col ragazzo la scelta di un percorso di crescita e maturazione che lo porti ad essere consapevole e responsabile nelle proprie decisioni e ad effettuare autonomamente scelte di vita positive e costruttive. L'obiettivo specifico della funzione di accompagnamento, per questa tipologia di mentore, sarà, allora, quello di aiutare e sostenere il giovane nella realizzazione di tale percorso di vita. Il mentore dei giovani deve "Creare coinvolgimento" per poter "Realizzare un percorso".

Considerate queste premesse, cerchiamo adesso di riassumere le caratteristiche distintive dei due profili di mentore analizzate in questo studio.

4.7.1 Mentoring dei giovani nell'ambito della prevenzione

Il mentore che opera nell'ambito del disagio giovanile e della prevenzione del rischio connessi alla dipendenza da sostanze d'abuso è una persona, di solito anch'essa di giovane età, che frequenta luoghi di aggregazione giovanile per motivi professionali o di volontariato.

Egli deve trovare il modo di avvicinare il giovane per poter intercettare le situazioni di disagio e/o di rischio e far cadere le barriere di diffidenza ed imbarazzo che impediscono al giovane di aprirsi e di chiedere aiuto. A tal fine il mentore cerca di entrare in empatia col mentee, mantenendo però il distacco emotivo necessario a distinguere le emozioni del mentee dalle proprie, senza perdere di vista le difficoltà ed i bisogni del giovane e l'obiettivo di sostenerlo.

Il mentore dei giovani può avere la necessità di uscire dal suo ruolo istituzionale per riuscire a farsi accettare e rispettare dal mondo dei giovani e favorire la nascita e lo sviluppo di una rapporto di fiducia col singolo mentee. A tal proposito deve anche considerare la possibilità del rifiuto da parte del giovane a farsi aiutare, accettandola come un aspetto della propria funzione e mostrando la capacità e la forza di ammettere l'errore o il rifiuto e, di conseguenza, di modificare la propria strategia, oppure accettare l'eventualità che il giovane scelga un altro mentore. A tal fine il mentore attiva e sviluppa reti personali e territoriali di supporto al ragazzo e collabora continuativamente con colleghi (altri volontari, operatori, o professionisti), coinvolgendo anche altre persone che appartengono al contesto di vita del ragazzo (familiari, insegnanti, amici, ecc.), per confrontarsi e discutere la scelta di soluzioni di intervento alternative, più adeguate o maggiormente efficaci.

Il mentore conosce e si aggiorna sul contesto giovanile: segnali, luoghi di ritrovo, linguaggi, mode, ecc.; utilizza il linguaggio come chiave di accesso per rompere la diffidenza del gruppo all'interno del quale il mentee, di solito, si nasconde, evitando che la sua comunicazione esprima giudizio per non mettere in imbarazzo il giovane davanti ai compagni, ma piuttosto cercando di ottenere il consenso del gruppo per creare una cassa di risonanza intorno al giovane e rendere più efficace la propria azione.

Inoltre, pur facendo attenzione ad agire tempestivamente, sceglie ed attende il momento più opportuno per intervenire sul giovane, valutando il luogo, il tempo e la situazione più adatta.

Il mentore deve essere credibile, per conquistare la fiducia del giovane e riuscire a creare con lui un rapporto duraturo; la sua credibilità deriva dall'integrità, cioè dal comportamento coerente con ciò che il mentore dice e pensa, che lo legittima a farsi ascoltare come persona fidata e utile a cui chiedere aiuto, offrendo al mentee un possibile esempio di stile di vita. Anche rispetto alle situazioni di conflitto, il mentore dei giovani offre al mentee esempi di comportamento, alternativi all'aggressività o alla violenza, per superare le criticità ed i momenti di contrasto con gli amici o con la famiglia.

Il mentore dei giovani accompagna il giovane in situazione di rischio o di disagio in un percorso di crescita e di maturazione; per questo motivo cerca di creare e di mantenere col ragazzo un rapporto di fiducia stabile e duraturo nel tempo in modo da seguirne l'evoluzione, cercando di motivarlo a migliorarsi, sviluppando il proprio senso di responsabilità ed orientandolo verso il rifiuto della droga.

4.7.2 Mentoring delle famiglie

Il mentore delle famiglie è, solitamente, una persona che ha vissuto il dramma della droga all'interno del proprio nucleo familiare, oppure che, a motivo del ruolo sociale o professionale ricoperto, è vicino alle famiglie dei ragazzi con problemi di dipendenza da sostanze d'abuso (es. un insegnante).

Pertanto, il *mentoring* delle famiglie implica un coinvolgimento emotivo da parte del mentore ed un rapporto di identificazione da parte del mentee inevitabile a causa della condivisione di un'esperienza di vita drammatica e devastante come quella della tossicodipendenza. Il mentore delle famiglie controlla le proprie emozioni, così da poterle utilizzare in modo utile alla propria funzione: senza farsi sopraffare da esse, ma mettendo a disposizione l'autenticità della propria esperienza per entrare in empatia con la famiglia-mentee. La condivisione del problema della tossicodipendenza in famiglia è indispensabile al mentore per essere credibile e quindi legittimato ad erogare aiuto e sostegno in una situazione così critica e difficile da comprendere per chi non l'abbia vissuta personalmente.

Il mentore della famiglia opera, generalmente, all'interno di un'associazione, alla quale le famiglie stesse si rivolgono per chiedere aiuto. In questo caso l'incontro mentore/mentee avviene per il tramite dell'associazione: la famiglia-mentee si

trova in una situazione critica ed è alla ricerca di un sostegno che, quindi, è disposta ad accettare, anche se può trovare difficoltà ad aprirsi, o può accadere che si rifiuti di accettare un consiglio, magari proprio da quel particolare mentore, col quale potrebbe non riuscire ad instaurare quel rapporto di reciproca fiducia che è alla base del *mentoring*.

In alcuni casi, tuttavia, il mentore può trovarsi nella situazione di dovere, di sua iniziativa, coinvolgere la famiglia del soggetto tossicodipendente, quando essa si rifiuti di vedere e riconoscere l'esistenza del problema. Deve trovare il modo, il sistema di comunicazione più adeguato a rompere l'isolamento ed il sentimento di vergogna dentro al quale le famiglie del tossicodipendente tendono a trincerarsi per paura di quello che dice la gente, di essere giudicati dalla morale comune ed emarginati dalla società.

Il mentore delle famiglie entra in azione in modo deciso e senza tergiversare, sapendo che è importante intervenire subito, quando il problema si manifesta, senza perdere del tempo che può essere prezioso per il recupero del soggetto tossicodipendente, per riuscire ad intervenire prima che sia troppo tardi. A tale scopo agisce da un lato, rispettando il dramma ed il dolore della famiglia ed entrando in empatia con essa; dall'altro, però, non esita a dire quello che pensa, rischiando a volte di essere un po' duro; anche esprimendo considerazioni sul comportamento dei genitori, o dello stesso figlio, in una situazione critica, portando come esempio la propria esperienza, positiva o negativa, in una circostanza analoga, forte del fatto che l'autenticità della propria esperienza lo rende credibile e lo legittima ad usare certi toni per scuotere i genitori e renderli consapevoli del problema e della necessità di intervenire e di trovare delle soluzioni efficaci.

Per comunicare in modo efficace, il mentore deve conoscere il contesto sociale e culturale di provenienza della famiglia, le regole o le abitudini che ne definiscono l'ambiente di vita; al tempo stesso egli conosce le regole e l'approccio metodologico al problema del recupero dalla tossicodipendenza dell'associazione nell'ambito della quale esercita la sua funzione. In questo modo il mentore riesce ad avvicinare la famiglia alla comunità, a far comprendere ai genitori il significato delle regole, spesso prive di logica agli occhi di una persona "non addetta ai lavori", oppure che voglia illudersi di essere la sola a sapere cosa è bene per il proprio figlio o che, addirittura, neghi l'esistenza di un problema.

Il mentore svolge un'opera di mediazione anche quando gestisce i conflitti che si generano all'interno delle famiglie scombussolate dalla presenza di un problema di tossicodipendenza; sia nei rapporti tra genitori e figli, ma anche, e soprattutto, tra i genitori il cui rapporto viene messo a dura prova ed esasperato da un dramma di cui nessuno dei due coniugi vuole sentirsi responsabile, oppure si sente troppo responsabile, cercando, in entrambi i casi di lenire il proprio senso di colpa a scapito dell'altro. Il mentore gestisce, inoltre, i conflitti che si possono creare nelle relazioni che si sviluppano all'interno dei gruppi di auto-aiuto, anche tra genitori di famiglie diverse.

Il mentore delle famiglie, infine, conosce la rete sociale e territoriale di riferimento, i servizi esistenti sul territorio e le persone a cui rivolgersi, tenendosi aggiornato e curando le relazioni. Nella maggioranza dei casi, la rete sociale di riferimento è quella all'interno della quale già si muove l'associazione cui il mentore fa capo, ma egli solitamente coltiva anche la propria rete di relazioni, cui non esita a ricorrere quando lo ritenga necessario allo svolgimento efficace della propria funzione.

capitolo 5

UNA POSSIBILE MODELLISTICA PER LA SPERIMENTAZIONE

5.1 PREMESSA

Lo scenario fin qui delineato ci permette di proporre una possibile modellistica per la sperimentazione di percorsi di *mentoring* nell'ambito delle dipendenze.

Per questo, fondamentale è stato l'apporto dei diversi attori che sono intervenuti nel Tavolo Istituzionale Centrale²⁸ che, con la loro diversa esperienza e impostazione lavorativa, derivante dallo specifico contesto operativo di riferimento, hanno fornito contributi di rilievo ai fini della implementazione di un metodologia e di fasi quanto più aderenti alle esigenze delle persone e del territorio.

In particolare si è proceduto alla identificazione dei diversi elementi e delle fasi che richiedono una riflessione approfondita al fine di delineare un percorso progettuale di intervento nel campo del *mentoring* per i giovani in difficoltà e per le famiglie dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso.

Viene così proposta una metodologia per la sperimentazione di azioni di *mentoring*, articolata in fasi di lavoro successive per progettare possibili percorsi di accompagnamento uno-a-uno, per i due target group oggetto del presente studio.

Le fasi si sviluppano in momenti di riflessione sui soggetti, sul contesto di riferimento, sui punti deboli del processo, sull'utilizzo e sul potenziamento delle risorse di *mentoring* presenti.

²⁸ Ricordiamo che il Tavolo era composto da referenti di: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali D.G. Volontariato Associazionismo e Formazioni Sociali, Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Istituto Superiore di Sanità Dipartimento del Farmaco, Ministero della Salute D.G. Prevenzione Sanitaria, MIUR D.G. per lo Studente, Ministero dell'Interno Dipartimento Libertà Civili, Associazione Gruppo Abele Onlus, CEIS, CICA, CNA, CNCA, Comunità San Patrignano, Confcooperative, CSV Net, Federserd, FICT, della Società Ermeneia - Studi & Strategie di Sistema, oltre che dall'OIS-Isfol.

5.2 GLI INTERROGATIVI DEL TAVOLO ISTITUZIONALE CENTRALE

Una riflessione articolata è stata condotta nell'ambito del Tavolo Istituzionale Centrale che ha operato da cabina di regia di questo studio sul *mentoring* nelle dipendenze, in modo da affrontare i diversi temi in discussione, a partire dai seguenti:

- esiste o non esiste uno spazio per la figura del mentore all'interno del processo di accompagnamento della persona tossicodipendente o ex-tossicodipendente?
- Esistono o non esistono esperienze di *mentoring*, di quasi-*mentoring* o di *mentoring* di fatto a questo proposito?
- Esistono o non esistono la necessità e l'opportunità di lavorare attorno a questo tema, in vista di pervenire ad una migliore definizione dei fabbisogni di *mentoring*, ad una migliore identificazione dei profili e delle competenze sociali del mentore e all'individuazione di eventuali sperimentazioni?

Una particolare attenzione è stata data da parte del Tavolo suddetto alla "concettualizzazione" del *mentoring*, visto che ormai l'argomento interessa diversi tipi di operatori associativi, regionali, ministeriali e della stessa Presidenza del Consiglio. E tenuto conto anche del fatto che ormai si parla di *mentoring* applicato ai settori più diversi: dalla scuola all'inserimento nel lavoro, dal mondo del carcere a quello delle dipendenze.

Si è verificato - e questo va tenuto ben presente - un processo di penetrazione dello strumento del *mentoring* abbastanza rapido all'interno dei settori che si occupano di sociale: e ciò è avvenuto soprattutto grazie alla consapevolezza che ci voglia "qualcosa in più" rispetto alle azioni specifiche condotte dai diversi operatori professionali che operano negli specifici ambiti di competenza.

Ci si è resi conto probabilmente che la somma delle diverse prestazioni degli operatori non basta per rispondere alla complessità dei bisogni che il sociale esprime (e questo vale anche con riferimento alla realtà delle persone dipendenti da sostanze d'abuso). Detto in altre parole non è più sufficiente l'azione dell'insegnante, del medico, dell'assistente sociale, dell'operatore di comunità, come pure di figure nuove come il tutor, il *coacher*, il *trainer*, il *case-manager* e così via, per risolvere i diversi tipi di problemi della persona in difficoltà in maniera armonica ed efficace.

Insomma restano sempre delle esigenze scoperte che sono riferibili ad un insieme di bisogni di sostegno, basati su una buona empatia tra chi assiste e chi è assistito, su una buona disponibilità umana e su un buon equilibrio personale di chi offre sostegno ed aiuto (caratteristiche queste che fanno capo per l'appunto al mentore).

Si è ribadito che il sociale nelle sue varie forme dispone di operatori che sono abituati a svolgere il loro lavoro in situazioni che "Hanno gli angoli" cioè che sono

caratterizzate da una situazione fortemente strutturata, all'interno della quale vengono fornite le prestazioni professionali dovute.

Al contrario il *mentoring* si presenta proprio all'insegna della fluidità, della leggerezza e quindi del "non avere angoli" ... E proprio grazie a questo può permettersi meglio di entrare all'interno dei "pori" delle relazioni interpersonali e favorire così l'accompagnamento del singolo verso strade di maggiore autonomia e indipendenza (si può comprendere bene come questi aspetti possano assumere un'importanza rilevante proprio nel caso che qui interessa e cioè del mondo delle dipendenze).

È, peraltro, anche vero che, al di là della denominazione formale, esistono esperienze in cui gli operatori utilizzano modalità di intervento che possono essere riportate in qualche modo al *mentoring* o al quasi-*mentoring*. Di conseguenza risulta importante saper valorizzare tutto ciò che si sta muovendo in questa direzione, indipendentemente dalle denominazioni formali, e farlo diventare un intervento maggiormente strutturato e consapevole.

Alla luce di quanto precede ci si è posti le seguenti, ulteriori, domande:

- c'è allora spazio per una funzione "leggera e fluida" com'è quella del *mentoring*, nei confronti di un *target* composto da persone dipendenti da sostanze d'abuso?
- Se la risposta in linea generale è positiva, c'è più spazio per il *mentoring* nella fase di recupero iniziale, nella fase intermedia o al termine di un programma terapeutico in cui la persona deve confrontarsi col mondo esterno, in presenza magari di supporti comunitari che risultano essere in via di esaurimento?
- O ancora, c'è spazio per il *mentoring* nella prevenzione cioè in quella "zona grigia" di pre-devianza, quando i soggetti non sono ancora catalogabili con certezza nella categoria della dipendenza, ma tuttavia risultano molto vicini ad essa o stanno entrando pericolosamente in quest'ultima in via più stabile?
- E, più in generale, quali possono essere gli "anelli deboli" della catena terapeutica, all'interno dei quali c'è spazio per una possibile attività di *mentoring*?

