



**UNIMORE**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
MODENA E REGGIO EMILIA

**Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia**  
**Dipartimento di Educazione e Scienze Umane**

**Corso di Laurea Magistrale in**  
**Scienze Pedagogiche**

**A.A. 2024/2025**

**Pregiudizio e dipendenza: una ricerca empirica sullo stigma nei  
percorsi di cura presso un centro terapeutico**

**Relatore: Prof. Gian Antonio Di Bernardo**

**Laureanda: Grazia Sciascia**

*“Non ci si libera di una cosa evitandola, ma soltanto attraversandola.”*

Cesare Pavese, *Il mestiere di vivere*.

A chi ha attraversato il buio  
e si è fermato lungo il cammino.  
A chi non ha visto la fine di questo viaggio,  
ma ne ha conosciuto tutta la fatica.  
Questo traguardo appartiene, in parte, anche a voi.

## INDICE

Introduzione .....	1
CAPITOLO 1	
Dalle sostanze psicoattive alla dipendenza: definizioni, fattori di rischio e conseguenze.....	6
1.1 <i>Le sostanze psicoattive: definizione, caratteristiche e classificazione.....</i>	6
1.2 <i>L'uso di sostanze psicoattive nella storia.....</i>	10
1.3 <i>Uso, abuso e dipendenza: definizioni fondamentali.....</i>	15
1.4 <i>La tossicodipendenza come fenomeno complesso.....</i>	17
1.5 <i>Modelli interpretativi della tossicodipendenza .....</i>	20
1.6 <i>Fattori di rischio e traiettorie di sviluppo.....</i>	25
1.7 <i>Conseguenze della dipendenza sulla persona e sulle relazioni sociali.....</i>	27
CAPITOLO 2	
Pregiudizio, stigma ed etichettamento nelle persone con disturbi da uso di sostanze .....	30
2.1 <i>La dipendenza come costruzione sociale della devianza .....</i>	30
2.2 <i>La natura del pregiudizio: da Allport a Goffman nelle rappresentazioni della dipendenza .....</i>	34
2.3 <i>Lo stigma nella tossicodipendenza: dal modello di Goffman alle declinazioni contemporanee.....</i>	38
2.4 <i>L'etichettamento nella tossicodipendenza: dalla Labeling Theory di Becker alle conseguenze educative .....</i>	42
2.5 <i>Le conseguenze relazionali ed educative dello stigma: dalla "spoiled identity" di Goffman ai percorsi di esclusione sociale .....</i>	48
2.6 <i>Lo stigma come processo sociale complesso: il modello teorico di Link e Phelan .....</i>	50
CAPITOLO 3	
Disimpegno morale, deumanizzazione e infraumanizzazione nelle dipendenze .....	54
3.1 <i>Il disimpegno morale: il modello socio-cognitivo di Bandura.....</i>	54
3.2 <i>Dipendenze e disimpegno morale: narrazioni sociali e autoassoluzione .....</i>	58
3.3 <i>La deumanizzazione delle persone con dipendenza: dal contributo di Haslam alle forme contemporanee di esclusione .....</i>	64
3.4 <i>Infraumanizzazione e negazione dell'umanità: la teoria di Leyens e le emozioni secondarie .....</i>	69
3.5 <i>Conseguenze della deumanizzazione nei percorsi educativi e di cura .....</i>	72
3.6 <i>Prospettive pedagogiche del riconoscimento: da Honneth all'educazione inclusiva.....</i>	75
CAPITOLO 4	
I servizi per le dipendenze e l'indagine empirica su atteggiamenti giudicanti e stigma in un centro diurno .....	81
4.1 <i>I percorsi terapeutici e riabilitativi nelle dipendenze: continuità della cura e personalizzazione degli interventi.....</i>	81

4.1.1.	<i>Il quadro normativo dei servizi per le dipendenze</i> .....	84
4.1.2	<i>I Servizi per le Dipendenze (SerD)</i> .....	86
4.1.3	<i>I Centri di Salute Mentale (CSM)</i> .....	88
4.1.4	<i>Le comunità terapeutiche</i> .....	90
4.1.5	<i>I centri diurni e i servizi di reinserimento</i> .....	92
4.2	<i>Obiettivi di ricerca</i> .....	94
4.3	<i>Il contesto della ricerca in un centro diurno per le dipendenze</i> .....	96
4.4	<i>Metodo</i> .....	100
4.4.1	<i>Partecipanti</i> .....	101
4.4.2	<i>Procedura</i> .....	102
4.4.3	<i>Consenso informato e tutela etica dei partecipanti</i> .....	104
4.4.4	<i>Strumento di ricerca: la traccia di intervista semi strutturata</i> .....	105
4.5	<i>Presentazione e discussione dei risultati</i> .....	108
Conclusioni	.....	114
Bibliografia	.....	117
Sitografia	.....	121

## **Introduzione**

Nel panorama contemporaneo, il fenomeno dell'uso di sostanze psicoattive e delle dipendenze rappresenta una realtà complessa e articolata, che interpella in modo significativo non solo l'ambito sanitario, ma anche quello sociale, culturale ed educativo. Affrontare il tema della dipendenza significa confrontarsi con un'esperienza che non può essere ridotta a una semplice condizione clinica o a un comportamento deviante, ma che coinvolge la persona nella sua interezza, nella sua storia, nelle sue relazioni e nei contesti di vita in cui è inserita. Per questa ragione, nel presente lavoro si è scelto di adottare una prospettiva centrata sulla persona, facendo riferimento non a categorie riduttive o stigmatizzanti, ma a persone che fanno uso di sostanze psicoattive o persone con dipendenza, al fine di restituire complessità e dignità all'esperienza umana che si intende indagare.

L'uso di sostanze psicoattive accompagna la storia dell'umanità fin dalle sue origini, assumendo nel tempo significati differenti a seconda dei contesti culturali, sociali e simbolici in cui si è sviluppato. In molte società, tali sostanze sono state impiegate in pratiche rituali, terapeutiche o comunitarie, contribuendo alla costruzione di forme di appartenenza e di significato condiviso. Solo in epoca relativamente recente alcune sostanze sono state progressivamente associate a dimensioni di rischio, devianza e patologia, dando origine a una serie di dispositivi normativi e di controllo che hanno profondamente trasformato il modo in cui il fenomeno viene interpretato e gestito. Questo processo ha inciso non soltanto sulle pratiche di consumo, ma anche sulle rappresentazioni sociali delle persone coinvolte, contribuendo alla diffusione di immagini semplificate e spesso stigmatizzanti.

In questa prospettiva, l'esperienza della dipendenza non può essere compresa esclusivamente alla luce delle proprietà farmacologiche delle sostanze o dai meccanismi neurobiologici che ne accompagnano l'uso. Sebbene tali aspetti risultino indubbiamente rilevanti, esse rappresentano soltanto una parte del fenomeno. Le persone che fanno uso di sostanze si muovono infatti all'interno di storie concrete, segnate da fragilità, vissuti affettivi, rotture, bisogni di appartenenza e tentativi, talvolta faticosi, di fronteggiare sofferenza, vuoto o disorientamento. In molti casi, la sostanza non viene ricercata soltanto per i suoi effetti di piacere, ma assume la funzione di strumento attraverso cui rendere più tollerabile un'esperienza emotiva difficile. La dipendenza può allora configurarsi come una modalità, spesso fragile e disfunzionale, di risposta a bisogni profondi, legati al riconoscimento, all'appartenenza e alla regolazione emotiva.

Accanto alla dimensione individuale, risulta fondamentale considerare il ruolo dei processi di costruzione sociale del fenomeno. Le società contribuiscono a definire ciò che è considerato accettabile o deviante, legittimo o illegittimo, attraverso sistemi normativi e rappresentazioni collettive che incidono profondamente sul modo in cui le persone che fanno uso di sostanze vengono percepite e trattate. La distinzione tra sostanze legali e illegali, così come le immagini associate ai consumatori, non dipende esclusivamente dalla pericolosità farmacologica delle sostanze, ma è il risultato di processi storici e culturali che costruiscono significati e attribuiscono valore ai comportamenti. Anche la dipendenza si colloca dentro questo campo di tensioni, dove la sofferenza della persona rischia spesso di essere letta attraverso categorie moralizzanti o stereotipate. In questo senso, uno dei nodi più rilevanti è rappresentato dallo stigma. Le persone con dipendenza si trovano frequentemente a confrontarsi con rappresentazioni sociali che le descrivono come irresponsabili, incapaci di controllo o pericolose, contribuendo a una riduzione della persona alla sua condizione. Questo processo di etichettamento può avere conseguenze significative, non solo sul piano sociale, ma anche su quello personale, incidendo sull'autostima, sul senso di efficacia e sulla possibilità di intraprendere percorsi di cambiamento. Lo stigma può, inoltre, costituire un ostacolo concreto all'accesso ai servizi di cura e ai contesti di supporto, rafforzando dinamiche di isolamento e marginalizzazione.

A tali dinamiche si affiancano processi più sottili, ma altrettanto incisivi, come il disimpegno morale e la deumanizzazione. Attraverso specifici meccanismi cognitivi e sociali, le persone che fanno uso di sostanze possono essere progressivamente collocate in una posizione di alterità, come se fossero lontane, meno degne di attenzione o di cura. In questo modo, diventa più facile giustificare atteggiamenti di indifferenza, distanza o esclusione, che contribuiscono a consolidare barriere relazionali e istituzionali. Comprendere tali processi significa interrogarsi non soltanto sul fenomeno della dipendenza, ma anche sugli sguardi e sui linguaggi attraverso cui la società costruisce le proprie categorie di normalità e devianza.

Il presente lavoro si colloca all'interno di questa prospettiva e si propone di analizzare il fenomeno dell'uso di sostanze psicoattive e delle dipendenze attraverso uno sguardo multidimensionale, capace di integrare dimensioni cliniche, sociali ed educative. In particolare, l'obiettivo è quello di mettere in luce come le rappresentazioni sociali, i processi di stigmatizzazione e i meccanismi di deumanizzazione incidano profondamente sui percorsi delle persone con dipendenza, influenzando non solo la percezione del fenomeno, ma anche le pratiche di intervento e le possibilità di recupero. La tesi intende interrogare il rapporto tra dipendenza, riconoscimento e pratiche educative, e si sviluppa attraverso un duplice movimento: da un lato l'approfondimento teorico della dipendenza come fenomeno multidimensionale, dall'altro l'esplorazione del modo in

cui lo stigma viene percepito e affrontato nei servizi. Se infatti la letteratura evidenzia la pervasività dei processi di etichettamento e discredito nei confronti delle persone con dipendenza, appare altrettanto importante interrogarsi su come tali dinamiche vengono colte da coloro che, quotidianamente, lavorano nei contesti di cura e accompagnamento.

In questo quadro si colloca la domanda di ricerca che ha guidato l'indagine: *come viene percepito e affrontato, dal punto di vista degli operatori dei servizi per le dipendenze, lo stigma nei confronti delle persone con tossicodipendenza, e quali implicazioni assume tale fenomeno nei percorsi educativi, terapeutici e di reinserimento sociale?*

La scelta di assumere il punto di vista dei professionisti risponde proprio all'esigenza di guardare a una riflessione teorica e insieme ad una pratica professionale; gli operatori dei servizi per le dipendenze si trovano infatti in una posizione privilegiata per osservare l'intreccio tra sofferenza individuale, rappresentazioni sociali, dispositivi istituzionali e possibilità di cambiamento.

La rilevanza di questo interrogativo sta nel fatto che lo stigma non costituisce soltanto una cornice esterna all'esperienza della dipendenza, ma può incidere in modo concreto sui percorsi di cura. Esso può ostacolare la domanda di aiuto, indebolire la fiducia nei servizi, compromettere il senso di efficacia personale e rendere più difficile immaginare un futuro diverso da quello già imposto dall'etichetta. Allo stesso tempo, il modo in cui gli operatori percepiscono e affrontano tale fenomeno diventa un indicatore importante della qualità educativa e relazionale dei servizi stessi. Interrogarsi sullo stigma dal loro punto di vista significa quindi entrare nel cuore di una questione decisiva: capire se e come i contesti di cura riescano a proporsi come spazi di riconoscimento, di apertura e di possibilità, e non soltanto come luoghi deputati alla gestione del disagio.

La ricerca si sviluppa come un'indagine qualitativa, orientata a cogliere significati, interpretazioni e letture professionali del fenomeno. In tale prospettiva, l'interesse non è rivolto alla misurazione quantitativa dello stigma, ma alla comprensione del modo in cui esso venga riconosciuto, nominato e affrontato nella pratica quotidiana dei servizi, nonché alle implicazioni che assume nei percorsi educativi, terapeutici e di reinserimento sociale.

All'interno di questa cornice, il contributo della pedagogia assume un ruolo centrale. Adottare una prospettiva pedagogica significa spostare l'attenzione dalla sola dimensione del sintomo alla persona nella sua interezza, riconoscendone la storia, le risorse e le possibilità di trasformazione. L'educazione, in questo senso, non si limita alla prevenzione o al contenimento dei comportamenti problematici, ma si configura come pratica relazionale orientata al riconoscimento, alla responsabilità e alla costruzione di significati condivisi. La categoria della cura diventa così un elemento fondamentale, intesa non come semplice assistenza, ma come atteggiamento che implica prossimità, attenzione e disponibilità a incontrare l'altro nella sua vulnerabilità.

Il lavoro si articola in quattro capitoli. Nel primo capitolo viene tracciata la cornice teorica generale del fenomeno. In questa parte si analizzano anzitutto le sostanze psicoattive, chiarendone definizione, caratteristiche e principali criteri di classificazione, per poi ricostruirne l'uso nella storia, così da mostrare come il rapporto tra esseri umani e sostanze non sia un fatto esclusivamente contemporaneo, ma una realtà che attraversa culture ed epoche differenti, assumendo significati molteplici. Successivamente, il capitolo approfondisce le distinzioni tra uso, abuso e dipendenza, soffermandosi sui principali modelli interpretativi elaborati nel tempo, da quelli medico-biologici a quelli psicologici, sociologici e pedagogici. Infine, vengono esaminati i fattori di rischio, le traiettorie di sviluppo e alcune delle principali conseguenze che l'esperienza della dipendenza può produrre sul piano personale, relazionale e sociale. Il primo capitolo ha quindi la funzione di offrire una base teorica necessaria per comprendere la complessità del fenomeno e per evitare letture riduttive.

Il secondo capitolo si concentra sul legame tra uso di sostanze, devianza e costruzione sociale dello stigma. A partire dai contributi della sociologia della devianza e della teoria dell'etichettamento, viene messo in evidenza come la dipendenza non sia soltanto una condizione individuale, ma anche una realtà interpretata socialmente attraverso categorie morali, normative e culturali. Il capitolo approfondisce in particolare il concetto di stigma, inteso come processo di svalutazione e discredito che colpisce le persone con dipendenza, e ne analizza le implicazioni sui percorsi di vita, sull'accesso ai servizi, sulle relazioni sociali e sulla possibilità di immaginarsi al di fuori della propria condizione. In questa parte emerge con forza l'idea che la persona non si confronti soltanto con le difficoltà legate alla sostanza, ma anche con lo sguardo sociale che la definisce, la giudica e talvolta la esclude. Il secondo capitolo rappresenta dunque un passaggio fondamentale, perché mostra come il tema delle dipendenze sia inseparabile dai processi di costruzione sociale della marginalità.

Il terzo capitolo approfondisce i meccanismi di disimpegno morale, deumanizzazione e infraumanizzazione, considerati come dispositivi simbolici e cognitivi che contribuiscono a legittimare atteggiamenti di distanza, indifferenza o esclusione nei confronti delle persone con dipendenza. Attraverso il riferimento alla riflessione di Bandura sul disimpegno morale e agli studi sulla deumanizzazione, il capitolo mette in luce come determinati linguaggi, rappresentazioni e cornici interpretative possano ridurre la persona alla sua condizione, privandola di complessità, soggettività e riconoscimento. In questa prospettiva, la persona che fa uso di sostanze rischia di essere percepita come meno affidabile, meno responsabile o persino meno degna di cura, con effetti molto rilevanti sul piano sociale, educativo e istituzionale. L'analisi di tali processi risulta centrale per la tesi, poiché consente di comprendere come si costruiscano le forme più profonde di esclusione e come esse incidano concretamente sulle possibilità di incontro, relazione e accompagnamento.

Il quarto capitolo, infine, prende in esame la rete dei servizi e i principali dispositivi di intervento rivolti alle persone con dipendenza, con particolare attenzione ai percorsi di cura, di recovery e alle comunità terapeutiche. In questa parte il focus si sposta dal piano dell'interpretazione del fenomeno a quello delle risposte istituzionali, educative e riabilitative. Vengono analizzati i servizi territoriali, le logiche di presa in carico e il ruolo delle comunità come spazi nei quali non si affronta soltanto il sintomo, ma si lavora anche sulla ricostruzione dei legami, dell'identità e della progettualità personale. Il capitolo evidenzia come il recovery non possa essere inteso unicamente come interruzione del consumo, ma come percorso più ampio di trasformazione, che coinvolge il riconoscimento di sé, la riattivazione di risorse personali e la possibilità di riabitare in modo diverso il proprio contesto di vita. In questa prospettiva, la dimensione educativa assume un ruolo decisivo, poiché accompagna la persona nella ricostruzione di significati, relazioni e possibilità future.

L'intento che attraversa l'intero lavoro è quello di contribuire a una comprensione del fenomeno che non si limiti a descriverne gli aspetti problematici, ma che sappia riconoscere la complessità dell'esperienza umana coinvolta. Superare una visione riduttiva della dipendenza significa infatti aprire la possibilità di costruire pratiche educative e sociali più inclusive, capaci di sostenere le persone nei loro percorsi di cambiamento e di restituire loro uno spazio di riconoscimento all'interno della comunità. In questa direzione, la pedagogia può offrire un contributo significativo, promuovendo uno sguardo che non si fermi alla condizione, ma che sappia vedere la persona oltre la dipendenza, nella sua possibilità di trasformazione e di futuro.

## CAPITOLO 1

### Dalle sostanze psicoattive alla dipendenza: definizioni, fattori di rischio e conseguenze

#### 1.1 Le sostanze psicoattive: definizione, caratteristiche e classificazione

Nel panorama degli studi sulle dipendenze e sui fenomeni connessi al consumo delle droghe, il concetto di sostanza psicoattiva costituisce un punto di partenza necessario per comprendere la natura e la varietà delle sostanze che possono influenzare il funzionamento psichico e comportamentale dell'individuo. Prima di esaminare le dinamiche sociali, culturali e psicologiche legate al consumo di tali sostanze, occorre chiarire il significato scientifico di questa nozione e delineare i principali criteri attraverso cui la letteratura specialistica ne propone la classificazione. La definizione di sostanza psicoattiva costituisce, infatti, il presupposto teorico indispensabile per analizzare successivamente le diverse modalità attraverso cui queste sostanze vengono utilizzate nei contesti sociali contemporanei.

Da un punto di vista farmacologico, una sostanza psicoattiva può essere definita come un agente chimico in grado di agire sul sistema nervoso centrale, producendo modificazioni nei processi mentali, negli stati emotivi e nei comportamenti dell'individuo. In altri termini, si tratta di composti che, una volta introdotti nell'organismo, interferiscono con il funzionamento dei sistemi neurochimici cerebrali e alterano alcune funzioni fondamentali quali l'umore, la percezione sensoriale, l'attenzione, la memoria e i processi cognitivi.<sup>1</sup> In questa prospettiva, le sostanze psicoattive comprendono un insieme estremamente eterogeneo di composti naturali o sintetici che condividono la capacità di modificare, temporaneamente o stabilmente, l'attività del sistema nervoso centrale. L'azione delle sostanze psicoattive è strettamente connessa alle caratteristiche farmacologiche delle molecole che le compongono e ai meccanismi neurochimici attraverso cui esse interagiscono con i sistemi di neurotrasmissione del cervello. Tali sostanze possono influenzare il rilascio, l'assorbimento o la trasmissione di specifici neurotrasmettitori, determinando variazioni nei livelli di attivazione cerebrale e producendo effetti differenti a seconda della loro struttura chimica e delle modalità di assunzione.<sup>2</sup> In questo senso, le sostanze psicoattive non costituiscono una categoria omogenea, ma comprendono composti molto diversi tra loro sia per origine sia per effetti sull'organismo.

Dal punto di vista neurobiologico, molte sostanze psicoattive agiscono sui sistemi di ricompensa del cervello, in particolare sui circuiti dopaminergici coinvolti nei processi di motivazione e gratificazione. L'interazione con tali sistemi contribuisce a spiegare la capacità di

---

<sup>1</sup> M. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Le tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna, 2006, p. 11-12.

<sup>2</sup> Ivi, pp. 13-14.

alcune sostanze di modificare in modo significativo l'esperienza soggettiva dell'individuo, influenzando stati emotivi, percezioni e modalità di risposta agli stimoli ambientali.<sup>3</sup>

Un ulteriore criterio utilizzato nella letteratura scientifica per distinguere le sostanze psicoattive riguarda la loro origine. In questo senso è possibile distinguere tra sostanze naturali, semisintetiche e sintetiche. Le sostanze naturali derivano direttamente da organismi presenti in natura e vengono utilizzate attraverso processi di trasformazione relativamente semplici; tra gli esempi più noti rientrano la cannabis, l'oppio e la foglia di coca. Le sostanze semisintetiche derivano, invece, dalla modificazione chimica di composti naturali, come nel caso dell'eroina, ottenuta dalla morfina. Attraverso tali processi di trasformazione chimica è possibile alterare alcune caratteristiche farmacologiche della sostanza di partenza, modificandone la potenza, la durata degli effetti o le modalità di azione sull'organismo. Infine, le sostanze sintetiche sono prodotte interamente in laboratorio e comprendono numerosi composti sviluppati nell'ambito della chimica farmaceutica.<sup>4</sup> La distinzione tra sostanze naturali, semisintetiche e sintetiche evidenzia come il panorama delle sostanze psicoattive sia strettamente legato allo sviluppo delle conoscenze scientifiche e tecnologiche. Nel corso del tempo, infatti, la capacità di isolare principi attivi da sostanze naturali e di sintetizzare nuove molecole ha contribuito ad ampliare in modo significativo il numero di composti disponibili. Questo processo ha avuto importanti ricadute anche sul piano sociale e sanitario, poiché ha reso possibile la diffusione di sostanze sempre più diversificate per potenza, effetti e modalità di consumo.

In questa prospettiva, il fenomeno delle sostanze psicoattive può essere interpretato non solo come una questione farmacologica, ma anche come il risultato di trasformazioni scientifiche, economiche e sociali che hanno progressivamente modificato la produzione e la circolazione delle sostanze nel contesto globale.

Accanto alla distinzione basata sull'origine delle sostanze, la letteratura scientifica propone diversi criteri di classificazione basati principalmente sugli effetti che tali composti esercitano sul sistema nervoso centrale. Sebbene i modelli classificatori possano presentare alcune differenze, è generalmente possibile individuare alcune categorie principali. Tra queste si distinguono, innanzitutto, le sostanze depressive del sistema nervoso centrale, che agiscono rallentando l'attività neuronale e producendo effetti quali sedazione, rilassamento e riduzione della tensione emotiva.<sup>5</sup> Esempi significativi di questa categoria sono rappresentati dall'alcol e dagli oppiacei. L'azione di tali

---

<sup>3</sup> Ibidem.

<sup>4</sup> United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Drug Report 2023, Vienna, 2023, pp. 17–20.  
[https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23\\_Exsum\\_fin\\_SP.pdf](https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_SP.pdf)

<sup>5</sup> M. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Le tossicodipendenze*, pp. 13-14.

sostanze è generalmente associata a una diminuzione dello stato di vigilanza e a un rallentamento delle funzioni cognitive e motorie.

Se alcune sostanze esercitano un'azione depressiva sul sistema nervoso centrale, altre producono effetti stimolanti, determinando un aumento dell'attivazione psicofisiologica. Le sostanze stimolanti, tra cui cocaina e anfetamine, sono associate a un incremento dell'energia, della vigilanza e della reattività agli stimoli ambientali. L'azione stimolante di tali sostanze è generalmente associata ad un aumento temporaneo delle capacità di concentrazione e della percezione di energia fisica. Diversamente da queste, le sostanze allucinogene o psichedeliche si distinguono per la loro capacità di modificare profondamente i processi percettivi e l'esperienza soggettiva della realtà. Sostanze come l'LSD o la psilocibina possono produrre modificazioni significative nell'esperienza percettiva e cognitiva, generando distorsioni sensoriali e alterazioni negli stati di coscienza. Tra le sostanze psicoattive, i cannabinoidi occupano una posizione peculiare, in ragione della specificità dei loro effetti e delle difficoltà a ricondurli in modo univoco alle categorie tradizionali. Derivati dalla pianta di *Cannabis*, essi possono incidere simultaneamente su più dimensioni dell'esperienza psichica, determinando modificazioni nel sistema sensoriale, nel tono emotivo, nella capacità attentiva e in alcune funzioni cognitive. Il consumo di cannabis è associato a una serie di effetti che possono manifestarsi sia nel breve sia nel lungo periodo. Nel breve termine, l'assunzione della sostanza può determinare sensazioni di euforia e benessere, accompagnate da un aumento della loquacità e della tendenza al riso. A tali manifestazioni possono affiancarsi sonnolenza, riduzione della coordinazione motoria e difficoltà di concentrazione. In alcuni casi possono comparire anche stati di ansia o paranoia, oltre a sintomi fisici quali iperemia congiuntivale (arrossamento degli occhi), secchezza della bocca e della gola e aumento dell'appetito. L'uso prolungato di cannabis può comportare ulteriori conseguenze sul piano fisico e cognitivo. In particolare, il consumo abituale è stato associato a un aumento del rischio di sviluppare patologie respiratorie correlate al fumo, nonché a possibili effetti negativi sulle capacità mnemoniche, sui processi di apprendimento e sui livelli di concentrazione. Inoltre, un uso continuativo della sostanza può incidere sulla motivazione in ambiti quali lo studio o il lavoro e contribuire ad aumentare il rischio di incidenti o traumi accidentali.<sup>6</sup>

La classificazione delle sostanze psicoattive non ha una funzione solamente descrittiva, ma rappresenta uno strumento analitico che consente di comprendere le diverse modalità attraverso cui tali sostanze agiscono sull'organismo umano. Le differenti categorie di sostanze si distinguono sia

---

<sup>6</sup> G. Scarcelli, *Il consumo di droghe*, Carocci, Roma, 2010, p 13-15.

per gli effetti immediati che producono che per le modalità con cui interagiscono con i sistemi neurochimici del cervello.

Diversi studi hanno evidenziato come il concetto di droga non possa definirsi esclusivamente sulla base delle proprietà chimiche delle sostanze. Ciò che viene riconosciuto come droga dipende, infatti, anche dai significati sociali e culturali attribuiti al consumo di determinate sostanze. La distinzione tra sostanze accettate, tollerate o proibite è il risultato di processi sociali attraverso cui le società stabiliscono i confini della legittimità del consumo.<sup>7</sup> In questa prospettiva, una sostanza può essere definita come droga nella misura in cui una determinata collettività la considera capace di alterare il normale funzionamento del corpo e della mente. Il modo in cui una sostanza viene percepita e valutata può variare significativamente nel tempo e tra differenti contesti culturali, contribuendo a definire le norme sociali che regolano il consumo delle sostanze psicoattive.

Un ulteriore punto di riferimento per lo studio delle sostanze psicoattive proviene dall'ambito clinico e diagnostico. In questo contesto, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), pubblicato dall'American Psychiatric Association, rappresenta uno degli strumenti maggiormente utilizzati per l'inquadramento dei disturbi associati all'uso di sostanze. Il DSM-5 definisce i criteri diagnostici che consentono di identificare e distinguere le diverse manifestazioni cliniche legate al consumo di sostanze psicoattive.<sup>8</sup> Più che proporre una semplice classificazione delle sostanze, il DSM-5 fornisce quindi una cornice concettuale condivisa che orienta la ricerca e la pratica clinica nello studio dei fenomeni legati all'uso di sostanze.

Negli ultimi decenni, inoltre, il panorama delle sostanze psicoattive si è progressivamente ampliato con la diffusione delle cosiddette nuove sostanze psicoattive (*New Psychoactive Substances*, NPS). Con questa espressione si indicano composti sintetici progettati per imitare gli effetti delle droghe tradizionali, ma caratterizzati da strutture chimiche differenti. Secondo l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA), le nuove sostanze psicoattive rappresentano una delle trasformazioni più significative del mercato contemporaneo delle droghe, poiché vengono spesso sviluppate per aggirare temporaneamente le normative internazionali sul controllo delle sostanze.<sup>9</sup> La rapida diffusione delle NPS evidenzia come il fenomeno delle sostanze psicoattive sia in continua evoluzione e come il panorama delle droghe sia caratterizzato da una crescente complessità. Nuove molecole vengono costantemente sintetizzate e immesse nei mercati illegali, rendendo sempre più difficile la classificazione e il controllo delle sostanze

---

<sup>7</sup> Ivi, pp. 20-21.

<sup>8</sup> American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5), 5ª ed., trad. it., Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014, pp. 563-566.

<sup>9</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *European Drug Report 2023: Trends and Developments*, Lisbon.  
[https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en)

disponibili. Questo processo contribuisce ad ampliare ulteriormente il numero di composti che rientrano nella categoria delle sostanze psicoattive. La diffusione delle NPS evidenzia come il fenomeno delle sostanze psicoattive sia caratterizzato da una dinamica evolutiva costante. La comparsa di nuove molecole e la rapida circolazione di informazioni sui mercati globali contribuiscono infatti a rendere il panorama delle droghe sempre più articolato e difficile da monitorare, imponendo un continuo aggiornamento degli strumenti di analisi e delle politiche di controllo.

Alla luce di queste considerazioni, la definizione e la classificazione delle sostanze psicoattive rappresentano un passaggio preliminare fondamentale per lo studio dei fenomeni legati al consumo di droghe. Individuare le caratteristiche farmacologiche delle diverse sostanze e le modalità attraverso cui esse agiscono sul sistema nervoso centrale consente di costruire una prima cornice analitica entro cui collocare lo studio delle pratiche di consumo. Tuttavia, limitarsi a una descrizione puramente biochimica o farmacologica delle sostanze psicoattive risulterebbe riduttivo. Il significato che tali sostanze assumono nelle società umane non dipende soltanto dai loro effetti sull'organismo, ma anche dalle interpretazioni culturali, dalle norme sociali e dai sistemi simbolici attraverso cui le collettività attribuiscono valore e significato alle pratiche di consumo. Comprendere che cosa siano le sostanze psicoattive e quali siano le loro principali caratteristiche consente infatti di delineare il quadro teorico necessario per analizzare, nei paragrafi successivi, le modalità attraverso cui tali sostanze vengono utilizzate nelle diverse società e i significati che il loro consumo assume nei differenti contesti storici e culturali.

## **1.2 L'uso di sostanze psicoattive nella storia**

L'uso di sostanze psicoattive è un fenomeno che accompagna la storia dell'umanità sin dalle sue origini, assumendo significati differenti a seconda dei contesti culturali, sociali e simbolici in cui si manifesta. Le evidenze antropologiche e storiche mostrano come, in epoche diverse, l'essere umano abbia fatto ricorso a piante e sostanze in grado di alterare gli stati di coscienza, inscrivendoli in pratiche e codici socialmente condivisi.<sup>10</sup> Tali sostanze, infatti, non si connotano come fenomeno esclusivo della contemporaneità, ma sono state impiegate nel corso dei secoli con funzioni molteplici, spesso connesse a dimensioni rituali, terapeutiche e comunitarie.

