



Approccio assistenziale a vecchie e nuove dipendenze

Lezione 1 — Analisi critica dei termini

Dal titolo del corso alla costruzione dello sguardo
professionale

Dove si colloca questa lezione

La prima lezione costruisce le lenti con cui leggere tutto il corso.

1 Parole

dipendenza, droga, assistenza, cura

2 Costrutti

gli occhiali con cui vediamo il mondo

3 Sostanze e farmaci

usi, effetti, trattamenti, contesti

4 Comunità

residenzialità, vita quotidiana, équipe

5 Servizi

soglie, filiere, continuità, accesso

6 Partecipazione

utenti, ESP, sapere esperienziale

Perché partire dalle parole?

Le parole non descrivono soltanto il fenomeno: orientano lo sguardo, distribuiscono responsabilità, aprono o chiudono possibilità di intervento.

Nominare è già intervenire

Quando diciamo “droga”, “dipendenza”, “malattia”, “paziente”, “utente”, non scegliamo semplicemente un lessico tecnico. Produciamo un certo modo di vedere la persona, il servizio e il compito dell’infermiere.

Il punto di partenza del corso è imparare a riconoscere questi effetti.

Il titolo del corso come campo di tensioni

Ogni parola del titolo contiene una scelta teorica, professionale e organizzativa.

Approccio

postura, distanza, modo di entrare nella relazione

Vecchie / nuove

cambiamento degli oggetti, dei contesti e delle forme di allarme sociale

Assistenziale

aiuto, cura, rischio di passivizzazione, partecipazione

Dipendenze

esperienze, pratiche, legami, diagnosi, servizi, controllo

“Approccio”: una postura prima di una tecnica

Nel lavoro clinico-assistenziale l’approccio non coincide con una procedura: riguarda il modo in cui si entra nella scena dell’incontro.

“

Prima di chiedersi che cosa fare, occorre chiedersi da quale posizione si sta guardando e quale posizione viene assegnata all’altra persona.

- clinè: chinarsi verso qualcuno, senza trasformarlo in un oggetto muto
- contesto: il significato cambia tra SerD, reparto, comunità, strada, carcere, domicilio
- interazione: ogni intervento modifica la relazione e il modo in cui la persona può raccontarsi

Tre domande operative per l'infermiere

L'analisi critica dei termini diventa utile quando cambia le domande pratiche.

1 Chi sto incontrando?

una diagnosi, una storia, un ruolo, una persona dentro relazioni concrete

2 Che cosa sto rendendo possibile?

accesso, fiducia, continuità, sicurezza, parola, partecipazione

3 Che effetto produce il mio intervento?

sostegno, controllo, delega, autonomia, stigma, riconoscimento

“Assistenziale”: da erogazione a relazione di cura

Il termine può rimanere dentro una logica verticale oppure diventare una pratica di accompagnamento situata.

Quando resta verticale

La persona appare soprattutto come destinataria di prestazioni, portatrice di deficit, rischio o non-compliance. Il servizio definisce il problema e la persona viene letta a partire dalla sua adesione.

Quando diventa relazionale

L'assistenza costruisce condizioni di possibilità: accesso, fiducia, continuità, comprensione del contesto, negoziazione dei significati e sostegno alla partecipazione.

Il rischio: assistere senza ascoltare

Una presa in carico può essere tecnicamente corretta e, allo stesso tempo, ridurre la persona al problema che il servizio riconosce.

**Il servizio
non vede mai
tutto.**

- ciò che viene scritto in cartella non coincide con l'intera esperienza della persona
- ciò che viene definito “bisogno” dipende anche dalle categorie disponibili nel servizio
- ciò che viene chiamato “cura” può essere vissuto come aiuto, controllo, protezione o esclusione

Il corso lavora su questa soglia: tra necessità di intervento e rischio di semplificazione.

“Vecchie” e “nuove” dipendenze

La distinzione è utile solo se non diventa una classificazione rigida.

Non cambiano solo gli oggetti del consumo. Cambiano i contesti, le tecnologie, le economie dell’attenzione, le forme di allarme sociale e i modi in cui i servizi riconoscono un problema.

- alcol, oppiacei, cocaina, cannabis e gioco d’azzardo non diventano “vecchi” perché emergono nuovi oggetti
- smartphone, gaming, social media e shopping digitale interrogano il confine tra uso, abitudine, consumo e dipendenza
- la domanda decisiva non è solo “che cosa crea dipendenza?”, ma “quando e perché qualcosa viene trattato come dipendenza?”

La dipendenza come costrutto

Un costrutto non è una finzione: è un modo organizzato di rendere leggibile una realtà complessa.

Rende visibile

ripetizione, perdita di controllo, craving, astinenza, danno, rischio, richiesta di aiuto, necessità di protezione

Può rendere invisibile

piacere, legami, condizioni materiali, funzioni sociali del consumo, strategie di sopravvivenza, ambivalenza, risorse

L'obiettivo non è eliminare le categorie, ma usarle sapendo che ogni categoria produce anche un punto cieco.