5.3 LA DEFINIZIONE DEL TARGET

Dalla discussione condotta all'interno del Tavolo Istituzionale Centrale è emersa l'importanza di pervenire ad una sorta di migliore definizione dell'insieme dei soggetti cui ci si può rivolgere con gli interventi di *mentoring*, tenendo conto delle precisazioni che seguono:

- a si conviene che molti dei bisogni di *mentoring* si manifestano soprattutto nel momento in cui si lascia la comunità di riferimento, perché in quella situazione specifica si è più deboli e si corre conseguentemente il rischio di ricadere nella tossicodipendenza;
- b peraltro, si ribadisce che l'attività di *mentoring* dovrebbe potersi applicare anche al percorso riabilitativo di persone che si trovano al di fuori delle esperienze di Comunità Terapeutiche;
- c e ancora, esistono esperienze, ad esempio, nelle cosiddette Case-Alloggio per malati di AIDS, in cui anche gli aspetti della tossicodipendenza vanno adeguatamente affrontati; il *mentoring* potrebbe fornire un aiuto sia nella fase in cui si acquisisce consapevolezza della necessità di esplicitare una richiesta di aiuto, sia nella fase di dimissione dalla Casa Alloggio;
- d analogamente bisogna tener conto dei cosiddetti gruppi-appartamento che risultano presenti sul territorio e che a loro volta possono costituire altri ambiti di applicazione dello strumento del *mentoring*, proprio come strumento di vicinanza e accompagnamento;
- e esistono, poi, persone dipendenti da sostanze d'abuso ristrette in carcere, con fabbisogni seri di assistenza di ogni genere che possono configurarsi quali spazi di intervento sul piano del *mentoring*;
- f inoltre, vicino all'esperienza delle tossicodipendenze, bisognerebbe considerare le altre forme di dipendenza come quelle relative all'alcool o al fumo, per le quali il *mentoring* potrebbe svolgere un'azione altrettanto utile.

Il capitolo 1 del presente testo ha esplorato gli aspetti quantitativi del fenomeno tossicodipendenza così come si presenta in Italia, ma è il caso di tener presente che il target viene ad articolarsi in maniera più ampia che non quella ufficialmente registrata dai casi ufficialmente riconosciuti.

Si può infatti disegnare una sorta di mappa a cerchi concentrici, visto che:

- a ci sono in Italia all'incirca 170.000 tossicodipendenti (oltre 20.000 nelle comunità, oltre 20.000 in carcere e 120.000 che frequentano i Ser.T.), al lordo degli ingressi e delle uscite che avvengono nel corso dell'anno e con una lieve crescita del numero totale di persone coinvolte nel tempo;
- b c'è un'area ulteriore di circa 200.000 persone che si trovano nella fascia immediatamente successiva rispetto al "nucleo duro" dei 170.000 appena menzionati più sopra: si tratta di persone oggettivamente a rischio, ancorché non ancora soggetti tossicodipendenti riconosciuti e conclamati, anche se appartenenti al *target* che qui interessa, con la difficoltà aggiunta di dover essere

- individuati, assistiti e accompagnati in tempo utile e a seconda delle loro necessità;
- c** esiste poi un'ulteriore area, composta da coloro che fanno uso saltuario di sostanze, valutabile in circa 800.000 unità che possono avere al loro interno quote di mondi molto diversi tra loro: una parte ad esempio proviene dai giovani in apprendistato, una parte proviene dai luoghi della musica (droghe ricreative), una quota è costituita da extracomunitari regolari (che della droga fanno un uso a cavallo fra l'intermediazione e la dipendenza), una quota è formata da lavoratori professionali di alto livello e purtuttavia dipendenti dalla droga, anche se in maniera "coperta", ecc.;
 - d** a tutto questo va ad aggiungersi la quota di coloro che si trovano in una situazione riferibile ad altre dipendenze primarie (stimabile in altre 200.000 unità).

Ancora una volta viene ad imporsi nel campo del sociale un problema ormai ben noto: quello di essere riconosciuti solo se si appartiene ad una categoria di portatori di bisogni conclamati e appositamente normati. Infatti se si fa parte della categoria dei tossicodipendenti del cerchio più interno è più facile poter accedere a provvidenze pubbliche o ad interventi pubblico-privati di accompagnamento e di sostegno.

Viceversa è più difficile ipotizzare azioni che hanno a che fare con i cerchi concentrici successivi, via via che ci si allontana dalla devianza conclamata.

Eppure molte azioni di prevenzione andrebbero declinate proprio su quell'"area grigia" in cui la devianza comincia a prendere corpo ma non è ancora pienamente riconosciuta e presenta, proprio per questo, degli ambiti interessanti di potenziale recupero (anche se di difficile attribuzione a competenze specifiche e alle risorse pubbliche conseguenti).

5.4 L'INDIVIDUAZIONE DEGLI "ANELLI DEBOLI"

Sempre nell'ambito dei lavori svolti all'interno del Tavolo Istituzionale Centrale si è convenuto sull'importanza di pervenire ad un quadro completo ed aggiornato delle coperture e delle scoperture esistenti, in vista di realizzare eventuali azioni di *mentoring*. E questo mettendo a confronto:

- da un lato, l'insieme delle normative esistenti a livello nazionale e regionale locali;
- e dall'altro, valutando l'insieme dei flussi di interventi maturati a tutt'oggi (almeno quelli di maggior significato), come frutto della normativa suddetta o comunque come sperimentazioni interessanti che possono trovarsi alla ricerca, ancora oggi, di un sostegno normativo adeguato.

A quest'ultimo proposito va ricordato che l'evoluzione dei fabbisogni è molto più rapida della capacità del soggetto pubblico di rispondere nei tempi necessari con i provvedimenti del caso. Ma è altrettanto vero che molte iniziative sul campo esplorano in continuazione soluzioni possibili sotto la spinta (e lo *stress*) di situazioni sempre nuove da prendere in considerazione.

In tutti i casi il capitolo 2 del presente testo ha cercato di analizzare quali siano i servizi e gli interventi oggi presenti sul piano pubblico e sul piano privato per quanto riguarda lo specifico della dipendenza.

E tuttavia se si fosse interessati a compiere qualche passo nella direzione di una sperimentazione innovativa bisogna saper guardare attraverso le normative e le azioni esistenti per verificare quale sia il livello di copertura delle necessità in trasformazione che vanno manifestandosi all'interno delle aree articolate della dipendenza.

L'individuo infatti attraversa una serie di fasi le quali possono venire a configurare altrettanti "anelli deboli" sui quali un'azione di *mentoring* potrebbe avere un'influenza molto importante. L'analisi condotta consente di ricordare l'ampia fenomenologia cui si deve far fronte:

- 1 c'è infatti l'anello debole costituito dal passaggio all'uso saltuario di sostanze da parte dei individui che prima non praticavano questo tipo di esperienza; tale passaggio può precludere a passi successivi più pericolosi e proprio per questo è qui che dovrebbe esercitarsi tutta la capacità di prevenzione possibile, con riferimento per l'appunto ad un'"area grigia" di pre-devianza (luoghi di attenzione per l'applicazione del *mentoring*: scuole; discoteche; palestre; centri giovanili; associazioni di tipo sportivo; associazioni giovanili; luoghi di lavoro; ecc.);
- 2 c'è, poi, l'anello debole del passaggio dall'uso saltuario di sostanze ad un uso più continuativo delle medesime, ma tale, comunque, da consentire all'individuo di rimanere nel proprio ambiente senza venir classificato all'interno della categoria dei tossicodipendenti veri e propri (luoghi di attenzione per l'applicazione del *mentoring*: scuole; discoteche; palestre; centri giovanili; associazioni di tipo sportivo; associazioni giovanili; luoghi di lavoro; ecc.);

- 3 c'è anche l'anello debole del passaggio ulteriore al *target* delle 170.000 unità delle persone riconosciute come tossicodipendenti a tutti gli effetti (luoghi di attenzione per l'applicazione del *mentoring*: medici di base, Ser.T.);
- 4 c'è l'anello debole che corrisponde all'entrata vera e propria in una Comunità Terapeutica, che rompe la continuità rispetto alla vita precedente dell'individuo, creando così una nuova esperienza sociale (luoghi di attenzione per l'applicazione del *mentoring*: le comunità in quanto tali);
- 5 c'è l'anello debole dell'uscita dalla Comunità Terapeutica, dopo un periodo di permanenza nella medesima, con le esigenze connesse al passaggio al mondo esterno (luoghi di attenzione per l'applicazione del *mentoring*: cooperative ed istituti; famiglie e tutor; ecc.);
- 6 c'è infine l'anello debole della permanenza nel medio periodo al di fuori della Comunità Terapeutica, per coloro che hanno avuto quest'ultima esperienza (luoghi di attenzione per l'applicazione del *mentoring*: nessuno in particolare, visto che per lo più è l'interessato a ricercare il suo "mentore naturale", di solito all'interno della comunità in cui è vissuto).

Le esperienze maturate sul campo si sono occupate ora dell'uno o dell'altro anello debole, con metodologie diverse e con risultati altrettanto differenti.

Questo deporrebbe in favore del fatto che sarebbe utile condurre alcuni buoni studi del caso che riescano a mettere in luce le esperienze particolarmente significative *del prendersi cura*, anche se rispondenti a filosofie e metodologie diverse tra loro: all'interno di tali esperienze bisognerebbe poi valutare l'opportunità di possibili azioni di *mentoring* per vedere quanto si possa fare meglio di quanto si sia già fatto sino ad oggi.

Tuttavia va detto che l'anello debole più difficile da affrontare è il primo: le famiglie interessate infatti rifiutano di solito l'idea che i loro figli possano ricorrere all'uso di sostanze e quindi bisogna agire con attenzione particolare su di loro, anche attraverso le azioni del *mentoring*.

Non bisogna poi dimenticare che chi sta sul campo ha bisogno di inventarsi la sua azione giorno per giorno: in proposito è stata più volte citata dai referenti del Tavolo l'esperienza della "famiglia-tutor" come un momento di quasi-*mentoring*. Il soggetto tossicodipendente si trova in comunità, ma una volta al mese viene ospitato dalla famiglia, con cui passa un'intera giornata e nel cui ambito di relazione può discutere dei suoi problemi quotidiani (che possono andare dall'auto-gestione del denaro alla presentazione della propria fidanzata ...).

E ancora è stato ricordato, sempre nell'ambito del Tavolo Istituzionale Centrale, come ci siano esperienze nel mondo del lavoro (in particolare nel settore dell'artigianato), in cui il giovane può svolgere delle attività a fronte di una remunerazione economica, ma anche godere di una relazione che non sia solo strettamente professionale, bensì anche umana e di sostegno (sperimentazioni sono avvenute in tal senso proprio nel campo dell'artigianato della panificazione, ad esempio).

Ad ogni buon conto, dopo le discussioni avute nell'ambito del Tavolo, si è convenuto che il *mentoring* potrebbe trovare soprattutto spazio:

- all'inizio delle esperienze e quindi da collocarsi nella "zona grigia" (l'anello debole n. 1 commentato più sopra);
- nella fase eventuale di "consolidamento" dell'esperienza di assunzione di droghe (anello debole n. 2);
- e alla fine del periodo trascorso in comunità (anello debole n. 5).

Proprio per questo il presente capitolo è dedicato a possibili modelli di *mentoring* nelle dipendenze, nei confronti dei giovani in chiave preventiva e di sostegno alla famiglia.

5.5 IL PROFILO DEL MENTORE

È fuori discussione che anche nel campo delle dipendenze vanno individuate le competenze umane e sociali di coloro che intendono svolgere il ruolo di mentore.

Non bisogna dimenticare che la categoria di cui qui si discute svolge la sua attività all'insegna di significative difficoltà. La conseguenza è che bisogna essere adeguatamente preparati, non tanto sul piano del professionismo sociale, ma certo su quello della solidità personale, dell'equilibrio, della capacità di accoglienza, della capacità di promuovere autonomia ed iniziativa negli altri: il tutto con un buon coinvolgimento che non deve tuttavia superare un certo livello di guardia per non giungere all'identificazione eccessiva con il proprio mentee Per tutte queste ragioni è stata ribadita la necessità di compiere un'operazione analoga a quella condotta sui mentori per detenuti ed ex-detenuti, giungendo ad analizzare le competenze reali del mentore, attraverso l'applicazione di un'opportuna metodologia.

Oltre ad aver analizzato l'attuale situazione degli operatori dei servizi per le tossicodipendenze (capitolo 3 del presente testo) si è proceduto perciò ad un'operazione di analisi, con l'aiuto dei consulenti di Hay Group che, con il sostegno dell'Osservatorio sull'Inclusione Sociale e con la partecipazione di alcuni operatori²⁹ sono pervenuti ad un buon risultato che risulta ben illustrato all'interno del capitolo 4.

²⁹ Per quanto riguardava i bacini di potenziale reclutamento delle persone con cui organizzare i Focus Group per l'analisi delle competenze del mentore si era suggerito di prendere in considerazione:

- le associazioni scoutistiche e le associazioni giovanili in generale;
- le cooperative sociali di tipo B;
- le accompagnatrici delle mamme sieropositive (per lo più provenienti dal mondo dell'immigrazione);
- i soggetti che accompagnano gli ex-tossicodipendenti nella fase di uscita dalla comunità di appartenenza;
- gli operatori del territorio (delle scuole, dei Ser.T., degli Sportelli Giovani, ecc.);
- i soggetti provenienti dalle associazioni artigiane, nel caso essi abbiano avuto esperienze di progetti con giovani aventi problemi di droga (tenendo anche presente che lo stesso ambiente degli artigiani potrebbe produrre mentori nel caso di artigiani maturi che lasciano l'attività oltre che di artigiani in servizio sensibili al tema).

5.6 I PERCORSI DI APPLICAZIONE DEL *MENTORING*

La strutturazione delle modalità con le quali avviare eventuali esperienze di *mentoring* non può essere lasciata al caso o alla buona volontà.

Il fatto che si tratti di una metodologia “fluida e leggera” (per quanto riguarda il rapporto col mentee) non deve far dimenticare che dietro ci deve essere una strutturazione solida, chiara e proceduralizzata il più possibile. Questo anche per permettere di utilizzare figure di mentore più facilmente selezionabili e assistibili nel tempo, qualora vengano inserite all’interno di una processualità logica e condivisa di azioni di selezione, di formazione e di accompagnamento.

Tenuto conto del fatto che c’è molta attesa nei confronti delle attività di *mentoring*, ma anche del fatto che esiste una quota di azioni che già rappresentano nei fatti forme di *mentoring*, magari non chiamate tali, diventa importante definire le aree di una possibile sperimentazione, in grado di far compiere un passo avanti all’argomento.

Un primo insieme di suggerimenti riguarda la scelta di esperienze sperimentali diverse che facciano riferimento:

- alle diverse filosofie e metodologie di approccio di chi già lavora col mondo della tossicodipendenza;
- alla tipologizzazione dei diversi “anelli deboli”, cui il *mentoring* può risultare applicato;
- nonché alla tipologizzazione dei casi di successo, qualora questi siano già disponibili, con riferimento alle attività già svolte, specie se si è fatto riferimento ad azioni che hanno a che fare con *mentoring* di fatto o con quasi-*mentoring* (poiché questo può permettere di far evolvere rapidamente un ambiente già sensibile rispetto al tema).

A titolo di esempio, si allega il quadro seguente che fa riferimento a possibili attività di sperimentazione con riferimento agli anelli deboli n. 1, n. 2 e n. 5.

Anelli deboli	Suole	Palestre (pallavolo, pallacanestro) + piscine	Discoteche	Luoghi di lavoro	Associazioni di tifo sportivo	Centri per Giovani	Associazioni scout e associazioni giovanili in genere	Comunità e dintorni	Soggetti-chiave della sperimentazione
- Anello debole n. 1: soggetti che sperimentano il passaggio all'uso saltuario di sostanze che può preludere a passi successivi più pericolosi (zona grigia)	X	X	X	X	X	X	X		CSV + CEIS Roma + FICT - Associazione "Il Ponte" di Civitavecchia (cfr. cap. 4, pag. 92)
- Anello debole n. 2: soggetti che sperimentano il passaggio dall'uso saltuario di sostanze all'uso un po' più continuativo, ma tale comunque da rimanere inseriti nella vita ordinaria	X	X	X	X	X	X	X		CSV + CEIS Roma + FICT - Associazione "Il Ponte" di Civitavecchia
- Anello debole n. 5: soggetti che sperimentano l'uscita dalla comunità, dopo un periodo di appartenenza, con il passaggio al mondo esterno								X	CNCA - Gruppo Abele di Torino (sia per mentori della fase di uscita dalla comunità sia per mentori rivolti alle famiglie)

5.6 I percorsi di applicazione del mentoring

5.7 LE FASI DI UN *MENTORING* PER I GIOVANI

Affrontare l'accompagnamento dei giovani in situazione di prevenzione primaria o secondaria, oppure nel momento dell'accesso o dell'uscita da una Comunità Terapeutica richiede di impostare un modello di sperimentazione di base cui fare costante riferimento (per declinare poi, in maggiore dettaglio, il percorso a seconda dello specifico *target* preso in considerazione).