In molte civiltà antiche, l'assunzione di sostanze naturali, come oppio, cannabis, alcol e piante allucinogene, era inserita entro sistemi di significato collettivi, nei quali tali pratiche non venivano interpretate necessariamente come devianti o patologiche. Al contrario, esse potevano essere regolate

---

<sup>10</sup>G. Scarscelli, *Il consumo di droghe*, pp. 15-20.

socialmente e integrate in rituali religiosi o cerimonie comunitarie, svolgendo una funzione culturale di mediazione con il sacro o di rafforzamento dell'identità condivisa.

In questa prospettiva, Escohotado sottolinea come le sostanze psicoattive siano entrate nella storia dell'uomo ben prima di divenire oggetto di proibizione o controllo istituzionale, risultando spesso parte integrante di pratiche popolari consolidate.<sup>11</sup> Tale osservazione evidenzia come il significato attribuito al consumo sia storicamente determinato e variabile: ciò che in un'epoca può essere considerato normale o persino sacro, in un'altra può essere definito come deviante o criminale.

Il rapporto tra società e sostanze risulta quindi profondamente influenzato dai sistemi normativi e morali dominanti. In età moderna, in particolare, l'espansione dei mercati globali e lo sviluppo industriale hanno trasformato radicalmente la diffusione e l'accessibilità delle sostanze. Courtwright evidenzia come tra Ottocento e Novecento si assista alla costruzione di un vero e proprio "mondo moderno delle droghe", caratterizzato dalla commercializzazione su larga scala e dall'emergere di nuove forme di consumo individuale.<sup>12</sup>

Parallelamente, le società occidentali hanno progressivamente sviluppato dispositivi di controllo, medicalizzazione e proibizione che hanno ridefinito la questione delle droghe come problema sanitario e sociale. Questo processo ha contribuito alla nascita della categoria contemporanea di tossicodipendenza, intesa non solo come condizione clinica, ma anche come costruzione sociale, legata a rappresentazioni collettive e a meccanismi di esclusione.

Nel tentativo di superare interpretazioni riduttive dell'uso di sostanze psicoattive, risulta particolarmente significativo il contributo di Norman Zinberg, il quale ha mosso una critica all'idea che gli effetti delle droghe deriverebbero esclusivamente dalle loro proprietà farmacologiche. Secondo l'autore, l'esperienza del consumo si costruisce sempre attraverso l'interazione di tre dimensioni fondamentali: il *set*, ovvero la disposizione soggettiva e psicologica dell'individuo (aspettative, stato emotivo, significati personali); il *setting*, cioè il contesto sociale e culturale entro cui avviene l'assunzione; e infine le caratteristiche biochimiche della sostanza stessa.<sup>13</sup> Tale impostazione consente di riconoscere come l'uso di sostanze non si connota mai come un fenomeno puramente individuale o meccanicamente determinato dall'azione chimica della sostanza, bensì come un'esperienza situata, attraversata da fattori simbolici, relazionali e culturali.

Particolarmente rilevante è anche la dimensione dell'apprendimento sociale legata al consumo. Becker, nel suo celebre studio sui consumatori di marijuana, ha mostrato come l'esperienza della sostanza richieda un processo di interpretazione e socializzazione. L'individuo impara

---

<sup>11</sup>A. Escohotado, *Piccola storia delle droghe. Dall'antichità ai giorni nostri*, Torino, Einaudi, 2003, p. 9

<sup>12</sup> Cfr. D. T. Courtwright, *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World*, Cambridge (MA), Harvard University Press, 2001.

<sup>13</sup> N. Zinberg, *Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven, 1984.

progressivamente a riconoscere gli effetti, attribuire loro significato e inserirli entro codici condivisi da gruppi più esperti.<sup>14</sup> Questo elemento risulta centrale anche sul piano pedagogico, poiché evidenzia come le condotte di consumo siano influenzate da dinamiche educative informali, appartenenze sociali e ritualità collettive. Inoltre, il setting non riguarda soltanto l'ambiente fisico dell'assunzione, ma include l'insieme delle norme e valori che regolano socialmente ciò che viene considerato accettabile o deviante. Ogni società, infatti, stabilisce quali sostanze siano tollerate, quali categorie di soggetti possano farne uso e in quali circostanze, producendo così modelli di legittimazione o stigmatizzazione del consumo.<sup>15</sup>

La distinzione tra sostanze legali e illegali non si fonda necessariamente sulla loro pericolosità farmacologica, ma è il risultato di processi storici, politici e culturali che determinano la criminalizzazione di alcuni consumi e la normalizzazione di altri.<sup>16</sup> Comprendere l'uso di sostanze nella storia significa, dunque, riconoscere come sia attraversato da dispositivi sociali di controllo, rappresentazioni collettive e costruzioni morali che incidono profondamente sulla percezione della persona con dipendenza. In tale cornice, risulta particolarmente utile anche il contributo proposto nel volume *Il soggetto nascosto*, curato da Correale, Cangiotti e Zoppi, che offre una ricostruzione storica dell'uso delle sostanze mettendo in evidenza come esse abbiano modificato nel tempo la propria forma, funzione e collocazione sociale. Gli autori sottolineano, infatti, la necessità di parlare di *sostanze* piuttosto che di *droghe*, poiché quest'ultima categoria implica una connotazione di illegalità che è il prodotto di una costruzione culturale e normativa sviluppatasi progressivamente nella modernità<sup>17</sup>.

Nel mondo classico, l'assunzione di sostanze era frequentemente associata all'esperienza dell'ebbrezza e dell'estasi rituale, assumendo significati religiosi e comunitari, come nei culti dionisiaci, in cui la sostanza veniva vissuta come strumento di accesso a stati psichici straordinari e di contatto con il divino. Parallelamente, la stessa sostanza poteva rivestire una funzione terapeutica: già Galeno, ad esempio, impiegava l'oppio per la cura di alcune patologie del sistema cardio-respiratorio, mostrando come l'uso medico e quello simbolico potessero coesistere.<sup>18</sup>

A partire dal Medioevo, tuttavia, si assiste a un mutamento significativo nella rappresentazione culturale delle sostanze, che iniziano a essere interpretate come strumenti demoniaci o magici, alimentando processi di stigmatizzazione e condanna morale. Molte sostanze vegetali e preparati erboristici iniziano a essere associati a pratiche magiche e a forme di trasgressione morale,

---

<sup>14</sup> H. S. Becker, *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Torino, 1987, pp. 45-52.

<sup>15</sup> G. Scarscelli, *Il consumo di droghe*, pp. 40-44.

<sup>16</sup> Ivi, pp. 55-60.

<sup>17</sup> A. Correale, F. Cangiotti, A. Zoppi (a cura di), *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*, Milano, Franco Angeli, 2011.

<sup>18</sup> Ivi, pp. 33-34.

contribuendo a costruire un immaginario nel quale la sostanza diviene strumento di seduzione, disordine e frenesia.<sup>19</sup> Il passaggio dalla sostanza come risorsa terapeutica o rituale alla sostanza come oggetto demoniaco e deviante mostra, infatti, come le interpretazioni culturali possano produrre forme di stigmatizzazione e di esclusione. Tale trasformazione anticipa, sul piano simbolico, quelle dinamiche di etichettamento e deumanizzazione, evidenziando come il giudizio sociale non sia un elemento secondario, ma una componente strutturale nella costruzione del fenomeno della tossicodipendenza.

Con il Rinascimento e l'età moderna, l'espansione commerciale e farmacologica delle sostanze determina nuovi consumi e nuovi soggetti sociali, guardando non solo a finalità terapeutiche, ma anche alle dinamiche economiche e coloniali. Nel XIX secolo la crescente esportazione di oppio dall'India britannica verso la Cina alimentò un consumo sempre più diffuso, generando forti tensioni politiche e sociali. Il tentativo delle autorità cinesi di proibire e confiscare il commercio di oppio innescò due conflitti armati con le potenze occidentali, noti come "guerre dell'oppio" (1839-1842 e 1856-1860), attraverso i quali l'Impero britannico impose con la forza l'apertura dei mercati cinesi al commercio di oppio e la stipula di trattati ineguali. L'oppio in questa fase non rappresenta soltanto una sostanza di consumo, ma diventa un vero e proprio strumento economico e geopolitico, capace di ridefinire rapporti di potere tra Stati e Imperi.<sup>20</sup> Nel medesimo periodo, l'uso di sostanze si diffonde anche in ambienti letterari e artistici, le quali vengono ricercate per amplificare la percezione e trasgredire il conformismo sociale, come nel caso di Baudelaire, Coleridge o De Quincey.<sup>21</sup>

Con l'avvento della modernità, il rapporto tra individuo e sostanze psicoattive subisce una trasformazione significativa legata al progresso scientifico e ai mutamenti culturali che attraversano la società occidentale. Il progresso chimico trasforma molte sostanze in farmaci legalmente disponibili, come la morfina, l'eroina e la codeina. In questa fase, tali sostanze non sono ancora associate a forme di devianza, ma vengono altresì concepite in quanto strumenti terapeutici fondamentali, impiegati specie nel trattamento del dolore.<sup>22</sup> Tuttavia, la progressiva circolazione di tali sostanze al di fuori del controllo medico contribuisce a ridefinire culturalmente il loro significato, generando nuove rappresentazioni sociali legate al rischio e all'abuso e alla dipendenza. Nel medesimo periodo, l'uso di sostanze psicoattive si inserisce anche in contesti istituzionali e bellici. In diversi conflitti del Novecento, infatti, gli eserciti fecero ricorso a stimolanti e oppiacei con finalità

---

<sup>19</sup>Ivi, pp. 34-35.

<sup>20</sup> A. Escotado, *Piccola storia delle droghe*, pp. 62-64.

<sup>21</sup> A. Correale, F. Cangiotti, A. Zoppi (a cura di), *Il soggetto nascosto*, pp. 36-37.

<sup>22</sup>A. Escotado, *Piccola storia delle droghe*, pp. 85-92.

operative, per sostenere la resistenza fisica dei soldati, ridurre la percezione della paura e della fatica e incrementare la vigilanza durante le operazioni militari. Kamiński evidenzia come, durante la

Seconda guerra mondiale, tali sostanze possano aver assunto anche una funzione strategica all'interno delle istituzioni militari e statali.<sup>23</sup>

Nel corso del Novecento, l'introduzione di politiche proibizioniste (in particolare attraverso Harrison Act alla Single convention, 1961) e la costruzione di un sistema internazionale di controllo si afferma un nuovo paradigma: la sostanza non è più soltanto un presidio medico, ma diventa oggetto di controllo statale e di criminalizzazione.<sup>24</sup> Di conseguenza, il consumo viene progressivamente associato a categorie morali e giuridiche, trasformandosi anche in questione di ordine pubblico. Questo processo contribuisce a consolidare l'immagine sociale del consumatore come soggetto deviante o marginale, alimentando forme di stigmatizzazione che ancora oggi influenzano profondamente le pratiche educative e istituzionali.<sup>25</sup>

Nel contesto attuale, le principali istituzioni internazionali riconoscono la rilevanza del tema delle dipendenze come una delle sfide più significative per le politiche pubbliche e per i sistemi di welfare. L'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) sottolinea la necessità di interventi che integrino prevenzione, accompagnamento educativo e misure di inclusione, evidenziando il ruolo delle comunità e dei servizi territoriali nel favorire opportunità di partecipazione e reinserimento.<sup>26</sup> In tale prospettiva, l'educazione assume una funzione essenziale nel promuovere processi di responsabilizzazione, riconoscimento e autonomia, contribuendo a contrastare le dinamiche di esclusione che spesso segnano l'esperienza della dipendenza. In ambito pedagogico, tale evoluzione storica evidenzia come le dipendenze non possano essere comprese prescindendo dai significati culturali che una società attribuisce alle sostanze e ai comportamenti di consumo. Le rappresentazioni collettive costruite nel tempo incidono infatti sulla percezione della persona con dipendenza, favorendo la formulazione di stereotipi e processi di esclusione.

Comprendere la dimensione storica dell'uso di sostanze significa dunque riconoscere che la tossicodipendenza è anche il risultato di narrazioni sociali e simboliche che influenzano i percorsi di cura, recupero e reinserimento.

---

<sup>23</sup> A. Zmarzłinski, Review of *Shooting Up: A Short History of Drugs and War*, by Ł. Kamiński. *Open Cultural Studies*, 2019, pp. 182–183.

<https://doi.org/10.1515/culture-2019-0016>

<sup>24</sup> P. Sorcinelli, *Storia sociale delle droghe*, Milano, Bruno Mondadori, 2002, pp. 133-145.

<sup>25</sup> G. Scarscelli, *Il consumo di droghe*, cit., pp. 25-30.

<sup>26</sup> O EUDA (già EMCDDA), *European Drug Report 2025: Trends and Developments*, <https://www.euda.europa.eu>.

### 1.3 Uso, abuso e dipendenza: definizioni fondamentali

Nel discorso contemporaneo sulle sostanze psicoattive risulta imprescindibile distinguere con precisione tra concetti quali *uso*, *abuso* e *dipendenza*, termini frequentemente impiegati in modo improprio nel linguaggio comune e spesso sovrapposti nelle rappresentazioni sociali. Una chiara definizione terminologica costituisce un passaggio necessario per comprendere la complessità del fenomeno ed evitare letture riduttive o moralizzanti, che rischiano di alimentare processi di stigmatizzazione e di esclusione nei confronti delle persone con disturbo da uso di sostanze.<sup>27</sup>

Il termine *uso* indica generalmente l'assunzione di una sostanza in modo occasionale o controllato, senza che essa produca conseguenze significative sul piano della salute, del funzionamento sociale o della vita quotidiana. In molte società, alcune forme di consumo, come quello di alcol o di farmaci prescritti, risultano culturalmente accettate e regolamentate, rientrando in pratiche sociali condivise. Tale dimensione evidenzia come il consumo non possa essere interpretato esclusivamente come comportamento individuale, ma debba essere letto anche alla luce delle norme culturali e dei significati sociali attribuiti alle sostanze.

Diverso è il concetto di *abuso*, tradizionalmente utilizzato per descrivere un consumo eccessivo o problematico, associato a rischi e danni per la persona. Tuttavia, questa categoria è stata progressivamente messa in discussione in ambito scientifico e diagnostico, poiché implicava una distinzione rigida e, talvolta, moralmente connotata tra uso "normale" e uso "deviato", con il rischio di rafforzare rappresentazioni giudicanti, piuttosto che favorire una comprensione complessa del fenomeno.<sup>28</sup>

A partire dal DSM-5, l'American Psychiatric Association ha superato la separazione tra abuso e dipendenza, introducendo la categoria unitaria di *Disturbo da uso di sostanze (Substance Use Disorder)*. Tale condizione viene definita come un insieme articolato di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che indicano la persistenza dell'uso nonostante la presenza di conseguenze negative e problemi significativi correlati alla sostanza<sup>29</sup>. In questa prospettiva, la dipendenza non è riducibile a una semplice condotta ripetitiva, ma implica una compromissione progressiva delle capacità decisionali e del controllo volontario.

Il DSM-5 descrive, inoltre, il disturbo lungo un continuum di gravità (lieve, moderato, grave), sulla base di criteri specifici. Tra questi assumono particolare rilievo la perdita di controllo sull'assunzione, l'investimento di tempo crescente nella ricerca e nell'uso della sostanza e il

---

<sup>27</sup> G. Scarscelli, *Il consumo di droghe*, pp. 35-40.

<sup>28</sup> Ivi, pp. 41-42.

<sup>29</sup> American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*, 5ª ed., trad. it., Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014, pp. 565-567.

fenomeno del *craving*, inteso come desiderio intenso e spesso incontrollabile, che rappresenta uno dei principali indicatori di rischio di ricaduta. Tuttavia, se tali criteri risultano fondamentali per la diagnosi e l'intervento terapeutico, essi non esauriscono la comprensione del fenomeno, poiché la tossicodipendenza non coincide soltanto con una condizione medica, ma implica anche una trasformazione profonda della relazione del soggetto con sé stesso, con gli altri e con il proprio contesto sociale. Accanto a questi aspetti, vengono considerate anche le conseguenze sociali del consumo, quali il deterioramento delle relazioni, l'abbandono di attività significative e la compromissione dei ruoli familiari e lavorativi.<sup>30</sup>

Un ulteriore riferimento fondamentale è rappresentato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che attraverso la classificazione ICD-11 riconosce la dipendenza come una condizione complessa, determinata dall'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali, sottolineando come essa non possa essere ridotta a una mera mancanza di volontà individuale.<sup>31</sup> In questo senso, la dipendenza si configura come una sindrome multifattoriale, in cui la sostanza assume un ruolo centrale nella vita della persona, spesso a discapito di altre attività, relazioni e responsabilità.

Da questa prospettiva emerge la necessità di un approccio integrato e multidimensionale, capace di coniugare la dimensione clinica con quella educativa e sociale, orientando gli interventi non solo alla cura del sintomo, ma anche alla prevenzione, al supporto delle risorse personali e alla trasformazione dei contesti che favoriscono l'esclusione e la marginalità. Di conseguenza, la dipendenza si configura come un fenomeno che richiede strategie articolate, fondate sulla collaborazione tra servizi sanitari, istituzioni educative e reti comunitarie.

In questa direzione, Teesson, Degenhardt e Hall evidenziano come le dipendenze debbano essere comprese non come condizioni improvvise o esclusivamente riconducibili alla volontà del singolo, ma come esiti di processi cumulativi, nei quali vulnerabilità personali, contesti sociali e meccanismi neurobiologici interagiscono e si rafforzano reciprocamente nel tempo.<sup>32</sup> Gli autori sottolineano infatti che l'insorgenza e il mantenimento dei comportamenti di dipendenza non possono essere ricondotti a un'unica causa, ma alla complessa interazione tra molteplici fattori: predisposizioni psicologiche individuali, traiettorie biografiche ed esperienze di vita, condizioni di accessibilità delle sostanze, nonché contesti relazionali, culturali e sociali entro cui l'uso si sviluppa. Tale intreccio rende evidente l'inadeguatezza di interpretazioni semplificanti o esclusivamente medicalizzanti, che rischiano di ridurre la dipendenza a un problema puramente clinico, trascurandone invece la dimensione storica, sociale ed educativa.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> Ivi, pp. 565-566.

<sup>31</sup> World Health Organization, *International Classification of Diseases* (11th rev.; ICD-11), Geneva, WHO, 2019.

<sup>32</sup> M. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Le tossicodipendenze*, pp. 21-35.

<sup>33</sup> Ibidem

In ambito pedagogico, distinguere tra uso, abuso e disturbo da uso di sostanze significa riconoscere che la dipendenza non riguarda esclusivamente la relazione con la sostanza, ma coinvolge la storia personale, i legami affettivi e sociali e le possibilità educative del soggetto. Ne deriva l'esigenza di orientare gli interventi oltre una logica esclusivamente proibitiva o colpevolizzante, promuovendo, invece, una prospettiva capace di accompagnare la persona nella ricostruzione di senso e nella riattivazione di risorse interiori e relazionali. In questa direzione, la cura può essere assunta come paradigma fondamentale dell'agire educativo: non come semplice assistenza, ma come pratica relazionale fondata su prossimità, attenzione e responsabilità verso l'altro.

La pratica dell'aver cura rappresenta un asse centrale dell'esperienza formativa, poiché educare significa sostenere il desiderio di esistere e accompagnare il soggetto nel processo di costruzione di strumenti cognitivi ed emotivi capaci di sostenere percorsi di consapevolezza e di cambiamento.<sup>34</sup> Tale prospettiva assume particolare rilievo nei percorsi di recovery, nei quali la persona con dipendenza necessita non soltanto di contenimento del sintomo, ma di contesti educativi capaci di offrire riconoscimento, continuità e possibilità concrete di futuro. La dimensione educativa assume così la forma di un accompagnamento, che sostiene il soggetto nel dare senso alla propria esperienza, nel ricostruire legami significativi e nel riattivare risorse personali spesso compromesse dal percorso di dipendenza. Il lavoro pedagogico diventa allora uno spazio in cui la fragilità non viene negata o giudicata, ma accolta come punto di partenza per aprire possibilità di trasformazione, autonomia e progettualità futura.

#### **1.4 La tossicodipendenza come fenomeno complesso**

Dopo aver delineato l'evoluzione storica dell'uso di sostanze psicoattive e chiarito le principali distinzioni tra uso, abuso e dipendenza, risulta necessario riconoscere come la tossicodipendenza non possa essere interpretata esclusivamente come una patologia individuale, né ridotta a un comportamento deviante riconducibile a una scelta volontaria o a una mancanza morale. Al contrario, essa si configura come un fenomeno multidimensionale, nel quale si intrecciano aspetti normativi, psicologici, medici, culturali e sociali.<sup>35</sup> La dipendenza coinvolge sistemi più ampi di significati, rappresentazioni collettive e dispositivi istituzionali.

Un primo piano fondamentale è quello politico e legislativo. La tossicodipendenza è storicamente collocata entro un quadro normativo che tende a identificarla con l'illegalità e con la

---

<sup>34</sup> L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Torino, Gruppo Abele, 2011, p.10.

<sup>35</sup> M. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Le tossicodipendenze*, Bologna, pp. 15-20.

<sup>25</sup> Azienda ULSS2 Veneto, *Indipendo, Cos'è la dipendenza da sostanze stupefacenti*, consultato online: <https://www.aulss2.veneto.it/Indipendo-Sostanze-Cos-la-dipendenza-da-sostanze-stupefacenti>

violazione delle leggi. Tale associazione contribuisce a costruire un'immagine pubblica del tossicodipendente come soggetto marginale e deviante, spesso percepito come irriducibile al mondo sociale circostante.<sup>36</sup> Questa dimensione implica l'intervento di specifiche agenzie istituzionali, quali polizia, tribunali e sistema carcerario, e incide profondamente anche sulla percezione di sé, la quale può oscillare tra atteggiamenti di sfida e vissuti di paura, alimentando forme di chiusura e sfiducia nei confronti della società.

A questo livello si affianca il piano criminale ed economico, legato al mercato illegale delle sostanze. Il traffico di droga costituisce uno dei principali moventi economici globali e si configura come una rete capace di infiltrarsi in numerosi ambiti sociali e istituzionali.<sup>37</sup> Il consumatore, nella necessità di procurarsi la sostanza, può essere costretto a frequentare ambienti marginali, sviluppando una relazione di dipendenza non solo dalla sostanza stessa, ma anche dai circuiti sociali che la rendono accessibile, rafforzando l'intreccio tra consumo, illegalità e marginalità sociale.

Un ulteriore livello è quello sociale e culturale. Nel corso del Novecento si è verificato un profondo mutamento nell'atteggiamento collettivo verso le sostanze. Se fino all'Ottocento alcune di esse, in particolare gli oppiacei, erano tollerate e talvolta associate a esperienze di ampliamento della coscienza, la progressiva consapevolezza del fenomeno della dipendenza ha condotto a una crescente percezione delle sostanze come pericolose e distruttive.<sup>38</sup>

Nelle società contemporanee, la diffusione del consumo proibito si accompagna dunque a una forte componente di illegalità e stigmatizzazione, che incide profondamente sui percorsi biografici delle persone coinvolte. Ne deriva la necessità di adottare uno sguardo capace di superare interpretazioni riduttive, riconoscendo la pluralità di fattori che concorrono alla genesi e al mantenimento della dipendenza. Tale carattere multidimensionale viene sottolineato anche dai servizi sanitari territoriali, che descrivono la dipendenza come una condizione complessa, nella quale si contaminano tra loro aspetti fisici, psicologici e relazionali, richiedendo percorsi integrati di presa in carico e accompagnamento.<sup>39</sup> Questa impostazione evidenzia come la dipendenza non possa essere affrontata esclusivamente in termini di contenimento del sintomo, ma debba essere compresa come esperienza che interpella l'intera persona e il suo contesto di vita. Pur riconoscendo l'esistenza di componenti cliniche e neurobiologiche, la dipendenza non può essere spiegata esclusivamente in termini medici, poiché si iscrive sempre anche nella storia soggettiva e relazionale della persona.<sup>40</sup>

---

<sup>36</sup> A. Correale, F. Cangiotti, A. Zoppi (a cura di), *Il soggetto nascosto*, p.18

<sup>37</sup> Ibidem

<sup>38</sup> Ivi, p.19

<sup>39</sup> Ministero della Salute, *Dipendenze patologiche – Servizi per le dipendenze (SerD)*.

[https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C\\_17\\_pagineAree\\_4234\\_4\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pagineAree_4234_4_file.pdf)

<sup>40</sup> N. D. Volkow, G. F. Koob, *Brain disease model of addiction: Why is it so controversial?*, in *The Lancet Psychiatry*, 2015, pp. 677–679.

La sostanza, infatti, può assumere un significato profondo nella biografia individuale, diventando uno strumento fragile attraverso cui il soggetto tenta di fronteggiare vissuti di sofferenza, mancanza o solitudine. In questa prospettiva, la dipendenza può configurarsi come una modalità regressiva di regolazione emotiva, più che come semplice ricerca di piacere.<sup>41</sup>

Un ulteriore aspetto riguarda il piano ambientale e familiare. La tossicodipendenza, infatti, non si sviluppa mai in un vuoto relazionale, ma si iscrive entro contesti di vita concreti, nei quali la qualità dei legami affettivi e delle reti di supporto può incidere profondamente sulle traiettorie del consumo e della dipendenza. In alcuni casi, la fragilità dei rapporti familiari, la presenza di tensioni inesplorate o la mancanza di contesti sicuri di riconoscimento possono accentuare la vulnerabilità del soggetto.<sup>42</sup> Ciò rende necessario l'inserimento in ambienti terapeutici specifici, come le comunità educative e riabilitative, nelle quali la dimensione relazionale assume un ruolo centrale nel processo di recupero e gli interventi si orientano verso la ricostruzione di legami, appartenenze e spazi di cura. Inoltre, vi è il piano medico e farmacologico, che ha storicamente posto al centro la dipendenza come impossibilità di separarsi dalla sostanza. Le terapie si sono orientate su interventi di disintossicazione, mentre gli studi neuroscientifici sui circuiti della ricompensa che hanno contribuito ad approfondire i meccanismi biologici implicati nella dipendenza.<sup>43</sup> Tuttavia, ridurre la tossicodipendenza a un fenomeno esclusivamente tossicologico rischia di oscurare l'esperienza vissuta della persona e la dimensione simbolica che accompagna spesso il consumo.

Accanto a queste prospettive soggettive, risulta imprescindibile considerare la dimensione sociale e simbolica della tossicodipendenza. Essa non riguarda soltanto la relazione tra individuo e sostanza, ma investe profondamente i processi attraverso cui una società interpreta, giudica e definisce determinati comportamenti come accettabili o devianti. La tossicodipendenza diventa così anche una categoria sociale che rischia di trasformarsi in identità imposta. Per cui, il soggetto viene ridotto alla sua dipendenza, definito attraverso lo sguardo giudicante dell'altro e spesso privato di pieno riconoscimento. Becker, nei suoi studi sociologici, ha mostrato come la devianza non sia una qualità intrinseca dell'atto, ma il risultato di un processo sociale di definizione e reazione collettiva, attraverso cui i soggetti che mettono in atti determinati comportamenti vengono collocati ai margini e identificati come *outsiders*.<sup>44</sup> In tal senso, la tossicodipendenza diventa anche un potente dispositivo di esclusione, alimentando rappresentazioni stigmatizzanti che incidono sui percorsi educativi, terapeutici e di reinserimento.

---

<sup>41</sup> G. F. Koob, M. Le Moal, *Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis*, in *Neuropsychopharmacology*, 2001, pp. 97–129.

<sup>42</sup> Ivi, p. 20

<sup>43</sup> Ibidem

<sup>44</sup> H. Becker, *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 1987, p. 31.

Comprendere la tossicodipendenza come fenomeno complesso significa riconoscere che essa si pone al crocevia di dimensioni cliniche, soggettive e sociali, e che la risposta educativa non può limitarsi al controllo o alla colpevolizzazione, ma deve fondarsi su un orientamento alla cura e al riconoscimento della persona. È proprio questa multidimensionalità a rendere necessario un confronto sistematico con i diversi modelli interpretativi che, nel tempo, hanno cercato di spiegare la dipendenza: dal paradigma medico-biologico alle prospettive psicologiche, sociologiche e pedagogiche.

Il paragrafo successivo sarà dunque dedicato all'analisi di tali modelli, evidenziandone contributi e limiti, al fine di delineare una cornice teorica che possa sostenere pratiche educative e di cura realmente orientate alla persona e alla sua possibilità di cambiamento.

### **1.5 Modelli interpretativi della tossicodipendenza**

Nel corso del tempo, la riflessione scientifica e pedagogica ha elaborato differenti modelli interpretativi, ciascuno dei quali ha cercato di dare senso all'esperienza della dipendenza illuminandone aspetti specifici: la dimensione neurobiologica, i vissuti soggettivi, le fratture traumatiche, le dinamiche relazionali, i processi sociali di stigmatizzazione, fino alle funzioni culturali e simboliche attribuite al consumo. Tali modelli non rappresentano soltanto cornici teoriche astratte, ma orientano concretamente le pratiche istituzionali, terapeutiche ed educative rivolte alle persone con dipendenza. Ogni paradigma privilegia alcune dimensioni del fenomeno e ne trascura altre, influenzando le rappresentazioni sociali del consumatore e le modalità di intervento.

All'interno della cornice sui modelli interpretativi della tossicodipendenza, un primo approccio influente nella storia recente è rappresentato dal modello biomedico e neurobiologico, che interpreta la dipendenza come una condizione cronica e recidivante caratterizzata da modificazioni nei circuiti cerebrali della ricompensa, compromettendo la capacità del singolo di esercitare controllo sugli impulsi. Tale paradigma evidenzia come l'uso ripetuto di sostanze non venga letto semplicemente come scelta individuale o come una trasgressione, ma come un processo che coinvolge direttamente i meccanismi neurochimici attraverso cui il cervello regola la motivazione, il piacere e l'autocontrollo.<sup>45</sup>

All'interno del volume *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Cannizzaro evidenzia come le sostanze d'abuso agiscano sui sistemi dei neurotrasmettitori, in particolare su quello dopaminergico mesolimbico, ovvero il circuito cerebrale che collega emozione e gratificazione

---

<sup>45</sup>N. D. Volkow, G. F. Koob, & A. T. McLellan, "Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction", *The New England Journal of Medicine*, 2016, p. 366.

e che si attiva con l'insorgere di emozioni positive e motivanti.<sup>46</sup> Le droghe, tuttavia, producono una stimolazione artificiale e molto più intensa di questi meccanismi, generando un piacere immediato che tende a imporsi come esperienza prioritaria.<sup>47</sup> Un ruolo centrale in questo processo è svolto da alcune aree cerebrali coinvolte nella percezione della ricompensa, come il nucleus accumbens, che può essere considerato uno snodo fondamentale tra piacere e motivazione.<sup>48</sup> Quando tale sistema viene iperstimolato dalle sostanze, l'individuo tende progressivamente ad associare la droga a una sensazione di sollievo o benessere, sviluppando un bisogno sempre più difficile da controllare. Attraverso l'uso ripetuto della sostanza, il cervello va incontro a un processo di adattamento: la risposta alla sostanza diminuisce e la persona può essere spinta ad aumentare le dosi per ottenere lo stesso effetto, dando origine al fenomeno della tolleranza. In egual modo, quando la sostanza manca, possono emergere sintomi di disagio psicofisico e un desiderio intenso, spesso definito *craving*, che alimenta la ricerca compulsiva e il rischio di ricaduta.<sup>49</sup> Di conseguenza, il comportamento di consumo tende a trasformarsi, non è più orientato alla ricerca del piacere, ma diventa una modalità ripetitiva e necessaria per evitare il malessere e ristabilire temporaneamente un equilibrio interno. Tuttavia, pur riconoscendo il peso dei fattori neurobiologici, tale paradigma non esaurisce la comprensione del fenomeno, che richiede di essere integrato con le dimensioni psicologiche, relazionali e socioculturali in cui la persona è inserita.