“Droga”: una parola che classifica

Il termine non indica soltanto una sostanza. Introduce un giudizio, una norma, un regime di controllo e una distanza sociale.

Chimica

molecola, dosaggio, effetto sul corpo

Diritto

lecito, illecito, prescrivibile, perseguibile

Morale

vizio, colpa, responsabilità, pericolosità

Servizi

accesso, presa in carico, diagnosi, trattamento

La stessa sostanza può essere cura, piacere, rischio, illecito, automedicazione o oggetto di stigma a seconda del contesto in cui viene collocata.

Farmaco, droga, veleno

Non è la molecola da sola a decidere il significato sociale di una sostanza.

dose

uso

contesto

La “velenosità” di una sostanza non sta in una qualità morale della sostanza stessa. Dipende da quantità, modalità, competenze, scopi, regole sociali e condizioni materiali d’uso.

Questa distinzione diventa centrale quando discuteremo sostanze e farmaci nei SerD.

“Tossicodipendenza”: dal corpo alla biografia

La definizione clinica può nominare un funzionamento, ma non esaurisce l'esperienza.

- il corpo conta: astinenza, tolleranza, craving, effetti collaterali, rischi infettivi e complicanze
- la storia conta: relazioni, lavoro, casa, vergogna, riconoscimento, opportunità, traiettorie di esclusione
- il servizio conta: ciò che viene accolto, scritto, trattato, rinviato o non riconosciuto

“

*Il problema clinico non scompare quando lo collochiamo nel contesto.
Diventa più leggibile e meno riducibile.*

Vizio e malattia: due grammatiche del controllo

La storia delle dipendenze oscilla spesso tra colpa morale e perdita di controllo individuale.

Vizio

Il consumo viene letto come mancanza morale, debolezza, irresponsabilità. La risposta tende alla correzione, alla punizione o alla vergogna.

Malattia

Il consumo viene letto come perdita di controllo, funzionamento alterato, bisogno di trattamento. La risposta tende alla cura, ma può produrre passivizzazione.

La questione non è scegliere una parola definitiva. È capire che cosa ogni parola autorizza a fare.

Autocontrollo, controllo sociale, cura

La domanda critica riguarda il modo in cui un servizio sostiene le persone senza trasformare l'aiuto in pura coercizione.

“

Il comportamento umano può essere controllato dalla persona stessa, mediante autocontrollo, oppure da un'altra persona o gruppo, mediante coercizione.

Szasz, 1974

- in quali situazioni l'intervento protegge?
- in quali situazioni l'intervento riduce agency e parola?
- come si costruisce una cura che non abbia bisogno di cancellare il conflitto?

“Malattia del cervello”: cosa guadagna e cosa perde

La dimensione neurobiologica è importante, ma non può diventare l'unico luogo in cui cercare il significato del consumo.

Guadagna

riconoscimento sanitario, accesso a cure, riduzione della colpa morale, legittimazione di trattamenti e farmaci

Rischia di perdere

biografia, contesto, piacere, potere, condizioni sociali, reti, responsabilità collettiva e voce della persona

Tenere insieme corpo, contesto e significato è più difficile, ma è anche più utile per l'assistenza.

Oltre i sintomi

Un sintomo non esiste mai senza qualcuno che lo osserva, lo nomina e decide che cosa farne.

Sintomo

che cosa appare
problematico?

Osservatore

chi lo riconosce come
problema?

Contesto

dove diventa visibile o
invisibile?

Risposta

quale intervento diventa
possibile?

Il corso invita a spostare la domanda: non solo “quali sintomi?”, ma
“quale scena rende questi sintomi comprensibili?”

Stigma: non solo un pregiudizio individuale

Lo stigma funziona come un dispositivo sociale: orienta aspettative, accesso ai servizi, qualità dell'ascolto e possibilità di futuro.

- produce distanza: “noi” che curiamo e “loro” che consumano
- anticipa l'identità: la persona viene vista prima attraverso il consumo che attraverso la sua storia
- condiziona l'accesso: vergogna, paura del giudizio, ritardi nella richiesta di aiuto
- entra nei servizi: tono, linguaggio, cartelle, aspettative di cambiamento, fiducia concessa o negata

Anche i modelli scientifici producono realtà

Le cornici cliniche e organizzative non sono solo descrizioni: diventano modi per distribuire risorse, ruoli e legittimità.

Quando un modello diventa “ovvio”, smette di apparire come un modello.

- definisce quali domande sono professionali e quali restano fuori campo
- stabilisce chi può parlare con autorevolezza del problema
- trasforma alcune esperienze in dati e altre in rumore
- orienta il confine tra cura, controllo, protezione e normalizzazione

Dal soggetto isolato al contesto di vita

Il consumo si comprende meglio se lo si colloca dentro reti, ambienti, opportunità, vincoli e pratiche quotidiane.

corpo

relazioni

casa

lavoro

servizi

strada

legge

economia

L'intervento assistenziale diventa più preciso quando non confonde la persona con il suo comportamento e non confonde il comportamento con la sostanza.