In ogni caso le fasi da percorrere sono sostanzialmente le seguenti:

Fase 1

Condividere le funzioni del *mentoring*

mentore e mentee devono convenire, in maniera esplicita o implicita, sul fatto che:

- il *mentoring* fornisce un sostegno “leggero” al mentee, a partire dai bisogni di quest'ultimo;
- il *mentoring* non persegue una logica di tipo acquisitivo di prestazione, in cui l'obiettivo è tipicamente quello della performance (anche se nel caso del giovane situato lungo il percorso pericoloso della tossicodipendenza è pur sempre quella del distacco da quest'ultima ...);
- il *mentoring* è impostato su un rapporto non gerarchico tra mentore e mentee;
- il *mentoring* punta ad una logica di tipo “affidatario” che è volta all'accompagnamento del mentee verso la totale autonomia (dalla tossicodipendenza in primo luogo e dal mentore in secondo luogo);
- il *mentoring* presuppone un rapporto 1 a 1 tra mentore e mentee;
- il *mentoring* presuppone una funzione applicata di 2-3 ore alla settimana e non di più;
- il *mentoring* viene svolto da volontari che operano in regime di quasi-gratuità, salvo un rimborso spese.

Fase 2

Individuare i bisogni reali di *mentoring*

A seconda della situazione in cui si trova il giovane lungo il percorso del consumo/uso/ abuso, vanno formandosi bisogni di *mentoring* di tipo diverso (coerentemente con la fase primaria, secondaria o terziaria che egli vive).

In ogni caso è bene, nell'intraprendere un'attività sperimentale di *mentoring*:

- misurare la quantità e la qualità di *mentoring* esplicito o implicito di cui già i soggetti coinvolti nella sperimentazione stanno usufruendo;
- definire i bisogni specifici di prevenzione primaria, secondaria o di ingresso addirittura nella comunità (o, al contrario, di uscita dalla comunità, con le esigenze di sostegno nel medio periodo che ne derivano);
- individuare le forme opportune di “saldatura” tra quello che già avviene in chiave di *mentoring* (sovente implicito) e quello che si intende attivare, in modo da valorizzare al massimo l'iniziativa intrapresa;

- impostare un'azione di relazione significativa con gli altri operatori sociali che agiscono nello spazio di esperienza dei soggetti giovani coinvolti nella sperimentazione.

Fase 3

Selezionare il gruppo di mentori

Va tenuto presente che non esiste una forte tradizione di *mentoring* in Italia, ma esistono molte attività a questa assimilabili (*mentoring* implicito e relativi mentori impliciti). Ma a partire da questa situazione è bene:

- ispirarsi ai criteri delle competenze effettivamente possedute, come quelle illustrate nel capitolo 4 del presente testo;
- ricordarsi che non si tratta di persone “professional”, ma essenzialmente di volontari nei quali devono vincere soprattutto le attitudini e le competenze di tipo sociale più che quelle tecniche in senso stretto;
- giocare in maniera determinante su una buona selezione ex-ante che meglio può rispondere ad individuare le persone giuste rispetto a qualsiasi tipo di formazione ex-post che pure è necessario successivamente fornire alle persone selezionate.

Fase 4

Promuovere l'incontro mentore/mentee

È questa una delle fasi più delicate dell'intera operazione, come di solito è possibile verificare in qualsiasi operazione di *mentoring*.

In proposito è bene ricordare che:

- il *mentoring* è basato su una scelta il più possibile autonoma da parte del mentee nei confronti del mentore;
- i luoghi e i modi dell'incontro vanno attentamente pianificati da parte dell'attività sperimentale;
- una costante attività di monitoraggio è necessaria per verificare che il sostegno del mentee si mantenga su livelli equilibrati ed opportuni, tali da rispettare l'obiettivo di questa funzione.

Fase 5

Monitorare l'esperienza

Costruire un'esperienza di *mentoring*, in presenza di una cultura in proposito non particolarmente sviluppata, richiede di valutare in itinere l'applicazione dello strumento stesso. Per questo è opportuno:

- misurare costantemente l'andamento della sperimentazione, tenendo conto dei problemi che si incontrano e dei risultati che via via si ottengono;
- ipotizzare un sistema di rilevazione coerente con la “leggerezza” del *mentoring*, nel senso che questo presenta una strutturazione chiara negli obiettivi ma variabile negli strumenti (perché molto personalizzati), con la conseguenza che serve un monitoraggio a sua volta su misura;

- è evidente che il metodo del colloquio periodico con il singolo mentore, con il gruppo dei mentori, con gli altri operatori con cui il mentore entra in contatto e così via rappresenta una strumentazione privilegiata;
- potrebbe infine risultare utile lo strumento del “Diario di Bordo”, contenente la storia del mentee, riferita ai passi compiuti in termini di inserimento sociale e lavorativo.

Fase 6

Costruire una Rete Sociale

Promuovere un'attività di *mentoring* nei confronti di giovani dipendenti da sostanze d'abuso richiede di lavorare con attenzione attorno alla predisposizione di una sorta di rete allargata, sotto diversi aspetti e cioè:

- una rete sociale che ponga nel suo punto centrale il giovane mentee e che favorisca lo stabilimento di nuove relazioni o il consolidamento di antiche relazioni, utili all'inserimento sociale del medesimo;
- parallelamente serve la costruzione di una rete sociale degli operatori che si occupano di giovani tossicodipendenti, affinché essa possa generare un aiuto reciproco e un consolidamento di strumenti e di esperienze che altrimenti restano confinate all'interno dell'azione del singolo operatore;
- in particolare la rete degli operatori può comprendere attività diverse come ad esempio:
 - la messa in comune delle esperienze;
 - la messa in comune degli strumenti;
 - la messa in comune delle informazioni;
 - la messa in comune di occasioni di socializzazione come componente di uscita dalla molecolarità;
 - la comunicazione sull'interno e sull'esterno;
 - la promozione di specifiche attività di comunicazione.

Fase 7

Estrarre il *know-how* dall'esperienza

Vista la relativa novità del *mentoring* per il nostro Paese è importante che le esperienze maturate sul campo possano fruttificare non solo per i diretti protagonisti ma anche per le persone esterne al rapporto mentore/mentee.

Tutto questo serve a mettere a disposizione della rete di operatori o di altri singoli soggetti l'esperienza che si va maturando prendendosi cura delle persone tossicodipendenti.

Estrarre il *know-how* che si accumula durante le esperienze significa predisporre una sorta di “*software*” che può alimentare opportunamente la rete sociale (l’“*hardware*”) degli operatori.

In particolare si può prevedere:

- di estrarre dalle attività di *mentoring* o di quasi-*mentoring* ciò che può essere utilmente concettualizzato, interpretato e trasferito ad altri;

- di estrarre il *know-how* concernente il profilo di competenze del mentore, a partire da esperienze simili, effettuate in altri contesti sperimentali oltre che in quello direttamente coinvolto;
- di estrarre in particolare il *know-how* derivante dalle modalità ottimali di relazione tra mentore e mentee;
- di estrarre il *know-how* circa le modalità di relazione ottimali tra il mentore e l'amministrazione e tra il mentore e la comunità (ove questa sia presente).

5.8 LE FASI DI UN *MENTORING* PER LE FAMIGLIE

Analogamente a quanto avviene per il caso dei giovani, precedentemente preso in considerazione, bisogna ipotizzare una serie di fasi che possano servire per l'intervento nei confronti delle famiglie che hanno al loro interno un soggetto dipendente da sostanze d'abuso. Questo per poter impostare un adeguato modello di sperimentazione cui far costante riferimento sia pure con le specifiche che dovranno essere prese in considerazione situazione per situazione. Ecco le possibili fasi da percorrere:

Fase 1

Condividere le funzioni del *mentoring*

Mentore e mentee (famiglie) devono convenire su alcuni punti, al fine di creare una collaborazione efficace in favore della persona con problemi di dipendenza e cioè:

- l'attività di *mentoring* fornisce un sostegno "leggero" alla famiglia, a partire dagli specifici bisogni di quest'ultima (che andranno attentamente analizzati);
- l'attività di *mentoring* non persegue una logica di tipo "acquisitivo" (di prestazione) per quanto riguarda il soggetto dipendente da sostanze d'abuso, secondo la quale l'obiettivo risulta essere quello della performance (anche se nel caso della persona che desidera uscire dalla tossicodipendenza si tratta pur sempre di una performance sia pure di rinuncia ...);
- l'attività di *mentoring* risulta essere impostata su un rapporto non gerarchico tra mentore e famiglia;
- l'attività di *mentoring* punta ad una logica sostanzialmente "affidataria": il che significa mirare all'autonomia dell'azione della famiglia nei confronti del proprio componente che ha o ha avuto problemi di tossicodipendenza;
- l'attività di *mentoring* presuppone un rapporto individualizzato tra mentore e famiglia (uno-a-uno);
- l'attività di *mentoring* presuppone una funzione che si esercita non più di 2-3 ore alla settimana all'incirca;
- l'attività di *mentoring* viene svolta da persone volontarie che operano in regime di quasi-gratuità, salvo un eventuale rimborso spese.

Fase 2

Individuare i bisogni reali di *mentoring*

A seconda della situazione in cui si trova la persona di cui ci si prende cura, vanno formandosi bisogni di *mentoring* familiare di tipo diverso, a seconda della necessità di interventi volti alla prevenzione primaria, secondaria o terziaria. In ogni caso è bene intraprendere un'attività sperimentale di *mentoring* che tenga conto:

- della quantità e della qualità di *mentoring* esplicito o implicito di cui già la famiglia coinvolta stia eventualmente usufruendo;

- degli specifici bisogni di prevenzione primaria e secondaria o di ingresso addirittura nella comunità da parte del soggetto (e di uscita da quest'ultima), con il definirsi del conseguente quadro dei fabbisogni da parte della famiglia;
- della necessità di saldare in maniera adeguata quello che già avviene in chiave di *mentoring* di fatto nei confronti della famiglia e quello che invece si intende attivare in chiave aggiuntiva, in modo da valorizzare al massimo i risultati ottenibili nei confronti del tossicodipendente di riferimento;
- dell'esigenza di promuovere un'azione di relazione significativa con altri operatori sociali che forniscono aiuti alle famiglie, in maniera tale da creare un collegamento di metodi, di approcci (e anche favorendo la reciproca conoscenza, se del caso, tra famiglie che hanno problemi simili).

Fase 3

Selezionare il gruppo di mentori

Non esistendo una forte tradizione di *mentoring* in Italia, ma svolgendosi invece molte attività a questa assimilabili (*mentoring* implicito e relativi mentori impliciti) risulta opportuno:

- ispirarsi ai criteri basati sulle competenze effettivamente possedute, tenendo conto di quelle illustrate nel capitolo 4 del presente testo;
- ricordarsi che non si tratta di scegliere delle persone "professional", ma dei soggetti volontari nei quali devono vincere soprattutto le attitudini e le competenze di tipo sociale, più che quelle tecniche in senso stretto;
- giocare in maniera determinante su una buona selezione ex-ante che meglio risponde all'esigenza di individuare le persone giuste sin dall'inizio a cui si può aggiungere anche della formazione ex-post (sempre utile), ma non tale da fornire quelle competenze sociali che risultano fondamentali per l'esercizio del *mentoring*;
- utilizzare come bacino di riferimento anche famiglie che eventualmente abbiano già avuto esperienze di tossicodipendenza da parte di qualcuno dei propri membri, risultando magari disponibili, a loro volta, a dare qualche aiuto a famiglie che si trovano in situazione analoga a quella da loro vissuta in precedenza;
- impostare sin dall'inizio un buon processo di accompagnamento dei mentori (individuali o familiari), che può assumere le caratteristiche anche di un'azione formativa, pur tenendo presente che la risorsa fondamentale sarà quella di avere a disposizione una vera e propria "rete di operatori". È proprio essa che consente il confronto continuo tra volontari, tra ex-volontari (costituita da individui o da famiglie), lo scambio di esperienze, la possibilità di "ricaricarsi" e di sostenersi reciprocamente e così via.

Fase 4

Promuovere l'incontro mentore/mentee

Resta questa una delle fasi più delicate da presidiare. In proposito è bene ricordare che:

- l'azione di *mentoring* risulta basata su una scelta il più possibile autonoma da parte del mentee (in questo caso la famiglia) nei confronti del mentore;
- luoghi e modi dell'incontro tra i protagonisti vanno attentamente pianificati da parte dell'attività sperimentale;
- una costante attività di monitoraggio risulta essere necessaria proprio per verificare che il livello di sostegno della famiglia-mentee si mantenga su livelli equilibrati ed opportuni e tali comunque da rispettare l'obiettivo della funzione attivata.

Fase 5

Monitorare l'esperienza

Predisporre un'esperienza di *mentoring*, in presenza di una cultura in proposito non particolarmente sfruttata, richiede di valutare in itinere l'applicazione dello strumento stesso, tanto più se si tratta, in questo caso, di coinvolgere come mentee le famiglie dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso. Proprio per questo risulta opportuno:

- misurare costantemente l'andamento della sperimentazione, tenendo conto dei problemi che si incontrano e dei risultati che si riescono ad ottenere via via nel tempo (nei confronti della persona tossicodipendente ma anche nella crescita culturale, attitudinale e comportamenti dei membri della famiglia);
- ipotizzare un sistema di rilevazione coerente con la "leggerezza" del *mentoring*, nel senso che questo presenta una modalità applicativa molto flessibile e su misura, con la conseguenza di dover utilizzare un monitoraggio a sua volta su misura;
- il colloquio periodico con il singolo mentore, con il gruppo dei mentori, con gli altri operatori con cui il mentore entra in contatto e trasversalmente con le famiglie fatte oggetto di attività di *mentoring* rappresenta in realtà la strumentazione privilegiata;
- anche in questo caso non sarebbe male pensare allo strumento "Diario di Bordo", che contenga la storia della famiglia-mentee ed i relativi passaggi del percorso della persona dipendente da sostanze d'abuso, sia in termini di successi, che in termini di insuccessi.

Fase 6

Costruire una Rete Sociale

Anche l'attività di *mentoring* nei confronti delle famiglie di soggetti dipendenti da sostanze d'abuso richiede di fare molta attenzione ai sistemi di relazioni. E questo sotto diversi aspetti:

- serve infatti una buona rete sociale che collochi nel suo punto centrale la famiglia e la persona dipendente contemporaneamente, favorendo lo stabilimento di relazioni nuove e diverse tra l'uno e l'altra, ma anche lo stabilimento di relazioni col mondo esterno da parte di entrambi;
- in parallelo è necessario costruire una rete sociale degli operatori che si occupano di famiglie aventi soggetti con problemi (attuali o progressi) di dipenden-

za al loro interno, affinché si possa dar vita ad aiuti reciproci tra mentori, ad un consolidamento di strumenti e di esperienze, alla promozione di incontri tra famiglie coinvolte nella sperimentazione;

- in particolare, la rete degli operatori può comprendere attività molto diverse come ad esempio:
 - la messa in comune delle esperienze;
 - la messa in comune degli strumenti;
 - la messa in comune delle informazioni;
 - la messa in comune delle occasioni di socializzazione come componente di uscita dalla molecolarità operativa del mentore;
 - la promozione di una buona comunicazione sull'interno e sull'esterno;
 - la promozione di specifiche attività di comunicazione (*best practice* da diffondere).

Fase 7

Estrarre il *know-how* dall'esperienza

Considerando che il *mentoring* è relativamente nuovo per il nostro Paese, risulta importante che le esperienze maturate sul campo possano dare frutti non solo per i diretti protagonisti, ma anche per le persone esterne rispetto al rapporto diretto tra mentore e famiglia.