Accanto alla dimensione clinica, si collocano i modelli psicologici, che guardano alla dipendenza come espressione di processi intrapsichici, difficoltà emotive e strategie disfunzionali di coping. In particolare, il modello psicodinamico propone una lettura della tossicodipendenza che mette al centro l'esperienza soggettiva della persona e il significato che la sostanza assume nella sua biografia emotiva e relazionale. In questo senso, l'uso di sostanze non viene interpretato come mera perdita di controllo o condotta impulsiva, ma come risposta a vissuti di fragilità, mancanza e sofferenza psichica, configurandosi come tentativo di compensazione rispetto a esperienze di vuoto o disregolazione affettiva. La sostanza si fa espressione di un tentativo, spesso inconsapevole, di trovare una sensazione di sollievo dinanzi a vissuti difficili da sopportare e sostenere. Caretti e Di Cesare osservano come la ricerca di esperienze capaci di alleviare la sofferenza o di rendere più tollerabile l'angoscia rappresenti una dimensione presente lungo l'intero ciclo di vita.<sup>50</sup> Gli autori sottolineano inoltre come il concetto di dipendenza non riguardi soltanto l'abuso di sostanze, ma

---

<sup>46</sup> E. Cannizzaro, "Neurobiologia delle dipendenze", in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, pp. 2-4.

<sup>47</sup> *Ibidem*

<sup>48</sup> *Ivi*, p. 5

<sup>49</sup> *Ivi*, pp. 7-9

<sup>50</sup> V. Caretti, G. Di Cesare, "Psicodinamica delle dipendenze", in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Milano, 2005, p. 11.

possa estendersi anche a oggetti e comportamenti quotidiani, come il gioco d'azzardo, l'uso di Internet o lo shopping compulsivo, evidenziando così la natura trasversale del fenomeno nelle società contemporanee.<sup>51</sup>

Particolarmente significativa è la lettura della dipendenza come forma di ritiro o “rifugio della mente” secondo cui, attraverso l’alterazione dello stato di coscienza, il soggetto può sperimentare una temporanea sospensione del disagio e una distanza dalla realtà percepita come intollerabile<sup>52</sup>. Tale dinamica richiama processi dissociativi e difensivi, nei quali l’atto dipendente diventa uno strumento di protezione verso emozioni non mentalizzabili o esperienze relazionali dolorose. Le dipendenze vengono spesso collegate anche a fragilità identitarie, sentimenti di vergogna e difficoltà nella costruzione di un sé stabile.<sup>53</sup>

Per la riflessione pedagogica, questo modello risulta particolarmente rilevante poiché invita a considerare la dipendenza come espressione di bisogni educativi profondi e di una sofferenza che attraversa la storia relazionale del soggetto, sottolineando l’importanza di interventi capaci di promuovere legami significativi, competenze emotive e spazi di elaborazione del disagio.

I modelli cognitivo-comportamentali spiegano la dipendenza come comportamento appreso e rinforzato nel tempo.<sup>54</sup> Secondo questa impostazione, l’assunzione di sostanze è sorretta da meccanismi di gratificazione immediata e dalla riduzione di stati emotivi negativi. L’uso diventa una strategia abituale per fronteggiare stress, disagio o difficoltà relazionali. Questo approccio risulta particolarmente significativo per la pedagogia, poiché consente di sviluppare interventi educativi orientati alla promozione di competenze alternative, come la gestione della fatica emotiva, la capacità decisionale e l’autoefficacia. Proprio per la complessità del fenomeno, una parte significativa della letteratura scientifica contemporanea sottolinea la necessità di adottare un modello biopsicosociale, capace di integrare vulnerabilità individuali, fattori neurobiologici, dimensioni psicologiche e condizioni ambientali. In questa cornice, la dipendenza si presenta come esito di un’interazione dinamica tra molteplici fattori che si contaminano e influenzano reciprocamente.<sup>55</sup> Di conseguenza, assume particolare rilievo anche la dimensione soggettiva e relazionale del rapporto con la sostanza. Sarno ed Epifanio, parlando di “piacere tossico”, mostrano come la dipendenza si collochi spesso in una zona ambivalente, nella quale la sostanza appare contemporaneamente come fonte di sollievo e

---

<sup>51</sup> Ivi, p. 12.

<sup>52</sup> Ivi, p. 13-15.

<sup>53</sup> Ivi, p. 20-23.

<sup>54</sup> L. Sarno & M. S. Epifanio, *Il piacere tossico. Tossicofilie, tossicomanie, tossicodipendenze: dalla psicopatologia collettiva alla psicologia individuale*, in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, pp. 33-46

<sup>55</sup> M. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Le tossicodipendenze*, Bologna, Il Mulino, 2007, pp. 19-34.

come esperienza potenzialmente distruttiva.<sup>56</sup> In tal senso, la tossicità non dipende esclusivamente dalla sostanza in sé, ma soprattutto dal tipo di rapporto che il soggetto costruisce con essa, un rapporto che può trasformarsi gradualmente in una forma di bisogno compulsivo, lungo un continuum che va dall'uso, all'abuso fino alla dipendenza.<sup>57</sup>

Dunque, il modello biopsicosociale si connota come uno dei tentativi più significativi di oltrepassare la dicotomia tra mente e corpo, così come quella tra individuo e società, offrendo una cornice teorica capace di restituire la natura multidimensionale del fenomeno.<sup>58</sup> Dal punto di vista pedagogico, questo approccio assume particolare rilievo perché offre una lettura della dipendenza non solo come problema clinico, ma anche come questione educativa e sociale, che interroga i contesti di crescita, i legami e le opportunità attraverso cui i soggetti possono costruire forme alternative di appartenenza e di significato.

Proprio questa attenzione alla dimensione relazionale e ambientale apre, inoltre, la strada a una lettura in chiave sociologico-culturale, che invita a interrogarsi sulle funzioni che il consumo di sostanze può assumere nei diversi contesti sociali e sui significati collettivi che orientano le pratiche di consumo. Martignoni osserva, ad esempio, come la parola droga sia divenuta nel tempo sempre più volatile, poiché il suo significato cambia a seconda delle epoche e delle rappresentazioni collettive. Si è passati infatti da fasi di fascinazione o rifiuto ideologico, tipiche di alcuni momenti storici, a un atteggiamento contemporaneo spesso segnato dall'indifferenza o dalla medicalizzazione.<sup>59</sup> Questa trasformazione mostra come la sostanza non possa essere compresa soltanto come oggetto chimico, ma debba essere interpretata anche come elemento culturale, capace di riflettere tensioni, paure e desideri presenti nella società. La tossicodipendenza si connota, quindi, come un possibile "isotopo culturale", ovvero un sintomo che attraversa l'immaginario collettivo e che segnala una crisi più ampia del rapporto tra soggetto e mondo.<sup>60</sup> Questa lettura socioculturale può essere ulteriormente chiarita attraverso un riferimento alla sociologia classica di Durkheim, secondo cui alcuni comportamenti disfunzionali emergono in condizioni di anomia, cioè di indebolimento delle norme condivise e dei legami sociali.<sup>61</sup> In tale scenario, la dipendenza può assumere la forma di una risposta individuale a una frattura collettiva, non soltanto una fuga dalla sofferenza personale,

---

<sup>56</sup> L. Sarno, M. S. Epifanio, in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, pp. 33-41.

<sup>57</sup> Ivi, pp. 34-36.

<sup>58</sup> Engel, G. L., "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science*, 196(4286), 1977, pp. 129-136.

<sup>59</sup> G. Martignoni, "Tossicodipendenza. Una malattia dell'anima del mondo, un isotopo culturale o solo una categoria psicopatologica?", in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Le dipendenze patologiche*, p. 305.

<sup>60</sup> Ivi, p. 306.

<sup>61</sup> É. Durkheim, *Il suicidio. Studio di sociologia*, Torino, UTET, 1969 (ed. orig. 1897), pp. 241-250.

ma anche una modalità di compensazione simbolica rispetto a un vuoto di senso e appartenenza prodotto dalla modernità.

Nelle società contemporanee, l'uso di sostanze risulta spesso intrecciato ai processi di socializzazione, specie durante l'adolescenza, fase in cui la persona sperimenta i confini identitari e il bisogno di riconoscimento. In alcuni casi, il consumo può configurarsi come pratica collettiva o linguaggio generazionale, diventando un tentativo di appartenenza ai gruppi dei pari.<sup>62</sup>

Le sostanze psicoattive possono svolgere, nelle diverse culture e nei diversi gruppi sociali, funzioni differenti, che contribuiscono a spiegare la persistenza storica e antropologica del consumo. In primo luogo, alcune sostanze hanno rivestito una funzione terapeutica, essendo utilizzate per secoli come strumenti di cura o alleviamento della sofferenza, prima ancora che venissero collocate entro il paradigma della proibizione e della marginalità.<sup>63</sup> Accanto a questa dimensione, emerge una funzione sociale, poiché l'assunzione di sostanze può agire come lubrificante relazionale, facilitando l'interazione, riducendo inibizioni e sostenendo forme di appartenenza all'interno di determinati contesti.

Non meno rilevante è la funzione ricreazionale, che colloca il consumo entro pratiche di divertimento e ricerca di piacere, particolarmente diffuse nelle società contemporanee, dove alcune sostanze vengono associate a rituali giovanili e a forme di socialità informale. Vi è anche una funzione strumentale, legata alla possibilità che le droghe vengano utilizzate per aumentare prestazioni, sostenere ritmi produttivi o modificare stati mentali funzionali a specifiche attività. In altri casi, il consumo assume una funzione religiosa o rituale, poiché le sostanze possono essere impiegate in cerimonie collettive e pratiche simboliche che mettono in relazione il soggetto con dimensioni trascendenti o comunitarie. Infine, vi è una funzione culturale, ricordando come alcune sostanze, come l'alcol o la foglia di coca in determinati contesti, siano storicamente inserite nelle pratiche quotidiane e nelle tradizioni di specifiche popolazioni. Considerare tali funzioni non significa normalizzare o giustificare la dipendenza, ma riconoscere che il consumo di droghe è un fenomeno socialmente complesso, che attraversa bisogni, significati e ritualità, e che pertanto richiede modelli interpretativi capaci di leggere l'intreccio tra individuo e società.<sup>64</sup>

Nel loro insieme, questi modelli interpretativi mostrano come la tossicodipendenza non possa essere ridotta a una spiegazione unica, ma richieda uno sguardo integrato, capace di tenere insieme dimensione biologica, storia soggettiva, relazioni e contesto sociale. Proprio tale multidimensionalità costituisce la base per interrogare le implicazioni educative della dipendenza, aprendo alla necessità

---

<sup>62</sup> D. Scarscelli, *Il consumo delle droghe*, pp. 25-27.

<sup>63</sup> Ivi, pp. 38-39.

<sup>64</sup> Ibidem.

di pratiche di cura e accompagnamento orientate al riconoscimento della persona e alla sua possibilità di trasformazione.

## 1.6 Fattori di rischio e traiettorie di sviluppo

Dopo aver analizzato i principali modelli interpretativi della tossicodipendenza, diventa ora fondamentale spostare l'attenzione sui fattori che possono rendere un soggetto più vulnerabile all'insorgenza di un consumo problematico e sulle traiettorie attraverso cui l'uso di sostanze può evolvere progressivamente, fino a strutturarsi in una condizione di dipendenza nel corso dello sviluppo. Parlare di fattori di rischio non significa individuare cause lineari o deterministiche, bensì riconoscere l'esistenza di condizioni personali, relazionali e sociali che, in determinati contesti e momenti della vita, possono accentuare le probabilità che la sostanza venga concepita in termini compensativi o regolativi.

Tra i principali fattori predisponenti, la letteratura clinica sottolinea il ruolo delle componenti genetiche e fisiologiche. Il *DSM-5* evidenzia come il rischio di sviluppare un disturbo da uso di sostanze sia più elevato nei soggetti con familiarità, suggerendo l'esistenza di una vulnerabilità ereditaria che può influenzare i sistemi neurobiologici legati alla ricompensa e alla regolazione comportamentale. Tuttavia, lo stesso manuale precisa che le variabili genetiche, pur rilevanti, spiegano soltanto una parte limitata del rischio complessivo, confermando che la dipendenza non può essere ridotta a un determinismo biologico.<sup>65</sup>

Accanto a questi aspetti, assumono particolare importanza alcuni tratti psicologici e temperamentali. Livelli elevati di impulsività, difficoltà nel controllo degli impulsi e la presenza di disturbi psichici rappresentano elementi che possono favorire un esordio più precoce e forme più gravi di dipendenza.<sup>66</sup> In questo senso, la sostanza può diventare progressivamente uno strumento di modulazione emotiva, utilizzato per gestire tensioni interne, stati di stress o vissuti di disagio che non trovano altre vie di elaborazione. Le teorie psicologiche della dipendenza evidenziano infatti come il consumo possa consolidarsi non soltanto per la ricerca di piacere, ma anche per la riduzione a stati emotivi negativi.<sup>67</sup>

I modelli comportamentali descrivono la dipendenza come un comportamento che tende a stabilizzarsi attraverso meccanismi di rinforzo, poiché la sostanza produce effetti immediati di sollievo o gratificazione<sup>68</sup>. Parallelamente, le prospettive cognitive richiamano l'attenzione sulle

---

<sup>65</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina, 2014, p. 579.

<sup>66</sup> Ibidem

<sup>67</sup> N. Teesson, W. Hall, *Le tossicodipendenze. Aspetti della psicologia*, p. 51-52.

<sup>68</sup> Ibidem

difficoltà nei processi di pianificazione e controllo, che possono rendere più fragile la capacità del soggetto di interrompere il consumo, anche quando vi è consapevolezza delle conseguenze.<sup>69</sup>

Anche la dimensione relazionale si connota come fattore di vulnerabilità, eventi traumatici, trascuratezza o fratture nei legami di cura possono costituire un terreno favorevole all'insorgenza di comportamenti additivi. In questi casi, la sostanza non rappresenta soltanto una ricerca di piacere, ma può configurarsi come un tentativo di anestetizzare un dolore psichico o di colmare un vuoto emotivo.<sup>70</sup>

Un ulteriore livello di rischio riguarda la dimensione sociale e culturale, le dipendenze non si sviluppano mai nel vuoto, ma si inscrivono in contesti di vita segnati talvolta da precarietà, marginalità ed esclusione. In questi termini, il consumo di sostanze è strettamente interconnesso con i processi di socializzazione e i significati culturali attribuiti alle pratiche di uso, soprattutto nelle fasi evolutive più delicate, quando il gruppo dei pari, la famiglia e il contesto comunitario esercitano un'influenza significativa nell'esistenza del singolo. In particolare, la presenza di modelli familiari di consumo, relazioni disarmoniche, pratiche educative fragili o un basso livello di legame affettivo rappresentano elementi che aumentano il rischio. Anche le condizioni socioeconomiche, la marginalità e l'esposizione a contesti ad alta disponibilità di sostanze contribuiscono a strutturare vulnerabilità cumulative.<sup>71</sup>

La ricerca conferma che i fattori di rischio legati alla dipendenza non operano mai in modo isolato, ma si orientano su più livelli interconnessi: individuale, familiare e comunitario. Una review di Griffin e Botvin mostra come gli interventi preventivi più efficaci siano quelli capaci di agire simultaneamente su più dimensioni, rafforzando le competenze emotive, la qualità delle relazioni familiari e la presenza di reti di supporto nei contesti sociali.<sup>72</sup> Ne consegue che la prevenzione non può ridursi a un semplice trasferimento informativo sui rischi delle sostanze, ma deve, piuttosto, promuovere competenze socio-emotive, capacità decisionali e forme di resilienza, rafforzando al tempo stesso i legami familiari e le risorse educative presenti nella scuola e nella comunità.<sup>73</sup>

Considerare i fattori di rischio implica, infine, interrogarsi sulle traiettorie di sviluppo della dipendenza, ovvero sui percorsi attraverso cui il consumo può trasformarsi progressivamente in una condizione di bisogno compulsivo. Le traiettorie non sono mai lineari né uniformi, non tutti i soggetti che sperimentano sostanze sviluppano una dipendenza. L'evoluzione dall'uso occasionale alla

---

<sup>69</sup> Ivi, p. 53.

<sup>70</sup> Ivi, p. 86.

<sup>71</sup> Ivi, pp. 56-57.

<sup>72</sup> K. W. Griffin, G. J. Botvin, "Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2010  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2916744/>

<sup>73</sup> Ibidem

dipendenza avviene attraverso un processo complesso, segnato dall'interazione tra vulnerabilità personali, contesti relazionali e significati culturali attribuiti alla sostanza.

A tal proposito, occorre interrogarsi non solo su ciò che conduce al consumo, ma su ciò che rende la sostanza una risposta possibile all'interno di una determinata biografia. Le traiettorie di dipendenza sembrano svilupparsi soprattutto laddove il soggetto sperimenta una frattura del legame e una difficoltà nel dare senso alla propria esperienza. Il consumo, allora, può assumere la forma di un tentativo paradossale di controllo, una ricerca di sollievo immediato che finisce per produrre ulteriore sofferenza e perdita di libertà.

È qui che la riflessione pedagogica diventa particolarmente feconda. Freire, pur non occupandosi direttamente di tossicodipendenze, descrive come le condizioni di oppressione producano interiorizzazione dell'impotenza e una forma di dipendenza emotiva, in cui il soggetto fatica a percepirsi come protagonista della propria esistenza.<sup>74</sup> Tale perdita di agency può costituire un terreno di vulnerabilità su cui si innestano comportamenti compensativi, tra cui anche l'uso di sostanze. Applicata al tema delle dipendenze, questa prospettiva consente di leggere le traiettorie di sviluppo non soltanto come esiti clinici, ma come processi che interrogano la possibilità educativa di restituire parola, riconoscimento e possibilità di cambiamento.

In conclusione, distinguere tra fattori di rischio e traiettorie di sviluppo permette di comprendere la dipendenza non come evento isolato, ma come processo complesso che nasce dall'intreccio tra dimensione individuale e condizioni sociali. Tale lettura consente di superare approcci riduzionistici e di valorizzare una prospettiva pedagogica orientata alla cura, alla prevenzione e alla costruzione di contesti comunitari inclusivi.

### **1.7 Conseguenze della dipendenza sulla persona e sulle relazioni sociali**

Quando la dipendenza si struttura nel tempo, non produce effetti soltanto sul piano fisico o comportamentale, ma incide profondamente sulla persona nella sua globalità, trasformando progressivamente il modo in cui il soggetto percepisce sé stesso, le proprie relazioni e il proprio posto nel mondo. La tossicodipendenza diviene un'esperienza che investe l'identità e compromette in modo significativo i legami affettivi, sociali ed educativi. La sostanza diventa così il centro attorno a cui ruotano pensieri, emozioni e comportamenti, fino a restringere lo spazio delle possibilità esistenziali. Tale dinamica può generare un senso di impoverimento identitario, in cui il soggetto fatica a riconoscersi al di fuori della relazione compulsiva con l'oggetto di dipendenza.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> P. Freire, *Pedagogia degli oppressi*, Torino, Gruppo Abele, 2011, pp. 45-50.

<sup>75</sup> A. Correale, F. Cangiotti, A. Zoppi, *Il soggetto nascosto*, p. 86.

In questa prospettiva, la dipendenza risulta spesso intrecciata a esperienze traumatiche che non riescono a essere elaborate simbolicamente. Il trauma, infatti, non coincide necessariamente con un singolo evento eccezionale o improvviso, ma può manifestarsi anche come discontinuità interiore, mancanza di riconoscimento e fragilità nella costruzione del sé.<sup>76</sup>

L'esperienza traumatica può produrre una condizione di solitudine e insensatezza, spazzando via difese e riferimenti identitari e lasciando il soggetto in una condizione di precarietà esistenziale profonda.<sup>77</sup> In tali situazioni, la dipendenza può configurarsi non tanto come una scelta deliberata, quanto piuttosto una modalità di sopravvivenza psichica, un modo per anestetizzare il dolore o sottrarsi a emozioni troppo intense. Risulta, così, comprensibile il nesso fra trauma e uso di sostanze, laddove queste possono assumere la funzione di difesa fragile e incompleta rispetto a vissuti emotivi non elaborati.<sup>78</sup> La sostanza diventa un sostituto relazionale, che interrompe ulteriormente la possibilità di affidarsi all'altro e di ricostruire legami di cura. I rapporti familiari e sociali possono progressivamente deteriorarsi, poiché sono attraversati da tensioni, incomprensioni e perdita di fiducia.

Correale parla di relazione traumatica per indicare quelle esperienze in cui il vissuto non riesce a transitare nel linguaggio e rimane come tensione irrisolta, bloccata, non comunicabile.<sup>79</sup> In questi casi, la sostanza può assumere una funzione difensiva, diventando un mezzo per evitare l'incontro con l'altro, e, al contempo, con le parti più dolorose di sé. Ne deriva, spesso, un progressivo isolamento, il soggetto fatica a mantenere relazioni stabili e tende a chiudersi in una dimensione solitaria, in cui la sostanza sostituisce il legame e riduce ulteriormente le possibilità di appartenenza e di riconoscimento reciproco.

Da un punto di vista educativo, questa rottura dei legami rappresenta uno degli esiti più critici della dipendenza, poiché rende ancora più difficile l'accesso a percorsi di cura fondati sulla relazione. Sul piano sociale, la dipendenza può portare progressivamente a situazioni di marginalità crescente. La perdita di ruoli importanti, le difficoltà nel lavoro o nello studio e l'interruzione dei percorsi educativi sono conseguenze frequenti di una condizione che, nel tempo, riduce le opportunità di integrazione e di partecipazione sociale.<sup>80</sup> In questo senso, la dipendenza non riguarda soltanto la sofferenza del singolo, ma mette in luce anche fragilità e limiti del contesto sociale, che spesso fatica a offrire opportunità di inclusione e percorsi di sostegno, aumentando così il rischio di esclusione.

---

<sup>76</sup> Ivi, pp. 86-87.

<sup>77</sup> Ivi, p. 87.

<sup>78</sup> Ivi, pp. 93-94.

<sup>79</sup> Ibidem.

<sup>80</sup> G. Martignoni, "Tossicodipendenza. Una malattia dell'anima del mondo", un "isotopo culturale" o solo una categoria psicopatologica?, in V. Caretti, G. Di Cesare (a cura di), *Le dipendenze patologiche*. pp. 330-332.

Dal punto di vista pedagogico, le conseguenze della dipendenza richiamano in modo diretto il tema della cura come esperienza relazionale e trasformativa. Quando la sostanza diventa il centro della vita del soggetto, ciò che viene colpito non è soltanto il comportamento, ma la possibilità stessa di costruire continuità, significato e presenza nel mondo. In questa direzione, la riflessione di Mortari sulla pratica dell'aver cura appare centrale. L'autrice sottolinea come la cura non possa essere ridotta a un intervento tecnico o assistenziale, ma rappresenti una dimensione costitutiva dell'esistenza umana, legata alla vulnerabilità e al bisogno di essere sostenuti nei momenti di fragilità.<sup>81</sup> Prendersi cura significa riconoscere l'altro nella sua interezza e accompagnarlo in un percorso di ricomposizione del senso. Applicata al tema delle dipendenze, questa prospettiva consente di leggere la cura non come semplice contenimento del comportamento problematico, ma come possibilità di riattivare legami e risorse, restituendo al soggetto uno spazio di parola e di riconoscimento. La dipendenza, infatti, può essere interpretata anche come espressione di una crisi del legame: non soltanto dipendenza dalla sostanza, ma come frattura nei legami significativi e nelle relazioni di riferimento.

In conclusione, la dipendenza produce effetti che coinvolgono identità, relazioni e partecipazione sociale. Uno sguardo pedagogico permette di cogliere come tali esiti richiedano non solo risposte sanitarie, ma anche interventi educativi fondati sulla cura, sull'accompagnamento e sulla possibilità di ricostruire appartenenza e significato all'interno di contesti relazionali e comunitari.

---

<sup>81</sup> L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, pp. 15-20

## CAPITOLO 2

### Pregiudizio, stigma ed etichettamento nelle persone con disturbi da uso di sostanze

#### 2.1 La dipendenza come costruzione sociale della devianza

Il passaggio dall'analisi della tossicodipendenza come esperienza complessa alla riflessione sui processi di stigmatizzazione impone di interrogarsi criticamente sui meccanismi attraverso cui la società costruisce, interpreta e valuta i comportamenti connessi all'uso di sostanze. La dipendenza, infatti, non esaurisce i propri effetti sul piano clinico e biografico, ma attiva dispositivi di classificazione sociale che incidono in modo significativo sulla posizione simbolica della persona e sulle sue possibilità di riconoscimento e inclusione. Essa diventa quindi anche una categoria sociale attraverso cui determinati comportamenti vengono interpretati, giudicati e collocati entro specifiche cornici normative. Diventa, pertanto, necessario adottare la prospettiva della sociologia della devianza, utile a mettere a fuoco i processi sociali attraverso cui il comportamento trasgressivo viene definito e trattato come problematico.

Un primo snodo teorico riguarda la natura stessa dei problemi sociali. Come evidenzia Lemert, essi non possono essere considerati semplicemente come condizioni oggettive e autoevidenti, ma come fenomeni che emergono all'interno di specifici processi di definizione collettiva, sostenuti da un determinato clima di opinione pubblica e da richieste sociali di intervento e regolazione.<sup>82</sup> In altri termini, un fenomeno diventa problema sociale quando viene riconosciuto come tale all'interno di processi discorsivi e istituzionali che ne enfatizzano la rilevanza e la pericolosità. Ciò significa che un comportamento diviene socialmente problematico non soltanto per le sue caratteristiche intrinseche, ma perché viene percepito come minaccioso o disturbante per l'ordine sociale e inserito in cornici interpretative che ne enfatizzano la pericolosità. In questa prospettiva, la sociologia della devianza invita a superare letture puramente naturalistiche o individualizzanti del comportamento trasgressivo, ponendo al centro l'analisi dei processi sociali di costruzione del significato.

Da tale impostazione deriva una concezione profondamente relazionale della devianza. Essa non può essere interpretata come una qualità intrinseca della persona o dell'atto, bensì come esito di un processo dinamico che coinvolge sistemi normativi, aspettative collettive e pratiche di controllo sociale. L'attenzione analitica si sposta così dai soggetti che deviano ai meccanismi attraverso cui la società definisce ciò che deve essere considerato conforme o trasgressivo. In gioco non vi è soltanto la valutazione di un'azione, ma la possibilità stessa che l'individuo venga progressivamente

---

<sup>82</sup> E. M. Lemert, *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Giuffrè, Milano, 2019, pp. 89-93.

identificato attraverso quella singola azione, con conseguenze rilevanti sul piano del riconoscimento sociale. La devianza smette, così, di apparire come una semplice infrazione e si configura piuttosto come un processo relazionale che prende forma nello spazio tra comportamento e sguardo sociale.

La risposta sociale ai comportamenti non conformi svolge, in questo senso, una funzione centrale nel mantenimento dell'ordine collettivo, contribuendo a tracciare e rendere visibili i confini della normalità e di conseguenza a rendere operativi i criteri di inclusione ed esclusione.<sup>83</sup>

La devianza appare meno come una proprietà oggettiva del comportamento e più come il risultato di processi di attribuzione di significato che si sviluppano all'interno di specifici contesti storici e culturali.<sup>84</sup> Questa prospettiva costruzionista consente di comprendere come le categorie di normalità e devianza non siano dati naturali, ma esiti di processi sociali di definizione e interpretazione. Assumere questo sguardo consente di leggere la tossicodipendenza come fenomeno socialmente costruito, la cui interpretazione risulta profondamente influenzata dalle modalità attraverso cui la società definisce, nomina e tratta il consumo di sostanze.

In ambito sociologico, la devianza è stata definita come «*la condotta di una persona o di un gruppo che viola le aspettative di ruolo, le norme sociali e i valori della maggioranza dei membri di una collettività e che per questa ragione suscita una qualche forma di reazione sociale*».<sup>85</sup> Tale definizione mette in evidenza il nesso strutturale tra trasgressione e risposta collettiva. Quando un comportamento non conforme viene individuato, la società tende infatti ad attivare risposte di controllo e di sanzione, poiché la deviazione è percepita come potenzialmente minacciosa per l'equilibrio collettivo.

Tuttavia, la reazione sociale non si esaurisce in una funzione meramente repressiva. Da un lato, mira a contenere e disincentivare la diffusione di condotte considerate problematiche; dall'altro, la visibilità stessa della reazione sociale svolge una funzione integrativa, poiché attraverso la condanna pubblica della trasgressione, la collettività rinnova e rafforza il consenso attorno ai valori condivisi, consolidando così la coesione interna.<sup>86</sup> Tale duplice funzione evidenzia il carattere eminentemente sociale della devianza, poiché il controllo sociale contribuisce non solo a limitarla, ma anche a riprodurre simbolicamente l'ordine normativo.

Un elemento decisivo riguarda la storicità e la variabilità delle norme che regolano la convivenza sociale. Tali norme non sono immutabili, ma riflettono valori dominanti, assetti di potere e rappresentazioni collettive in continua trasformazione. Ne consegue che una medesima condotta

---

<sup>83</sup> Ivi, pp. 91-96.

<sup>84</sup> D. Scarcelli, O. Vidoni Guidoni, *La devianza*, Carocci, Roma, 2000, pp. 161-162.

<sup>85</sup> Ivi, cit. p. 13.

<sup>86</sup> Ivi, p. 161.

può essere tollerata in un contesto e stigmatizzata in un altro, a conferma della natura storicamente situata della devianza.

In questa direzione, le teorie del conflitto offrono un contributo interpretativo rilevante, mettendo in luce come la definizione stessa di devianza sia il prodotto di rapporti di forza tra gruppi sociali. Secondo tale prospettiva, le norme non emergono da un consenso neutrale, ma dall'azione di gruppi dominanti che riescono a imporre i propri interessi e valori come universalmente validi.<sup>87</sup> Il controllo sociale si configura pertanto non solo come strumento di regolazione della convivenza, ma anche come mezzo attraverso cui vengono mantenuti assetti di potere e distribuite in modo diseguale le etichette di devianza. In questa chiave, il controllo sociale non si limita a debellare comportamenti ritenuti problematici, ma contribuisce attivamente alla formulazione di categorie attraverso cui tali condotte vengono interpretate, gerarchizzate e rese più o meno accettabili. Questa prospettiva consente di cogliere come la devianza sia sempre anche il riflesso di equilibri sociali più ampi e delle asimmetrie di potere che attraversano i contesti di vita.