Recovery plurale e relazionale

La recovery non è una traiettoria unica né un sinonimo di guarigione lineare. È un processo situato, negoziato e spesso discontinuo.

Pluralità

Le persone attribuiscono significati diversi al cambiamento: astinenza, consumo più sicuro, riconnessione, lavoro, diritti, casa, relazioni, appartenenza.

Relazionalità

Il cambiamento non accade solo “dentro” l’individuo. Prende forma nelle relazioni, nei contesti, nelle opportunità e nei modi in cui i servizi rispondono.

Partecipazione ed ESP nel senso del corso

Il sapere esperienziale non aggiunge solo una testimonianza: introduce altre domande sul modo in cui i servizi definiscono problemi, bisogni e soluzioni.

**Dalla persona come destinataria
alla persona come interlocutrice**

- partecipazione: costruire spazi in cui la voce degli utenti modifichi decisioni e pratiche
- ESP: trasformare esperienza vissuta in competenza situata, riconoscibile e utilizzabile nei servizi
- rischio da evitare: presenza simbolica senza potere reale di incidere

Questa prospettiva collega la prima lezione alle ultime: parole, servizi e partecipazione fanno parte della stessa architettura.

I servizi come architettura

Un servizio non è solo un luogo. È un insieme di soglie, percorsi, documenti, tempi, ruoli e possibilità di accesso.

Soglie

chi riesce a entrare, restare, tornare?

Filiere

quali passaggi collegano SerD, comunità, ospedale, carcere, territorio?

Scritture

che cosa diventa tracciabile, comunicabile, decidibile?

Ruoli

chi ha voce nel definire il problema e il percorso?

Questa sarà la chiave della lezione dedicata all'architettura dei servizi.

Dove incontra l'infermiere le dipendenze?

La stessa persona può essere incontrata in scene molto diverse: ogni scena produce compiti, linguaggi e rischi differenti.

SerD

continuità, farmaci, presa in carico, relazione nel tempo

Pronto soccorso

urgenza, intossicazioni, astinenze, rischio, aggancio

Comunità

quotidianità, regole, convivenza, cura del clima

Carcere

salute, controllo, diritti, accesso, continuità esterno-interno

Domicilio/territorio

prossimità, ambiente di vita, rete, fragilità sociali

Il ruolo dell'infermiere nel corso della recovery

La competenza infermieristica non è solo esecuzione tecnica: è presenza, lettura del contesto, continuità e traduzione tra mondi.

Primo contatto

accoglienza, fiducia, riduzione della distanza

Traduzione

tra persona, équipe, cartella, famiglia, servizio

Continuità

monitoraggio, farmaci, osservazione, ritorni nel tempo

Partecipazione

sostenere agency e possibilità di parola nel percorso

Il punto non è diventare “meno clinici”, ma più capaci di leggere la complessità della scena clinica.

Attività: leggere una storia senza ridurla

Per ogni caso clinico-assistenziale proveremo a distinguere ciò che vediamo da ciò che le nostre categorie ci fanno vedere.

- quali parole vengono usate per descrivere la persona?
- quali aspetti della storia restano fuori dalla definizione del problema?
- quale intervento diventa ovvio se uso una certa parola?
- che cosa cambierebbe se entrasse la voce dell'utente o di un ESP?

Obiettivo: allenare uno sguardo clinico capace di non scambiare la mappa per il territorio.

Domande guida per la discussione

Non servono risposte definitive: servono domande che rendano più preciso il modo di osservare.

- quando una pratica di consumo diventa un problema per il servizio?
- chi ha il potere di nominare il problema e con quali effetti?
- quali interventi sostengono autonomia senza negare vulnerabilità e rischio?
- come può l'infermiere ridurre stigma e aumentare possibilità di accesso?
- dove può entrare la partecipazione degli utenti nelle pratiche quotidiane?

Cosa portiamo alla prossima lezione

Dopo aver interrogato le parole, costruiremo gli occhiali concettuali con cui osservare consumi, ruoli e servizi.

Costrutti come lenti per vedere

- dalla dipendenza come entità alla dipendenza come costruzione situata
- dal consumo come comportamento isolato al consumo come pratica dotata di significato
- dalla tossicodipendenza alla tossicofilia: interesse, piacere, legame, rischio, contesto
- dall'assistenza alla costruzione di condizioni di possibilità

Cornici teoriche di riferimento

Riferimenti utili per leggere la lezione come apertura critica del corso.

- Becker — devianza, etichettamento, costruzione sociale del problema
- Foucault — clinica, dispositivi, sapere/potere, normalizzazione
- Szasz — critica del modello malattia/controllo nelle dipendenze
- Rhodes — risk environment e contesto sociale del rischio
- Marlatt e approcci di harm reduction — pragmatismo, salute, accesso
- Recovery e partecipazione — sapere esperienziale, agency, pluralità dei percorsi

Questi riferimenti non chiudono il discorso: aiutano a tenere aperta la complessità senza perdere orientamento operativo.