Tutto ciò serve a mettere a disposizione della rete degli operatori, o di altri singoli soggetti, o delle Amministrazioni Locali l'esperienza che via via si riesca a maturare sul campo, nei rapporti complessi a più dimensioni tra mentore, famiglia e persona interessata.

Estrarre il *know-how* che via via si accumula nell'esercizio quotidiano dell'attività significa predisporre una sorta di "*software*" che concorre ad alimentare l'"*hardware*" costituito dalla rete degli operatori.

A questo proposito si potrebbe chiedere:

- di estrarre dalle attività di *mentoring* o di *quasi-mentoring* ciò che può essere utilmente concettualizzato, interpretato e trasferito ad altri;
- di estrarre il *know-how* concernente il profilo di competenze proprie del mentore, a partire da esperienze simili, effettuate in altri contesti sperimentali oltre che in quello direttamente coinvolto;
- di estrarre, in particolare, il *know-how* che deriva dalle modalità ottimali di relazioni su più livelli tra mentore, famiglia e soggetto interessato;
- di estrarre il *know-how* circa le modalità ottimali di relazione tra il mentore e l'Amministrazione, tra il mentore e la Comunità Terapeutica (ove questa sia coinvolta), tra il mentore e l'ambiente in cui la famiglia risulta inserita.

allegati

allegato 1

INTERVISTE ALLE ASSOCIAZIONI

Nel mese di novembre 2004, in previsione della prima riunione del Tavolo Istituzionale Centrale costituito nell'ambito del progetto *"Modello sperimentale di Mentoring per l'inserimento socio-lavorativo dei tossicodipendenti"*, è stata avviata un'indagine preliminare sulle figure di accompagnamento al recupero ed al reinserimento dei tossicodipendenti attualmente utilizzate nelle principali strutture del settore a livello nazionale.

A tal fine l'OIS ha realizzato delle interviste con i referenti di tali strutture, le stesse invitate a partecipare al Tavolo Istituzionale Centrale, per effettuare una prima ricognizione su:

- a** impiego di figure di accompagnamento al recupero e al reinserimento dei tossicodipendenti, in affiancamento agli operatori;
- b** profilo e caratteristiche delle figure di accompagnamento eventualmente impiegate;
- c** ruolo/funzione attribuita a tali figure nelle diverse strutture.

Ai referenti intervistati è stato anche richiesto di mettere a disposizione del progetto tutta la documentazione utile a comprendere il modello di recupero e accompagnamento attuato dalla struttura di appartenenza, la sua storia e le principali esperienze realizzate.

Nelle pagine seguenti si propongono delle schede riassuntive delle principali informazioni raccolte dai referenti delle strutture intervistate (Associazione Gruppo Abele Onlus, CEIS, Comunità Incontro, Comunità San Patignano, CNCA, FICT), con relativa indicazione bibliografica della documentazione raccolta.

ASSOCIAZIONE GRUPPO ABELE ONLUS

Corso Trasanti n° 95, 10141 - Torino

Tel. 0113841066

www.gruppoabele.org

Referente intervistato: Joly Ghibaudi

• **Impiego di figure di accompagnamento uno-a-uno/mentoring, per il sostegno al recupero e al reinserimento dei tossicodipendenti**

Gli stessi operatori sono anche mentori.

Tutta l'attività dell'associazione è impostata sul rapporto uno-a-uno, perché c'è sempre un operatore di riferimento per ogni persona. L'attività con queste persone si svolge sempre all'interno di un rapporto uno-a-uno.

Il modello di recupero del Gruppo Abele non prevede un progetto, con determinate fasi e tappe da rispettare, uguale per tutti. Ogni persona accolta ha un suo progetto che viene concordato insieme a lui ed al servizio di riferimento, dopo i colloqui iniziali.

(*Illustra il percorso*) La persona può arrivare al Centro per due vie:

- 1 spontaneamente, rivolgendosi da solo ad uno dei due Centri di Accoglienza della città ("una porta aperta sulla strada"). Lì incontra un operatore che cerca di decodificare le sue richieste e crea un aggancio con un servizio di riferimento (Ser.T., ospedale, ecc.): il servizio fa una diagnosi di tipo psico-sociale;
- 2 inviato dal Ser.T. con diagnosi clinica.

Effettuata la diagnosi psicosociale si individua la struttura più adatta per quella persona.

L'operatore dell'accoglienza contatta il responsabile della struttura e lo fa incontrare con la persona presso la stessa sede dell'accoglienza al fine di presentargli la struttura: gliene viene descritto il funzionamento e gliela si fa visitare. Segue un mese di osservazione e conoscenza reciproca più approfondita che ha sostanzialmente 2 finalità:

- 1 permettere alla persona di confermare la propria scelta di intraprendere un percorso in quella struttura;
- 2 costruire insieme agli operatori il proprio progetto individuandone gli obiettivi a breve, medio e lungo termine. Il percorso **non deve essere imposto, ma condiviso**, questo è di primaria importanza.

Il mese di osservazione è utile anche ai fini di stabilire l'abbinamento persona/operatore di riferimento. Tale abbinamento viene definito in équipe cercando tuttavia di assecondare la scelta spontanea della persona accolta, tenendo conto dei rapporti che si sono instaurati durante il mese di osservazione.

Accanto agli operatori, nelle strutture del Gruppo operano molti volontari che vengono selezionati in modo preciso.

Tutti usufruiscono di un corso di formazione generale; ogni struttura garantisce, inoltre, una formazione specifica e continuativa nel tempo per i volontari che in essa operano.

Nelle comunità e nelle case-alloggio caratterizzate sovente da una utenza molta povera dal punto di vista relazionale, il rapporto uno-a-uno è molto importante.

È necessario sostenere queste persone in tutte le cose pratiche di cui per anni si sono dimenticati (cose ovvie della vita quotidiana: dall'igiene personale alla pulizia della casa, dall'organizzare la spesa al cucinare ecc.); così come è necessario il supporto nelle pratiche legali e nelle cure mediche (fissare le visite, fare le analisi, ecc.). Alcune cure sono molto complesse e difficili da seguire (per esempio quelle per HIV): bisogna ricordarsi bene cosa, quanto e quando prendere, altrimenti si rischia di non ottenere l'effetto desiderato.

Molto utile è il sostegno nelle relazioni parentali: i rapporti con le famiglie richiedono un grosso sforzo di mediazione sia per riallacciare i contatti sia per mantenerli

La scelta del Gruppo Abele è di operare in comunità piccole, che ospitino poche persone, (10-20 in caso di coppie) proprio per garantire un clima relazionale “caldo” e significativo: il ruolo dei volontari è, per questo molto prezioso.

Si lavora molto a livello individuale e grupale sulla relazione (fiducia reciproca), sulla consapevolezza delle proprie scelte e sulle motivazioni; non si applicano, perché non condivisi, sistemi coercitivi.

• ***Possibili differenze tra la figura del volontario/mentore per l'accompagnamento all'interno delle Comunità e l'accompagnamento fuori, in affiancamento ai servizi***

Il Gruppo Abele lavora sempre in stretta collaborazione con i servizi. È ritenuto infatti di estrema importanza lo scambio sinergico tra servizi e privato sociale perché si aumentano le opportunità di cui la persona può disporre.

Chi è inserito in una Comunità o in una Casa Alloggio, vi rimane solo per un dato tempo. Quando lascia la struttura deve potersi rivolgere ai servizi territoriali sia nel caso in cui necessiti di proseguire, seppure con modalità diverse, un percorso già avviato, sia nel caso gli serva aiuto per fronteggiare qualche nuova o imprevista difficoltà.

D'altra parte il Gruppo non vuole sostituirsi ai servizi, ma desidera operare in sinergia con essi nel pieno rispetto di ruoli e funzioni.

In questa logica anche la formazione professionale e l'istruzione vengono garantite rivolgendosi alle strutture preposte (scuole, asili nido, enti di formazione).

• ***Documentazione messa a disposizione***

- a Quaderni di animazione e formazione: “I gruppi di autoaiuto”, “La peer education”, “Sostegno tra pari e servizi a bassa soglia”;
- b Associazione Gruppo Abele - Settore Accoglienza: principi ispiratori e metodologia di lavoro;
- c Gruppo Abele: Rapporto di attività 2003;
- d Gruppo Abele: estratto catalogo 2004 (generale e per ragazzi).

CENTRO ITALIANO DI SOLIDARIETÀ (CEIS)

Via A. Ambrosini, n° 129, 00147 - Roma

Tel. 06541951

www.ceis.it

Referente intervistato: Juan Pares y Plan

- ***Impiego di figure di accompagnamento uno-a-uno/mentoring, per il sostegno al recupero ed al reinserimento dei tossicodipendenti***

I nostri programmi e servizi (ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali) puntano alla piena integrazione sociale di coloro che vi si affidano (tossicodipendenti, soggetti con problemi di salute mentale, di reinserimento post-carcerario con o senza problemi di tossicodipendenza, ecc.). Tutte le comunità del CeIS di Roma nate con il "Progetto Uomo" si ispirano ad un modello socio-educativo che affonda le radici nella psicologia umanistica (Frankl, Rogers, Tavistock, Moreno, Berne, altri).

Il concetto di *mentoring* rimanda alla connotazione pedagogica dei programmi di recupero per tossicodipendenti del CeIS di Roma nell'ambito dei quali, sebbene non sempre codificato, viene tuttavia praticato per la peculiarità formativa dello *staff*. Potenzialmente rientra nei "canoni" del programma tutto ciò che attiene alle caratteristiche del mentore, in particolare la flessibilità nell'occuparsi di bisogni intellettuali in una situazione e rispondere a bisogni emozionali in un'altra, adattando il proprio stile alla necessità della situazione.

- ***Descrizione sintetica di tali figure***

Aiutare gli individui a diventare se stessi presuppone la non assunzione di un ruolo: per questo motivo nei programmi e nei servizi del CeIS di Roma operano, accanto agli operatori, docenti comandati (L.448/98) e volontari. I docenti comandati, in particolare, contribuiscono a cogliere e sviluppare l'espressione della progettualità individuale nell'ambito del recupero (formazione, propedeutica al lavoro, promozione della cultura come fattore di protezione personale).

- ***Iniziativa di accompagnamento al recupero e reinserimento di tossicodipendenti, assimilabili a percorsi di mentoring***

In questo momento la nostra organizzazione è impegnata in due progetti utili per monitorare la qualità dei processi: il progetto *Management* (il focus è incentrato sull'iter terapeutico del singolo utente) e il sistema qualità ISO (il focus è incentrato sulle procedure aziendali).

Nell'ambito del progetto *Management* il CeIS ha iniziato a codificare attività di *mentoring* per le persone che hanno terminato il programma, prevedendo per loro la possibilità di rivolgersi all'operatore con il quale hanno stabilito una relazione "significativa" nel corso dell'iter terapeutico. È stata pertanto definita una fase "Post-fine programma" denominata "*Mentoring Check-Up*", nell'ambito della quale l'utente, ormai riabilitato e reinserito, "Torna" al CeIS per un motivo "X", cercando un operatore che viene scelto non per il ruolo, ma per la qualità della relazione che aveva precedentemente stabilito.

- ***Documentazione messa a disposizione***

De Dominicis A. (1997), *La Comunità Terapeutica per tossicodipendenti*, CeIS Roma.

Picchi M. (2005), "Progetto Uomo" nel Terzo Millennio, CeIS Roma.

COORDINAMENTO ITALIANO CASE ALLOGGIO/AIDS (C.I.C.A.)

Via Faentina n° 32, 50133 - Firenze

Tel. 0554630515

www.cicanet.net

Referente intervistato: Padre Mario Longoni

• *Impiego di figure di accompagnamento uno-a-uno/mentoring, per il sostegno al recupero ed al reinserimento dei tossicodipendenti*

Le Case Alloggio per persone in AIDS nascono come modello assistenziale extraospedaliero e, pur con tutte le differenziazioni dovute alla diversità dei tanti enti promotori, si caratterizzano per precisi elementi costitutivi quali il prendersi cura della persona in termini complessivi e in un clima affettivo che, al di là della *compliance* alle terapie, significa farsi carico della tensione del ritorno a percorsi di vita multiproblematici per persone con duplice o triplice diagnosi. In particolare possiamo affermare che le persone che arrivano in Casa Alloggio hanno avuto generalmente storie particolarmente difficili di marginalità o devianza sociale.

Le storie comuni a molti degli ospiti di Casa Alloggio sono storie di grandi problemi di carattere sociale. Storie di "sbattimento", di "piazza", di dormitori pubblici, di case abbandonate, di portici e stazioni utilizzati per dormire. Storie di uso ed abuso di sostanze (dall'eroina, all'alcool, agli psicofarmaci), spaccio di droga e piccolo crimine, di episodi di prostituzione. Storie di persone con un forte aggravamento della malattia che vedono nella Casa Alloggio l'ultima spiaggia.

È già in questa fase dell'ingresso in Casa Alloggio che subito compare la figura del mentore. In genere, solo quando la malattia costringe ad arrendersi al profondo disagio, la persona tossicodipendente in AIDS si rivolge ai servizi del territorio, alle associazioni, alle istituzioni pubbliche alla rete formale ma immediatamente scopre che questo percorso è praticamente impossibile senza il sostegno della rete informale e diventa indispensabile contare su un familiare, un amico, un collega di lavoro o un conoscente.

L'ingresso in Casa Alloggio, come già accennato, coincide anche con una fase di acutizzazione del dolore proprio dello stato di AIDS. Particolarmente difficile è l'accettazione di questa situazione per chi ha una storia di tossicodipendenza alle spalle ed improvvisamente è venuto a conoscenza della sua condizione di persona malata di AIDS. Così la persona che fuori (nella strada) si trovava in una situazione di identità non integrata, di disagio, deprivazioni, assenza di sostegno, di totale marginalità, con comportamenti devianti o delinquenziali, paradossalmente trova nel suo status di malato una nuova integrazione, una visibilità, un'accettazione collettiva, che gli offre senso di appartenenza. È in questo faticoso percorso di accompagnamento che la Casa Alloggio deve poter avvalersi del prezioso contributo del rapporto uno-a-uno, che molto spesso non è dato solamente dall'operatore, ma da quella figura di mentore, genericamente definito "volontario", che l'ospite della Casa Alloggio elegge a riferimento e sostegno del suo doloroso cammino. Succede così che molti degli ospiti in Casa Alloggio passano tanto del loro tempo ad aspettare l'incontro con il "volontario-mentore" e impegnano la maggior parte delle loro energie a curare la relazione con lui e questo è ancora più vero per quelle persone che, come i tossicodipendenti e gli alcolisti, hanno "bruciato" ogni altro legame familiare e/o amicale.

Oggi la situazione è profondamente cambiata, grazie alle terapie che danno una lunga aspettativa di vita. Se infatti fino a pochi anni fa il piano d'azione era rivolto essenzialmente al presente ed al passato e si può quasi affermare che quanto proposto all'ospite, specie se tossicodipendente, sembrava essere un progetto di vita paradossale (re-impadronirsi del tempo per poi vederselo sfuggire con lucidità; recuperarsi per poi finire), oggi ogni persona ospite della Casa Alloggio, in buone condizioni di salute, è obbligata a fare i conti con un piano d'azione individuale e condiviso, volto al futuro.

La persona ospite, l'operatore e la Casa Alloggio si trovano allora di fronte ad altri problemi che la malattia aveva rimosso. La professionalità dell'operatore di Casa Alloggio nell'attuale situazione si muove allora su aree di intervento che erano state accantonate e che emergono con forza nuova: il

contenimento della dipendenza da sostanze, il *counselling* informativo sanitario, il sostegno in relazione alle difficoltà di relazione sesso-affettive, il lavoro di rete (anche finalizzato a trovare percorsi preferenziali per l'uscita dalle Case Alloggio: impiego, affitti, altre strutture), ecc... Diventa allora ineludibile lavorare per progetti individualizzati e pertanto attivare singolarmente per ciascuno tutte le potenzialità e le risorse residue ed è in questa dimensione che si scopre tutta la valenza del contributo del familiare o del volontario-mentore per riuscire a perseguire e raggiungere obiettivi altrimenti non raggiungibili.