Questa lettura risulta coerente con quanto osservato da Lemert in merito alla natura selettiva dei processi di definizione dei problemi sociali. Non tutte le condotte potenzialmente problematiche ricevono infatti il medesimo livello di attenzione pubblica: alcune vengono amplificate e rese altamente visibili, mentre altre rimangono in secondo piano o vengono tollerate.<sup>88</sup> Tale selettività mostra come la devianza sia un fenomeno profondamente situato storicamente e culturalmente, e come la sua definizione risenta delle sensibilità morali e delle dinamiche di potere presenti in una determinata società.

Alla luce della prospettiva costruzionista della devianza, assume particolare rilievo la distinzione tra devianza primaria e devianza secondaria, che consente di cogliere la natura processuale e graduata dello scostamento dalle norme, mostrando come non tutte le trasgressioni producano i medesimi effetti sul piano sociale e biografico.<sup>89</sup> La devianza primaria si riferisce a comportamenti non conformi che si manifestano in forma episodica, non sistematica e non comportano, almeno inizialmente, una ridefinizione significativa dell'identità sociale del soggetto.<sup>90</sup> In questa fase, la trasgressione può essere tollerata, minimizzata o interpretata come circostanziale, rimanendo spesso confinata ad un livello di marginalità che non altera in modo predominante le opportunità di partecipazione alla vita sociale. La devianza secondaria, al contrario, prende forma quando la trasgressione viene riconosciuta e trattata pubblicamente come tale, avviando un processo di progressiva ridefinizione della posizione sociale dell'individuo attorno all'etichetta deviante.<sup>91</sup> In

---

<sup>87</sup> Ivi, p. 164-165.

<sup>88</sup> Lemert E. M., *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, pp. 94-96.

<sup>89</sup> Ivi, p. 65.

<sup>90</sup> Ivi, pp. 179-181.

<sup>91</sup> Ivi, pp. 182-185.

questa fase si sviluppa quella che viene definita una carriera deviante, ovvero un percorso processuale in cui l'individuo, a seguito dell'etichettamento e delle reazioni sociali negative, riorganizza progressivamente la propria identità attorno allo status di deviante. L'acquisizione di tale status tende a strutturarsi in modo cumulativo, riducendo gli spazi di negoziazione identitaria e incrementando il rischio di marginalizzazione.

La devianza secondaria non coincide dunque semplicemente con la reiterazione del comportamento deviante, ma con l'interiorizzazione e la stabilizzazione di una definizione sociale che ridefinisce il rapporto dell'individuo con sé stesso e con il contesto sociale.<sup>92</sup> E in questa dimensione che la devianza può trasformarsi in una cornice permanente, non descrive più ciò che una persona ha fatto, ma ciò che, agli occhi degli altri, essa è. Il passaggio dalla devianza primaria a quella secondaria si configura dunque come un processo graduale in cui l'esposizione pubblica, la stigmatizzazione e la limitazione delle opportunità convenzionali tendono a restringere gli spazi di partecipazione dell'individuo alla vita sociale ordinaria. I meccanismi di controllo possono infatti produrre effetti non intenzionali: l'intensificarsi delle sanzioni e della sorveglianza rischia talvolta di rafforzare l'isolamento del soggetto e di favorire l'inserimento in circuiti relazionali marginali.<sup>93</sup> In questa prospettiva, la devianza secondaria appare come l'esito di una sequenza interattiva in cui la risposta sociale contribuisce attivamente alla riorganizzazione dell'esperienza individuale.

Questa chiave di lettura risulta particolarmente significativa per l'analisi delle dipendenze. Le pratiche di consumo possono, inizialmente, collocarsi entro forme di devianza primaria, caratterizzate da sperimentazione, occasionalità o limitata visibilità sociale. Tuttavia, l'intensificarsi della reazione sociale, l'intervento dei dispositivi di controllo e la progressiva attribuzione di un'identità deviante possono contribuire al passaggio verso forme di devianza secondaria, con effetti rilevanti sul piano della stigmatizzazione e dell'esclusione. Ciò conferma come le traiettorie legate alla tossicodipendenza siano profondamente intrecciate ai processi sociali di definizione e di risposta collettiva, le quali non agiscono solo sulle condotte, ma sulle possibilità concrete di continuare a sentirsi parte di legami, luoghi e opportunità.

Accanto a questa distinzione, è utile considerare la differenza tra devianza formale e devianza informale, riferita alle modalità di regolazione sociale attivate in risposta alla trasgressione. La prima riguarda la violazione di norme giuridicamente codificate e comporta l'intervento di apparati istituzionali di controllo che operano attraverso procedure sanzionatorie formalizzate. La devianza informale, invece, si colloca nell'ambito delle aspettative sociali non giuridicamente codificate e produce prevalentemente reazioni di tipo morale o relazionale, come la disapprovazione o la presa di

---

<sup>92</sup> Ibidem.

<sup>93</sup> Ivi, pp. 188-191.

distanza.<sup>94</sup> È spesso in questa dimensione informale, nei gesti, nei silenzi, nelle esclusioni sottili, che la persona sperimenta per prima la frattura del riconoscimento.

Le distinzioni tra devianza primaria e secondaria e tra devianza formale e informale non risultano sovrapponibili, in quanto rimandano a piani analitici differenti: la prima attiene al processo di stabilizzazione dell'identità deviante, la seconda alle modalità normative e alle forme di controllo attivate in risposta alla trasgressione. L'approccio della reazione sociale consente, in definitiva, di leggere la devianza come un processo dinamico che si sviluppa attraverso una sequenza di definizioni, applicazioni normative e risposte istituzionali e informali. L'analisi evidenzia, inoltre, come i meccanismi di controllo operino in modo selettivo, esponendo maggiormente alcuni gruppi sociali alla sorveglianza e alla sanzione, mentre altri beneficiano di margini più ampi di tolleranza.<sup>95</sup> Tale selettività contribuisce a intrecciare la devianza con le disuguaglianze sociali, mostrando come i processi di definizione non siano mai neutrali, in quanto decidono chi viene identificato come problema e chi resta invisibile.

Nel campo delle dipendenze, queste dinamiche risultano particolarmente evidenti: la reazione collettiva partecipa in modo significativo alla costruzione pubblica della figura del tossicodipendente, incidendo sulle opportunità di vita e sui processi di inclusione o esclusione. La tossicodipendenza si configura come un fenomeno fortemente attraversato da processi di moralizzazione, nei quali la dimensione sanitaria si intreccia con rappresentazioni sociali negative che possono ostacolare i percorsi di cura e di reinserimento. La devianza si intreccia così con processi valutativi che preparano il terreno alla formazione del pregiudizio. Dal punto di vista pedagogico, questa lettura sollecita una riflessione critica sulle modalità attraverso cui le persone con disturbo da uso di sostanze vengono nominate, interpretate e trattate nei contesti educativi e sociali, nei quali tali definizioni si riflettono sulle opportunità di relazione, apprendimento e partecipazione delle persone coinvolte.

## **2.2 La natura del pregiudizio: da Allport a Goffman nelle rappresentazioni della dipendenza**

Dopo aver inquadrato la dipendenza entro la prospettiva costruzionista della devianza, risulta necessario approfondire il ruolo dei processi valutativi che orientano lo sguardo sociale verso le persone che fanno uso di sostanze. Se la devianza prende forma attraverso pratiche di definizione e di controllo, il pregiudizio rappresenta uno dei dispositivi cognitivi ed emotivi che contribuiscono a stabilizzare tali definizioni, anticipando spesso il giudizio prima ancora dell'incontro concreto con la

---

<sup>94</sup> D. Scarcell, O. Vidoni Guidoni, *La devianza*, pp. 161-170.

<sup>95</sup> Ivi, pp. 166-170.

persona. Comprendere la natura del pregiudizio significa dunque interrogare quel livello intermedio in cui percezione, emozione e appartenenza sociale si intrecciano, preparando il terreno alle successive dinamiche di stigmatizzazione.

Il contributo di Allport costituisce un riferimento teorico fondamentale, poiché consente di interpretare il pregiudizio non come una semplice distorsione individuale o come un fenomeno marginale, ma come una dinamica profondamente radicata nei processi ordinari di funzionamento della mente sociale. Allport definisce il pregiudizio come un atteggiamento negativo fondato su una generalizzazione rigida e resistente all'esperienza, che tende a orientare in modo anticipato la valutazione dell'altro.<sup>96</sup> Tale impostazione mette immediatamente in luce un aspetto decisivo: il pregiudizio non coincide con una mera opinione contingente, ma configura una disposizione relativamente stabile che intreccia componenti cognitive, affettive e motivazionali.

Un primo elemento distintivo del pregiudizio riguarda il suo carattere categoriale. La valutazione negativa tende, infatti, ad attivarsi quando la persona viene percepita prevalentemente attraverso l'appartenenza attribuita a un gruppo sociale, piuttosto che dalla conoscenza diretta dell'individuo.<sup>97</sup> In questo processo di semplificazione, la persona rischia di essere progressivamente ricondotta a un tipo sociale, mentre la complessità della sua esperienza biografica viene oscurata da tratti ritenuti rappresentativi del gruppo di riferimento. Tale dinamica appare particolarmente significativa nel campo delle dipendenze, dove l'etichetta legata al consumo di sostanze tende spesso a sovradeterminare la percezione dell'individuo, riducendone la leggibilità sociale a una sola dimensione identitaria.

Una distinzione analitica utile per comprendere la progressione del fenomeno riguarda il rapporto tra stereotipo, pregiudizio e discriminazione, termini frequentemente utilizzati come sinonimi ma riferiti, in realtà, a livelli differenti del fenomeno. Lo stereotipo opera principalmente sul piano cognitivo e consiste in una credenza generalizzata relativa ai membri di un gruppo; il pregiudizio introduce una componente valutativa ed emotiva che orienta l'atteggiamento verso quel gruppo; la discriminazione, infine, rappresenta la traduzione comportamentale di tali orientamenti.<sup>98</sup> Questi tre livelli, pur distinguibili analiticamente, tendono nella pratica a rafforzarsi reciprocamente, generando circuiti cumulativi difficili da interrompere.<sup>99</sup>

Quest'articolazione concettuale risulta particolarmente utile in prospettiva pedagogica, poiché permette di riconoscere come le rappresentazioni negative possano operare su piani diversi e richiedano, di conseguenza, interventi differenziati.

---

<sup>96</sup> G. W. Allport, *La natura del pregiudizio* (ed. orig. *The Nature of Prejudice*), trad. it. di M. Chiarenza, La Nuova Italia, Firenze, 1973, pp. 7-12.

<sup>97</sup> Ivi, pp. 7-9.

<sup>98</sup> Ivi, pp. 4-5.

<sup>99</sup> R. Brown, *Psicologia sociale del pregiudizio*, Il Mulino, Bologna, 1997, pp. 103-110.

La resistenza del pregiudizio al cambiamento rappresenta una delle sue caratteristiche più rilevanti. Esso tende, infatti, a mantenersi anche quando l'esperienza concreta potrebbe metterlo in discussione, mostrando una notevole stabilità nel tempo.<sup>100</sup> Tale persistenza contribuisce a spiegare perché alcune immagini sociali della dipendenza permangono nonostante la diffusione di modelli interpretativi più complessi e di evidenze scientifiche che ne sottolineano la natura multifattoriale. Il pregiudizio, in altri termini, non si alimenta soltanto dell'ignoranza, ma risponde anche a bisogni psicologici e sociali di semplificazione, ordine e prevedibilità. In questa direzione, gli stereotipi svolgono anche una funzione di economia cognitiva, permettendo agli individui di gestire la complessità sociale attraverso schemi relativamente stabili, ma al prezzo di una significativa perdita di accuratezza percettiva.<sup>101</sup>

Secondo Allport, la mente umana ricorre inevitabilmente a sistemi categoriali per orientarsi nella complessità del mondo sociale; classificare persone e situazioni consente di semplificare l'esperienza, rendere più rapida la percezione e stabilizzare le aspettative di comportamento.<sup>102</sup> In questa prospettiva, la categorizzazione non rappresenta di per sé una distorsione patologica, ma una funzione ordinaria e in larga misura adattiva del pensiero sociale. Il punto critico emerge quando tali categorie, da strumenti flessibili di organizzazione dell'esperienza, tendono a irrigidirsi e a caricarsi di significati valutativi stabili. Allport osserva, infatti, che le categorie sociali non si limitano a descrivere, ma spesso incorporano giudizi impliciti di valore e componenti emotive che ne rafforzano la persistenza.<sup>103</sup> Quando questo accade, la generalizzazione smette di essere una scorciatoia cognitiva provvisoria e si trasforma in una cornice interpretativa rigida, capace di orientare selettivamente la percezione delle persone appartenenti al gruppo categorizzato.

Le categorie sociali, infatti, raramente rimangono neutre sul piano emotivo. Esse risultano frequentemente accompagnate da una tonalità affettiva che ne rafforza la stabilità e la forza orientativa.<sup>104</sup> Nel caso delle dipendenze, questo meccanismo risulta particolarmente evidente: il comportamento di consumo non viene soltanto classificato, ma spesso viene immerso in una cornice morale ed emotiva segnata da sospetto, paura o disapprovazione. La categoria sociale tende a trasformarsi in un filtro interpretativo potente, capace di orientare in modo selettivo la percezione delle persone coinvolte.

Accanto alla dimensione cognitiva ed emotiva, un ruolo decisivo è svolto dai processi di appartenenza nella genesi del pregiudizio. La familiarità con il proprio gruppo di riferimento tende infatti a generare sentimenti di fiducia e valorizzazione positiva, mentre ciò che viene percepito come

---

<sup>100</sup> Ivi, pp. 18-20.

<sup>101</sup> R. Brown, *Psicologia sociale del pregiudizio*, pp. 52-60.

<sup>102</sup> G. W. Allport, *La natura del pregiudizio*, pp. 23-27.

<sup>103</sup> Ivi, pp. 27-32.

<sup>104</sup> Ivi, pp. 26-27.

esterno può essere oggetto di maggiore cautela o distanza.<sup>105</sup> Non si tratta necessariamente di una dinamica consapevole o intenzionalmente ostile: più spesso essa opera come meccanismo ordinario di orientamento sociale, attraverso cui gli individui organizzano il mondo relazionale distinguendo tra ambiti di prossimità e ambiti di alterità.

Le dinamiche di identificazione con il gruppo interno contribuiscono così a strutturare una distinzione simbolica tra “noi” e “loro” che, pur non implicando necessariamente ostilità, può costituire il terreno su cui maturano atteggiamenti pregiudiziali.<sup>106</sup> In questa prospettiva, il pregiudizio non nasce soltanto da valutazioni negative manifeste, ma può svilupparsi anche a partire da processi più sottili di differenziazione identitaria e di marcatura dei confini sociali. Proprio questa apparente normalità dei meccanismi di distinzione rende il pregiudizio un fenomeno particolarmente insidioso, poiché tende a operare sotto la soglia della consapevolezza critica e a presentarsi come naturale organizzazione dell’esperienza sociale. Quanto più il confine tra interno ed esterno si irrigidisce, tanto più aumenta il rischio che la categorizzazione si traduca in gerarchizzazione simbolica.

Applicata al campo delle dipendenze, questa chiave interpretativa consente di comprendere come la distanza sociale nei confronti delle persone che fanno uso di sostanze non derivi esclusivamente da giudizi morali espliciti, ma possa radicarsi anche in processi più profondi di differenziazione identitaria. La figura del consumatore tende, infatti, a essere progressivamente collocata in uno spazio simbolico di alterità, entro il quale l’individuo viene percepito come portatore di caratteristiche ritenute divergenti rispetto alle aspettative normative del gruppo maggioritario. In questo senso, la costruzione della distanza precede spesso la condanna esplicita e ne prepara silenziosamente le condizioni di possibilità. È proprio in questa fase preriflessiva che il pregiudizio esercita la sua funzione più potente: non tanto nel produrre immediatamente esclusione, quanto nel renderla progressivamente pensabile e socialmente legittima.

Nel loro insieme, queste considerazioni permettono di leggere il pregiudizio come un dispositivo di mediazione tra i processi cognitivi ordinari e le forme più strutturate di esclusione sociale. Esso non produce automaticamente stigma o discriminazione, ma ne prepara il terreno simbolico e relazionale, contribuendo a definire le cornici attraverso cui alcune condizioni, tra cui la dipendenza, vengono pubblicamente lette, semplificate e moralmente connotate. In questa prospettiva, il pregiudizio agisce come una sorta di zona di transizione in cui la complessità delle esperienze individuali rischia di essere progressivamente compressa entro schemi interpretativi riduttivi. Da una prospettiva pedagogica, ignorare questa zona intermedia significherebbe intervenire

---

<sup>105</sup> Ivi, pp. 42-45.

<sup>106</sup> Ivi, pp. 56-57.

sugli effetti più visibili del problema senza interrogare i meccanismi quotidiani che lo rendono riproducibile.

È in questa traiettoria analitica che si colloca il passaggio all'approccio di Goffman. Se la riflessione sviluppata fin qui consente di comprendere come si formano e si stabilizzano atteggiamenti pregiudiziali, la prospettiva di Goffman permetterà di osservare ciò che accade quando tali valutazioni negative si depositano stabilmente sull'identità sociale della persona. In questo passaggio, una condizione complessa come la dipendenza rischia di essere progressivamente ridotta a marchio identitario dominante, capace di incidere in profondità sulle possibilità di riconoscimento, partecipazione e ridefinizione biografica dell'individuo.

### **2.3 Lo stigma nella tossicodipendenza: dal modello di Goffman alle declinazioni contemporanee**

Nel lavoro educativo e nei contesti di cura, uno dei passaggi più delicati riguarda il momento in cui una condizione problematica smette di essere letta come esperienza modificabile e inizia a essere interpretata come tratto identitario della persona. Quando questo slittamento interpretativo si consolida, il comportamento rischia di diventare la chiave di lettura principale, e talvolta unica, attraverso cui l'individuo viene interpretato. È in questa soglia critica che il pregiudizio può irrigidirsi fino a trasformarsi in stigma, incidendo non solo sulla percezione sociale dell'individuo, ma anche sulle sue concrete possibilità di apprendimento, partecipazione e cambiamento.

Nel caso della tossicodipendenza, tale dinamica assume una particolare rilevanza, poiché il consumo di sostanze tende frequentemente a sovrapporsi all'immagine complessiva della persona. Il comportamento viene progressivamente assunto come segno rappresentativo dell'identità, con il rischio di oscurare la pluralità delle dimensioni biografiche che compongono l'esperienza individuale. La persona può così essere interpretata quasi esclusivamente attraverso la lente del consumo, mentre aspetti fondamentali della sua storia, delle sue competenze e delle sue potenzialità evolutive rimangono in secondo piano.

Lo stigma opera in modo spesso silenzioso, ma profondamente pervasivo. Non si limita a esprimere distanza o disapprovazione, bensì interviene nella struttura stessa del riconoscimento sociale, producendo fratture nei percorsi relazionali, educativi e biografici delle persone coinvolte. Comprenderne il funzionamento significa dunque spostare lo sguardo oltre i giudizi espliciti e osservare i processi interazionali attraverso cui alcune differenze vengono trasformate in segni di discredito sociale.

In questa cornice interpretativa, l'elaborazione teorica di Erving Goffman costituisce un passaggio imprescindibile. Il sociologo canadese non si limita a descrivere atteggiamenti ostili o credenze stereotipate, ma indaga in profondità il modo in cui una determinata caratteristica può trasformarsi in un marchio capace di ridefinire l'identità sociale di una persona e di condizionare le sue possibilità di partecipazione alla vita collettiva.

Nel suo lavoro sullo stigma, Goffman definisce quest'ultimo come un attributo profondamente screditante che riduce chi lo possiede «*da persona completa e normale a persona segnata e diminuita*».<sup>107</sup> Ciò che risulta particolarmente rilevante in questa definizione è che lo stigma non dipende tanto dalla caratteristica in sé, quanto dal significato sociale che essa assume all'interno di uno specifico contesto culturale e normativo. Lo stigma prende, quindi, forma nello spazio relazionale tra identità individuale e aspettative sociali, rivelando come il discredito sia il prodotto di un processo di interpretazione collettiva piuttosto che una qualità intrinseca della persona.

Un passaggio teorico decisivo riguarda la distinzione tra identità sociale virtuale e identità sociale reale. La prima rimanda all'insieme delle aspettative normative che la società proietta su un individuo in base alle categorie cui viene ricondotto; la seconda riguarda invece gli attributi effettivamente posseduti dalla persona.<sup>108</sup> Lo stigma prende forma nello scarto tra queste due dimensioni, quando l'identità reale viene percepita come divergente rispetto a quella attesa, si attiva un processo di discredito che ridefinisce la posizione sociale del soggetto. Questo scarto non è semplicemente descrittivo, ma normativo, poiché stabilisce implicitamente quale distanza dalla norma sia tollerabile e quale invece diventi motivo di svalutazione sociale. Tale impostazione risulta estremamente utile per l'analisi delle dipendenze, poiché consente di comprendere come la persona che fa uso di sostanze venga spesso valutata non sulla base della sua biografia complessiva, ma in funzione della distanza simbolica rispetto alle aspettative di normalità socialmente condivise.

Un aspetto particolarmente rilevante dell'approccio di Goffman riguarda la visibilità dello stigma. Goffman distingue tra individui screditati, il cui attributo stigmatizzante è già noto o immediatamente percepibile, e individui screditabili, che possiedono una caratteristica potenzialmente screditante ma non ancora resa pubblica.<sup>109</sup> Questa distinzione illumina le traiettorie legate alla tossicodipendenza. In molti casi, infatti, l'esperienza di consumo si colloca inizialmente in una zona di invisibilità sociale, entro la quale la persona mantiene margini di gestione della propria immagine pubblica. È solo quando l'informazione diviene accessibile ad altri, attraverso interventi istituzionali, eventi biografici critici o processi di etichettamento, che la persona può essere progressivamente ricollocata nello spazio simbolico del discredito.

---

<sup>107</sup> E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Bari, Gius. Laterza & Figli, 1970, p. 15.

<sup>108</sup> Ivi, pp. 17-20.

<sup>109</sup> Ivi, pp. 83-87.

Ne deriva che lo stigma non opera esclusivamente come reazione automatica a un comportamento deviante, ma come processo situato che dipende dalla visibilità sociale dell'attributo e dalle modalità attraverso cui esso viene interpretato. La stigmatizzazione appare, così, meno come un evento e più come una traiettoria, scandita da momenti di esposizione, riconoscimento e classificazione. La gestione dell'informazione e delle interazioni quotidiane assume un ruolo cruciale nelle traiettorie delle persone con dipendenza, evidenziando la natura profondamente relazionale del processo stigmatizzante. L'identità personale si costruisce infatti anche attraverso i segni che l'individuo emette, volontariamente o involontariamente, nelle interazioni quotidiane, segni che gli altri interpretano per collocarlo entro specifiche categorie sociali.<sup>110</sup> La persona portatrice di un attributo potenzialmente discreditante è quindi spesso impegnata in un lavoro continuo di gestione della propria immagine pubblica, nel tentativo di gestire l'impressione prodotta sugli altri e preservare margini di normalità relazionale.

L'incontro tra soggetti socialmente considerati "normali" e soggetti stigmatizzati è spesso attraversato da tensioni sottili, imbarazzi, strategie di evitamento o forme di ipercontrollo della comunicazione.<sup>111</sup> Sono proprio queste micro-tensioni interazionali che alla riproduzione dello stigma, poiché è proprio nella quotidianità degli scambi che il discredito viene confermato o, al contrario, messo in discussione. In questa prospettiva, lo stigma non si esaurisce in un giudizio astratto o in una rappresentazione simbolica distante, ma si manifesta concretamente nelle micro-interazioni quotidiane, incidendo sulla qualità delle relazioni e sulle opportunità di riconoscimento reciproco. Tale dimensione appare particolarmente significativa in ambito educativo e sociosanitario, nei quali la qualità delle relazioni tra operatori e persone con dipendenza può infatti contribuire sia alla riproduzione sia alla riduzione dei processi stigmatizzanti. È nello spazio concreto dell'incontro educativo che lo stigma può essere rafforzato oppure progressivamente disinnescato, attraverso pratiche professionali attente al riconoscimento della persona nella sua complessità.

Un ulteriore contributo teorico di grande rilievo riguarda il concetto di carriera morale dello stigmatizzato. L'esperienza dello stigma non si configura come una condizione statica, ma come un processo evolutivo attraverso il quale l'individuo apprende progressivamente il significato sociale dell'attributo che gli viene imputato e riorganizza la propria immagine in rapporto alle reazioni dell'ambiente.<sup>112</sup> La carriera morale evidenzia come l'identità stigmatizzata sia il risultato di un apprendimento sociale progressivo, e non semplicemente l'effetto immediato di un'etichetta.

Questo passaggio è cruciale per comprendere le traiettorie delle persone con disturbo da uso di sostanze. Il rischio, infatti, non risiede soltanto nell'esposizione a giudizi negativi provenienti

---

<sup>110</sup> Ivi, pp. 87-90.

<sup>111</sup> Ivi, pp. 23-29.

<sup>112</sup> Ivi, pp. 41-59.

dall'esterno, ma nella possibile interiorizzazione di tali definizioni, che può condurre a forme di auto-svalutazione, ritiro relazionale e riduzione delle aspettative di cambiamento. Quando lo sguardo sociale viene anticipato e incorporato, lo stigma smette di essere soltanto un vincolo esterno e diventa un principio organizzatore dell'esperienza di sé. Dunque, lo stigma agisce come un dispositivo che non solo classifica dall'esterno, ma può progressivamente infiltrarsi nei processi di costruzione dell'identità personale.

Dal punto di vista pedagogico, la lettura goffmaniana invita a riflettere criticamente sulle modalità attraverso cui le identità vengono definite nei contesti educativi e di cura. Se lo stigma prende forma nelle interazioni quotidiane e nelle cornici interpretative socialmente condivise, allora i contesti formativi non sono spazi neutrali, ma luoghi in cui tali processi possono essere riprodotti oppure messi in discussione. Assumere questa consapevolezza implica riconoscere la responsabilità educativa insita in ogni pratica di classificazione, anche quando essa si presenta come puramente tecnica o diagnostica.

Nel campo della tossicodipendenza, queste dinamiche assumono una particolare intensità. La figura del consumatore di sostanze è spesso caricata di significati morali che eccedono la dimensione sanitaria del fenomeno, producendo una sovrapposizione tra condizione clinica e giudizio sociale. In tali circostanze, lo stigma tende a operare come una lente deformante che riduce la complessità biografica della persona a un'unica etichetta dominante. Il rischio più profondo non è soltanto l'esclusione sociale immediata, ma la progressiva contrazione dell'orizzonte di possibilità che la persona percepisce per sé.

Negli sviluppi più recenti, la riflessione sullo stigma ha progressivamente ampliato il quadro di Goffman, evidenziando come i processi stigmatizzanti operino simultaneamente su più livelli. La letteratura contemporanea ha mostrato che il discredito associato alle dipendenze può essere incorporato anche in pratiche istituzionali, dispositivi organizzativi e rappresentazioni mediatiche che contribuiscono a distribuire in modo diseguale opportunità e riconoscimento sociale.<sup>113</sup>

Parallelamente, è stata approfondita la dimensione soggettiva dello stigma interiorizzato, evidenziando come le persone possano fare proprie le rappresentazioni negative diffuse socialmente, con effetti significativi sull'autostima, sull'autoefficacia e sulla motivazione al cambiamento.<sup>114</sup> Nel caso delle dipendenze, questo processo può incidere in modo significativo sull'autostima, sulla percezione di autoefficacia e sulla motivazione al cambiamento.

---

<sup>113</sup> Link B. G., Phelan J. C., "Conceptualizing Stigma", *Annual Review of Sociology*, 27, 2001, pp. 363-385.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

<sup>114</sup> P. W. Corrigan, A. C. Watson, "The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness", *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 9, 2002, pp. 35-53.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>

Un ulteriore contributo riguarda la dimensione anticipatoria dello stigma, che evidenzia come i comportamenti possano essere modulati non solo in risposta a esperienze discriminatorie dirette, ma anche in previsione di possibili reazioni negative.<sup>115</sup> Il timore del giudizio sociale può portare alcune persone a evitare contatti con i servizi o a ritardare la richiesta di aiuto, rendendo più complessi i percorsi di cura. Nel loro insieme, questi sviluppi suggeriscono di leggere lo stigma come un processo multilivello che si sviluppa all'intersezione tra interazioni quotidiane, rappresentazioni culturali e assetti istituzionali. In tale prospettiva, l'intuizione di Goffman mantiene una straordinaria attualità, ma richiede di essere integrata con uno sguardo capace di cogliere la circolarità tra dimensione micro e dimensione strutturale

In conclusione, il modello di Goffman consente di comprendere lo stigma come un processo dinamico che prende forma nello scarto tra aspettative sociali e identità attribuita, si alimenta nelle interazioni quotidiane e può incidere profondamente sulle traiettorie biografiche delle persone. Applicato al campo delle dipendenze, esso rivela come il discredito sociale non sia un semplice effetto collaterale del consumo di sostanze, ma un fattore attivo che può amplificare vulnerabilità, ostacolare l'accesso alle risorse e restringere gli spazi di partecipazione. Riconoscere questa dimensione rappresenta un passaggio imprescindibile per costruire pratiche educative e sociosanitarie realmente orientate alla riduzione dello stigma e alla promozione di percorsi di inclusione.

#### **2.4 L'etichettamento nella tossicodipendenza: dalla Labeling Theory di Becker alle conseguenze educative**

Nel percorso di comprensione sociopedagogica delle dipendenze, uno dei passaggi più delicati non riguarda solo l'insorgenza del comportamento di consumo, ma il momento in cui tale condotta viene nominata, interpretata e progressivamente fissata entro categorie sociali che ne ridefiniscono il significato. È in questa soglia, spesso sottile ma decisiva, che l'esperienza individuale rischia di essere tradotta in identità deviante. Comprendere la tossicodipendenza richiede, dunque, di spostare lo sguardo oltre il comportamento in sé, per interrogare i processi attraverso cui la società attribuisce etichette, costruisce confini di normalità e orienta le traiettorie biografiche delle persone coinvolte. La questione centrale riguarda non solo ciò che una persona fa, ma come e da chi tale condotta viene resa socialmente rilevante.

Se lo stigma traccia gli effetti identitari del discredito sociale, la prospettiva della *labeling theory* permette di osservare più da vicino le sequenze attraverso cui determinati comportamenti

---

<sup>115</sup> V. A. Earnshaw, S.R. Chaudoir, "From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures", *AIDS and Behavior*, 2009, pp. 1160-1177.

vengono progressivamente definiti, interpretati e stabilizzati come devianti. All'interno di questo quadro, il contributo di Becker rappresenta un punto di svolta nella sociologia della devianza. La sua impostazione sposta infatti l'attenzione dall'atto in sé ai processi sociali che conducono alla definizione di devianza, mettendo in evidenza come quest'ultima non possa essere compresa se isolata dalle reazioni sociali che la rendono tale. La devianza, in questa prospettiva, non coincide semplicemente con la violazione di una norma, ma con l'esito di un processo nel quale entrano in gioco attori sociali, sistemi di controllo e pratiche di interpretazione collettiva.<sup>116</sup>

Ciò che rende particolarmente feconda la proposta di Becker, soprattutto in relazione al fenomeno della tossicodipendenza, è l'adozione di un modello sequenziale della devianza. L'autore invita infatti a superare letture statiche e istantanee del comportamento deviante per analizzarlo come un percorso che si sviluppa nel tempo attraverso fasi successive di apprendimento.<sup>117</sup> L'ingresso in pratiche non conformi non avviene in modo improvviso o lineare, ma si configura come un percorso graduale, scandito da apprendimenti, interazioni sociali e ridefinizioni progressive della situazione.

Applicata al fenomeno delle dipendenze, tale impostazione consente di abbandonare rappresentazioni semplificate del consumo di sostanze come scelta improvvisa o come esito esclusivamente individuale. L'uso di sostanze emerge piuttosto come una pratica socialmente situata, che si sviluppa all'interno di contesti relazionali specifici e che viene progressivamente appresa, interpretata e normalizzata all'interno di determinati ambienti di riferimento. Questa lettura permette di restituire complessità alle traiettorie di consumo, evitando riduzioni moralistiche che tendono a isolare la persona dal contesto in cui l'esperienza prende forma.

In questo quadro assume particolare rilievo il concetto di carriera deviante, attraverso cui Becker descrive il modo in cui l'identità deviante può strutturarsi nel tempo.<sup>118</sup> L'individuo non diventa deviante in un singolo momento, ma attraversa una serie di tappe che includono l'apprendimento delle tecniche, la scoperta degli effetti, la ridefinizione delle motivazioni e l'eventuale integrazione in reti sociali specifiche. La devianza assume così la forma di una traiettoria progressiva che coinvolge dimensioni cognitive, relazionali e identitarie.

Questa chiave interpretativa risulta particolarmente significativa per comprendere i percorsi legati alla tossicodipendenza. Le pratiche di consumo, infatti, raramente si configurano come eventi isolati; più frequentemente si sviluppano attraverso sequenze di sperimentazione, familiarizzazione e progressiva integrazione in contesti nei quali l'uso di sostanze viene reso intelligibile e, in alcuni casi, socialmente sostenuto. Una lettura processuale consente, pertanto, di cogliere le zone di transizione

---

<sup>116</sup> H. S. Becker, *Outsiders. Studi di sociologia della devianza*, pp. 31–36.

<sup>117</sup> Ivi, pp. 50-52.

<sup>118</sup> Ivi, pp. 52-55.

e di ambivalenza che caratterizzano le prime fasi dell'esperienza, offrendo strumenti interpretativi più utili anche sul piano educativo e preventivo.

Un ulteriore elemento di interesse riguarda il modo in cui i soggetti elaborano significati e giustificazioni rispetto alle proprie condotte. Becker osserva che l'adesione a pratiche non conformi è spesso accompagnata da processi di razionalizzazione, attraverso i quali gli individui attenuano il conflitto tra le proprie azioni e le norme sociali dominanti<sup>119</sup>. Ciò mostra come il coinvolgimento in comportamenti devianti non implichi necessariamente una rottura immediata con il sistema valoriale dominante, ma possa svilupparsi attraverso aggiustamenti interpretativi progressivi. Particolarmente significativa è la figura del crociato delle riforme, animato dalla convinzione di dover intervenire per correggere condizioni percepite come minacciose per l'ordine sociale. In Becker, il crociato delle riforme costituisce la figura paradigmatica del creatore di norme. Egli non si limita a rilevare l'esistenza di comportamenti ritenuti problematici, ma si attiva affinché essi vengano pubblicamente riconosciuti come mali sociali e, in quanto tali, sottoposti a regolazione. Ciò che egli percepisce come deviante non appare come una semplice differenza di condotta, bensì come una minaccia all'ordine collettivo, qualcosa che disturba profondamente e che richiede di essere corretto attraverso nuove leggi. In questo senso, il crociato delle riforme agisce entro un orizzonte etico assoluto in cui il male è pensato come reale, totale e intollerabile, e proprio per questo ogni iniziativa volta a eliminarlo appare legittima. La sua azione assume così i tratti di una vera e propria missione morale, sorretta dalla convinzione che il mondo non possa dirsi giusto finché quel determinato comportamento non venga nominato, combattuto e contenuto normativamente.<sup>120</sup>

Ciò che caratterizza in profondità questa figura è il suo rapporto con la legge. Il crociato è interessato soprattutto al contenuto della norma, le regole esistenti non lo soddisfano, perché non riescono ancora a colpire in modo adeguato ciò che egli considera pericoloso e non dispongono strumenti sufficienti per reprimerlo. In questo senso, la devianza non viene semplicemente scoperta, ma anche socialmente prodotta come tale attraverso un'operazione di definizione morale che seleziona alcuni fenomeni, li enfatizza e li rende oggetto di allarme e regolazione. Il crociato delle riforme, dunque, è decisivo non solo perché propone nuove norme, ma perché contribuisce a creare il clima culturale entro cui alcuni comportamenti diventano visibili come intollerabili e alcune persone iniziano a essere percepite come outsiders.<sup>121</sup>

Un secondo tratto decisivo riguarda l'etica assoluta che orienta il suo agire. Becker descrive il crociato delle riforme come un soggetto che tende a vedere il male in termini radicali, senza sfumature né ambivalenze: ciò che giudica deviante appare come totalmente negativo e, proprio per

---

<sup>119</sup> Ivi, pp. 56-59.

<sup>120</sup> Ivi, pp. 175-177.

<sup>121</sup> Ivi, pp. 181-184.

questo, meritevole di essere eliminato con ogni mezzo ritenuto legittimo. Tale postura conferisce al crociato un'intensa carica morale, spesso accompagnata dalla convinzione di svolgere una missione quasi salvifica. Egli non si percepisce soltanto come promotore di ordine, ma come colui che agisce per il bene degli altri, anche quando questi ultimi non riconoscono tale intervento come benefico. In questa prospettiva emerge un elemento importante, il crociato non impone norme solo per reprimere, ma spesso anche perché ritiene sinceramente di aiutare coloro che, a suo giudizio, vivono in una condizione di degradazione o di pericolo. Proprio questa miscela di zelo morale, intenzione correttiva e pretesa benefica rende la sua azione particolarmente incisiva sul piano sociale. Becker mostra inoltre che il crociato delle riforme tende a sviluppare una visione unilaterale del problema. Convinto della bontà della propria causa, egli fatica a riconoscere la pluralità dei significati attribuiti dai soggetti alle loro pratiche e interpreta il proprio intervento come necessariamente giusto. Da qui deriva una dinamica tipica dei processi di etichettamento secondo cui alcuni comportamenti vengono sottratti alla loro complessità esperienziale e ricondotti a categorie morali rigide, che ne accentuano il carattere minaccioso. Nel momento in cui una condotta viene pubblicamente costruita come sintomo di disordine, rischio o corruzione, si preparano le condizioni simboliche e istituzionali affinché chi la compie venga più facilmente identificato come deviante.<sup>122</sup>

Un ulteriore aspetto rilevante è che il crociato delle riforme, pur essendo il promotore della norma, non coincide necessariamente con colui che la applicherà. Una volta ottenuta l'introduzione di nuove regole, entrano in scena apparati, esperti e agenzie incaricate di tradurle in prassi concrete. La crociata morale tende a istituzionalizzarsi, trasformandosi da mobilitazione etica in sistema di controllo. Ne consegue che la costruzione della devianza prende forma attraverso una filiera articolata, nella quale la denuncia morale iniziale si converte progressivamente in classificazioni, pratiche di sorveglianza e procedure di selezione. Il crociato, dunque, non produce solo un mutamento legislativo, ma contribuisce a creare le condizioni culturali entro cui certi soggetti potranno essere più facilmente osservati, interpretati e trattati come outsiders. Tali attori contribuiscono a costruire pubblicamente la gravità di determinati fenomeni, orientando l'attenzione collettiva e promuovendo l'introduzione di nuove regole.<sup>123</sup> Applicata al campo delle sostanze psicoattive, questa lettura consente di comprendere come il consumo venga trasformato in problema sociale non esclusivamente per le sue proprietà oggettive, ma anche attraverso campagne morali, narrazioni allarmistiche e dispositivi istituzionali che ne accentuano il carattere deviante. Il consumo di droga, in tale prospettiva, non entra automaticamente nello spazio della devianza, bensì vi entra quando determinati attori sociali riescono a imporne una definizione pubblica come minaccia all'ordine, alla salute o alla

---

<sup>122</sup> Ivi, pp. 176-177

<sup>123</sup> Ivi, pp. 183-189.

moralità collettiva. La figura del crociato delle riforme diventa allora decisiva per comprendere come si produca quel passaggio da pratica socialmente situata a condotta stigmatizzata, passaggio che apre poi la strada ai successivi processi di etichettamento individuale. Nel campo delle sostanze psicoattive, dinamiche di questo tipo hanno storicamente accompagnato la definizione del consumo come problema sociale prioritario, rafforzandone la connotazione deviante.

Nelle fasi iniziali dell'esperienza di consumo, le persone fanno uso di sostanze non si percepiscono generalmente come portatrici di un'identità deviante, piuttosto, rielaborano la propria esperienza entro cornici di significato che ne attenuano la portata problematica. È spesso l'attribuzione dell'etichetta di "tossicodipendente" può infatti attivare meccanismi di progressiva riduzione delle opportunità sociali, contribuendo a consolidare traiettorie di marginalizzazione. L'etichettamento non si limita a descrivere una condizione, ma tende a orientare le aspettative degli altri, a ridefinire le possibilità di accesso ai contesti convenzionali e, in alcuni casi, a essere interiorizzato dalla persona stessa. Quando ciò accade, l'etichetta smette di essere soltanto una classificazione esterna e diventa parte del modo in cui l'individuo interpreta la propria esperienza.

Le conseguenze educative di questo processo risultano profonde. Nei contesti formativi e sociosanitari, l'uso non critico di categorie stigmatizzanti può produrre una riduzione dello sguardo pedagogico, anticipando limiti e fallimenti prima ancora di riconoscere le risorse presenti. In tale prospettiva, l'etichettamento rischia di trasformarsi in un dispositivo che restringe l'orizzonte del possibile, indebolendo la fiducia nei percorsi di cambiamento.

Questa lettura trova un'importante risonanza nella pedagogia critica di Freire, per il quale i processi di nominazione non sono mai operazioni innocenti o meramente descrittive, ma atti profondamente politici che contribuiscono a configurare le condizioni di oppressione o di emancipazione dei soggetti.<sup>124</sup> Nominare significa sempre, in qualche misura, prendere posizione sul mondo e sugli altri: le parole non si limitano a registrare la realtà, ma partecipano alla sua costruzione simbolica e sociale. Quando la persona viene progressivamente identificata con la propria condizione problematica, come accade frequentemente nel caso della tossicodipendenza, si produce una forma sottile, ma incisiva, di oggettivazione che rischia di restringere l'orizzonte del possibile. L'individuo non è più riconosciuto come soggetto in divenire, ma come portatore di una definizione che tende a precederlo e a saturarne la leggibilità sociale. Il rischio pedagogico più profondo non risiede soltanto nell'esistenza di etichette, ma nella loro capacità di colonizzare lo sguardo educativo, orientando in modo anticipato aspettative, interpretazioni e pratiche di intervento. Quando ciò accade, anche i contesti di cura e di formazione, pur animati da intenzioni inclusive, possono contribuire involontariamente alla riproduzione di traiettorie di marginalizzazione. Da qui l'urgenza, già

---

<sup>124</sup> P. Freire, *Pedagogia degli oppressi*, pp. 77-79.

chiaramente avvertita nella prospettiva di Freire, di mantenere viva una postura educativa capace di riconoscere nei soggetti non ciò che sono stati definiti essere, ma ciò che possono ancora diventare.

In questa stessa direzione si colloca la prospettiva dell'aver cura elaborata da Luigina Mortari, che richiama con forza la responsabilità etica implicita in ogni relazione educativa.<sup>125</sup> L'aver cura, infatti, implica un modo di stare nella relazione che custodisce la singolarità dell'altro e ne sostiene la possibilità di trasformazione. Ciò implica resistere alla tentazione di ridurre la persona a una categoria, mantenendo aperta la complessità della sua storia anche in presenza di comportamenti problematici. Ne consegue che la cura educativa si configura come pratica di riconoscimento che contrasta le semplificazioni identitarie e riapre spazi di agency.

Nel campo delle dipendenze, ciò implica la necessità di interrogarsi criticamente sulle categorie utilizzate nei contesti di cura e nei servizi educativi. Quando la persona viene precocemente identificata attraverso definizioni totalizzanti, si rischia di restringere gli spazi di ridefinizione positiva della propria esperienza. Al contrario, un approccio pedagogicamente attento richiede di mantenere aperta la distinzione tra comportamento, condizione e identità, evitando che l'etichettamento si trasformi in un dispositivo di fissazione biografica.

L'apporto teorico di Becker aiuta quindi a comprendere come la tossicodipendenza debba essere letta come fenomeno dinamico e socialmente situato, nel quale le pratiche di etichettamento svolgono un ruolo attivo nella costruzione delle traiettorie di vita. L'etichetta non è un semplice atto descrittivo, ma un intervento simbolico che può ampliare o restringere gli spazi di possibilità dell'individuo. Integrata con la riflessione pedagogica critica, la labeling theory mostra dunque come la sfida educativa non consista unicamente nel contenimento del rischio o nella modifica del comportamento, ma nella costruzione di condizioni relazionali e istituzionali che mantengano aperta la possibilità di cambiamento, riconoscimento e partecipazione sociale.

In ultima analisi, lavorare pedagogicamente nei contesti della dipendenza significa anche vigilare criticamente sui dispositivi linguistici, categoriali e istituzionali attraverso cui le persone vengono nominate e trattate. È in questo spazio, spesso invisibile ma decisivo che si gioca la possibilità di trasformare l'intervento educativo da pratica di mera regolazione a esperienza autenticamente emancipativa.

---

<sup>125</sup>L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, pp. 45–68.

## 2.5 Le conseguenze relazionali ed educative dello stigma: dalla “spoiled identity” di Goffman ai percorsi di esclusione sociale

Quando lo stigma si consolida, non rimane confinato nel registro delle rappresentazioni sociali o dei giudizi morali. Esso tende piuttosto a insinuarsi nelle trame della vita quotidiana, ridefinendo le relazioni, le aspettative reciproche e le possibilità di partecipazione sociale degli individui. In questo senso, lo stigma non agisce soltanto come un’etichetta simbolica, ma come un dispositivo relazionale capace di riorganizzare le posizioni sociali, delimitare gli spazi di riconoscimento e orientare le traiettorie biografiche delle persone coinvolte.

Nel caso della tossicodipendenza, tali dinamiche risultano particolarmente evidenti. L’uso di sostanze tende infatti a trasformarsi, nel discorso pubblico e nelle pratiche sociali, in un criterio attraverso cui l’intera identità della persona viene reinterpretata. La complessità dell’esperienza individuale rischia così di essere ridotta a un’unica caratteristica dominante, generando una progressiva sovrapposizione tra comportamento, condizione e identità personale. È proprio in questo passaggio che lo stigma non si limita più a esprimere una valutazione sociale negativa, ma diventa un elemento attivo nei processi di esclusione.

La presenza di un attributo socialmente discreditante può condurre alla formazione di una “identità degradata” (*spoiled identity*), ossia una condizione nella quale la persona viene percepita come socialmente diminuita, incompleta rispetto agli standard di normalità condivisi.<sup>126</sup> In tali circostanze, la distanza tra identità attribuita e identità vissuta si traduce in una trasformazione delle relazioni quotidiane, incidendo profondamente sulle possibilità di riconoscimento e di integrazione sociale.

La figura del consumatore di sostanze è spesso associata a rappresentazioni sociali fortemente moralizzate che tendono a sovrapporre il comportamento problematico all’identità complessiva della persona. Questa semplificazione produce una trasformazione delle aspettative sociali, per cui l’individuo viene frequentemente percepito come inaffidabile, irresponsabile o incapace di cambiamento, indipendentemente dalla complessità della sua storia personale. Lo stigma non agisce soltanto come forma di discredito simbolico, ma come un fattore che contribuisce a restringere concretamente gli spazi di riconoscimento e di partecipazione sociale.

Uno degli effetti più rilevanti della stigmatizzazione riguarda infatti la trasformazione delle relazioni interpersonali. Quando una persona viene stabilmente associata a un’identità stigmatizzata, le interazioni quotidiane possono essere segnate da diffidenza, sospetto o atteggiamenti paternalistici. Le aspettative sociali nei suoi confronti tendono a modificarsi, producendo relazioni caratterizzate da

---

<sup>126</sup> E. Goffman, *Stigma. L’identità negata*, pp. 17-19.

asimmetria e da una riduzione delle possibilità di riconoscimento reciproco. Questo fenomeno risulta particolarmente evidente nei contesti in cui le relazioni svolgono una funzione educativa o di supporto, come i servizi sociali, sanitari o formativi.

La letteratura scientifica contemporanea evidenzia come lo stigma associato alle dipendenze possa influenzare in modo significativo la qualità delle relazioni tra persone con disturbo da uso di sostanze e operatori dei servizi. Diversi studi hanno mostrato come atteggiamenti stigmatizzanti da parte dei professionisti possano incidere negativamente sulla fiducia degli utenti nei confronti dei percorsi di cura, contribuendo a ostacolare l'accesso ai servizi e a compromettere la continuità dei trattamenti.<sup>127</sup> In tali situazioni, lo stigma non rappresenta soltanto una forma di giudizio sociale, ma un fattore che può interferire concretamente con l'efficacia degli interventi educativi e terapeutici.

Un altro aspetto riguarda le ripercussioni dello stigma sulle opportunità di integrazione sociale. Le persone con dipendenza da sostanze sperimentano frequentemente difficoltà nell'accesso a contesti lavorativi, abitativi e relazionali, con effetti che possono alimentare processi di esclusione sociale progressiva. La stigmatizzazione contribuisce infatti a rafforzare barriere simboliche e materiali che limitano le possibilità di partecipazione alla vita collettiva, riducendo le opportunità di costruire reti sociali di supporto e di sviluppare percorsi di autonomia.<sup>128</sup>

Dal punto di vista pedagogico, queste dinamiche assumono un rilievo particolarmente significativo. Nei contesti educativi e nei servizi di accompagnamento sociale, le rappresentazioni stigmatizzanti possono influenzare implicitamente le aspettative degli operatori e le modalità di intervento. Quando la persona viene interpretata principalmente attraverso la categoria di "tossicodipendente", il rischio è quello di anticipare limiti e fallimenti, riducendo l'azione educativa a una logica prevalentemente correttiva o contenitiva.

Una prospettiva educativa realmente trasformativa richiede invece di riconoscere come le identità stigmatizzate sono il risultato di processi sociali e relazionali, e non semplicemente l'espressione di caratteristiche individuali immutabili. Ciò implica la necessità di costruire contesti relazionali capaci di contrastare la cristallizzazione delle etichette sociali e di sostenere percorsi di ri-significazione dell'esperienza. L'intervento educativo non si limita così a intervenire sui comportamenti problematici, ma mira a ricostruire le condizioni di riconoscimento sociale necessarie affinché la persona possa riappropriarsi della propria storia e delle proprie possibilità di cambiamento.

---

<sup>127</sup> L. C. van Boekel, E. P. M. Brouwers, J. van Weeghel, H. F. L. Garretsen, *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery*, *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 2013, pp. 23–35.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

<sup>128</sup> R. Room, *Stigma, social inequality and alcohol and drug use*, *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 2005, pp. 143–155.  
<https://doi.org/10.1080/09595230500102434>

La letteratura internazionale ha inoltre evidenziato come lo stigma associato alle dipendenze possa produrre effetti cumulativi nel tempo, contribuendo alla formazione di veri e propri percorsi di esclusione sociale. Le difficoltà relazionali, la riduzione delle opportunità lavorative e le barriere nell'accesso ai servizi tendono infatti a rafforzarsi reciprocamente, generando una spirale di marginalizzazione che rende sempre più complesso interrompere le traiettorie di vulnerabilità sociale.<sup>129</sup> Comprendere le conseguenze relazionali e educative dello stigma rappresenta un passaggio fondamentale per l'elaborazione di politiche sociali e pratiche educative realmente inclusive. Se la stigmatizzazione contribuisce a restringere gli spazi di partecipazione delle persone con dipendenza, contrastarla significa intervenire non soltanto sui comportamenti individuali, ma anche sulle condizioni relazionali e culturali che influenzano le possibilità di reintegrazione sociale.

In conclusione, l'analisi delle conseguenze dello stigma mostra come la tossicodipendenza non possa essere interpretata esclusivamente come un fenomeno individuale o clinico. Le traiettorie delle persone che fanno uso di sostanze risultano profondamente intrecciate alle modalità attraverso cui la società definisce, interpreta e tratta tale esperienza. In questo senso, lo stigma non rappresenta soltanto una reazione sociale al consumo di sostanze, ma un fattore attivo che può contribuire ad amplificare processi di marginalizzazione e a limitare le opportunità di partecipazione sociale.

## **2.6 Lo stigma come processo sociale complesso: il modello teorico di Link e Phelan**

Negli ultimi decenni la riflessione sociologica sullo stigma ha conosciuto un significativo ampliamento teorico che ha consentito di superare una lettura esclusivamente interazionale del fenomeno. Se gli studi classici hanno messo in luce il ruolo delle relazioni quotidiane e dei processi di definizione sociale nella costruzione del discredito, la ricerca contemporanea ha progressivamente evidenziato come tali dinamiche si sviluppino all'interno di configurazioni sociali più ampie, nelle quali entrano in gioco rapporti di potere, strutture istituzionali e sistemi di classificazione sociale.

All'interno di questo rinnovamento teorico si colloca il contributo di Link e Phelan, il cui lavoro rappresenta uno dei tentativi più sistematici di ridefinire il concetto di stigma nella sociologia contemporanea. Gli autori sostengono che lo stigma non possa essere ridotto a un singolo meccanismo sociale, come l'etichettamento o la discriminazione, ma debba essere interpretato come un processo sociale complesso che prende forma attraverso l'interazione di diversi meccanismi tra loro interconnessi.<sup>130</sup> Lo stigma emerge quando specifiche differenze tra individui o gruppi vengono

---

<sup>129</sup> J.D. Livingston, T. Milne, M.L. Fang, E. Amari, *The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review*, *Addiction*, 2012, pp. 39-50, <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>

<sup>130</sup> B. G. Link, J. C. Phelan, *Conceptualizing Stigma*, *Annual Review of Sociology*, vol. 27, 2001, pp. 363–385.

socialmente identificate, etichettate e associate a significati svalutanti che contribuiscono a produrre disuguaglianze nelle opportunità di vita.

Secondo Link e Phelan, il processo stigmatizzante si sviluppa attraverso una sequenza di componenti che, pur potendo manifestarsi con intensità diverse nei diversi contesti sociali, tendono a rafforzarsi reciprocamente.<sup>131</sup> Il primo elemento riguarda l'etichettamento delle differenze, ossia il processo attraverso cui alcune caratteristiche individuali vengono selezionate e trasformate in categorie socialmente rilevanti. In ogni società esistono numerose differenze tra individui; tuttavia, solo alcune di esse vengono riconosciute come significative e utilizzate per classificare le persone. Il fatto che una specifica caratteristica venga trasformata in categoria sociale dipende dunque da processi culturali e istituzionali che stabiliscono quali differenze meritino di essere enfatizzate e quali invece possano essere considerate irrilevanti.

Il secondo passaggio riguarda la costruzione di stereotipi, attraverso cui le categorie così definite vengono associate a credenze generalizzate che attribuiscono ai membri del gruppo specifiche caratteristiche morali o comportamentali.<sup>132</sup> In questo processo la complessità delle traiettorie individuali viene semplificata attraverso rappresentazioni schematiche che consentono di interpretare rapidamente il comportamento altrui. Nel caso delle dipendenze, ad esempio, il consumo di sostanze può essere associato a immagini sociali che descrivono il soggetto come irresponsabile, pericoloso o incapace di autocontrollo, contribuendo a rafforzare una lettura moralizzante del fenomeno.

Un terzo elemento centrale del modello riguarda la separazione simbolica tra gruppi sociali, espressa attraverso la costruzione della distinzione tra “noi” e “loro”.<sup>133</sup> Questa dinamica non consiste semplicemente nella percezione di una differenza, ma implica la costruzione di una distanza sociale che ridefinisce i confini dell'appartenenza collettiva. Attraverso questo meccanismo, la categoria stigmatizzata viene progressivamente collocata al di fuori dello spazio simbolico della normalità sociale, producendo un processo di alterizzazione che contribuisce a legittimare atteggiamenti di esclusione o di marginalizzazione.

Il quarto passaggio riguarda la perdita di status e le forme di discriminazione che derivano dalla combinazione di etichettamento, stereotipizzazione e separazione sociale.<sup>134</sup> Quando queste dinamiche si consolidano, la persona o il gruppo stigmatizzato può trovarsi esposto a condizioni di svantaggio che incidono concretamente sull'accesso alle risorse sociali, alle opportunità lavorative, ai servizi e ai contesti di partecipazione collettiva.

---

<sup>131</sup> Ivi, pp. 367-370.

<sup>132</sup> Ibidem

<sup>133</sup> Ivi, pp. 370-371.

<sup>134</sup> Ivi, pp. 371-374.

Il modello di Link e Phelan introduce tuttavia un elemento teorico di particolare importanza: la sottolineatura del ruolo del potere sociale nel rendere possibile l'attivazione di questi processi. Gli autori evidenziano infatti che lo stigma produce effetti reali sulle opportunità di vita solo quando i gruppi che definiscono le categorie sociali possiedono la capacità di imporre tali definizioni all'interno delle istituzioni e delle pratiche sociali.<sup>135</sup> In questa prospettiva, lo stigma non è semplicemente il risultato di atteggiamenti individuali, ma un fenomeno che si sviluppa all'interno di relazioni di potere che consentono ad alcuni gruppi di stabilire quali caratteristiche debbano essere considerate problematiche o devianti.

Questa impostazione consente di comprendere lo stigma come un fenomeno multilivello, che opera simultaneamente sul piano simbolico, relazionale e istituzionale. Da un lato esso si manifesta nelle interazioni quotidiane tra individui; dall'altro lato si radica in sistemi di classificazione sociale, pratiche organizzative e politiche pubbliche che contribuiscono a strutturare le opportunità di vita delle persone.

Nel campo delle dipendenze, risulta particolarmente utile comprendere come le rappresentazioni sociali del consumo di sostanze possano influenzare non soltanto le relazioni interpersonali, ma anche le modalità attraverso cui i servizi vengono progettati e implementati. Alcune ricerche hanno evidenziato, ad esempio, come alcune politiche pubbliche possano riflettere implicitamente rappresentazioni stigmatizzanti dei consumatori di sostanze, contribuendo a rafforzare la distanza sociale tra i soggetti coinvolti e il resto della collettività.

In questo contesto assume particolare rilievo il concetto di stigma strutturale, attraverso cui diversi autori hanno descritto le modalità con cui il discredito sociale può essere incorporato nelle istituzioni e nei sistemi normativi. Lo stigma strutturale si manifesta quando pratiche organizzative, regolamenti istituzionali o politiche pubbliche producono, anche in modo non intenzionale, condizioni di svantaggio sistematico per determinati gruppi sociali. Nel caso delle dipendenze, tali dinamiche possono tradursi in barriere all'accesso ai servizi di cura, in limitazioni nelle opportunità di reinserimento lavorativo o in rappresentazioni mediatiche che rafforzano l'immagine del consumatore come soggetto deviante.<sup>136</sup>

Un ulteriore sviluppo della ricerca contemporanea riguarda la distinzione tra stigma percepito, stigma interiorizzato e stigma anticipato, che consente di comprendere in modo più articolato gli effetti soggettivi dei processi stigmatizzanti.<sup>137</sup> Lo stigma percepito riguarda la consapevolezza da parte degli individui dell'esistenza di atteggiamenti negativi diffusi nella società; lo stigma

---

<sup>135</sup> Ibidem

<sup>136</sup> B. G. Link, J. C. Phelan, J. C. Hatzenbuehler, *Stigma and social inequality*, Annual Review of Sociology, 40, 2014, pp. 187-207.

<sup>137</sup> P. W. Corrigan, A. C. Watson, *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*, World Psychiatry, vol. 1, n. 1, 2002, pp. 16-20.

interiorizzato si riferisce invece al processo attraverso cui tali rappresentazioni vengono progressivamente incorporate nella percezione di sé. Lo stigma anticipato, infine, indica la tendenza ad aspettarsi esperienze di discriminazione o di rifiuto nelle interazioni sociali future.

Queste considerazioni suggeriscono che lo stigma non possa essere interpretato semplicemente come una questione di atteggiamenti individuali, ma debba essere analizzato come un fenomeno radicato nelle strutture sociali e nelle modalità attraverso cui le società definiscono e trattano alcune condizioni di vita. In questa prospettiva, contrastare lo stigma richiede interventi che agiscano simultaneamente su più livelli: culturale, istituzionale e relazionale.

Dal punto di vista pedagogico, questa prospettiva apre spazi di riflessione particolarmente rilevanti. Se lo stigma è sostenuto da sistemi di classificazione sociale e da pratiche istituzionali, allora l'educazione può assumere un ruolo importante nel promuovere processi di decostruzione delle rappresentazioni stigmatizzanti. Ciò implica la costruzione di contesti formativi capaci di favorire la comprensione critica delle dinamiche sociali che producono esclusione e di promuovere forme di riconoscimento reciproco fondate sulla dignità della persona.

In questa prospettiva, l'intervento educativo non si limita a sostenere il cambiamento individuale, ma contribuisce a modificare le cornici culturali e relazionali entro cui le persone interpretano l'esperienza della dipendenza. Promuovere una cultura orientata alla riduzione dello stigma significa infatti favorire la costruzione di contesti sociali nei quali le persone possano essere riconosciute nella complessità delle loro traiettorie biografiche, evitando riduzioni identitarie che ne limitino le possibilità di partecipazione.

Nel loro insieme, le riflessioni di Link e Phelan rappresentano uno dei contributi più significativi allo sviluppo contemporaneo della teoria dello stigma. Integrando l'analisi delle interazioni sociali con lo studio delle strutture di potere e delle istituzioni, il loro modello consente di comprendere come le dinamiche di discredito sociale si sviluppino all'interno di configurazioni sociali complesse. Applicata al campo della tossicodipendenza, questa prospettiva permette di cogliere come il contrasto allo stigma rappresenti una condizione fondamentale per la costruzione di politiche e interventi orientati all'inclusione sociale e alla promozione di percorsi educativi realmente trasformativi.

## CAPITOLO 3

### Disimpegno morale, deumanizzazione e infraumanizzazione nelle dipendenze

#### 3.1 Il disimpegno morale: il modello socio-cognitivo di Bandura

La convivenza sociale si fonda sull'idea che gli individui siano guidati da principi morali che orientano il loro comportamento nelle relazioni con gli altri. Tuttavia, l'esperienza quotidiana e numerosi studi condotti nell'ambito della psicologia sociale mostrano come persone che si percepiscono moralmente corrette possano, in determinate circostanze, compiere azioni dannose o sostenere atteggiamenti discriminatori senza sperimentare un significativo conflitto interiore. Comprendere i processi che rendono possibile questa apparente contraddizione rappresenta una delle questioni centrali nello studio del comportamento morale.