Una precisa competenza che viene chiesta alla Casa Alloggio è quella di gestire la tensione e il ritorno della tossicodipendenza che la ripresa dello stato di salute può consentire. Le Case Alloggio hanno così imparato ad operare molto a fisarmonica, rispetto al ritorno dei comportamenti tossicodipendenti, chiudendo parzialmente la casa, poi riaprendo e così via non potendo o non volendo far proprie le regole dure (ad alta soglia) del trattamento delle Comunità Terapeutiche. Diventa quindi assolutamente determinante contare sulla collaborazione del volontario, amico, parente mentore dell'ospite che entra nel progetto assistenziale e che si coordina con l'équipe di gestione della Casa Alloggio. Quand'anche egli non avesse una collocazione formale all'interno dell'équipe della Casa è chiaro che comunque acquista un ruolo e sa che non può, in nessun modo, colludere con l'ospite per derogare dalle regole o contraddire il progetto assistenziale della Casa Alloggio.

D'altra parte la Casa Alloggio sa bene che sono altri gli attori diretti che lavorano sulla tossicodipendenza; la Casa Alloggio è co-attore, con la necessità e l'obbligo di coordinarsi con i servizi del territorio per gli interventi, dei quali gioca solo una parte. La tentazione da cui gli operatori di Casa Alloggio devono guardarsi bene è la tentazione di sentirsi o diventare operatori di Comunità Terapeutica. Soprattutto se diversi di loro provengono da quel settore.

In questo senso, ricorrere all'opera di un mentore, spesso, sostiene e tutela la Casa Alloggio in un compito che non è di sua specifica competenza ma dal quale non può esimersi.

• *Descrizione sintetica di tali figure*

Ad oggi non esiste uno studio analitico del fenomeno del *mentoring* nelle Case Alloggio per persone con AIDS e dai pochi dati raccolti si possono indicare sommariamente le figure che più spesso accompagnano gli ospiti in Casa Alloggio:

- *il familiare*: intendendo una figura che riemerge dalla famiglia di origine e più spesso la madre, per lo più anziana, il padre, la sorella o il fratello ma rarissimamente più di uno e quasi mai in accordo tra di loro; oppure una figura della famiglia acquisita e più spesso un figlio o una figlia che quasi sempre rischiano di trovarsi in una inversione del ruolo genitoriale;
- *il/la partner*: in un rapporto decisamente deformato dalla malattia, quando non è stata la condizione stessa di malato a creare o ricreare il rapporto stesso;
- *il volontario*: che "fornisce" la Casa Alloggio in quanto già attivo prima dell'arrivo dell'ospite e dunque più preparato e più consapevole oppure che "si procura" l'ospite con un'abile manovra di coinvolgimento, che improvvisa di più e che vive in modo più tormentato il suo ruolo.

Anche la descrizione del ruolo e della funzione del mentore in Casa Alloggio è solo frutto di indicazioni di massima e di riflessioni poco articolate, scambiate tra responsabili delle Case Alloggio in occasione di convegni e di seminari. Più che altro il ruolo e le funzioni del mentore in Casa Alloggio si possono desumere da quelli che sono gli ambiti dei nuovi percorsi che le Case stesse stanno intraprendendo nel nuovo scenario dell'AIDS, quali:

- la ricerca di nuovi equilibri: con la malattia e con la cura, che è un confronto con gli effetti collaterali e con la depressione perché la cura delude; con i legami famigliari residui, che spesso significa lavorare sul limite tra legami desiderati e legami reali; con la capacità lavorativa, che è fare i conti con inabilitazione e con vecchie competenze;

- la riprogettazione e le sperimentazioni: anche quando sembrano irrealizzabili e nella logica della frustrazione ottimale;
- la lungo-assistenza interminabile: che significa optare per la tossicodipendenze in trattamento permanente, oppure accompagnare i "risvegli" con gravi danni invalidanti, e inoltre gestire i portatori di problematiche psichiatriche.

COMUNITÀ INCONTRO

Strada Versatole n° 2, 05022 - Amelia (TR)

Tel. 0744977237

www.comunitaincontro.org

Referente intervistato: Aldo Curiotto

• *Impiego di figure di accompagnamento uno-a-uno/mentoring, per il sostegno al recupero ed al reinserimento dei tossicodipendenti*

Tutta la struttura è basata sul *mentoring*. Infatti la Comunità è costituita da persone che hanno vissuto il disagio e la tossicodipendenza; non sono mai operatori/professionisti esterni (psicologi, educatori, ecc.), persone che hanno acquisito una professionalità solo attraverso lo studio. Per esempio c'è un medico, ma cura le influenze, le malattie, i tossicodipendenti non sono malati, il problema non è fisico, ma è un problema di vuoto interiore.

La storia della Comunità ha portato naturalmente a questo modello. Tutto è iniziato con l'apertura di una casa dove Don Pierino Gelmini portava i ragazzi di strada che gli chiedevano aiuto. Poi è stato aperto il vecchio mulino, ad Amelia, che adesso è la sede principale dell'associazione. Don Pierino ha notato che, stando lui fuori tutto il giorno, quando rientrava a casa la sera i ragazzi erano felici di poter presentare il lavoro che avevano fatto da soli: avevano fatto un progetto, si erano organizzati e l'avevano realizzato.

Spesso i ragazzi arrivano alla tossicodipendenza perché cresciuti in un contesto sballato, senza regole, progetti, senza punti di riferimento. Piuttosto che indagare su cosa non ha funzionato in passato e ha portato alla tossicodipendenza è meglio offrire a questi ragazzi un contesto che funzioni.

In Comunità non vogliono un rapporto medico/paziente perché esso implica la malattia. Questa Comunità invece non è una Comunità Terapeutica, ma una Comunità di recupero.

In Comunità ciascuno mette a disposizione le proprie capacità. La Comunità ha dieci principi fondamentali più una serie di regole da rispettare. Non a caso uno dei principi fondamentali è: "Conserva l'ordine e l'ordine ti conserverà", perché l'ordine dell'ambiente in cui viviamo non è fine a se stesso, ma è funzionale all'ordine interiore.

• *Descrizione sintetica di tali figure*

In Comunità ognuno è accompagnatore degli altri. I centri sono piccoli, in ogni centro stanno 6-8 persone e tutti i compiti e le cose da fare sono adempiute dalle persone che lo abitano (pulire, cucinare, lavare, ecc.). In ogni centro c'è un responsabile della casa ed un responsabile dei lavori. I responsabili seguono un corso, che però non è un corso di formazione per responsabili, ma un corso che educa alla responsabilità; non è detto che chi ha fatto il corso diventi automaticamente responsabile, mentre è possibile il contrario: quello che conta è dimostrare di potersi assumere delle responsabilità.

Il ragazzo appena arrivato sta per un mese in un Centro di Prima Accoglienza, dove è accompagnato dal responsabile, che poi lo affida ad un compagno che ha il compito di seguirlo. Tuttavia questo rapporto non deve essere esclusivo; in Comunità è vietata ogni forma di coppia, nel senso, appunto di rapporto esclusivo, perché si tratterebbe comunque di un rapporto forzato, legato al contesto, ed inoltre rischierebbe di diventare un luogo di rifugio rispetto al gruppo. Anche le coppie uomo/donna vengono divise, perché il rapporto non deve essere dato per scontato; eventualmente, se il rapporto è solido ed equilibrato, si ritrovano alla fine del percorso di recupero.

I ragazzi devono essere aiutati da un tossicodipendente perché solo chi ha vissuto il disagio sa bene di cosa si tratta. Io so che stai male e che ti sembra impossibile superare questa situazione, ma ti posso dire che invece è possibile perché io stesso lo ho fatto. Chi ha vissuto il disagio sa anche che il vero problema non sono le crisi di astinenza, ma il vuoto interiore.

Nel primo mese i ragazzi partecipano a molte riunioni in cui parlano tra di loro e conoscono la Comunità, anche vedendo dei filmati.

Dopo un mese il ragazzo viene assegnato ad uno dei Centri che si trovano in Italia, in genere in una regione diversa da quella di origine, sia per toglierlo da un determinato contesto, sia per aprirgli la mente, facendogli conoscere un ambiente diverso, con abitudini e regole diverse.

I Centri hanno anche un coordinatore che cerca di favorire l'armonia tra i ragazzi, senza però fare il padre spirituale, senza divenire punto di riferimento. Il coordinatore li aiuta a "coagulare", è una specie di amico di famiglia, disponibile anche a farsi mettere in discussione. Non è un superiore gerarchico, ma lavora quasi nell'ombra per favorire il lavoro del responsabile del Centro e la collaborazione tra i ragazzi. Man mano la persona cresce ed inizia a venire fuori la sua personalità.

Il coordinatore ogni mese scrive una relazione sugli altri e una relazione sulla Comunità.

Da queste relazioni si vede l'evoluzione della storia della persona e si decide, per esempio, se farle cambiare centro o farla restare.

Vengono date al ragazzo le prime responsabilità e così può dimostrare le sue capacità, o anche i suoi limiti. In Comunità si vive per non più di tre anni, anche se talvolta qualcuno resta anche dopo per lavorare. In questo periodo c'è un accompagnamento continuo, quotidiano tra di loro.

Il ruolo del volontariato presso la Comunità è oggi molto limitato, prima aveva più spazio, c'erano per esempio i volontari/genitori, o altri sacerdoti, ecc.

Ma poi ognuno voleva dire la sua sul metodo da applicare, sulle regole da rispettare, cominciavano a portare in Comunità, per esempio, la cioccolata. Oppure portavano alle messe delle ragazze, le quali poi volevano aiutare per spirito di solidarietà... invece i ragazzi, che magari non vedono una donna da chissà quanto tempo, hanno in mente tutt'altra missione...

Quindi adesso i volontari sono di meno e, comunque, la loro funzione è piuttosto limitata... a parte il caso di qualche ex ospite della Comunità che adesso fa il volontario a tempo pieno presso la struttura, ma ovviamente percepisce uno stipendio, per quanto contenuto.

• *Documentazione messa a disposizione*

- a Don Pierino Gelmini, "Comunità Incontro, genesi, storia, sviluppo", a cura di Aldo Curiotto - Edizioni Paoline, 1992;
- b "Comunità incontro, una proposta di vita", Mulino Silla, 1992;
- c Enzo Lacaria, "Zervò, una speranza fino a ieri, una realtà oggi" - edito dal Comune di Scido (RC), 1998;
- d "Così semplicemente - Norme indicative per i coordinatori e i responsabili della comunità incontro", Mulino Silla, seconda edizione, febbraio 2003;
- e "Così semplicemente - Indicazioni per i residenti nei Centri della Comunità Incontro", Mulino Silla, seconda edizione, febbraio 1992.

COMUNITÀ SAN PATRIGNANO

Via San Patrignano n° 53, 47852 - Rimini

Tel. 0541362111

www.sanpatrignano.org

Referente intervistato: Carlo Bozzo

• **Impiego di figure di accompagnamento uno-a-uno/mentoring, per il sostegno al recupero e al reinserimento dei tossicodipendenti**

Il *mentoring* è uno degli elementi base della proposta e della metodologia di recupero di San Patrignano. Per San Patrignano la tossicodipendenza non è una malattia o un forma di devianza, ma la manifestazione di una forma di disagio. La tossicodipendenza è una frattura, un passaggio a vuoto nel processo formativo ed educativo della persona, processo che viene interrotto o disgregato dall'assunzione di stupefacenti. Quindi, la comunità è terapeutica - cura - perché è un contesto educativo, all'interno del quale l'individuo riprende il suo cammino evolutivo. In questo processo le figure di accompagnamento svolgono una funzione essenziale. Il loro ruolo è interpretato uno-a uno / *peer to peer* e nel percorso di recupero di San Patrignano ogni ragazzo, dopo la fase iniziale di soggiorno in Comunità, quando ha raggiunto sufficiente stabilità e solidità comportamentale ed emotiva, è chiamato ad accompagnare i primi mesi di permanenza in Comunità di un nuovo ospite. Elemento essenziale di questa relazione è la consapevolezza del mentore, che non esiste nessuna differenza ontologica tra lui e il nuovo ospite, la differenza tra i due è data solo dalla capacità di gestire la funzionalità della propria vita e di esprimere pienamente le proprie latenze evolutive. Il "gioco" della terapia, quindi, il contenuto del processo di *mentoring*, è quello di ripianare questa asimmetria, quando ciò accade "la terapia" è finita. Nell'etimo greco del verbo *therapeuo*, il significato predominante non è quello di cura dell'altro, ma di assoluta messa al servizio dell'altro. Tale significato si ritrova nella funzione maieutica, di sostegno, consiglio, modello e rispetto per gli autentici bisogni della altro, che animano la pratica del *mentoring* a San Patrignano.

All'interno del percorso di San Patrignano l'attività di *mentoring* è diffusa orizzontalmente in tutte le dimensioni di vita sociale della Comunità. L'attività *one-to-one* svolta dai ragazzi in percorso, dai volontari e dagli operatori, è però periodicamente (spesso quotidianamente) analizzata, valutata e indirizzata, dal *team* degli operatori.

Il *mentoring* è poi elemento essenziale delle pratiche delle associazioni di volontariato che operano in tutta Italia in rete con San Patrignano. Gli operatori (volontari) di tali associazioni raccolgono sul territorio (*face to face* e *one to one*) le richieste di aiuto delle persone, cominciano un percorso motivazionale al cambiamento, sostengono i nuclei familiari delle persone tossicodipendenti e avviano periodo più o meno lunghi e strutturati di pre-accoglienza, precedenti all'ingresso in Comunità.

Caratteristica di queste pratiche (tipiche del *mentoring*) è l'assoluta personalizzazione e unicità delle relazioni e dei percorsi.

Inoltre, San Patrignano ha creato cooperative sociali per il reinserimento socio-lavorativo dei suoi ospiti. In tali realtà operano sul piano del *mentoring* professionale e/o relazionale, diverse figure professionali formate dalla comunità ed esterne alla comunità.

• **Descrizione sintetica di tali figure**

Figure mentoring in comunità:

- ragazzi nella fase mediana e conclusiva del percorso di recupero;
- operatori volontari;
- figure professionali specifiche (educatori, psicologi, psicomotricisti, ecc.)

Figure mentoring nella associazioni:

- volontari

Figure mentoring nelle cooperative:

- educatori;
- formatori professionali.

All'interno della Comunità la funzione del *mentoring* è accompagnare, sviluppare e portare a compimento il percorso formativo/educativo, di fuoriuscita dalla tossicodipendenza.

All'esterno della Comunità la funzione è motivazionale nel periodo precedente all'ingresso in percorso, di sostegno e affiancamento al momento del reinserimento sociale.

• ***Possibili differenze tra la figura del volontario/mentore per l'accompagnamento all'interno delle Comunità e l'accompagnamento fuori, in affiancamento ai servizi***

All'interno della Comunità un passato di tossicodipendenza alle spalle, è un forte valore aggiunto nella costruzione di una relazione empatica, di fiducia, con il ragazzo accolto. Inoltre, un atteggiamento e una pratica testimoniale nella comunicazione tra individui, consente di presentare concretamente modelli di comportamento possibili e condivisibili, ritenuti vicini ai propri bisogni e ai propri obiettivi.

All'esterno della Comunità, in particolare al momento del reinserimento sociale, il ruolo di *mentoring*, può essere svolto con efficacia, anche da volontari senza traiettorie di contatto con la droga alle spalle.

• ***Iniziative di accompagnamento al recupero e reinserimento di tossicodipendenti, assimilabili a percorsi di mentoring***

Cooperativa Sociale "Arcipelago" (Riccione). Struttura per il reinserimento lavorativo degli ospiti di San Patrignano (adotta i contratti nazionali di lavoro) 13 membri, 1 operatore.

AGARAS - Verona: appartamento per sostegno al reinserimento sociolavorativo al termine del percorso comunitario. Otto posti, 4 operatori volontari.