Un contributo fondamentale alla comprensione di tali dinamiche è stato offerto da Bandura, che nell'ambito della teoria socio-cognitiva ha elaborato una spiegazione del comportamento morale fondata sull'interazione tra individuo e contesto sociale. Secondo Bandura, le azioni umane non sono il risultato esclusivo di caratteristiche personali, né semplicemente l'effetto delle pressioni esercitate dall'ambiente, ma emergono da una relazione dinamica tra fattori individuali, comportamentali e ambientali. Questo principio, definito determinismo reciproco, descrive il modo in cui i processi cognitivi dell'individuo e il contesto sociale si influenzano reciprocamente nella regolazione del comportamento.<sup>138</sup>

All'interno di questo quadro teorico, Bandura attribuisce un ruolo centrale ai processi di autoregolazione morale, attraverso i quali gli individui guidano e controllano il proprio comportamento. Nel corso del processo di socializzazione, le persone interiorizzano progressivamente valori, norme e aspettative sociali che, mediante l'educazione ricevuta, le reazioni sociali alle proprie azioni e l'osservazione di modelli offerti dagli altri, diventano parte integrante della propria identità morale. Una volta interiorizzati, tali standard morali, funzionano come criteri di riferimento attraverso cui le persone valutano la propria condotta e orientano le proprie azioni nelle relazioni con l'altro.<sup>139</sup>

Il sistema di autoregolazione morale opera attraverso diversi passaggi cognitivi. In primo luogo, gli individui monitorano il proprio comportamento e lo confrontano con gli standard morali

---

<sup>138</sup>A. Bandura, *Social Cognitive Theory of Moral Thought and Action*, in W. Kurtines, J. Gewirtz (a cura di), *Handbook of Moral Behavior and Development*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 1991, pp. 71-74.

<sup>139</sup>A. Bandura, C. Barbaranelli, G. V. Caprara, C. Pastorelli, *Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency*, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 71, n. 2, 1996, pp. 364-365.

interiorizzati. In secondo luogo, formulano un giudizio sulle proprie azioni in base a tali criteri. Infine, reagiscono emotivamente alle proprie azioni attraverso reazioni autovalutative, che possono manifestarsi come sentimenti di soddisfazione, orgoglio o autostima quando il comportamento risulta coerente con i propri valori, oppure attraverso emozioni negative come senso di colpa o autocondanna quando le azioni risultano in contrasto con tali standard.<sup>140</sup>

Questo sistema di controllo interno svolge una funzione fondamentale nel limitare comportamenti dannosi e nel promuovere la convivenza sociale. Attraverso l'esperienza di tali sanzioni interne, gli individui tendono infatti a evitare comportamenti che potrebbero arrecare danno agli altri o violare i propri principi morali. Le autosanzioni morali anticipatorie svolgono un ruolo deterrente, ovvero contribuiscono a mantenere un certo equilibrio nei rapporti sociali e a promuovere comportamenti coerenti con i valori condivisi all'interno di una comunità. Tuttavia, Bandura osserva che tali meccanismi non operano sempre in modo automatico o costante. In alcune circostanze, gli individui possono infatti mettere temporaneamente da parte i propri standard morali e compiere azioni che, normalmente, verrebbero percepite come moralmente inaccettabili.<sup>141</sup>

Per spiegare questo fenomeno, Bandura introduce il concetto di disimpegno morale, intendendo quei processi cognitivi attraverso cui gli individui riescono a neutralizzare o sospendere le sanzioni morali interne che normalmente regolano il comportamento. Attraverso specifiche strategie di razionalizzazione, le persone possono reinterpretare le proprie azioni in modo tale da ridurre il conflitto tra il comportamento messo in atto e i principi morali interiorizzati.<sup>142</sup>

Il disimpegno morale consente, dunque, agli individui di compiere azioni dannose senza sperimentare un intenso senso di colpa o autocondanna. Ciò che cambia non è necessariamente il sistema di valori della persona, ma il modo in cui tali valori vengono applicati nelle diverse situazioni. Attraverso i meccanismi di disimpegno morale, l'individuo riesce infatti a separare cognitivamente il proprio comportamento dai principi morali interiorizzati, preservando al contempo una rappresentazione positiva di sé.<sup>143</sup>

Nel corso delle sue ricerche, Bandura ha individuato diversi meccanismi attraverso cui si realizza il disimpegno morale. Tali processi agiscono su differenti livelli della condotta e consentono di reinterpretare cognitivamente l'azione dannosa, ridurre la responsabilità personale o modificare la percezione delle conseguenze e delle vittime.<sup>144</sup>

---

<sup>140</sup> Ivi, p. 364.

<sup>141</sup> Ivi, pp. 365-366.

<sup>142</sup> A. Bandura, *Disimpegno morale. Come facciamo del male continuando a vivere in pace con noi stessi*, Erickson, 2017, pp. 67-69.

<sup>143</sup> Ivi, pp. 70-72.

<sup>144</sup> A. Bandura, C. Barbaranelli, G. Caprara, C. Pastorelli, *Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency*, pp. 365-366.

Tra i processi che rendono possibile il disimpegno morale, un ruolo centrale è svolto dalla giustificazione morale, attraverso la quale comportamenti devianti vengono reinterpretati come necessari per il raggiungimento degli obiettivi considerati legittimi o socialmente desiderabili. In questi casi l'azione non viene più percepita come moralmente problematica, ma come uno strumento funzionale al raggiungimento di un fine superiore.<sup>145</sup> La reinterpretazione dell'azione consente di trasformare un comportamento che potrebbe suscitare senso di colpa in qualcosa di percepito come giustificabile o addirittura necessario. Un ruolo importante è svolto anche dal linguaggio, che contribuisce a ridefinire il significato morale delle azioni. Attraverso l'uso di espressioni attenuate o ambigue, ciò che Bandura definisce etichette eufemistiche, comportamenti problematici possono essere descritti in modo tale da ridurre la portata morale.<sup>146</sup> Il linguaggio non si limita infatti a descrivere la realtà, ma contribuisce attivamente a costruirne il significato morale. Come mostrato da numerosi studi sociologici, la scelta delle parole può influenzare profondamente il modo in cui le persone interpretano determinati comportamenti e le responsabilità ad essi associate. Un ulteriore processo è il confronto vantaggioso, che consiste nel valutare un comportamento confrontandolo con azioni considerate più gravi. Inserendo l'azione dannosa all'interno di una scala comparativa, il comportamento può apparire relativamente accettabile se rapportato a condotte percepite come peggiori. Questo tipo di confronto porta l'individuo a ridurre la percezione della gravità morale dell'azione.<sup>147</sup>

Bandura identifica, inoltre, meccanismi che riguardano la riduzione della responsabilità personale. Tra questi vi è lo spostamento della responsabilità, che si verifica quando l'individuo attribuisce la responsabilità delle proprie azioni a un'autorità o a una figura superiore. In queste situazioni la persona tende a percepirsi non come l'agente diretto dell'azione, ma come un semplice esecutore di decisioni altrui. L'azione dannosa viene così interpretata come il risultato di obblighi imposti dall'esterno, riducendo il senso di responsabilità personale e attenuando le reazioni di autocensura morale. Un altro meccanismo è la diffusione della responsabilità, che emerge quando la responsabilità per un determinato comportamento viene condivisa tra più individui all'interno di un gruppo. Quando le decisioni e le azioni sono condivise, ogni partecipante tende a percepire il proprio ruolo come solo parziale, attribuendo agli altri membri del gruppo una parte delle responsabilità. In tali situazioni, il controllo morale individuale tende a indebolirsi, poiché la responsabilità appare frammentata e meno attribuibile alla singola persona.<sup>148</sup>

---

<sup>145</sup> A. Bandura, *Disimpegno morale*, pp. 68-72.

<sup>146</sup> *Ivi*, pp. 72-76.

<sup>147</sup> *Ivi*, pp. 76-78.

<sup>148</sup> *Ivi*, pp. 79-82.

Altri processi riguardano invece il modo in cui vengono percepite le conseguenze delle proprie azioni. Attraverso la distorsione o minimizzazione delle conseguenze, gli individui tendono a sottovalutare il danno arrecato agli altri, convincendosi che gli effetti del proprio comportamento siano meno gravi di quanto effettivamente siano. Le persone possono evitare di confrontarsi pienamente con danno provocato dalle proprie azioni attraverso diverse strategie cognitive, come ignorare deliberatamente gli effetti negativi, sottovalutarne la gravità oppure reinterpretarla in modo da ridurne l'impatto morale. La distanza psicologica dalle conseguenze dell'azione rende infatti più difficile attivare sentimenti di empatia e di responsabilità nei confronti delle vittime. In queste circostanze le persone possono convincersi che il danno arrecato sia minimo, inevitabile o comunque meno significativo di quanto effettivamente sia.<sup>149</sup> Quanto più gli effetti lesivi di un comportamento risultano visibili e concreti, tanto più è probabile che si attivino sentimenti di colpa o autocondanna. Al contrario, quando tali conseguenze vengono ignorate, minimizzate o distorte cognitivamente, il controllo morale tende a indebolirsi, rendendo più facile la messa in atto di comportamenti dannosi senza sperimentare un significativo conflitto interiore.

Infine, due processi particolarmente rilevanti riguardano la percezione delle persone che subiscono il comportamento dannoso. Il primo è la deumanizzazione, che consiste nel negare all'altro caratteristiche tipicamente umane, rendendo più facile compiere azioni aggressive o discriminatorie nei suoi confronti. Il secondo è l'attribuzione di colpa alla vittima, che implica la convinzione che la persona danneggiata sia in qualche modo responsabile della propria condizione o delle conseguenze subite. Quando le vittime vengono percepite come inferiori, pericolose o meritevoli della propria sorte, diventa più facile giustificare comportamenti aggressivi o discriminatori nei loro confronti.<sup>150</sup> L'insieme di questi meccanismi mostra come il disimpegno morale non sia un fenomeno marginale o eccezionale, ma un processo cognitivo che può manifestarsi in molteplici contesti della vita sociale. Gli individui, attraverso strategie di autoassoluzione, riescono a neutralizzare temporaneamente il controllo esercitato dagli standard morali interiorizzati, rendendo la messa in atto di comportamenti che, in altre circostanze, verrebbero percepiti come incompatibili con la propria identità morale.

Una riflessione utile per comprendere la normalizzazione di tali dinamiche può essere rintracciata anche nel concetto di banalità del male elaborato dalla filosofa Hannah Arendt. Nel suo studio sul processo al gerarca nazista Adolf Eichmann, Arendt osserva come alcune forme di violenza e ingiustizia possano essere compiute non necessariamente da individui animati da un'intenzionalità malvagia, ma da persone che agiscono in modo acritico all'interno di sistemi sociali che rendono determinati comportamenti apparentemente normali o giustificabili.<sup>151</sup> Secondo Arendt, il male può

---

<sup>149</sup> Ivi, pp. 85.

<sup>150</sup> Ivi, pp. 107-113.

<sup>151</sup> H. Arendt, *La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme*, Feltrinelli, Milano, 1964, pp. 276-279.

assumere una dimensione “banale” proprio perché viene compiuto da individui che non mettono in discussione le norme e le rappresentazioni dominanti del proprio contesto sociale. Ragion per cui, l’azione dannosa non viene percepita come tale, ma come parte di una routine o come l’adempimento di un ruolo.<sup>152</sup> Sebbene il contesto analizzato da Arendt sia diverso da quello della psicologia sociale contemporanea, il suo contributo offre uno spunto interessante per comprendere come determinati comportamenti possano essere percepiti come accettabili quando vengono sostenuti da rappresentazioni sociali condivise. In modo analogo, il modello del disimpegno morale elaborato da Bandura mostra come specifici processi cognitivi possano consentire agli individui di neutralizzare il conflitto tra comportamento e principi morali.

Alla luce di queste considerazioni, la teoria del disimpegno morale rappresenta uno strumento interpretativo particolarmente utile per comprendere come individui e gruppi sociali possano giustificare comportamenti che arrecano danno ad altri pur mantenendo una percezione positiva di sé. Analizzare questi processi consente di mettere in luce le dinamiche cognitive e sociali che rendono possibile la sospensione temporanea degli standard morali e apre la strada alla comprensione delle modalità attraverso cui tali meccanismi possono operare in diversi contesti della vita sociale.

### **3.2 Dipendenze e disimpegno morale: narrazioni sociali e autoassoluzione**

La teoria del disimpegno morale permette di mettere a fuoco un aspetto spesso trascurato nell’analisi del rapporto tra società e dipendenze: la distanza nei confronti delle persone coinvolte non nasce soltanto da atteggiamenti individuali di rifiuto o di condanna, ma si radica in quadri culturali condivisi che rendono tale distacco apparentemente ragionevole, naturale e, talvolta, perfino giusto. Quando Bandura mostra che gli individui possono sospendere temporaneamente il controllo esercitato dai propri codici morali, mette in risalto un meccanismo che non opera solo sul piano della coscienza personale, ma incide anche sul modo in cui un determinato contesto sociale produce giustificazioni, attenuazioni di responsabilità e forme di indifferenza dinanzi al dolore altrui.<sup>153</sup> Dunque, per comprendere il fenomeno delle dipendenze, occorre interrogare anche le cornici simboliche attraverso cui una collettività costruisce il significato della dipendenza, decide chi è responsabile e stabilisce chi merita comprensione e chi, invece, può essere lasciato ai margini.

Nel dibattito pubblico contemporaneo, le dipendenze sono spesso interpretate e nominate attraverso una lente fortemente moralizzante. La persona dipendente appare come qualcuno che ha

---

<sup>152</sup> Ivi, pp. 287-289.

<sup>153</sup> A. Bandura, C. Barbaranelli, G. Caprara, C. Pastorelli, *Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency*, pp. 364-370.

mancato un compito necessario dell'etica: governarsi, disciplinarsi, esercitare autocontrollo, saper scegliere razionalmente ciò che è bene per sé. L'immagine che viene tracciata non è semplicemente quella di un soggetto in difficoltà, ma quella di un individuo percepito come manchevole, fragile entro una cornice interpretativa che ne accentua la colpa, responsabile della propria caduta. Secondo questa lettura, il problema non riguarda esclusivamente l'uso di sostanze o l'insorgenza di condotte compulsive, ma l'idea stessa di persona che viene messa in scena, a cui si attribuisce un deficit di capacità morale prima ancora che una sofferenza da ascoltare e comprendere.

È proprio qui che il tema del disimpegno morale incontra il terreno delle rappresentazioni sociali. Perché una collettività possa prendere le distanze da un gruppo senza percepirsi come ingiusta o crudele, non basta che alcuni individui elaborino giustificazioni private; è necessario che circolino immagini, giudizi, parole e schemi interpretativi in grado di sostenere quella distanza e di conferirle una veste di normalità. Il problema, quindi, non consiste solo nel fatto che le persone con dipendenza vengono stigmatizzate, ma nel modo in cui questa stigmatizzazione si costruisce e si riproduce come sapere comune. Ragion per cui, la questione non è solo etica, ma anche cognitiva, culturale e pedagogica.

La teoria delle rappresentazioni sociali elaborata da Serge Moscovici consente di affrontare esattamente questo nodo. L'idea di fondo è che gli esseri umani non incontrano mai il mondo sociale in maniera immediata e neutra; ciò che vedono, nominano, valutano e discutono passa sempre attraverso sistemi di significato condivisi che orientano la percezione e rendono la realtà comunicabile.<sup>154</sup> Le rappresentazioni sociali non coincidono con semplici opinioni o impressioni segnate da soggettività, ma costituiscono forme di conoscenza pratica, sedimentate nella comunicazione quotidiana, che permettono agli individui di interpretare il mondo e di muoversi al suo interno. Proprio per questo, non si limitano a descrivere la realtà, ma la organizzano, la semplificano, la rendono leggibile secondo certe coordinate piuttosto che altre.

Una delle intuizioni più feconde di Moscovici riguarda la funzione di convenzionalizzazione delle rappresentazioni sociali. Oggetti, persone ed eventi non vengono mai percepiti come se comparissero per la prima volta davanti ai nostri occhi, tendiamo, piuttosto, a ricondurli a modelli già disponibili, a forme di riconoscimento già socialmente stabilite.<sup>155</sup> Ciò che è nuovo o ambiguo viene così assorbito entro quadri di significato preesistenti. Questo movimento rende la realtà meno minacciosa e più governabile, ma comporta la perdita della sua complessità. Fenomeni articolati, conflittuali, pluricausali vengono ricondotti a immagini più semplici, immediate e rassicuranti. Nel caso delle dipendenze, tale semplificazione si traduce spesso in una lettura moralizzante che riduce

---

<sup>154</sup> R. M. Farr, S. Moscovici, *Rappresentazioni sociali*, Bologna, Il Mulino, 1989, p. 27.

<sup>155</sup> Ivi, p. 21.

la sofferenza, la vulnerabilità e la storia sociale del soggetto a un solo elemento: la sua presunta incapacità di scegliere bene.

Un altro passaggio decisivo del discorso di Moscovici consiste nell'aver mostrato che le rappresentazioni sociali hanno una natura dinamica e circolante. Non si tratta di strutture immobili o di credenze fossilizzate; esse si formano, si diffondono, si modificano, penetrano nel senso comune e trasformano idee astratte in esperienze collettive condivise.<sup>156</sup> Questo significa che tra sapere specialistico e linguaggio quotidiano esiste un continuo lavoro di traduzione, semplificazione e adattamento. Le teorie non restano confinate nei luoghi della ricerca, ma vengono rielaborate all'interno della comunicazione sociale, fino a diventare immagini, etichette, modi di dire, evidenze ovvie. Quando il fenomeno della dipendenza entra in questo circuito, il rischio è che le sue dimensioni cliniche, psicologiche e sociali vengano rapidamente assorbite da una griglia interpretativa molto più semplice: chi dipende è qualcuno che ha perso la volontà, ha sbagliato, si è lasciato andare, non ha saputo essere all'altezza di sé.

Questa riduzione non è casuale, Santambrogio aiuta a comprenderne il funzionamento mostrando come il senso comune non sia un sapere confuso o minore, ma una modalità concreta di organizzazione dell'esperienza sociale.<sup>157</sup> Nel senso comune, le persone cercano orientamento, stabilità e continuità. Non cercano una spiegazione esaustiva del mondo sociale, ma una spiegazione utilizzabile nell'agire quotidiano. Non chiedono al mondo tutta la sua verità, ma una forma di intelligibilità sufficiente per poterlo abitare. È per questo che il senso comune preferisce soluzioni cognitive rapide, immagini stabili, spiegazioni che riducono l'incertezza e restituiscono l'impressione di capire. Quando incontra fenomeni complessi, tende a ricondurli a ciò che già conosce. Il nuovo, per non essere minaccioso, dev'essere in qualche modo riportato al familiare.

Qui entrano in gioco due movimenti centrali: ancoraggio e oggettivazione. Il primo consiste nel ricondurre l'ignoto a categorie già disponibili nel patrimonio simbolico del gruppo, così da renderlo più familiare e collocabile entro un quadro di senso condiviso.<sup>158</sup> Il secondo traduce un contenuto inizialmente astratto in immagini più concrete, visibili e socialmente maneggiabili, favorendone la circolazione nel senso comune.<sup>159</sup> Questo duplice passaggio è essenziale per comprendere il modo in cui la dipendenza viene socialmente trattata. Da un lato, un fenomeno complesso e perturbante viene ancorato a categorie morali antiche e culturalmente solide, ovvero il vizio, la debolezza, l'incapacità di dominarsi, la caduta. Dall'altro, questa attribuzione si oggettiva in figure riconoscibili, in immagini stereotipate, in personaggi sociali immediatamente identificabili: "il

---

<sup>156</sup> Ivi, pp. 40-41.

<sup>157</sup> A. Santambrogio, *Il senso comune. Appartenenze e rappresentazioni sociali*, Roma-Bari, Laterza, 2006, pp. 122-124.

<sup>158</sup> Ivi, 126-129.

<sup>159</sup> Ivi, pp. 130-131.

tossicodipendente”, “quello che si è rovinato”, “chi non vuole davvero salvarsi”. In questo modo, ciò che dovrebbe interrogare la società circa le sue fratture, le sue disuguaglianze, le sue solitudini e le sue mancanze educative si trasforma in un problema apparentemente semplice, racchiuso nel carattere deficitario del singolo.

Il punto decisivo è che il senso comune non si interroga prioritariamente sulla correttezza teorica delle proprie narrazioni. Una volta che il fenomeno è stato reso familiare e classificato entro una categoria nota, la domanda dominante non è più se quella spiegazione sia adeguata, ma se sia funzionale, se consenta di orientarsi, di prendere posizione, di giudicare rapidamente.<sup>160</sup> Le narrazioni moralizzanti sulle dipendenze risultano estremamente efficaci poiché semplificano, rassicurano, distribuiscono colpe in modo netto, proteggono la società dal dover riconoscere la propria implicazione nei processi di vulnerabilizzazione. Una rappresentazione che attribuisce tutto alla volontà individuale è cognitivamente economica, emotivamente rassicurante e moralmente comoda. Essa consente, infatti, di pensare che il problema appartenga ad altri, che riguardi cattive scelte private e non ferite collettive, che non interroghi l’organizzazione sociale dei legami, del lavoro, dell’appartenenza e della sfera delle fragilità.

È in questo passaggio che il disimpegno morale acquista una fisionomia chiaramente sociale. Se la dipendenza viene letta prevalentemente come fallimento individuale, allora diventa possibile prendere le distanze dal soggetto senza mettere in discussione l’immagine morale di sé e della comunità. La colpa attribuita all’individuo riduce il peso della responsabilità collettiva. La sofferenza dell’altro viene reinterpretata come esito quasi inevitabile delle sue scelte, e dunque, non interpella più nello stesso modo la coscienza sociale. Si realizza così una sorta di autoassoluzione collettiva, secondo cui la società continua a pensarsi come giusta, civile, persino benevola, mentre restringe progressivamente lo spazio del riconoscimento accordato a chi vive una condizione di dipendenza.

Questa autoassoluzione non si esprime solo in forme esplicite di condanna. Talvolta assume le sembianze più sottili della banalizzazione, della spiegazione sbrigativa, della pedagogia paternalistica, della falsa evidenza secondo cui “in fondo basta volerlo”. Sono forme discorsive che, pur senza ricorrere sempre a un linguaggio apertamente ostile, continuano a produrre distanza. Il loro effetto pedagogicamente più problematico sta nel sottrarre al soggetto la complessità della sua storia e nel ridurlo a un tratto unico, interpretato negativamente. Quando questo accade, la persona non è più vista come un essere umano attraversato da bisogni, ferite, relazioni, risorse e contraddizioni, ma come l’incarnazione di un difetto morale. Una simile riduzione impoverisce lo sguardo educativo, perché impedisce di leggere la dipendenza come esperienza umana situata e relazionale.

---

<sup>160</sup> Ivi, pp. 127-128.

Nel caso dell'uso problematico di sostanze, tale semplificazione assume spesso la forma di un forte investimento simbolico e normativo. Room osserva infatti che intorno al consumo di sostanze psicoattive si addensa un carico particolarmente intenso di significati morali, tale per cui almeno un aspetto del loro uso tende quasi universalmente ad attirare stigma e marginalizzazione.<sup>161</sup> In questo modo, la dipendenza smette di essere percepita come esperienza umana e sociale complessa fatta di bisogni, ferite, relazioni, risorse e contraddizioni e viene più facilmente ricondotta a un difetto del soggetto, rafforzando narrazioni che legittimano distanza morale e semplificazione del giudizio. La stigmatizzazione non rimane confinata al piano delle relazioni interpersonali, ma attraversa anche il modo in cui istituzioni, agenzie sociali e politiche pubbliche definiscono e trattano i fenomeni legati all'uso di sostanze.<sup>162</sup>

Una prospettiva differente emerge invece negli studi che analizzano le dipendenze come fenomeni strettamente legati alle trasformazioni sociali e culturali della modernità, rompendo la linearità delle spiegazioni individualizzanti. Tra questi rilevante è il lavoro di Bruce Alexander, che propone di leggere la diffusione delle dipendenze alla luce dei processi di dislocazione sociale, intesa come perdita di legami significativi, di disintegrazione comunitaria. Secondo l'autore, i comportamenti di dipendenza vengono intesi come strategie di adattamento a contesti caratterizzati dalla perdita di legami sociali stabili e dalla progressiva erosione delle reti comunitarie tradizionali. In condizioni di isolamento, frammentazione sociale e perdita di integrazione culturale, i comportamenti di dipendenza possono rappresentare tentativi di compensazione rispetto alla mancanza di relazioni significative e di appartenenza sociale.<sup>163</sup>

Le sostanze psicoattive, così come altri comportamenti compulsivi possono assumere una funzione simbolica di sostegno emotivo, offrendo temporaneamente forme di sollievo o di appartenenza sostitutiva in contesti percepiti come socialmente frammentati. L'espansione delle dipendenze nella società contemporanea può essere collegata a processi più ampi di individualizzazione, competizione sociale e perdita di coesione comunitaria, che producono condizioni di dislocazione e vulnerabilità sociale.<sup>164</sup> La dipendenza, allora, non appare più soltanto come fallimento del soggetto, ma come risposta adattiva a contesti segnati da solitudine, sradicamento, precarietà e sofferenza psichica.

Questo spostamento è decisivo sul piano pedagogico. Una lettura centrata unicamente sulla colpa individuale impoverisce le possibilità educative, perché chiude il fenomeno dentro una logica di imputazione. Una lettura capace di tenere insieme soggetto e contesto, biografia e struttura sociale,

---

<sup>161</sup> R. Room, *Stigma, social inequality and alcohol and drug use*, Drug and Alcohol Review, 2005, pp. 143–155.

<sup>162</sup> Ivi, p. 143.

<sup>163</sup> B. Alexander, *The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*, Oxford University Press, 2010, pp. 1–3.

<sup>164</sup> Ivi, pp. 2–4.

sofferenza e legami, apre invece la possibilità di un lavoro pedagogico che non si limiti a correggere un comportamento, ma provi a ricostruire mondi di significato, fiducia relazionale e possibilità di riconoscimento.

Le rappresentazioni sociali della dipendenza, così, non hanno soltanto un valore descrittivo, ma esercitano una funzione normativa. Esse orientano il modo in cui la società stabilisce chi è dentro e chi è fuori, chi può ancora essere compreso e chi invece viene percepito come irrimediabilmente compromesso. Santambrogio insiste sul fatto che le rappresentazioni sociali siano credenze condivise che contribuiscono a costituire l'identità stessa dei gruppi.<sup>165</sup> Se questo è vero, allora le immagini che una comunità costruisce attorno alla dipendenza parlano non solo delle persone dipendenti, ma anche del tipo di società che le produce, del modo in cui essa definisce normalità, autonomia, successo, fallimento e dignità.

Ogni volta che una società riduce un fenomeno complesso a una lettura colpevolizzante, educa implicitamente i suoi membri a una certa forma di sguardo. Educa a vedere l'altro non come soggetto, ma come colpevole; non come persona portatrice di storia, ma come sintomo di un difetto; non come interlocutore possibile, ma come figura da classificare. Le rappresentazioni sociali, dunque, non sono solo strumenti cognitivi, sono anche matrici di sensibilità morale. Modellano ciò che si ritiene degno di comprensione, il limite entro cui si concede empatia, il grado di umanità che si è disposti a riconoscere a chi devia dalle norme attese.

Per questo il problema delle dipendenze interpella direttamente una pedagogia del riconoscimento. Prima ancora di discutere di interventi, trattamenti o strategie educative, occorre interrogare lo sguardo che rende possibili o impossibili certi interventi. Se la persona dipendente viene già pensata dentro una cornice simbolica che la riduce a irresponsabilità, vizio o degenerazione, ogni azione educativa rischia di nascere viziata da un pregiudizio di fondo. Se, invece, si riconosce che quelle immagini sono costruzioni sociali storicamente situate, allora diventa possibile aprire uno spazio critico capace di sospendere l'evidenza del senso comune e di restituire al soggetto la sua complessità.

In questa luce, il disimpegno morale non appare più soltanto come un insieme di meccanismi intrapsichici, ma come un dispositivo socialmente sostenuto da narrazioni, categorie e immagini condivise. Il passaggio verso la deumanizzazione, a questo punto, diventa più comprensibile. Quando un gruppo viene sistematicamente rappresentato attraverso categorie che ne accentuano la colpa, la mancanza, l'inaffidabilità o la degradazione morale, si prepara il terreno per una progressiva erosione del suo pieno riconoscimento umano. Le narrazioni sociali sulle dipendenze, proprio perché rappresentano il soggetto come deficitario sul piano morale, possono costituire il punto di avvio di

---

<sup>165</sup> A. Santambrogio, *Il senso comune*, p.124-125.

questo slittamento. Per questa ragione, comprendere come esse operino significa già iniziare a comprendere come si renda possibile la svalutazione dell'altro, fino a quelle forme di negazione dell'umanità che verranno analizzate nel paragrafo successivo.

### **3.3 La deumanizzazione delle persone con dipendenza: dal contributo di Haslam alle forme contemporanee di esclusione**

Quando una persona o un gruppo vengono raccontati in modo persistente attraverso categorie che ne sottolineano il difetto, la colpa, l'inaffidabilità o la degradazione, non si produce soltanto stigma, ma si restringe progressivamente anche lo spazio entro cui quei soggetti vengono percepiti come pienamente umani. È in questo slittamento che il discorso sulle dipendenze incontra il tema della deumanizzazione. La questione, allora, non consiste semplicemente nel riconoscere che le persone con dipendenza siano esposte a marginalizzazione ed esclusione, ma nel comprendere in che modo certe immagini, linguaggi e classificazioni finiscano per eroderne il riconoscimento umano. La deumanizzazione viene, perciò, intesa come processo attraverso cui a individui o gruppi vengono sottratte caratteristiche tipiche dell'umano. Non si tratta solo di una rappresentazione offensiva o degradante, ma di un meccanismo più complesso, che modifica il modo in cui l'altro viene percepito, valutato e collocato nella gerarchia morale di una comunità. L'altro continua formalmente a essere un essere umano, ma smette di esserlo pienamente sul piano simbolico, diventando meno degno di ascolto, meno meritevole di comprensione o capace di suscitare identificazione. La violenza della deumanizzazione sta proprio in questo carattere graduale e spesso implicito. Non sempre si manifesta come negazione aperta dell'umanità, più spesso agisce come un suo progressivo indebolimento.

Questa chiave di lettura acquista particolare rilievo se si considera che l'idea di umanità, nella storia occidentale, non è mai stata distribuita in modo neutro. L'umano pieno è stato a lungo identificato con il soggetto razionale, autonomo, maschile, adulto, padrone di sé, mentre altri soggetti sono stati collocati in posizioni più vicine alla corporeità, all'istinto, alla dipendenza o alla passività.<sup>166</sup> In questa gerarchia simbolica, la distanza dall'ideale di umanità ha funzionato come criterio di inferiorizzazione e di esclusione. Il problema non riguarda solo il passato, anche nelle società contemporanee continuano a diffondersi profili dell'umano che premiano l'autocontrollo, la razionalità, la produttività e la padronanza di sé. Per questa ragione, le persone con dipendenza si trovano in una posizione particolarmente esposta, in quanto la loro esperienza viene facilmente letta come prova di una mancanza non soltanto comportamentale, ma quasi antropologica.

---

<sup>166</sup> C. Volpato, *Deumanizzazione. Come si legittima la violenza*, Roma- Bari, Laterza, 2011, pp. 6-7.

A questo punto, il contributo di Haslam diventa particolarmente importante, perché consente di dare al tema della deumanizzazione una definizione più ampia e sfaccettata, sottraendola a un uso troppo generico o soltanto evocativo. Il punto centrale del suo modello è che non esiste un unico modo di essere umani e, di conseguenza, non esiste neppure un'unica forma di negazione dell'umanità. L'umanità può infatti essere compresa secondo due dimensioni differenti, che rimandano a modi diversi di pensare ciò che rende una persona pienamente umana. Da un lato vi sono caratteristiche unicamente umane (*uniquely human*, UH), ossia quei tratti che distinguono gli esseri umani dalle altre specie animali. Tra questi vengono generalmente inclusi la civiltà, il controllo degli impulsi, la razionalità complessa, il linguaggio elaborato e una forma superiore di moralità. Dall'altro vi sono tratti associati alla natura umana (*human nature*, HN), cioè a ciò che viene percepito come tipico e profondo dell'essere persona, quali il calore, la vitalità, l'apertura emotiva, la capacità di iniziativa e la soggettività vissuta.<sup>167</sup>

Le due dimensioni non necessariamente coincidono. Alcune caratteristiche possono distinguere gli esseri umani dalle altre specie senza essere considerati come parte del nucleo più profondo della persona, mentre altre possono essere centrali per l'esperienza umana pur non essendo esclusivamente umane.

A partire da questa articolazione, Haslam individua due forme principali di deumanizzazione. La prima è la deumanizzazione animalistica, che si verifica quando a un individuo o a un gruppo vengono negate le qualità specificamente umane. In questo caso, il bersaglio appare meno civile, meno raffinato, più impulsivo e maggiormente vicino all'animalità che alla piena umanità.<sup>168</sup> Il suo comportamento non viene regolato da un pensiero riflessivo, piuttosto appare dominato da impulsi, appetiti e istinti. Poiché queste caratteristiche sono considerate il risultato di un processo di sviluppo e socializzazione, la loro negazione può essere accompagnata anche dalla rappresentazione dell'altro come immaturo, infantile o arretrato. In termini simbolici, quando alle persone vengono negati i tratti che distinguono gli esseri umani dagli animali, esse finiscono per essere implicitamente o esplicitamente assimilate alla sfera dell'animalità. La seconda forma è la deumanizzazione meccanicistica, che si produce quando vengono negate le qualità legate alla natura umana. Qui il soggetto appare freddo, rigido, passivo e privo di profondità interiore. Il suo comportamento appare influenzato da fattori esterni piuttosto che retto da una volontà autonoma, e la persona tende a essere rappresentata attraverso attributi superficiali, privandola della sua profondità psichica. L'insieme di queste caratteristiche produce una visione dell'altro quasi assimilabile a un oggetto o a un automa,

---

<sup>167</sup> N. Haslam, *Dehumanization: An Integrative Review*, in *Personality and Social Psychology Review*, vol. 10, n. 3, 2006, pp. 255-257.

<sup>168</sup> Ivi, pp.257-259.

più simile a una macchina che a un essere umano pienamente dotato di vita soggettiva.<sup>169</sup> La forza del modello proposto da Haslam consiste nel mostrare che la negazione dell'umanità può operare secondo modalità differenti. L'altro può essere disumanizzato attraverso un abbassamento simbolico verso la sfera dell'istinto e dall'animalità, oppure attraverso uno svuotamento della sua interiorità e della sua vita soggettiva.

Questa distinzione permette di leggere con maggiore precisione il modo in cui le persone con dipendenza vengono rappresentate nello spazio sociale. Una parte significativa delle narrazioni pubbliche sulle dipendenze si colloca chiaramente entro la logica della deumanizzazione animalistica. Quando il soggetto viene descritto come schiavo dell'impulso, dominato dal bisogno, incapace di autocontrollo o moralmente decaduto, si attiva proprio quel registro simbolico che lega l'umanità piena alla capacità di governare i propri desideri. La dipendenza non viene allora interpretata soltanto come sofferenza o vulnerabilità, ma come regressione: perdita di disciplina, cedimento all'istinto, incapacità di stare entro la misura umana dell'autocontrollo. In una cultura che associa dignità e civiltà alla padronanza di sé, questa rappresentazione produce un forte abbassamento simbolico della persona.

Accanto a questo registro, però, ne compare anche un altro, più vicino alla deumanizzazione meccanicistica. Le persone con dipendenza vengono spesso raccontate come vuote, spente, prive di autentica interiorità, ridotte a corpi passivi o a vite consumate dalla ripetizione dell'uso della sostanza. In queste rappresentazioni non prevale tanto l'immagine della bestialità, quanto quella dello svuotamento della soggettività. Il soggetto appare privo di agency, come se la sua esistenza fosse quasi interamente assorbita in un automatismo che la rende opaca e distante. La dipendenza viene allora interpretata non soltanto come perdita di controllo, ma come perdita del proprio sé.

Uno degli aspetti più fecondi del modello di Haslam consiste proprio nel mostrare che queste due forme possono coesistere. Lo stesso bersaglio può essere percepito, a seconda dei contesti, come troppo istintivo e insieme come svuotato di interiorità.<sup>170</sup> Nel caso delle dipendenze, questa oscillazione è particolarmente evidente, la persona può essere descritta come preda di impulsi incontrollabili, ma anche come presenza ormai consumata, incapace di desiderio autentico, relazioni profonde o vera iniziativa. In entrambe le rappresentazioni ciò che viene eroso è il riconoscimento della persona come soggetto pienamente umano.

A questo punto emerge con maggiore chiarezza anche la funzione sociale della deumanizzazione. Essa non si limita a degradare l'altro sul piano simbolico, ma rende più facili e accettabili forme diverse di esclusione. Quando un gruppo viene percepito come meno razionale,

---

<sup>169</sup> Ivi, pp. 259-260.

<sup>170</sup> Ivi, 258-260.

meno civile o già parzialmente svuotato di sé, la soglia morale della relazione si abbassa. Diventa più semplice ignorarlo, giudicarlo senza ascoltarlo e collocarlo ai margini della piena reciprocità. La deumanizzazione svolge, quindi, una funzione di alleggerimento morale poiché consente di prendere le distanze senza avvertire fino in fondo il peso etico di quella distanza.<sup>171</sup>

È in questo quadro che essa si lega alla violenza simbolica. Non sempre prepara immediatamente la violenza fisica o istituzionale nelle sue forme più radicali, ma rende plausibili durezza, indifferenza, umiliazione e abbandono. Quando l'altro è narrato come meno umano, o come umano in forma deficitaria, la severità appare più giustificata, la distanza più ragionevole, l'esclusione meno problematica. Ragion per cui, la persona con dipendenza diventa più facilmente oggetto di linguaggi paternalistici e di classificazioni rigide. La violenza simbolica si legittima proprio nel momento in cui il soggetto non viene più percepito come interlocutore, ma come figura da gestire, correggere, contenere o semplicemente sopportare.<sup>172</sup>

Da un punto di vista pedagogico, questo passaggio è decisivo, perché, se l'altro viene già pensato entro categorie che ne riducono l'umanità, la relazione educativa risulta essere già compromessa. Non può esserci autentica educazione laddove il soggetto viene visto soltanto come colpevole, impulsivo o privo di interiorità. Una relazione educativa richiede, al contrario, il riconoscimento dell'altro come persona, cioè come essere portatore di storia, vulnerabilità, possibilità e trasformazione. Per questo la deumanizzazione non riguarda solo i linguaggi dell'odio manifesto o della violenza estrema, ma anche i modi ordinari in cui una società racconta e classifica le fragilità. Nel caso delle dipendenze, la questione non consiste soltanto nel correggere immagini scorrette, ma nell'interrompere quei processi simbolici che rendono normale una sottrazione di umanità.

La letteratura conferma che questo problema non ha un rilievo solo teorico. Brown osserva che, nel caso delle dipendenze, stigma e deumanizzazione tendono a sovrapporsi: le persone con disturbo da uso di sostanze vengono spesso percepite non come soggetti singoli, ma come membri di una categoria indistinta cui si attribuiscono imprevedibilità, assenza di controllo e scarsa capacità di autodeterminazione. In questo modo, esse risultano più facilmente esposte a reazioni di disgusto, indignazione morale e desiderio di punizione, fino a collocarsi, in alcune scale di deumanizzazione, tra le più in basso.<sup>173</sup> La risposta sociale alle dipendenze non dipende soltanto dal rischio associato alle sostanze, ma anche dal modo in cui viene rappresentata la popolazione coinvolta. Quando l'uso di droga è stato legato, come nel caso del crack, a soggetti neri poveri e marginalizzati, il discorso pubblico ha favorito politiche fortemente punitive; quando invece la crisi degli oppioidi ha colpito in

---

<sup>171</sup> C. Volpato, *Deumanizzazione. Come si legittima la violenza*, pp. 20-26.

<sup>172</sup> Ivi, pp. 20-22.

<sup>173</sup> T. R. Brown, *The Role of Dehumanization in Our Response to People With Substance Use Disorders*, in *Frontiers in Psychiatry*, vol. 11, 2020, art. 372, p. 1.

modo più visibile soggetti bianchi, residenti in contesti sub urbani e socialmente percepiti come più simili a noi, la risposta si è fatta più terapeutica e orientata alla prevenzione.<sup>174</sup> In questa oscillazione si coglie con chiarezza come la deumanizzazione non resti confinata al piano delle rappresentazioni, ma incida direttamente sui modi in cui una società distribuisce comprensione, severità, cura e riconoscimento.

Altri studi segnalano che il discorso pubblico continua a utilizzare, anche oggi, registri linguistici fortemente disumanizzanti, specialmente quando si parla di sostanze come eroina e cocaina.<sup>175</sup> Le parole impiegate per nominare i problemi legati all'uso di sostanze non si limitano a descrivere la realtà, ma contribuiscono a costruirla socialmente, influenzando percezioni, atteggiamenti e risposte istituzionali. Dunque, il lessico delle dipendenze diventa uno dei luoghi in cui la deumanizzazione si sedimenta e si riproduce, anche quando assume forme apparentemente ordinarie.<sup>176</sup>

Il tema della deumanizzazione, applicato allo studio delle dipendenze, porta così una verità scomoda che mostra come l'esclusione non comincia quando l'altro viene apertamente respinto, ma già nel momento in cui smette di apparire come interlocutore pieno. La riduzione del soggetto a impulso e a meccanicità non è una semplice scorciatoia interpretativa, ma è già una forma di sottrazione di mondo, di parola e di dignità. In questa prospettiva, la deumanizzazione non rappresenta solo una degradazione simbolica, ma un impoverimento della stessa capacità sociale di riconoscere l'umano nelle sue forme più fragili e contraddittorie. È per questo che il problema non riguarda solo chi viene disumanizzato, ma anche la qualità etica dello sguardo di chi osserva, classifica e giudica. Comprendere le dipendenze alla luce di questi processi significa allora spostare la domanda, non soltanto che cosa manca a chi fa uso di sostanze, ma che cosa si produce in una società quando alcune esistenze diventano sempre meno percepibili come pienamente umane. Qui si inserisce il tema dell'infraumanizzazione, dove la negazione dell'altro non passa più necessariamente attraverso la degradazione esplicita, ma attraverso un progressivo restringimento della sua vita emotiva e simbolica.

---

<sup>174</sup> Ivi, p. 2.

<sup>175</sup> S. Giorgi, D. R. S. Habib, D. Bellew, G. Sherman, B. Curtis, *A Linguistic Analysis of Dehumanization Toward Substance Use Across Three Decades of News Articles*, in *Frontiers in Public Health*, vol. 11, 2023, art. 1275975, p. 11.

<sup>176</sup> Ivi, p. 2.

### 3.4 Infraumanizzazione e negazione dell'umanità: la teoria di Leyens e le emozioni secondarie

Se il modello di Haslam ha mostrato come la negazione dell'umanità possa assumere forme differenti, l'infraumanizzazione permette di spostare l'attenzione su modalità ancora più sottili e quotidiane di svalutazione dell'altro. Non siamo più sul terreno della deumanizzazione esplicita, in cui un gruppo viene apertamente assimilato all'animale o all'oggetto, ma su quello di una sottrazione più discreta, che non esclude formalmente l'altro dall'umanità e tuttavia ne riduce il grado di pienezza. È in questa zona intermedia che si colloca il lavoro di Leyens e dei suoi collaboratori, i quali definiscono l'infraumanizzazione come il processo attraverso cui l'ingroup viene percepito come pienamente umano, mentre l'outgroup viene considerato meno umano e, in certa misura, più vicino all'animalità.<sup>177</sup>

Ciò che rende particolarmente interessante questa teoria è il fatto che la differenza tra gruppi non viene costruita attraverso una negazione totale dell'umanità dell'altro, ma mediante una distribuzione gerarchica della sua essenza. L'umanità non viene pensata come un attributo uniforme e ugualmente riconosciuto a tutti, ma come un bene simbolico che i gruppi tendono a rivendicare in primo luogo per sé. Leyens collega questa dinamica all'essenzialismo, cioè alla tendenza a considerare i gruppi come portatori di proprietà profonde e relativamente stabili. In questa logica, l'ingroup non è soltanto preferito, ma viene percepito come più vicino all'essenza dell'umano, mentre l'outgroup risulta collocato a un livello inferiore.<sup>178</sup>

È proprio per marcare questa differenza che Leyens preferisce parlare di infraumanizzazione e non semplicemente di deumanizzazione. La deumanizzazione, nel senso forte del termine, rinvia infatti alla totale espulsione dell'altro dall'ambito dell'umano, come accade nei casi estremi di guerra, sterminio o odio radicale. L'infraumanizzazione, invece, indica qualcosa di meno vistoso, ma molto più diffuso: l'idea che l'altro resti umano, ma in misura minore, in forma ridotta, come se partecipasse solo parzialmente a ciò che rende davvero umana una persona. Il fenomeno, dunque, non appartiene solamente alle situazioni eccezionali, ma può manifestarsi nelle relazioni ordinarie, nei giudizi quotidiani, nelle percezioni intergruppi che non sembrano immediatamente segnate dal conflitto.<sup>179</sup>

Il terreno su cui Leyens sceglie di osservare e analizzare questo processo è quello delle emozioni. Parte dal presupposto che non tutte le emozioni sono uguali sul piano simbolico. Alcune, dette primarie, vengono percepite come condivise con gli animali e legate a reazioni più immediate, corporee e visibili. Altre, dette secondarie, vengono invece considerate più interiori, riflessive e più

---

<sup>177</sup> J.-P. Leyens, S. Demoulin, J. Vaes, R. Gaunt, M. P. Paladino, *Infra-humanization: The Wall of Group Differences*, in *Social Issues and Policy Review*, vol. 1, n. 1, 2007, pp. 139-140.

<sup>178</sup> Ivi, p. 142.

<sup>179</sup> Ivi, pp. 143-144.

mediate socialmente, quindi strettamente associate alla piena umanità. Nel saggio del 2007, gli autori analizzano come queste emozioni risultano valutate come meno intense e meno visibili, ma più interne, più durature e più tardive nello sviluppo; proprio per questo vengono assunte come indicatori di una forma più piena e tipicamente umana della vita emotiva.<sup>180</sup>

Il cuore del modello sta nel fatto che le emozioni secondarie vengono attribuite più facilmente all'ingroup rispetto all'outgroup. Questo vale non soltanto per le emozioni secondarie positive, ma anche per quelle negative. È proprio qui che l'infraumanizzazione si distingue dal semplice favoritismo positivo verso il proprio gruppo. Non si tratta, infatti, di attribuire a sé solo le qualità desiderabili e agli altri solo quelle sgradevoli. Anche emozioni secondarie come il disprezzo, l'odio o il rimorso possono essere riconosciute più facilmente al proprio gruppo, proprio perché il problema non è la valenza dell'emozione, ma il suo statuto di umanità.<sup>181</sup> L'ingroup viene percepito come il luogo privilegiato delle emozioni pienamente umane, l'outgroup, al contrario, viene simbolicamente impoverito.

Leyens insiste, anche, sul fatto che questo fenomeno non può essere spiegato semplicemente con la familiarità. Potrebbe sembrare plausibile che attribuiamo più emozioni secondarie all'ingroup soltanto perché lo conosciamo meglio. Tuttavia, gli studi richiamati da Leyens mostrano che questa ipotesi non regge. Anche quando si tiene conto della maggiore vicinanza con il proprio gruppo, l'effetto persiste. Più precisamente, la differenza riguarda il legame tra umanità ed emozioni secondarie: l'ingroup viene spontaneamente associato a una vita emotiva più ricca, più profonda e più tipicamente umana, mentre l'outgroup viene pensato come meno capace di vivere e di esprimere tali stati. Questo spiega anche perché le persone risultino spesso riluttanti ad accettare che i membri dell'outgroup provino emozioni secondarie, come se tale attribuzione minacciasse un confine simbolico che distingue "noi" da "loro".<sup>182</sup>

Da un punto di vista teorico, il legame con il paragrafo precedente è evidente. Se la deumanizzazione, nella lettura di Haslam, mostrava due vie principali della negazione dell'umanità, quella animalistica e quella meccanicistica, l'infraumanizzazione consente di osservare come il processo possa operare anche in modo meno esplicito, proprio attraverso una gerarchia della vita emotiva. L'altro non viene necessariamente definito bestiale o meccanico, anzi, più spesso gli viene semplicemente negata quella pienezza affettiva che il gruppo di appartenenza riserva a sé stesso. In questo senso, l'infraumanizzazione costituisce una forma sottile di negazione dell'umanità, perché lavora su ciò che viene percepito come il nucleo più interno dell'esperienza umana: la capacità di sentire in modo pienamente umano.

---

<sup>180</sup> Ivi, pp. 145-147.

<sup>181</sup> Ivi, p. 146-148.

<sup>182</sup> Ivi, p. 149.

Questa prospettiva appare particolarmente feconda per leggere il caso delle persone con dipendenza. Se, come si è visto precedentemente, tali persone vengono spesso rappresentate come dominate dall'impulso o svuotate di interiorità, il passo successivo consiste nel chiedersi se, oltre a essere collocate in una posizione di minore umanità generale, esse non vengano anche private di una piena profondità emotiva. In altri termini, il problema non riguarda soltanto l'attribuzione di scarso controllo o di scarsa razionalità, ma anche il modo in cui viene implicitamente ridotta la complessità del loro mondo affettivo. Una persona con dipendenza può essere facilmente pensata come preda di reazioni primarie, corporee e immediate, ma meno riconosciuta come soggetto capace di emozioni riflessive, complesse, secondarie, quali vergogna, rimorso, nostalgia, speranza, ambivalenza e dolore morale. In questo modo non le viene negata soltanto una piena capacità di autodeterminazione, le viene sottratta anche la profondità affettiva che permette di riconoscerla come persona.<sup>183</sup>

È qui che l'infraumanizzazione diventa una chiave interpretativa particolarmente utile. Essa consente di cogliere una forma di negazione dell'altro che non passa necessariamente per la degradazione esplicita, ma per la restrizione delle emozioni che si è disposti a riconoscergli.

Le implicazioni di questo spostamento sono rilevanti anche sul piano educativo e relazionale. Se la persona con dipendenza viene pensata come meno capace di interiorità emotiva complessa, allora si restringe anche la possibilità di incontrarla davvero come interlocutrice. La distanza simbolica si rafforza proprio laddove dovrebbe aprirsi lo spazio dell'incontro. La teoria di Leyens mostra allora un punto cruciale: la negazione dell'umanità non passa soltanto attraverso la svalutazione esplicita, ma anche attraverso una riduzione più silenziosa di ciò che si è disposti a considerare umano nell'altro. È su questo terreno che l'infraumanizzazione diventa una categoria particolarmente potente per comprendere come si producano, in modo quotidiano e quasi invisibile, forme di esclusione morale che incidono profondamente sulle possibilità di relazione, di cura e di riconoscimento.

A distanza di oltre vent'anni dalle ricerche iniziali, la review di Rodríguez-Pérez e Betancor conferma la tenuta del paradigma dell'infraumanizzazione, ma al tempo stesso ne chiarisce i confini teorici. Gli autori mettono infatti in guardia dal rischio di usare la deumanizzazione come categoria eccessivamente ampia, capace di includere indistintamente qualunque atteggiamento negativo verso l'altro. In questa prospettiva, l'infraumanizzazione non coincide con una generica svalutazione dell'outgroup, ma con un processo relativo di confronto, nel quale il proprio gruppo tende a garantirsi una maggiore pienezza di umanità rispetto agli altri.<sup>184</sup>

---

<sup>183</sup> Ivi, pp. 145-149.

<sup>184</sup> A. Rodríguez-Pérez, V. Betancor, *Infrahumanization: a retrospective on 20 years of empirical research*, in *Current Opinion in Behavioral Sciences*, vol. 50, 2023, p. 1.

La specificità del paradigma sta proprio nel fatto che questa differenza non viene misurata attraverso dichiarazioni esplicite sulla superiorità dell'ingroup, ma tramite l'attribuzione differenziale di emozioni primarie e secondarie. Dunque, l'infraumanizzazione non colpisce anzitutto la capacità di ragionare, bensì la capacità di sentire in modo pienamente umano. Il punto non è tanto negare all'altro l'intelligenza o la razionalità, quanto ridurre la sua competenza emotiva più profonda, quella associata alle emozioni secondarie. La teoria conserva una sua fisionomia precisa e continua a rivelarsi particolarmente utile per cogliere forme sottili, quotidiane e spesso poco visibili di svalutazione intergruppi. Gli stessi autori osservano, nelle conclusioni, che il paradigma dell'infraumanizzazione ha contribuito in modo significativo a consolidare lo studio della deumanizzazione nelle relazioni sociali, pur richiedendo oggi un uso più rigoroso e meno indistinto del concetto.<sup>185</sup>

Alla luce di queste considerazioni, l'infraumanizzazione rappresenta uno strumento teorico particolarmente prezioso per il tema delle dipendenze. Essa permette infatti di osservare come la negazione dell'altro non si giochi soltanto sul piano della colpa, della devianza o della perdita di controllo, ma anche su quello, più sottile, della profondità emotiva che si è disposti a riconoscergli. Ed è proprio da qui che si comprende meglio il passaggio al paragrafo successivo: se certe persone vengono percepite come meno capaci di una piena vita interiore, allora le conseguenze di tale sguardo non potranno che riflettersi anche nei contesti educativi e di cura, nei modi in cui si costruisce la relazione e nelle possibilità stesse del riconoscimento.

### **3.5 Conseguenze della deumanizzazione nei percorsi educativi e di cura**

La deumanizzazione e l'infraumanizzazione non restano confinate al piano delle rappresentazioni, ma incidono concretamente sul modo in cui le persone abitano i contesti educativi e di cura. Quando chi vive una condizione di dipendenza viene tracciata come inaffidabile e non pienamente umana, questa riduzione simbolica orienta lo sguardo degli altri, altera la qualità delle relazioni e può ostacolare l'accesso stesso alle opportunità di sostegno. I processi analizzati precedentemente, dunque, non si limitano a produrre distanza morale, ma agiscono sul rapporto della persona con i servizi, sulla possibilità di restarvi e sul modo in cui viene riconosciuta all'interno della relazione di cura. Il problema, allora, non coincide semplicemente con l'esistenza dello stigma, ma con il fatto che questo stigma si innesti su una più profonda restrizione dell'umanità attribuita all'altro. È in questo intreccio che si producono alcune delle conseguenze più rilevanti nei contesti di aiuto.

---

<sup>185</sup> Ivi, p. 4.

Una prima conseguenza riguarda l'accesso ai servizi. Quando la dipendenza viene interpretata entro una cornice moralizzante, l'ingresso in un percorso di cura può essere vissuto non solo come richiesta di aiuto, ma anche come esposizione a un'etichetta degradante. Corrigan osserva che molte persone che potrebbero beneficiare dei servizi scelgono di non cercarli o di non parteciparvi pienamente proprio per evitare il danno simbolico connesso all'essere pubblicamente identificate come appartenenti a un gruppo stigmatizzato. Lo stigma ostacola la partecipazione alla cura almeno in due modi, perché diminuisce l'autostima e sottrae opportunità sociali.<sup>186</sup> In questa prospettiva, l'evitamento dei servizi non può essere letto soltanto come mancanza di consapevolezza o scarsa motivazione, ma anche come forma di difesa rispetto alla prospettiva di una classificazione svalutante. Il timore delle conseguenze sociali legate all'etichettamento si intreccia con processi di disimpegno morale che scaricano la responsabilità della condizione interamente sull'individuo. Se la persona è già rappresentata come colpevole, impulsiva o incapace di vera autodeterminazione, il mancato accesso alla cura rischia di apparire come l'esito naturale delle sue scelte e non come il prodotto di una relazione già deformata da immagini svalutanti. Così, la difficoltà a chiedere aiuto o a restare nei servizi viene interpretata come un'ulteriore conferma del difetto del soggetto, alimentando un circolo che rafforza tanto la distanza morale quanto la riduzione della sua soggettività. Corrigan definisce questo meccanismo *label avoidance*, mostrando come l'evitamento dell'etichetta possa trasformarsi in evitamento della cura.<sup>187</sup>

La questione non riguarda solo l'inizio dei percorsi, ma anche la loro continuità. Accanto alla difficoltà di accesso, una parte consistente dei problemi riguarda la mancata adesione ai trattamenti e l'abbandono precoce dei programmi. Inoltre, il miglioramento dell'aderenza è strettamente connesso alla riduzione del self-stigma e al rafforzamento dell'empowerment.<sup>188</sup> Ciò implica che la cura non può essere pensata come semplice esecuzione passiva di prescrizioni, ma come processo che richiede partecipazione attiva, coinvolgimento e riconoscimento del soggetto come interlocutore.

Un'ulteriore conseguenza riguarda la qualità della relazione educativa. La deumanizzazione non opera solo prima dell'incontro, ma può insidiarsi nel modo in cui l'incontro stesso viene costruito. Se la persona con dipendenza è già iscritta, nel senso comune, entro categorie che la presentano come inaffidabile, manipolatoria, impulsiva o priva di vera interiorità, l'operatore rischia di incontrare non una persona, ma una figura già semplificata dal pregiudizio. La relazione può allora assumere una tonalità paternalistica o difensiva generando una minore predisposizione all'ascolto, una lettura riduttiva dei comportamenti, sfiducia nelle possibilità trasformative del soggetto, tendenza a interpretare ogni difficoltà come conferma del giudizio iniziale. In questo modo, la cura si

---

<sup>186</sup>P. Corrigan, *How stigma interferes with mental health care*, American Psychologist, 2004, pp. 614–615.

<sup>187</sup> Ivi, pp. 615.

<sup>188</sup> Ivi, pp. 618.

impoverisce e la funzione educativa dei servizi si restringe, perché l'utente viene convocato più come problema da gestire che come persona da comprendere.

A questo livello interviene anche l'infraumanizzazione. Se alle persone con dipendenza viene implicitamente negata una piena vita emotiva complessa, esse non vengono soltanto giudicate come meno controllate o meno razionali, ma anche percepite come meno capaci di vissuti profondi, ambivalenti e riflessivi. La riduzione dell'altro, così, non passa necessariamente per un linguaggio apertamente degradante, ma anche per la tendenza a riconoscergli meno vergogna, rimorso, speranza o sofferenza. Quando il soggetto viene svuotato della sua profondità affettiva, si restringe anche la possibilità di incontrarlo come interlocutore capace di parola, di riflessione e di trasformazione.

Una terza conseguenza riguarda l'interiorizzazione della svalutazione. La review/metanalisi di Livingston e Boyd mostra che lo stigma interiorizzato è associato in modo robusto a livelli più bassi di speranza, autostima, *empowerment*, autoefficacia, qualità della vita e supporto sociale.<sup>189</sup> Questa evidenza è rilevante perché aiuta a comprendere come la svalutazione esterna possa essere progressivamente incorporata nell'immagine di sé. Nel caso delle dipendenze, ciò significa che la persona non subisce soltanto uno sguardo che la semplifica e riduce, ma può finire per assumere quelle stesse categorie come criterio di autopercezione: non degna di fiducia, non degna di aiuto, non davvero capace di cambiare. Quando questo accade, il problema non è più soltanto l'ostacolo esterno all'accesso ai servizi, ma una più profonda erosione del sé. La vergogna, il ritiro, la sfiducia, l'attesa del rifiuto e la convinzione di essere ormai irrimediabilmente segnati possono trasformarsi in ostacoli strutturali alla relazione educativa. A livelli più alti di stigma interiorizzato corrispondono livelli più bassi di autostima, speranza ed *empowerment*, mentre aumentano il disagio emotivo, i bisogni insoddisfatti e le difficoltà di adattamento sociale.<sup>190</sup> La persona con dipendenza, allora, rischia di guardarsi attraverso le stesse categorie che la svalutano, fino a non considerarsi più destinataria legittima di cura o capace di trasformazione.

Anche le indicazioni provenienti dagli organismi internazionali confermano la rilevanza di questo problema. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che stigma e discriminazione continuano a rappresentare una barriera per l'accesso a servizi centrati sulla persona e rispettosi dei diritti delle persone con condizioni di salute mentale e uso di sostanze.<sup>191</sup> L'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction sottolinea che gli atteggiamenti negativi nei confronti delle persone che usano droghe possono influenzare sia l'accesso ai servizi sanitari sia l'implementazione di politiche basate sull'evidenza scientifica. Nei contesti in cui il consumo di sostanze viene

---

<sup>189</sup> J. D. Livingston, J. E. Boyd, *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis*, in "Social Science & Medicine", vol. 71, n. 12, 2010, pp. 2150-2151.

<sup>190</sup> Ivi, pp. 2157-2158.

<sup>191</sup> World Health Organization (WHO), *Mental health and stigma*, <https://www.who.int>

interpretato prevalentemente come una devianza morale, gli interventi orientati alla cura e alla riduzione del danno incontrano infatti maggiori resistenze sociali e politiche.<sup>192</sup> La stigmatizzazione delle persone con dipendenza può essere interpretata come una forma di autoassoluzione collettiva. Concentrando l'attenzione sulle responsabilità individuali, la società tende infatti a sottrarsi a una riflessione più ampia sulle condizioni sociali, economiche e culturali che possono contribuire alla diffusione dei comportamenti di dipendenza. In questo modo, fenomeni complessi come la marginalità sociale, la precarietà economica o l'isolamento relazionale vengono spesso relegati sullo sfondo dell'analisi, mentre il problema viene ricondotto quasi esclusivamente alla dimensione individuale.

Per questo, le conseguenze della deumanizzazione nei percorsi educativi e di cura non possono essere considerate marginali. Esse riguardano l'accesso ai servizi, la continuità della presa in carico, la qualità della relazione, l'immagine di sé e la possibilità di immaginare un cambiamento. Là dove la persona con dipendenza viene letta soltanto come portatrice di un difetto o come soggetto da contenere, la cura rischia di diventare tecnica di gestione e l'educazione di perdere la propria forza trasformativa. Nello spazio dove invece si interrompe la catena che lega disimpegno morale, deumanizzazione e infraumanizzazione, si riapre la possibilità di un incontro fondato sul riconoscimento.