Anglad Bologna: appartamento per preaccoglienza precedente ingresso in comunità. Otto posti, sei operatori volontari (presenza 24 ore)

• ***Documentazione messa a disposizione***

- "San Patrignano tra comunità e società - Ricerca sui percorsi di vita di 711 ex-ospiti di San Patrignano" di Paolo Guidicini e Giovanni Pieretti - Franco Angeli;
- "La comunità Capovolta - bambini a San patrignano" di Claudio Baraldi e Giuliano Piazzi - Franco Angeli;
- "San Patrignano terapia ambientale ed effetto città - studio sui percorsi di vita degli ospiti della comunità" di Paolo Guidicini e Giovanni Pieretti - Franco Angeli;
- "Oltre la comunità - studio multidisciplinare di ritenzione in trattamento e follow-up su ex-residenti di San Patrignano" di Giorgio Manfrè, Giuliano Piazzi, Aldo Polettini.

COORDINAMENTO NAZIONALE COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA (CNCA)

Via Baglivi n° 8, 00161- Roma

Tel. 0644230395

www.cnca.it

Referente intervistato: Enrico Palmerini

- ***Impiego di figure di accompagnamento uno-a-uno/mentoring, per il sostegno al recupero ed al reinserimento dei tossicodipendenti***

Alle federazioni fanno capo diversi tipi di strutture: Centri di Accoglienza, Comunità, Cooperative Sociali, ecc. Tutte impiegano figure di volontari-mentori. Talvolta hanno un ruolo e una funzione specifica, ma sono anche figure di appoggio e accompagnamento a più ampio raggio, soprattutto nella fase di ricostruzione delle relazioni e di reinserimento sociale e lavorativo.

- ***Descrizione sintetica di tali figure***

Sono tutti volontari che girano intorno alle diverse strutture CNCA: genitori di tossicodipendenti, altre persone... insegnanti in pensione, ecc.

L'accompagnamento ed il supporto al recupero ed al reinserimento dei tossicodipendenti richiede una rete molto vasta che va oltre l'operatore o il professionista di Comunità o del Ser.T. È indispensabile il contributo di persone che aiutino la convivenza con la realtà.

Alcuni volontari-mentori costituiscono un riferimento specifico in determinate situazioni difficili, ad esempio una complessa situazione giuridica, o psichiatrica, ecc.

Ma soprattutto i volontari-mentori intervengono nella fase del reinserimento sociale e lavorativo. Devono offrire un appoggio, un sostegno senza essere invadenti, senza sostituirsi alla persona, ma appunto accompagnandola.

A volte sostituiscono la famiglia mancante, fatto molto frequente per i tossicodipendenti che, in molti casi, provengono da famiglie disastrate, in cui mancano uno o entrambi i genitori, o comunque hanno vissuto una situazione di abbandono. Per esempio quando i ragazzi trovano una fidanzata gli manca il fatto di "portarla a casa", di presentarla a qualcuno; è vero, anche se può sembrare strano. Allora le famiglie-mentori offrono questo tipo di relazione e di supporto.

Comunque ci deve essere sempre grande collaborazione con gli operatori. Tutte le attività devono nascere da una progettazione concertata sulla persona.

Non si presenta un modello di accompagnamento "chiuso", ma piuttosto che favorisca l'apertura, la relazione con la società. Ad esempio, il vecchio artigiano in pensione che insegna il mestiere, magari all'inizio fa un piccolo corso di formazione in Comunità, ma poi è preferibile che prenda il ragazzo in bottega, o che comunque gli offra un'opportunità di accompagnamento fuori dalla Comunità, a contatto con la realtà esterna, perché è col mondo esterno che i ragazzi devono imparare a relazionarsi.

- ***Possibili differenze tra la figura del volontario/mentore per l'accompagnamento all'interno delle comunità e l'accompagnamento fuori, in affiancamento ai servizi***

Il mentore deve "respirare" la progettualità, l'impostazione della Comunità pur senza esserne coinvolto dall'interno come un operatore. Chi collabora con un servizio ha più un rapporto di tipo sanitario, "giuridico", con cui si assume un impegno a svolgere un determinato compito.

Il mentore che opera in Comunità ha un diverso approccio sia all'accompagnamento che alla patologia, proprio perché deve in qualche modo condividere la filosofia, l'impostazione, il modello della struttura con cui collabora.

• **Iniziative di accompagnamento al recupero e reinserimento di tossicodipendenti, assimilabili a percorsi di mentoring**

- a Il *mentoring* delle famiglie. Ci sono reti di famiglie, “famiglie di mentori”, che offrono un supporto di tipo familiare (*cf. sopra*). L’iniziativa è stata avviata da poco, non è possibile ancora valutarne i risultati, ma sembra positiva;
- b il *mentoring* per l’inserimento lavorativo, perché in questa fase il sostegno del mentore diviene indispensabile;
- c il *mentoring* per la scuola. Insegnanti-volontari offrono il loro sostegno per il recupero di anni scolastici o per riprendere il percorso di alfabetizzazione abbandonato;
- d sportello giuridico. Volontari esperti erogano consulenza giuridica e seguono da vicino la persona per tutto l’iter instaurando un rapporto uno-a-uno.

FEDERAZIONE ITALIANA COMUNITÀ TERAPEUTICHE (FICT)

Via di Bravetta n° 395, 00164 - Roma

Tel. 0666166668

www.fict.it

Referente intervistato: Nicolò Pisanu

- ***Impiego di figure di accompagnamento uno-a-uno/mentoring, per il sostegno al recupero ed al reinserimento dei tossicodipendenti***

La persona che entra in Comunità viene seguita da tutta un'équipe, composta da operatori di comunità, educatori, psicologi, pedagogisti; c'è anche una supervisione specialistica. È il gruppo, la Comunità stessa che accompagna, fa da mentore alla persona; non viene privilegiato il rapporto uno-a-uno, per cui Tizio segue Caio.

Nella Comunità operano anche molti volontari i quali svolgono sia tutta serie di mansioni connesse alla gestione del Centro (dalla cucina, alle spese, al centralino, ecc.), sia attività di accompagnamento, che sono in prevalenza: colloqui coi genitori o altri familiari del tossicodipendente, gruppi di autoaiuto (o in affiancamento a un operatore, oppure li seguono da soli, nei casi in cui siano stati appositamente formati).

- ***Descrizione sintetica di tali figure***

I volontari-mentori sono prevalentemente genitori che hanno avuto problemi di droga in famiglia; ma anche semplicemente persone comuni che vogliono offrire un loro contributo al sociale; oppure insegnanti/esperti/artigiani in pensione che prestano la loro opera con compiti specifici connessi alle loro competenze.

Ci sono anche degli ex-tossicodipendenti che hanno terminato il programma, che però svolgono soprattutto attività di sorveglianza e custodia, per esempio di notte.

Oppure ex-detenuti, che aiutano a seguire le pratiche legali (ricordare le scadenze giudiziarie, accompagnare in tribunale, ecc.)

In ogni Centro FICT c'è un settore che si occupa dei volontari: viene fatta una selezione appropriata, viene data una formazione di base sulla linea filosofica e sul metodo di intervento (sostegno finalizzato all'effettivo recupero e non a creare dipendenza: il soggetto deve essere messo in condizioni di staccarsi dal Centro e di andare avanti sulle proprie gambe); poi, in base alle caratteristiche, all'esperienza del volontario e alle sue preferenze, si sceglie insieme a lui il settore di intervento in cui impiegarlo (*hanno un'anagrafe dei volontari e quindi si può scegliere l'abbinamento*).

Oltre alla formazione di base viene data anche una formazione specialistica per i volontari che intervengono in ambiti particolari, per esempio counselling e autoaiuto per i volontari preposti alla conduzione dei gruppi. Poi c'è sempre una supervisione e dei momenti di ripresa formativa successivi.

Oltre ai colloqui con i familiari ed ai gruppi di autoaiuto, i volontari-mentori, nella fase conclusiva del trattamento (quella del reinserimento vero e proprio), supportano le persone nella ricerca del lavoro e della casa.

- ***Possibili differenze tra la figura del volontario/mentore per l'accompagnamento all'interno delle comunità e l'accompagnamento fuori, in affiancamento ai servizi***

La differenza di fondo sta nel come ci si prende cura dell'altro. Il Ser.T. può solo porre la base di un lavoro che è composto di diversi tasselli. Il volontario che opera all'interno di una comunità, in particolare dei Centri FICT, ha un approccio completamente diverso, volto all'effettivo recupero e reinserimento della persona che deve rendersi autonoma e poter uscire un giorno dal centro. Questo approccio implica necessariamente una diversità di ruolo/funzione.

Il volontario che si occupa di tossicodipendenti nei centri FICT possiede in partenza delle caratteristiche che gli fanno scegliere quest'ambito piuttosto che un altro; per esempio la voglia di riscatto (è il caso di molti genitori-volontari), la voglia di ottenere un riconoscimento sociale, ecc.

Un mentore di soggetti con problemi di tossicodipendenza dovrebbe avere soprattutto queste caratteristiche:

- a equilibrio, maturità, empatia, autonomia;
- b essere capaci di amare senza voler possedere;
- c essere molto legati al lavoro di équipe e non operare da *out sider*.

• ***Iniziative di accompagnamento al recupero e reinserimento di tossicodipendenti, assimilabili a percorsi di mentoring***

Le case-famiglia sono il miglior esempio di *mentoring*, perché sono un piccolo nucleo di autogestione. I volontari che gestiscono la casa-famiglia vivono con i tossicodipendenti e condividono con loro tutto: mangiano insieme, stanno tanto insieme... parlano... inevitabilmente tra la gente si stabiliscono dei rapporti uno-a-uno.

• ***Documentazione messa a disposizione***

- a Sintesi del volume "La comunità terapeutica per tossicodipendenti" (CEIS-Andrea De Dominicis), a cura di Nicolò Pisanu;
- b Famiglia Cristiana N. 29 del 18 luglio 2004, contenente un articolo dedicato all'Istituto Progetto Uomo (università del sociale).

allegato 2

IL MENTORING IN ALCUNI PROGETTI FINANZIATI DAL FONDO NAZIONALE LOTTA ALLA DROGA E DAL M.I.U.R.

Il mentore che realizza il sostegno e l'accompagnamento dei tossicodipendenti nel loro percorso di recupero e reinserimento sociale, non costituisce una nuova figura professionale che si sostituisce a quella dell'operatore. Si tratta invece di una funzione di supporto, aggiuntiva, che offre un sostegno in più e che può essere svolta o da un volontario che affianca l'azione delle figure professionali che operano nel settore, oppure dallo stesso operatore che instaura col soggetto tossicodipendente un rapporto informale uno-a-uno che va oltre il rapporto formale, di tipo professionale.

Per questo si è ritenuto necessario identificare:

- quali sono le figure professionali che intervengono nel percorso di recupero del tossicodipendente;
- in che modo l'azione del volontario-mentore si può integrare con quella delle figure professionali ufficiali;
- se esistono degli interventi a livello nazionale e/o locale che già prevedono azioni *mentoring* o in cui potrebbe trovare spazio tale funzione;
- se esistono interventi a livello nazionale e/o locale in cui di fatto gli stessi operatori ufficiali, o i volontari, svolgono inconsapevolmente una funzione di *mentoring*.

A tal fine l'OIS-Isfol ha realizzato una prima indagine conoscitiva sui progetti finanziati dal Fondo Nazionale Lotta alla Droga, riepilogati nella Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia dell'anno 2004. Da questa prima indagine è emerso che:

- non esiste una classificazione univoca delle figure professionali che intervengono nel percorso di recupero dei tossicodipendenti, valida su tutto il territorio nazionale, né esiste una ricerca di livello nazionale che rilevi quali sono tali figure professionali nelle diverse regioni italiane;
- non esistono progetti che prevedono espressamente l'attivazione di percorsi di *mentoring* nel percorso di recupero dei tossicodipendenti;
- esistono iniziative in cui la funzione di *mentoring* trova spazio e, in diversi casi, gli operatori, o i volontari coinvolti, esplicano tale funzione.

Si riportano, di seguito, i progetti finanziati dal Fondo Nazionale Lotta alla Droga, estratti dalla Relazione al Parlamento dell'anno 2004, che sono sembrati più vicini al nostro campo di interesse.

-
- **"Modello d'intervento territoriale per adolescenti e giovani assuntori di nuove droghe - Progetto Nuove Droghe - Nuove Reti", avviato nel 2002**

Descrizione: il progetto mira alla costruzione di un modello di intervento territoriale che, attraverso la prevenzione primaria (apertura di centri di ascolto, incontri di formazione e di informazione), sia in grado di agganciare un numero significativo di giovani e adolescenti assuntori di nuove droghe ai quali proporre percorsi educativi di prevenzione secondaria.

Il progetto ha poi allargato il proprio campo di azione coinvolgendo e sostenendo anche le famiglie degli assuntori, cercando di sottrarre le stesse al loro isolamento sociale.

Verifica OIS: il progetto è stato realizzato in forma sperimentale dal Centro Arca di Mantova, l'Associazione "L'Ancora" di Sanremo e l'Associazione "Il Ponte" di Civitavecchia. Gli operatori ed i volontari che hanno partecipato all'iniziativa hanno agito su tre livelli di azione: sensibilizzazione e formazione dei giovani e delle famiglie sulle nuove droghe, consulenza e sostegno individuale, gruppi di auto-aiuto per le famiglie.

-
- ***"Promozione dell'attività sportiva - Percorso formativo per associazioni sportive. Progetto Crescere in Squadra"*, realizzato dall'Associazione "La Ricerca" e avviato nel 2002**

Descrizione: il progetto, oggi concluso, intendeva promuovere l'attività sportiva nella sua dimensione educativa e preventiva rispetto al fenomeno della devianza.

Verifica OIS: sono stati realizzati corsi di formazione per gli operatori delle strutture sportive, ma non erano previste né azioni, né figure di accompagnamento e di *mentoring*.

-
- ***"Giovane cittadinanza: dalla prevenzione verticale alla peer education"*, affidato al CSV Marche e avviato nel 2003**

Descrizione: ricerca intervento sull'uso delle nuove droghe da parte della popolazione giovanile che prevedeva la ricognizione delle esperienze di prevenzione condotte e l'attivazione di reti di volontariato in grado di coinvolgere le risorse potenzialmente mobilitabili per la gestione dell'intervento; azioni di sensibilizzazione nelle scuole e nei centri di aggregazione giovanili; percorsi di *mentoring* per valorizzare il ruolo dei giovani come "educatori alla pari".

Verifica OIS: dal contatto con il responsabile del progetto del CSV Marche è emerso che si tratta di un progetto molto ampio che coinvolge 11 regioni, ancora in fase di svolgimento, attraverso il quale si potrebbero attivare delle sinergie importanti. Tuttavia è stato verificato che non sono previsti percorsi di *mentoring*, ma percorsi di formazione per i giovani da attivare come "peer educator".

-
- ***"Spazi aperti - Realizzazione di interventi e ricerche sperimentali nell'area della riduzione della criminalità e della formazione del personale atipico che opera nell'area riabilitativa e preventiva delle tossicodipendenze"*, affidato all'associazione "Mo.Da.Vi." e avviato nel 2003**

Descrizione: il progetto prevede la realizzazione di centri di disintossicazione all'interno di alcune strutture riabilitative; la realizzazione di un'indagine campionaria nazionale delle cause dirette e indirette di morte per droga; la sperimentazione di un percorso formativo triennale per operatori atipici dell'area preventiva e riabilitativa delle tossicodipendenze.

Verifica OIS: nella realizzazione del progetto è stato approfondito in particolare l'aspetto della formazione degli operatori "atipici" delle tossicodipendenze. Si tratta di corsi destinati a formare tipologie diverse di persone che operano con i tossicodipendenti senza avere una formazione specifica in questo settore (per esempio, un medico assegnato ad un Ser.T., ma senza precedenti esperienze con questo tipo di utenza, o anche un ex-tossicodipendente che, terminato il proprio percorso di recupero, desidera impegnarsi nel sostegno alle persone con problemi di tossicodipendenza).

-
- ***"Corso per l'unificazione delle strategie e delle modalità operative connesse agli interventi in tema di Tossicodipendenza"*, UTG di Arezzo, concluso nell'ottobre 2002**
***"Dalla formazione alla coprogettazione - Percorso formativo per operatori dei servizi socio-sanitari, delle forze dell'ordine, dei NOT"*, UTG di Perugia e di Campobasso**

“Formazione integrata degli operatori attivi nel contrasto della diffusione delle nuove droghe”, UTG di Roma

Verifica OIS: tutti i progetti degli UU.TT.GG., Uffici Territoriali di Governo (ex prefetture, operano a livello provinciale) hanno lo scopo di creare sinergie tra gli operatori degli organismi pubblici, privati e no profit che lavorano con i soggetti tossicodipendenti o che comunque hanno a che vedere con loro (dalle segnalazioni per la detenzione di sostanze, alla presa in carico da parte delle comunità). In particolare, lo scopo era di creare una rete tra le forze dell'ordine e gli operatori che prendono in carico i soggetti tossicodipendenti, al fine di intervenire sul territorio in modo coordinato.

• **“Mediazione Culturale”, Ministero di Giustizia, D.G. Detenuti e Trattamento, Ufficio Osservazione e Trattamento, concluso nel 2004**

Descrizione: interventi di mediazione culturale nell'ambito dell'organizzazione di attività culturali, ricreative e sportive per detenuti tossicodipendenti ed ex tossicodipendenti stranieri, con la collaborazione di associazioni, organismi di volontariato e/o singoli mediatori culturali.

Verifica OIS: si tratta in realtà di un progetto di mediazione culturale nelle carceri, che non è stato focalizzato in particolare sul *target group* dei detenuti immigrati tossicodipendenti. È stato realizzato un percorso formativo per mediatori culturali, il cui intervento è stato successivamente sperimentato in 7 istituti penitenziari, con il coordinamento dell'associazione CIES di Roma.

• **“La cittadinanza studentesca per la lotta alla droga fra le nuove generazioni”, MIUR, 2001**

Descrizione: il progetto aveva l'obiettivo di attivare percorsi innovativi utilizzando la metodologia della *peer education*, all'interno delle scuole di due regioni coinvolte (Veneto e Sicilia). I percorsi prevedevano la partecipazione attiva di studenti, docenti, capi d'istituto, genitori ed associazioni di volontariato.

Verifica OIS: il progetto non è mai partito. La metodologia della *peer education* è stata tuttavia sperimentata con diversi interventi dal MIUR, tra cui il “Progetto *Mentoring*”, per l'educazione alla salute e la lotta alle tossicodipendenze negli istituti scolastici italiani, realizzato tra il 2004 e il 2006 dalla D.G. per lo Studente con finanziamento del Fondo Nazionale Lotta alla Droga.

Sempre il MIUR, questa volta in collaborazione con il Ministero della Salute, è titolare di un'iniziativa denominata “Missione Salute” per l'educazione alla salute degli studenti del biennio della scuola secondaria superiore, in relazione a specifici temi (alimentazione, sessualità, dipendenze, *doping*, donazione del sangue e degli organi, servizi di primo soccorso e rischi di incidenti).

Le referenti del MIUR al Tavolo Istituzionale Centrale, prof.ssa Angela Bardi e prof.ssa Maria Grazia Corradini, hanno realizzato delle schede informative sui contenuti e i primi risultati di questi due progetti, che di seguito riportiamo.

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA**

Dipartimento per l'Istruzione
Direzione Generale per lo Studente
Via Ippolito Nievo 35, 00153 ROMA

**Educazione alla salute e lotta alle tossicodipendenze:
"Progetto mentoring"**

Referente: Maria Grazia Corradini

Il modulo formativo del *mentoring*, approccio *one-to-one* (uno studente con un mentore), ha lo scopo di migliorare la qualità del tempo che il ragazzo trascorre a scuola attraverso l'azione di un mentore-amico, che non è direttamente coinvolto nelle dinamiche scolastiche e familiari dello studente.

Ciò offre l'opportunità all'allievo di acquisire maggiore stima di sé, di essere più propositivo ed assertivo a scuola, di accrescere l'autostima e migliorare quindi il rendimento scolastico.

La metodologia consente al ragazzo di costruire un processo di apprendimento spontaneo che tiene conto del proprio punto di vista (dimensione soggettiva) e del punto di vista dell'altro (empatia), ed impara ad ipotizzare una soluzione o più soluzioni alla risoluzione del conflitto (*problem solver*).

Il progetto *mentoring* ha avuto inizio nell'anno scolastico 2004/05 ed ha visto coinvolte, inizialmente, cinque scuole italiane (tre scuole di primo grado e due scuole di secondo grado) interessando in totale 76 alunni ed altrettanti mentori. Nell'anno scolastico 2005/2006 il progetto è stato esteso ad otto istituzioni scolastiche.

I ragazzi coinvolti presentavano difficoltà relazionali, scarso rendimento scolastico e iperattività.

In ciascuna istituzione scolastica è stato individuato un gruppo di controllo, costituito da allievi della medesima scuola che non hanno partecipato all'attuazione del progetto (incontri ed attività con i mentori), ma a cui è stato chiesto di compilare le stesse schede sottoposte ai mentee per la valutazione in ingresso, in itinere ed ex-post. In questo modo era possibile valutare l'effettiva efficacia dell'intervento e delle rilevazioni, confrontando i dati sugli allievi coinvolti (mentee) e quelli non coinvolti (gruppo di controllo). Gli allievi del gruppo di controllo presentavano anch'essi difficoltà relazionali, scarso rendimento scolastico o iperattività.

I mentori sono stati selezionati tra volontari ed hanno seguito un processo formativo appositamente costruito per il ruolo ricoperto. L'abbinamento con i mentee è stato effettuato in base alle loro possibili affinità.

Si sono svolti incontri di formazione settimanali e mensili per favorire il rapporto mentee-mentore e migliorare le capacità di interazione e le abilità sociali dell'alunno.

Ogni singolo studente (mentee) è stato abbinato ad un volontario (mentore) che lo ha seguito per l'intero anno scolastico. Ogni mentore, assieme al mentee, ha discusso, inizialmente in gruppo, le tematiche e gli argomenti inerenti la scuola, le professioni, la sfera affettivo-relazionale, le emozioni; successivamente ha approfondito tali temi in rapporto individuale, così da esprimere il proprio vissuto con "l'amico scolastico". In questo contesto il ragazzo non vive l'obbligo impartito dall'adulto a doversi comportare secondo schemi prefissati.

L'attività operativa del lavoro di gruppo ha visto la presenza oltre che del personale della scuola anche delle famiglie che hanno riscontrato un utile sostegno psicologico, didattico e culturale per i loro figli.

I criteri scientifici della valutazione in ingresso, in itinere e finale della sperimentazione sono stati affidati ad apposite schede elaborate dalla Facoltà di Psicologia dell'Università "La Sapienza" di Roma. Le schede di valutazione sono state somministrate, sia ai soggetti coinvolti nel progetto che al gruppo di controllo.

Al termine delle attività i mentee hanno maturato un forte senso di appartenenza al gruppo, manifestando una progressiva motivazione e una crescente apertura verso il proprio mentore, ma anche verso tutti i soggetti coinvolti (mentee, mentori, coordinatori, referenti).

Per molti si è manifestato un miglioramento dei vissuti scolastici, acquisendo maggiore fiducia in se stessi, autostima, capacità di autovalutazione e di far fronte agli impegni.

Inoltre, in molti casi si è instaurato un positivo rapporto scuola-famiglia, generalmente ostacolato dal fatto che le problematiche familiari non vengono quasi mai comunicate ai docenti, pur essendo causa di difficoltà emotive e relazionali degli alunni.

I risultati comportamentali e cognitivi, rilevati a fine anno scolastico, sono stati diversi per gli alunni partecipanti e per i non partecipanti del gruppo di controllo. Infatti, quasi tutti i mentee, hanno beneficiato dell'intervento, specialmente per quanto attiene all'autostima ed al miglior rapporto con la scuola, diversamente con quanto si è osservato sul gruppo di controllo.

Progetto "Missione salute"

Referente: Angela Bardi

È un'iniziativa del MIUR e del Ministero della Salute, per gli studenti, le loro famiglie ed i docenti.

A tutti gli studenti del biennio della scuola secondaria superiore sono stati distribuiti nelle loro scuole sei opuscoli trattanti temi di notevole interesse: alimentazione, sessualità, dipendenze, *doping*, donazione del sangue e degli organi, servizi di primo soccorso e rischi di incidenti.

Uno speciale fascicolo è stato destinato ai docenti con suggerimenti, spunti e paradigmi didattici di lavoro per "accompagnare" gli studenti all'interno di questo progetto di educazione alla salute.

Il progetto "Missione salute", partito con il Seminario di Rimini, rivolto ai dirigenti scolastici e docenti referenti provinciali per l'educazione alla salute ed a rappresentanti dei genitori, nel dicembre 2002, è stato realizzato su tutto il territorio nazionale.

Le Direzioni Generali (attraverso incontri, circolari, messaggi di posta elettronica) hanno attivato i responsabili dei vari uffici periferici costituendo gruppi di lavoro regionali e provinciali.

L'attuazione del progetto è stata preceduta, come concordato nell'incontro seminariale di Rimini tra i docenti referenti per l'educazione alla salute e i rappresentanti dei genitori, da iniziative di informazione/formazione rivolte soprattutto ai dirigenti scolastici e ai docenti referenti delle scuole secondarie superiori.

In alcuni casi le iniziative hanno coinvolto anche le altre istituzioni del territorio, come Regioni, Province e Comuni ed in particolari le Aziende Sanitarie Locali, che da sempre collaborano con la scuola sui temi trattati dal progetto.

Gli opuscoli, da divulgare nelle scuole, sono stati distribuiti dal Poligrafico dello Stato a tutti i CSA.

Dalle numerose relazioni pervenute dalle Direzioni Generali Regionali è stato possibile seguire tutte le fasi di attuazione del progetto.

Nel mese di aprile 2003 la maggior parte degli Uffici Scolastici Provinciali aveva completato la distribuzione dei fascicoli alle scuole.

Anche nelle scuole le attività informative/formative rivolte ai docenti e ai genitori hanno sempre preceduto la distribuzione dei materiali.

Le attività di informazione/formazione sui temi del progetto rivolte agli studenti sono state avviate, nella maggior parte degli istituti scolastici, con l'inizio dell'anno scolastico 2003/04.

Per verificare le iniziative realizzate e la partecipazione al progetto di docenti, studenti e genitori è stato realizzato un monitoraggio nazionale, con il coinvolgimento dei docenti referenti per l'educazione alla salute a livello regionale. I principali risultati del monitoraggio sono illustrati nei successivi grafici.

Grafico 6
Iniziative
informative/
formative per
tematica trattata
(valori assoluti)

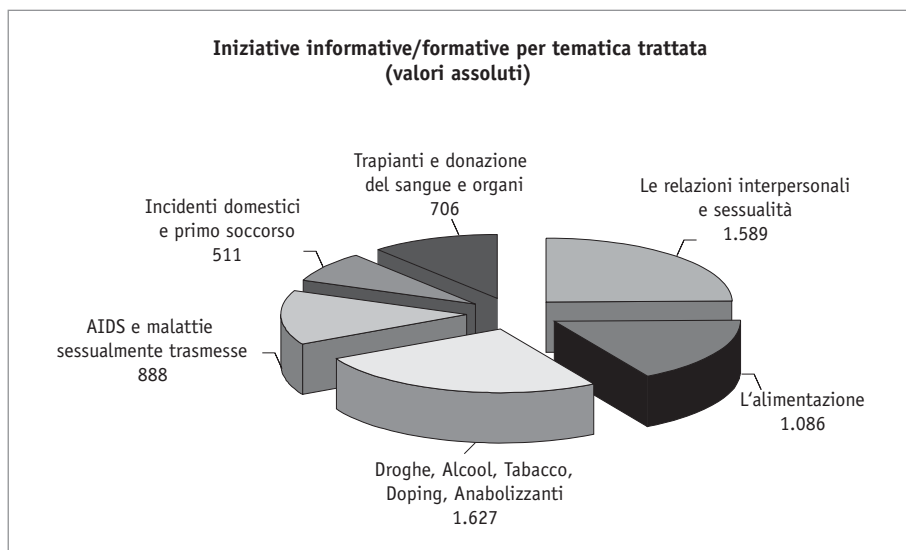


Grafico 7
Scuole per
tematica trattata
(valori assoluti)

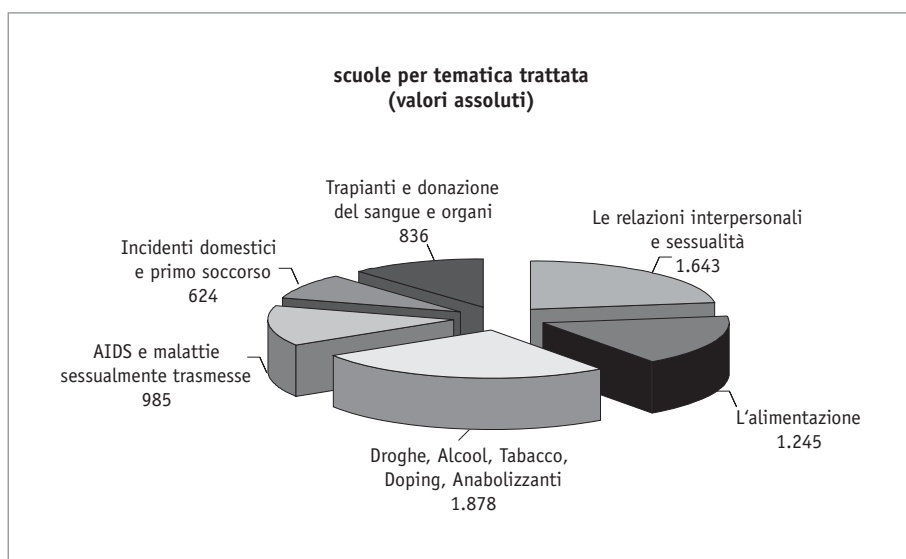
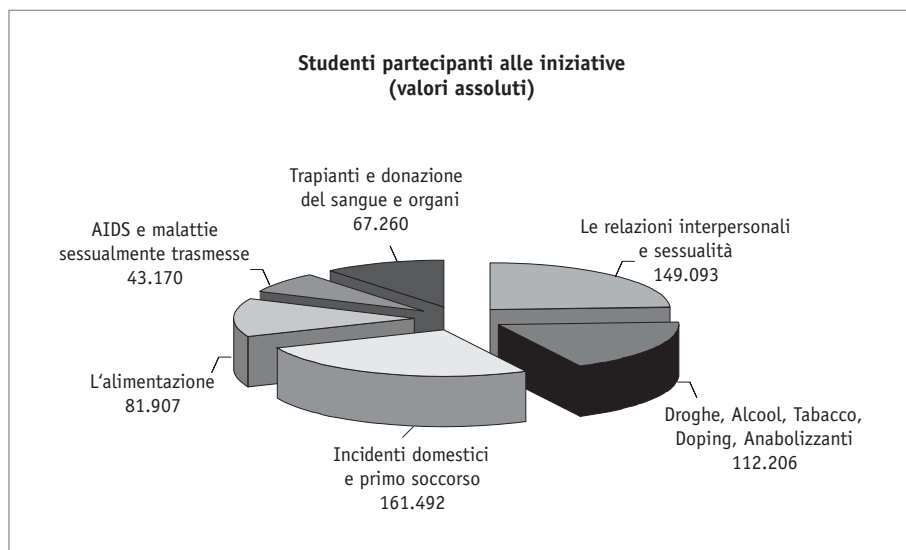


Grafico 8
Studenti partecipanti
alle iniziative
(valori assoluti)



bibliografia



- ANDREOLI V., (a cura di) *Doppia Diagnosi Tossicodipendenza Carcere* - Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, 2004.
- AA.VV., *I gruppi di auto-aiuto - un percorso dentro le dipendenze e la sieropositività*, Quaderni di Animazione e Formazione, Edizioni Gruppo Abele, 1996.
- AA.VV., *Terza Conferenza Nazionale sui Problemi Connessi con la Diffusione delle Sostanze stupefacenti e Psicotrope*, Genova 28-30 Novembre 2000.
- AA.VV., *Quinta Conferenza Mondiale sulla prevenzione dell'uso di droghe*, Atti della Conferenza, Roma, Settembre 2003.
- AA.VV., *La Peer Education, lavorare con gli adolescenti nella società del rischio*- Quaderni di Animazione e Formazione, Edizioni Gruppo Abele, 2003.
- AA.VV., *L'integrazione socio-lavorativa* - Quaderni di Animazione e Formazione, Edizioni Gruppo Abele, 2003.
- AA.VV., *Sostegno tra pari e Servizi a Bassa Soglia* - Quaderni di Animazione e Formazione, Edizioni Gruppo Abele, 2003.
- AA.VV., *Ti cambia la vita? - L'esperienza di vita maturata da alcuni ragazzi durante il loro servizio civile volontario presso le sedi del Centro di Accoglienza Padre Nostro di Palermo, fondato da Don Pino Pugliesi*, ottobre 2005.
- ASSOCIAZIONE GRUPPO ABELE, *Principi Ispiratori e Metodologia di lavoro* - 2004.
- ASSOCIAZIONE GRUPPO ABELE, *Persone, progetti, numeri - rapporto attività 2003, 2004*.
- BRIGANTINI E., GARAU S., CORTESE M., SANSEBASTIANO S., *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica, percorsi di ricerca sulla comorbidità*, Editeam, 2002.
- CINTI P., MIODINI S., QUERCIA V. (a cura di), *Manuale per operatori delle tossicodipendenze*- Fondazione Labos, 2000.
- CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA, *Strategia dell'Unione Europea in materia di droga (2005-2012)*, aprile 2005.
- CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA, *Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2005-2008)*, maggio 2005.
- CROCE M. (a cura di), *Il lavoro in strada: relazionarsi sulla strada*, in *Animazione Sociale*, n. 3, 1996, pp. 25-57.
- DE LEO G., *I contesti simbolici nella sperimentazione territoriale dei giovani a rischio*, in *L'operatore di strada*, Carocci, Roma 1995.
- DON PIERINO GELMINI, *Proposta di vita Comunità Incontro - genesi, storia, sviluppo*, Ed. Paoline, 1992.
- FANTOMA A., GERRA G., POGGI B., *Normalmente stupefacente, Indagine sulla percezione dell'opinione pubblica in Italia del fenomeno droga*, Franco Angeli, 2005.
- EDELWICH J., BROSKY A., *Burn out*, Human Sciences Press, N.Y. 1980.
- ERICKSON P.G., RILEY D., CHEUNG Y., O'HARE P., *Harm reduction. A new direction for drug policies and programs*, University of Toronto Press, 1977.
- FUZZI E. (a cura di), *Come adolescenti, l'esperienza dell'Associazione Comunità San Maurizio nel recupero di adolescenti problematici*, Associazione Comunità San Maurizio, 2004.

- GUIDICINI P., PIERETTI G. (a cura di), *San Patrignano Terapia ambientale ed effetto città*, Franco Angeli, 1996.
- GUIDICINI P., PIERETTI G. (a cura di), *San Patrignano tra Comunità e Società. Ricerca sui percorsi di vita di 711 ex-ospiti di San Patrignano*, Franco Angeli, 1994.
- LACARIA E., Zervò, *una speranza fino a ieri una realtà oggi*, Comune di Scido, 1998.
- LUCCHINI A. (a cura di), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- MACCHIA T., GIANNOTTI F.G. (a cura di), *Conoscere il cambiamento - Progetto nazionale droghe sintetiche* - Presidenza del Consiglio Dipartimento Affari Sociali Ufficio Tossicodipendenze - Istituto Superiore di Sanità Ministero della Sanità.
- MANFRÈ G., PIAZZI G., POLETTINI A. (a cura di), *Oltre la comunità. Studio multidisciplinare di ritenzione in trattamento e follow-up su ex-residenti di San Patrignano*, Franco Angeli, 2004.
- MEZZELANI F. (a cura di), *La 328 e il volontariato*, CESV Lazio, giugno 2004.
- MINISTERO DELL'INTERNO, *Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative alle date del 31 marzo e 30 giugno 1999. Analisi dei casi di decesso per assunzione di stupefacenti Primo semestre 1999. Attività delle forze di polizia nel settore degli stupefacenti e dati sui decessi tossicologicamente correlati Primo semestre 1999*, maggio 2000.
- MINISTERO DELL'INTERNO, *Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative alle date del 30 settembre e 31 dicembre 1999. Analisi dei casi di decesso per assunzione di stupefacenti anno 1999. Attività delle forze di polizia nel settore degli stupefacenti e dati sui decessi tossicologicamente correlati anno 1999*, maggio 2000.
- MINISTERO DELL'INTERNO, *Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative alle date del 30 settembre e 31 dicembre 1999. Analisi dei casi di decesso per assunzione di stupefacenti anno 1999. Attività delle forze di polizia nel settore degli stupefacenti e dati sui decessi tossicologicamente correlati anno 1999*, settembre 2000.
- MINISTERO DELL'INTERNO, *Iniziative di contrasto alle tossicodipendenze adottate a livello provinciale anno 1999*, gennaio 2001.
- MINISTERO DELL'INTERNO, DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA, *Censimento delle strutture socio-riabilitative alla data del 31 Marzo 2004*, Giugno 2005.
- MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA, *Missione Salute: indagine sulle iniziative realizzate*, Novembre 2005.
- OSSERVATORIO EUROPEO DELLE DROGHE E DELLE TOSSICODIPENDENZE, *Evoluzione del fenomeno della droga in Europa. Relazione annuale 2005*.
- PISANU N., *Progetto Uomo: il valore di una intuizione*, 2003.
- PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, DIPARTIMENTO NAZIONALE PER LE POLITICHE ANTIDROGA, *IV Conferenza Nazionale sui problemi connessi alla*

diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope - "Insieme per costruire",
Palermo, Dicembre 2005.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, DIPARTIMENTO NAZIONALE PER LE POLITICHE ANTIDROGA, UFFICIO AFFARI GENERALI E RELAZIONI INTERNAZIONALI E COMUNITARIE, *I rapporti internazionali e la lotta al narcotraffico. La Strategia antidroga ed il Piano d'Azione UE 2005-2012* - Palermo 5-6-7-Dicembre 2005.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, DIPARTIMENTO NAZIONALE POLITICHE ANTIDROGA, *Il burn out nelle figure professionali operanti nell'ambito delle tossicodipendenze.*

SANTORO G. (a cura di), *Educazione alla salute e prevenzione delle dipendenze,* 2005.

SPILLER V., SCAGLIA M., GUELFY G.P. (a cura di), *Il colloquio motivazionale nell'applicazione dell'art. 75 D.P.R. 309/90* - Ministero dell'Interno; 2001.

- 1 *I termini della formazione. Il controllo terminologico come strumento per la ricerca*, ottobre 2002
- 2 *Compendio normativo del FSE. Manuale 2000-2006*, 1ª edizione dicembre 2002, 2ª edizione aggiornata dicembre 2003
- 3 *Compendio normativo del FSE. Guida operativa*, 1ª edizione ed. dicembre 2002, 2ª edizione aggiornata dicembre 2003
- 4 *Il FSE nel web. Analisi della comunicazione attraverso Internet*, dicembre 2002
- 5 *Informazione e pubblicità del FSE: dall'analisi dei piani di comunicazione ad una proposta di indicatori per il monitoraggio e la valutazione*, luglio 2003
- 6 *Politiche regionali per la formazione permanente. Primo rapporto nazionale*, luglio 2003
- 7 *Sviluppo del territorio nella new e net economy*, luglio 2003
- 8 *Le campagne di informazione pubblica: un'esperienza nazionale sulla formazione e le politiche attive del lavoro*, settembre 2003
- 9 *L'attuazione dell'obbligo formativo. Terzo rapporto di monitoraggio*, settembre 2003
- 10 *Manuale per il tutor dell'obbligo formativo. Manuale operativo e percorsi di formazione*, settembre 2003
- 11 *Secondo rapporto sull'offerta di formazione professionale in Italia. Anno formativo 2000-2001*, settembre 2003
- 12 *Fondo sociale europeo: strategie europee e mainstreaming per lo sviluppo dell'occupazione*, ottobre 2003
- 13 *Il Centro di Documentazione: gestione e diffusione dell'informazione*, ottobre 2003
- 14 *I contenuti per l'apprendistato*, ottobre 2003
- 15 *Formazione continua e politiche di sostegno per le micro-imprese*, dicembre 2003
- 16 *L'apprendimento organizzativo e la formazione continua on the job*, dicembre 2003
- 17 *L'offerta di formazione permanente in Italia. Primo rapporto nazionale*, dicembre 2003
- 18 *Formazione permanente: chi partecipa e chi ne è escluso. Primo rapporto nazionale sulla domanda*, dicembre 2003
- 19 *La qualità dell'e-learning nella formazione continua*, dicembre 2003
- 20 *Linee guida per la valutazione del software didattico nell'e-learning*, dicembre 2003
- 21 *Apprendimento in età adulta. Modelli e strumenti*, marzo 2004
- 22 *Il monitoraggio e la valutazione dei Piani di comunicazione regionali: prima fase applicativa del modello di indicatori*, aprile 2004

- 23 *La comunicazione nelle azioni di sistema e nel mainstreaming per la società dell'informazione: un modello di analisi e valutazione*, aprile 2004
- 24 *La formazione continua nella contrattazione collettiva*, maggio 2004
- 25 *Definizione di un modello di valutazione ex-ante della qualità degli interventi fad/e-learning cofinanziati dal FSE (volume + cd rom)*, maggio 2004
- 26 *Appunti sull'impresa sociale*, maggio 2004
- 27 *Adult education - Supply, demand and lifelong learning policies. Synthesis report*, maggio 2004
- 28 *Formazione continua e grandi imprese (volume + cd rom)*, maggio 2004
- 29 *Guida al mentoring. Istruzioni per l'uso*, giugno 2004
- 30 *Gli appalti pubblici di servizi e il FSE. Guida operativa*, giugno 2004
- 31 *La filiera IFTS: tra sperimentazione e sistema. Terzo rapporto nazionale di monitoraggio e valutazione dei percorsi IFTS*, giugno 2004
- 32 *Una lente sull'apprendistato: i protagonisti ed i processi della formazione*, giugno 2004
- 33 *Tecnici al lavoro. Secondo rapporto nazionale sugli esiti formativi ed occupazionali dei corsi IFTS*, giugno 2004
- 34 *Approcci gestionali e soluzioni organizzative nei servizi per l'impiego*, giugno 2004
- 35 *Indagine campionaria sul funzionamento dei centri per l'impiego*, giugno 2004
- 36 *Indirizzi operativi per l'attuazione delle linee guida V.I.S.P.O. Indicazioni per il Fondo sociale europeo*, luglio 2004
- 37 *L'attuazione dell'obbligo formativo. Quarto rapporto di monitoraggio*, luglio 2004
- 38 *Terzo rapporto sull'offerta di formazione professionale in Italia*, settembre 2004
- 39 *Accreditamento delle sedi orientative* 8 volumi in cofanetto, settembre 2004
- 40 *Trasferimento di buone pratiche: analisi dell'attuazione*, ottobre 2004
- 41 *Trasferimento di buone pratiche: schede di sintesi*, ottobre 2004
- 42 *Guida al mentoring in carcere*, novembre 2004
- 43 *Applicazione del modello di valutazione della qualità dei sistemi. Prima sperimentazione nell'area Obiettivo 3*, novembre 2004
- 44 *Certificazione delle competenze e life long learning. Scenari e cambiamenti in Italia ed in Europa*, dicembre 2004
- 45 *Fondo sociale europeo: politiche dell'occupazione*, dicembre 2004
- 46 *Le campagne di informazione e comunicazione della pubblica amministrazione*, dicembre 2004
- 47 *Le azioni di sistema nazionali: tra conoscenza, qualificazione e innovazione (volume + cd rom)*, gennaio 2005
- 48 *L'analisi dei fabbisogni nella programmazione FSE 2000-2006: stato di attuazione al termine del primo triennio*, gennaio 2005
- 49 *I profili professionali nei servizi per l'impiego in Italia ed in Europa*, gennaio 2005

- 50 *Le strategie di sviluppo delle risorse umane del Centro-nord. Un'analisi dei bandi di gara ed avvisi pubblici in obiettivo 3 2000-2003*, gennaio 2005
- 51 *La rete, i confini, le prospettive. Rapporto apprendistato 2004*, febbraio 2005
- 52 *La spesa per la formazione professionale in Italia*, febbraio 2005
- 53 *La riprogrammazione del Fondo sociale europeo nel nuovo orizzonte comunitario* (volume + cd rom), marzo 2005
- 54 *Informare per scegliere. Strumenti e documentazione a supporto dell'orientamento al lavoro e alle professioni*, aprile 2005
- 55 *Conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare. Integrazione delle politiche a problemi di valutazione*, aprile 2005
- 56 *Modelli e servizi per la qualificazione dei giovani. V rapporto di monitoraggio dell'obbligo formativo*, maggio 2005
- 57 *La simulazione nella formazione a distanza: modelli di apprendimento nella Knowledge society* (volume + cd rom), giugno 2005
- 58 *La domanda di lavoro qualificato. Le inserzioni a "modulo" nel 2003*, giugno 2005
- 59 *La formazione continua nelle piccole e medie imprese del Veneto. Atteggiamenti, comportamenti, ruolo del territorio*, settembre 2005
- 60 *La moltiplicazione del tutor. Fra funzione diffusa e nuovi ruoli professionali*, settembre 2005
- 61 *Quarto rapporto sull'offerta di formazione professionale in Italia. Anno formativo 2002-2003*, settembre 2005
- 62 *La Ricerca di lavoro. Patrimonio formativo, caratteristiche premianti, attitudini e propensioni dell'offerta di lavoro in Italia*, settembre 2005
- 63 *I formatori della formazione professionale. Come (e perché) cambia una professione*, ottobre 2005
- 64 *I sistemi regionali di certificazione: monografie*, ottobre 2005
- 65 *Il Fondo Sociale Europeo nella programmazione 2000-2006: risultati e prospettive. Atti dell'Incontro Annuale QCS Ob3. Roma, 31 gennaio-1 febbraio 2005*, ottobre 2005
- 66 *Trasferimento di buone pratiche: case study. Terzo volume*, ottobre 2005
- 67 *Applicazione del modello di valutazione della qualità dei sistemi formativi in obiettivo 1. Seconda sperimentazione in ambito regionale*, novembre 2005
- 68 *L'accompagnamento per contrastare la dispersione universitaria. Mentoring e tutoring a sostegno degli studenti*, novembre 2005
- 69 *Analisi dei meccanismi di governance nell'ambito della programmazione regionale FSE 2000-2006*, dicembre 2005
- 70 *La valutazione degli interventi del Fondo sociale europeo 2000-2006 a sostegno dell'occupazione. Indagini placement Obiettivo 3*, gennaio 2006
- 71 *Aspettative e comportamenti di individui e aziende in tema di invecchiamento della popolazione e della forza lavoro. I risultati di due indagini*, febbraio 2006
- 72 *La domanda di lavoro qualificato: le inserzioni "a modulo" nel 2004*, febbraio 2006

- 73 *Insegnare agli adulti: una professione in formazione*, marzo 2006
- 74 *Il governo locale dell'obbligo formativo. Indagine sulle attività svolte dalle Province per la costruzione del sistema di obbligo formativo*, marzo 2006
- 75 *Dipendenze e Mentoring. Prevenzione del disagio giovanile e sostegno alla famiglia*, maggio 2006
- 76 *Guida all'Autovalutazione per le strutture scolastiche e formative. Versione italiana della Guida preparata dal Technical Working Group on Quality con il supporto del Cedefop*, giugno 2006
- 77 *Modelli e metodologie per la formazione continua nelle Azioni di Sistema. I progetti degli Awisi 6 e 9 del 2001 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*, giugno 2006



Finito di stampare nel mese di maggio 2006
dalla Rubbettino Industrie Grafiche ed Editoriali
88049 Soveria Mannelli (Catanzaro)