### **3.6 Prospettive pedagogiche del riconoscimento: da Honneth all'educazione inclusiva**

Dopo aver ricostruito le forme attraverso cui una società giustifica la distanza, alleggerisce la propria responsabilità e restringe il riconoscimento di alcune vite, diventa necessario domandarsi in che modo sia ancora possibile pensare un'educazione capace non semplicemente di intervenire sul comportamento, ma di riaprire lo spazio dell'umano là dove esso è stato simbolicamente compromesso. Se la stigmatizzazione delle persone con dipendenza lede la fiducia, intimidisce la parola e denigra la dignità, il problema educativo non consiste solo nel contrastare un pregiudizio, ma nel ricostruire quelle condizioni relazionali che permettono al soggetto di percepirsi di nuovo come persona.

La teoria del riconoscimento di Axel Honneth offre un riferimento solido. L'autore sostiene che l'identità personale non si costruisce in isolamento, ma prende forma all'interno di relazioni

---

<sup>192</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Stigma and people who use drugs*, <https://www.emcdda.europa.eu>

intersoggettive in cui il soggetto sperimenta di essere accolto, rispettato e socialmente stimato.<sup>193</sup> L'essere umano non diventa sé stesso da solo, perché la possibilità di sviluppare un rapporto positivo con sé dipende dal modo in cui viene riconosciuto nel mondo delle relazioni. Honneth individua tre sfere fondamentali del riconoscimento, quali amore, diritti e solidarietà, da cui derivano tre dimensioni essenziali della vita personale: la fiducia in sé, il rispetto di sé e l'autostima.<sup>194</sup> Questa tripartizione permette di comprendere che le ferite arrecate alla persona non sono mai puramente private, perché toccano precisamente quei legami attraverso cui il soggetto ha imparato a percepirsi come degno di esistere, di parlare e di contare.

La prima sfera del riconoscimento è quella dell'amore, che Honneth collega alle relazioni primarie di cura, vicinanza e protezione. A questo livello il soggetto sperimenta una forma di riconoscimento affettivo, cioè la possibilità di poter esistere per qualcuno non in ragione di una prestazione, ma in quanto persona meritevole di attenzione. Dove questa dimensione viene lesionata, l'individuo fatica a percepire come affidabile la propria interiorità. Al contrario, dove essa viene sostenuta, diventa possibile abitare il mondo senza sentirsi costantemente esposti o privi di diritto all'esistenza.<sup>195</sup> Nel caso delle dipendenze, questo primo livello del riconoscimento è particolarmente importante, perché molte delle rappresentazioni stigmatizzanti che circolano nello spazio sociale colpiscono proprio la possibilità della persona di percepirsi come degna di cura. Quando il soggetto viene trattato soltanto come problema, rischio o fallimento, ciò che si indebolisce non è solo la sua immagine sociale, ma anche quella fiducia elementare che permette di entrare in relazione senza sentirsi sempre già in difetto.

La seconda sfera è quella dei diritti. Qui il riconoscimento non passa più dalla prossimità affettiva, ma dal fatto di essere considerati membri legittimi della comunità morale e politica. Honneth insiste sul fatto che il rispetto di sé si costruisce nella misura in cui il soggetto si sa titolare di diritti e capace di avanzare pretese legittime nello spazio pubblico. Il punto non è semplicemente avere diritti in astratto, ma poterli esercitare come espressione di una soggettività moralmente responsabile.<sup>196</sup> Questa acquisizione è particolarmente rilevante per una pedagogia delle dipendenze, perché obbliga a mettere in discussione ogni modello paternalistico della cura. Una persona con dipendenza non è soltanto qualcuno da proteggere, contenere o correggere; è un soggetto che deve poter essere riconosciuto come interlocutore, capace di esprimere bisogni, desideri, resistenze e interpretazioni. Quando questo riconoscimento viene meno, la relazione educativa rischia di scivolare

---

<sup>193</sup> A. Honneth, *The Struggle for Recognition. The Moral Grammar of Social Conflicts*, MIT Press, Cambridge (MA), 1995, pp. 92-95.

<sup>194</sup> *Ibidem*

<sup>195</sup> *Ivi*, 95-107.

<sup>196</sup> *Ivi*, pp. 107-121.

in una forma di eterodirezione benevola ma muta, in cui il soggetto è formalmente incluso ma sostanzialmente espropriato della propria voce.

La terza sfera, infine, è quella della solidarietà, cioè del riconoscimento sociale del valore delle qualità e dei contributi individuali. Qui Honneth mostra che non basta essere amati o rispettati sul piano giuridico. Per sviluppare autostima, il soggetto deve anche poter fare esperienza del fatto che la propria presenza nel mondo ha un valore per altri, che la sua differenza non è solo tollerata, ma può essere riconosciuta come significativa entro un orizzonte condiviso di senso.<sup>197</sup> La dipendenza tende così a saturare l'identità del soggetto, fino a far scomparire il resto: le competenze, i legami, le risorse, i desideri, la possibilità di contribuire. In una simile prospettiva, la persona non è più vista come qualcuno che attraversa una condizione difficile, ma come qualcuno la cui intera trama di vita è già stata assorbita da quella condizione. Una pedagogia del riconoscimento, invece, prova a interrompere questa saturazione, restituendo al soggetto la possibilità di essere percepito e di percepirsi anche oltre la sua ferita.

Questo nodo diventa ancora più chiaro se lo si mette in rapporto con il tema del disprezzo, che in Honneth rappresenta il rovescio necessario del riconoscimento. L'umiliazione, l'esclusione e la svalutazione non sono semplicemente eventi dolorosi, ma sono esperienze che colpiscono l'integrità personale proprio perché intaccano le condizioni intersoggettive attraverso cui si costruiscono fiducia, rispetto di sé e autostima.<sup>198</sup> Questo chiarisce con particolare efficacia il nesso con quanto emerso nei paragrafi precedenti. Il disimpegno morale mostrava come una società possa sospendere la propria responsabilità verso alcuni gruppi, la deumanizzazione e l'infraumanizzazione evidenziavano come tale distanza si traduca in una restrizione dell'umanità attribuita all'altro. Honneth consente di compiere un passo ulteriore, mostrare che quella restrizione non resta esterna, ma può diventare una ferita interna al soggetto, compromettendo la stabilità dell'Io. La questione educativa, perciò, non coincide più soltanto con la correzione di un comportamento, ma con la ricostruzione di quelle condizioni di riconoscimento senza le quali il cambiamento rischia di restare formalmente richiesto, ma esistenzialmente impraticabile.

Qui il richiamo a Freire diventa particolarmente utile, perché aiuta a capire che non si dà una relazione autenticamente educativa se l'altro viene trattato come un soggetto vuoto da riempire. L'essere umano, per Freire, non è un recipiente passivo, ma una coscienza in rapporto con il mondo, capace di nominarlo e di prenderne parola.<sup>199</sup> È su questa base che si comprende l'opposizione tra concezione depositaria e concezione problematizzante dell'educazione. La prima riduce l'educando a contenitore passivo, la seconda lo riconosce come soggetto di conoscenza. Non

---

<sup>197</sup> Ivi, pp. 121-130.

<sup>198</sup> Ivi, p. 131.

<sup>199</sup> P. Freire, *Pedagogia degli oppressi*, pp. 67-68.

è difficile vedere quanto questa opposizione sia rilevante anche nel nostro discorso. Molte pratiche educative e di cura rivolte a persone con dipendenza rischiano infatti, pur con le migliori intenzioni, di riprodurre modelli depositari: il soggetto viene trattato come qualcuno a cui fornire spiegazioni, regole, prescrizioni, motivazioni, senza che gli venga realmente restituita la possibilità di co-costruire il senso del percorso. Quando questo accade, la relazione può anche risultare corretta sul piano tecnico, ma resta pedagogicamente povera, perché non restituisce alla persona la possibilità di riconoscersi come soggetto attivo del proprio percorso.

In questa prospettiva, il superamento della contraddizione tra educatore e educando assume un significato decisivo. Quando Freire afferma che nessuno educa nessuno da solo e che gli uomini si educano in comunione, attraverso la mediazione del mondo, non sta cancellando le differenze di ruolo, ma sta mettendo in discussione l'idea che il sapere educativo possa nascere da un atto unilaterale di trasmissione.<sup>200</sup> Il processo formativo, allora, prende forma in una relazione in cui entrambi sono chiamati a confrontarsi con la realtà e a nominarla criticamente. Riportato al tema delle dipendenze, ciò significa che non c'è vero riconoscimento fino a quando l'altro resta oggetto di diagnosi, interpretazione o trattamento. Esso si verifica, invece, quando il soggetto può tornare a essere protagonista del proprio percorso, non nella forma di un'autonomia astratta, ma in quella di una partecipazione reale alla costruzione del significato del cambiamento.

Su questa linea si comprende un'altra intuizione centrale di Freire. La concezione problematizzante riconosce gli uomini come esseri in divenire, incompleti e consapevoli della propria inconclusione.<sup>201</sup> Questa intuizione, letta in chiave pedagogica, permette di sottrarsi a una delle derive più insidiose dello sguardo stigmatizzante, ovvero quella di considerare la persona a partire da ciò che le manca, e di fissarla in quella mancanza. Dire che l'essere umano è inconcluso non significa negare i limiti o le ferite, piuttosto rifiutare che essi abbiano l'ultima parola sulla definizione del soggetto. In questo senso, la ricerca di essere di più non va intesa come aspirazione astratta o volontaristica, ma come rifiuto di ogni riduzione definitiva della persona alla sua condizione presente. Per una pedagogia che si confronta con le dipendenze, questa è una acquisizione decisiva poiché nessun intervento può dirsi veramente educativo se non custodisce, anche nei passaggi più difficili, l'idea che il soggetto non coincida mai interamente con la sua caduta.

Il dialogo, in Freire, non è soltanto una tecnica relazionale, ma una postura antropologica ed etica. La parola autentica tiene insieme azione e riflessione, e pronunciare una parola autentica significa anche esporsi alla trasformazione del mondo e di sé.<sup>202</sup> Per questo il dialogo non è mera chiacchiera, né semplice scambio di opinioni, ma incontro tra soggetti che, attraverso la mediazione

---

<sup>200</sup> Ivi pp. 68-69.

<sup>201</sup> Ivi, pp. 73-73.

<sup>202</sup> Ivi, pp. 77-79.

del mondo, cercano insieme di nominarlo e comprenderlo. In questo senso, il dialogo diventa possibile solo quando l'altro non viene già chiuso nelle nostre categorie interpretative e viene invece incontrato come soggetto capace di nominare il proprio mondo. In assenza di questo passaggio, il linguaggio educativo può anche apparire accogliente, ma restare sostanzialmente anti-dialogico. Nei contesti di cura e accompagnamento, ciò significa che non basta parlare con una persona perché vi sia riconoscimento; esso comincia solo quando si sospende davvero la pretesa di sapere una volta per tutte chi sia l'altro e si accetta di costruire con lui, e non soltanto su di lui, il percorso educativo.

A questo quadro teorico si collega in modo significativo la riflessione di Martha Nussbaum che contrappone un'idea di educazione orientata esclusivamente alla crescita economica a un'educazione capace di formare cittadini per la democrazia. Nussbaum mette in discussione l'identificazione tra qualità della vita e successo nazionale misurato in termini di crescita economica, insistendo sul fatto che un'educazione all'altezza della democrazia deve promuovere capacità come il pensiero critico, l'autonomia di giudizio, la comprensione delle differenze e l'immaginazione dell'altro.<sup>203</sup> La formazione umanistica, in questa prospettiva, non rappresenta un lusso culturale, ma una condizione civile. Essa serve a impedire che la società produca individui efficienti ma incapaci di leggere la complessità umana.

Questo punto è particolarmente rilevante per il tema del riconoscimento, perché mostra che esso non riguarda soltanto i servizi di cura o gli interventi specialistici, ma l'intera cultura educativa di una società. Dove non si educa alla complessità, alla vulnerabilità e all'immaginazione dell'altro, diventano più facili le semplificazioni morali che trasformano la fragilità in colpa e la differenza in inferiorità. Nussbaum riflette su narcisismo, disgusto e vergogna come emozioni che possono ostacolare il rispetto reciproco e favorire la costruzione di gerarchie tra gruppi.<sup>204</sup> Là dove il disgusto o la vergogna vengono proiettati sull'altro, la distanza morale si irrigidisce; là dove, invece, si educa a riconoscere nell'altro un'interiorità, una vulnerabilità e una storia, si aprono condizioni più favorevoli al riconoscimento.

Educare al riconoscimento significa allora anche educare lo sguardo, contrastare quelle emozioni sociali, quei linguaggi e quei dispositivi culturali che spingono a semplificare l'altro, a ridurlo a stereotipo, a difendersene invece che comprenderlo. Per questo l'educazione umanistica, non può essere considerata un semplice abbellimento teorico, ma una risorsa fondamentale sul piano pedagogico e politico, perché aiuta a formare persone capaci di non reagire alla fragilità altrui con disgusto, paura o condanna. È proprio dentro questo orizzonte che il tema dell'empowerment acquista un significato più preciso. Se il riconoscimento consiste nel restituire al soggetto la possibilità di

---

<sup>203</sup> M. C. Nussbaum, *Non per profitto. Perché le democrazie hanno bisogno della cultura umanistica*, Bologna, il Mulino, 2011, pp. 31-42.

<sup>204</sup> Ivi, pp. 45-61.

essere visto e incontrato oltre la sua mancanza, allora empowerment significa creare le condizioni perché la persona possa riappropriarsi della propria voce, del proprio punto di vista e della possibilità di agire sul proprio percorso. In questo senso, l'empowerment è inseparabile dal riconoscimento, non nasce dal semplice incoraggiamento, ma da relazioni in cui la persona fa esperienza di non essere definitivamente identificata con la sua mancanza. Da qui, infine, si chiarisce anche il senso di una pedagogia realmente inclusiva. Inclusione, infatti, non può significare mera presenza del soggetto all'interno di un contesto che continua però a leggerlo attraverso categorie stigmatizzanti. Un contesto è inclusivo non quando ammette formalmente qualcuno, ma quando modifica le proprie forme relazionali e simboliche in modo tale da renderne possibile il pieno riconoscimento. Nel caso delle dipendenze, questo implica almeno tre movimenti. Anzitutto, sospendere lo sguardo riduttivo che confonde la persona con la sua condizione. In secondo luogo, costruire relazioni educative fondate sull'ascolto, sulla parola condivisa e sulla partecipazione attiva del soggetto. Infine, riaprire la possibilità che esso venga riconosciuto non soltanto come destinatario di cura, ma come persona portatrice di storia, di legami, di competenze e di contributi. Solo in questo modo la cura smette di essere contenimento e l'educazione torna a essere pratica di trasformazione.

In conclusione, una pedagogia del riconoscimento non è un semplice correttivo etico applicato ai contesti di cura, ma un modo più radicale di intendere l'educazione, non come tecnica di adattamento, bensì come pratica relazionale capace di restituire dignità, voce e possibilità di trasformazione a chi rischia di essere condannato al silenzio.

## CAPITOLO 4

### I servizi per le dipendenze e l'indagine empirica su atteggiamenti giudicanti e stigma in un centro diurno

#### 4.1 I percorsi terapeutici e riabilitativi nelle dipendenze: continuità della cura e personalizzazione degli interventi

Se la dipendenza da sostanze, come si è delineato, non può essere interpretata come un fenomeno semplice, allora anche il trattamento non può limitarsi a una risposta esclusivamente clinica o a un intervento circoscritto alla sospensione del consumo. La dipendenza investe la persona nella sua globalità, coinvolgendo la salute fisica e psichica, le relazioni affettive, la sua storia, il contesto sociale e le possibilità concrete di accesso a risorse di aiuto. Per questa ragione, i percorsi terapeutici e riabilitativi richiedono uno sguardo ampio, capace di tenere insieme il piano clinico, psicologico, educativo e sociale.

Il trattamento della dipendenza, dunque, non va pensato come un intervento isolato, né tanto meno come una risposta standardizzata, uguale per tutti. Si tratta, piuttosto, di un percorso che si costruisce nel tempo che richiede valutazioni continue, ridefinizione degli obiettivi e modulazione degli interventi in rapporto all'evoluzione della situazione della persona.<sup>205</sup> La letteratura più recente insiste, infatti, sul fatto che i disturbi da uso di sostanze presentino spesso un andamento di lungo periodo, segnato da fasi differenti, possibili interruzioni, ricadute e successive riprese. Proprio per questo, i modelli più efficaci non sono quelli che pensano la cura come episodio isolato, ma quelli che la concepiscono entro una logica di continuità assistenziale, capace di accompagnare il soggetto anche oltre la fase iniziale o più intensiva del trattamento.<sup>206</sup>

A tal proposito, il concetto di *continuing care* non indica una semplice prosecuzione formale del trattamento, ma un accompagnamento che continua anche oltre la fase iniziale più intensiva della cura.<sup>207</sup> McKay mette in evidenza come la continuità della cura svolga diverse funzioni: aiuta a consolidare i risultati raggiunti, permette di intervenire quando emergono nuove difficoltà, favorisce il collegamento con altre forme di sostegno e presta attenzione ad aspetti molto concreti della vita, come il lavoro, l'abitare, il tempo libero, la partecipazione ad attività. In quest'ottica, il recovery può essere inteso come un processo di stabilizzazione, riorganizzazione e di graduale ricostruzione della propria vita.

---

<sup>205</sup> J. R. McKay, *Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder*, in *Alcohol Research: Current Reviews*, 41, 1, 2021, pp. 1-3.

<sup>206</sup> *Ibidem*

<sup>207</sup> *Ivi*, p. 2.

Un simile approccio aiuta a non pensare il recupero come un percorso lineare, adottando una lente eccessivamente rigida del cambiamento. Le traiettorie di uscita dalla dipendenza non procedono, infatti, in modo uniforme, né possono essere misurate unicamente attraverso la presenza o l'assenza di ricadute. Al contrario, la letteratura sottolinea come lo stato dei pazienti cambi nel tempo e come gli interventi debbano perciò prevedere monitoraggio periodico, capacità di adattamento e revisione del progetto terapeutico quando le condizioni lo richiedano.<sup>208</sup> Questo aspetto è rilevante anche sul piano pedagogico, poiché aiuta a non interpretare ogni difficoltà o ricaduta come un fallimento personale, ma, al contrario, invita a considerare il cambiamento come processo frammentato che richiede tempo, sostegno e accompagnamento.

Un altro elemento centrale riguarda la personalizzazione degli interventi. Le persone che vivono una condizione di dipendenza non presentano mai tutte le medesime caratteristiche, ma variano le sostanze coinvolte, le storie di consumo, le condizioni sociali, le risorse soggettive, la qualità della rete familiare e il grado di compromissione clinica e relazionale. Per questa ragione, la presa in carico non può basarsi su modelli rigidi e indifferenziati, ma deve tradursi in un progetto terapeutico-riabilitativo costruito intorno alla specificità della persona.<sup>209</sup> Personalizzare significa articolare il trattamento a partire da bisogni effettivi, dalla fase del percorso in cui si trova, dalle sue vulnerabilità e delle risorse attivabili, evitando sia interventi standardizzati sia il rischio di risposte episodiche o emergenziali.

In tale direzione si colloca anche il paradigma delle *recovery-supportive interventions*, che negli studi più recenti viene presentato come uno dei cardini dell'evoluzione dei sistemi di cura<sup>210</sup>. Secondo Sinclair e colleghi, gli approcci orientati al recovery mostrano una maggiore capacità di produrre esiti favorevoli non solo sul piano del consumo, ma anche rispetto alle relazioni di supporto, al funzionamento sociale e al benessere complessivo, proprio perché assumono una prospettiva più olistica e centrata sulla persona.<sup>211</sup> Essi valorizzano, infatti, elementi come l'autodeterminazione, il coinvolgimento attivo del soggetto, la collaborazione con i professionisti, la presenza di relazioni fondate sulla fiducia e l'attenzione a quelle risorse che la letteratura contemporanea ricomprende nel cosiddetto *recovery capital*.

Quest'ultimo concetto consente di mettere ulteriormente a fuoco la natura non riduzionistica del trattamento delle dipendenze. Il recupero, non dipende esclusivamente dall'intervento professionale in senso stretto, ma anche dalla disponibilità di risorse personali, sociali e comunitarie che rendono concretamente sostenibile il cambiamento. Tra queste assumono particolare rilievo la

---

<sup>208</sup> Ivi, p. 1

<sup>209</sup> H. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Le tossicodipendenze*, pp. 56-57.

<sup>210</sup> Cfr. D. L. Sinclair, M. Chantry, C. De Ruysscher, J. Magerman, P. Nicaise, W. Vanderplasschen, *Recovery-supportive interventions for people with substance use disorders: a scoping review*, in *Frontiers in Psychiatry*, 15, 2024.

<sup>211</sup> Ivi, pp. 1-2.

presenza di reti di sostegno, una condizione abitativa sufficientemente stabile, l'accesso a opportunità lavorative e la possibilità di costruire appartenenze sociali non segnate dallo stigma.<sup>212</sup>

Questa prospettiva risulta tanto più importante se si considera che i percorsi di trattamento sono frequentemente ostacolati da una pluralità di barriere che agiscono a livelli diversi. Farhoudian e altri studiosi mostrano come ostacoli e facilitatori dell'accesso e della permanenza nei servizi possano essere distinti in tre livelli principali: individuale, sociale e strutturale. A livello individuale rientrano, ad esempio, la negazione del problema, la bassa motivazione, la paura del trattamento o la presenza di disturbi concomitanti; a livello sociale si collocano invece l'assenza di sostegno familiare, le relazioni disfunzionali, lo stigma e la permanenza in reti che rinforzano il consumo. Il livello strutturale riguarda infine le caratteristiche dell'organizzazione dei servizi e delle politiche di trattamento, come i costi, i tempi di attesa, la scarsità di programmi appropriati, la rigidità dei percorsi o la presenza di ostacoli burocratici e normativi.<sup>213</sup> In particolare, lo studio evidenzia come il numero più elevato di barriere e facilitatori si concentri proprio sul piano strutturale, seguito da quello sociale e, infine, da quello individuale.

Ciò suggerisce che la riuscita di un percorso terapeutico non dipende soltanto dalla volontà o dalla consapevolezza del singolo, ma anche dall'organizzazione dei servizi, dai tempi di attesa, dai costi, dalla disponibilità di programmi appropriati, dalla qualità delle relazioni con gli operatori e dalla possibilità effettiva di accedere a contesti di sostegno stabili.<sup>214</sup>

Se, infatti, stigma, etichettamento e deumanizzazione incidono profondamente sulle possibilità di accesso ai servizi e sulla qualità della relazione di cura, allora i percorsi terapeutici e riabilitativi non possono essere pensati in modo neutro rispetto ai contesti in cui si realizzano. Il problema non riguarda soltanto la disponibilità tecnica di un trattamento, ma anche le condizioni simboliche e materiali che consentono alla persona di entrarvi, di restarvi e di riconoscersi al suo interno come soggetto degno di cura. In questo senso, la continuità della presa in carico, la flessibilità degli interventi, la collaborazione con il territorio e l'attenzione alle risorse del recovery capital non rappresentano elementi accessori, ma dimensioni costitutive di una cura adeguata alla complessità delle dipendenze.

Alla luce di queste considerazioni, i percorsi terapeutici e riabilitativi nelle dipendenze possono essere letti come itinerari complessi nei quali trattamento, riabilitazione e reinserimento si intrecciano costantemente. La cura interviene sul versante della salute e della gestione del disturbo; la riabilitazione lavora sulla ricostruzione di competenze, legami e condizioni di vita; il reinserimento

---

<sup>212</sup> Ivi, pp. 8-9.

<sup>213</sup> A. Farhoudian, E. Razaghi, Z. Hooshyari, A. Noroozi, A. Pilevari, A. Mokri, M. R. Mohammadi, M. Malekinejad, *Barriers and Facilitators to Substance Use Disorder Treatment: An Overview of Systematic Reviews*, in *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 2022, pp. 1-3.

<sup>214</sup> Ivi, pp. 3-5.

riguarda invece la possibilità di riabitare spazi sociali, ruoli e appartenenze senza essere definitivamente ricondotti all'identità di tossicodipendente. Distinguere queste dimensioni è utile sul piano teorico, ma nella pratica esse risultano davvero efficaci solo quando si sostengono reciprocamente entro una rete di servizi capace di garantire continuità, integrazione e personalizzazione degli interventi.<sup>215</sup> È proprio a partire da questa esigenza che si rende ora necessario esaminare l'evoluzione storica dei servizi deputati, in Italia, alla presa in carico delle dipendenze, così da collocare entro una cornice più precisa anche il contesto specifico della ricerca empirica.

#### 4.1.1. Il quadro normativo dei servizi per le dipendenze

In Italia, il sistema dei servizi rivolti alle persone con dipendenza da sostanze si è costruito nel tempo attraverso un quadro normativo che ha progressivamente affiancato alla dimensione del controllo anche quella della prevenzione, della cura e della riabilitazione. Il riferimento centrale resta il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, cioè il *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*.<sup>216</sup> Già il titolo del provvedimento suggerisce che il tema delle dipendenze non viene affrontato solo sul piano repressivo, ma anche su quello sanitario e riabilitativo. Il Testo unico, infatti, non si limita a disciplinare il consumo e il traffico di sostanze, ma riconosce la tossicodipendenza come condizione che richiede interventi pubblici di prevenzione e cura.

Questo passaggio è rilevante perché segna sul piano normativo, il tentativo di tenere insieme due registri distinti. Da un lato il controllo delle sostanze e la regolazione penale dei comportamenti illeciti, dall'altro la tutela della salute e l'organizzazione di percorsi terapeutici. In questo senso, il Testo unico del 1990 si configura una norma mista, nella quale convivono una dimensione repressiva e una sociosanitaria. Proprio questa duplice impostazione spiega perché il tema delle dipendenze, in Italia, sia stato a lungo collocato in uno spazio di confine tra ordine pubblico, sanità e intervento sociale.

A partire da questo impianto si consolida, negli anni successivi, la rete dei servizi territoriali per le dipendenze e si rafforza l'idea che la persona con problemi di uso di sostanze non sia soltanto un soggetto da controllare, ma anche una persona da accompagnare in un percorso di cura e recupero. In tale prospettiva si inserisce la legge 18 febbraio 1999, n. 45, che interviene sul Fondo nazionale di

---

<sup>215</sup> Ivi, pp. 9-10.

<sup>216</sup> D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, in Normattiva.  
<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:presidente.repubblica:decreto:1990-10-09:309>

intervento per la lotta alla droga e sul personale dei servizi per le tossicodipendenze.<sup>217</sup> Pur non modificando l'impianto complessivo del Testo unico, questa legge conferma che il problema delle dipendenze non può essere affrontato senza un adeguato investimento sul piano organizzativo, professionale e istituzionale. In altre parole, la cura non viene più pensata come principio astratto, ma come funzione che richiede strutture, risorse e competenze specifiche.

Un passaggio decisivo, più vicino all'assetto attuale, è rappresentato poi dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017, con il quale sono stati aggiornati i Livelli essenziali di assistenza (LEA)<sup>218</sup>. I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono l'insieme delle prestazioni e dei servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente oppure con partecipazione alla spesa tramite ticket, utilizzando le risorse pubbliche disponibili.<sup>219</sup> In altre parole, i LEA individuano le prestazioni che devono essere garantite in modo uniforme su tutto il territorio nazionale come espressione essenziale del diritto alla salute. Nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017, l'assistenza alle persone con dipendenze patologiche viene collocata in modo esplicito nell'ambito del sistema socio-sanitario. In particolare, l'articolo 28 prevede una presa in carico multidisciplinare e la definizione di un programma terapeutico individualizzato. Ciò significa che la persona con dipendenza non dovrebbe ricevere risposte standardizzate, ma un percorso costruito a partire dalla sua specifica situazione, ovvero il tipo di dipendenza, le condizioni di salute, le risorse disponibili, il contesto sociale e familiare e il livello di compromissione personale.

L'articolo 35 disciplina l'assistenza semiresidenziale e residenziale. Si tratta di un'indicazione particolarmente significativa, perché rende più esplicito sul piano normativo ciò che nella pratica dei servizi si era già progressivamente affermato, ovvero il trattamento delle dipendenze richiede interventi integrati, personalizzati e costruiti intorno ai bisogni della persona. La previsione di differenti tipologie di trattamento mostra quindi che il legislatore riconosce la varietà dei bisogni e la necessità di modulare gli interventi in base alla gravità e alla complessità delle situazioni.

Negli ultimi anni il quadro normativo si è ulteriormente precisato anche rispetto all'organizzazione concreta dei servizi. Un riferimento utile è l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 21 marzo 2024 (Rep. Atti n. 39/CSR), relativa ai criteri di sicurezza e qualità delle strutture socio-sanitarie residenziali per l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche.<sup>220</sup> Questo

---

<sup>217</sup> Legge 18 febbraio 1999, n. 45, *Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze*, in Normattiva.

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1999-02-18:45@originale>

<sup>218</sup> Ministero della salute, Il D.P.C.M. del 2017 e gli allegati

<sup>219</sup> Ministero della salute, *Cosa sono i LEA*.

<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/cosa-sono-i-lea/>

<sup>220</sup> Cfr. Conferenza Stato-Regioni, Intesa Rep. Atti n. 39/CSR del 21 marzo 2024, *Criteri di sicurezza e qualità delle strutture socio-sanitarie residenziali per l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche*

<https://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2024/seduta-del-21-marzo-2024/atti-21-marzo-2024/repertorio-atto-n-39csr/>

atto richiama espressamente i LEA del 2017 e conferma la distinzione tra diversi livelli assistenziali, compresi i trattamenti specialistici, terapeutico-riabilitativi e pedagogico-riabilitativi nelle strutture residenziali. Il suo rilievo consiste soprattutto nel tentativo di rendere più omogenei i criteri di qualità e sicurezza delle strutture, a fronte delle differenze territoriali che permangono.

Nel complesso, il quadro normativo italiano mostra quindi una progressiva evoluzione. pur restando dentro una materia storicamente attraversata anche da istanze di controllo e regolazione, la legislazione ha riconosciuto in modo sempre più chiaro la centralità della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento. Per questa ragione, parlare oggi di servizi per le dipendenze significa riferirsi non soltanto a un insieme di risposte sanitarie, ma a un sistema più articolato, nel quale convergono funzioni terapeutiche, riabilitative e sociali.

#### **4.1.2 I Servizi per le Dipendenze (SerD)**

In Italia, il sistema dei servizi territoriali rappresenta un nodo fondamentale nel trattamento delle dipendenze. I Servizi per le Dipendenze (SerD) costituiscono il principale punto di accesso pubblico per le persone che vivono una condizione di dipendenza, offrendo percorsi di accoglienza, valutazione, presa in carico e trattamento.<sup>221</sup> La loro rilevanza non è dipesa unicamente dalla funzione di accesso ai servizi, ma anche dal fatto che costituiscono il primo luogo istituzionale in cui il bisogno viene riconosciuto e tradotto in un progetto di cura.

Definire i SerD come semplici servizi sanitari, tuttavia, sarebbe riduttivo. La loro collocazione nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria rimanda a una funzione più ampia, che non si esaurisce nella sola gestione clinica del disturbo, ma riguarda anche la lettura complessiva della situazione della persona, delle sue fragilità, delle sue risorse e del contesto in cui vive.<sup>222</sup> La dipendenza, infatti, non si presenta mai come un problema esclusivamente individuale o puramente biologico, ma coinvolge anche la sfera psicologica, relazionale e sociale. Per questa ragione, l'intervento dei servizi non può limitarsi a risposte standardizzate, ma deve misurarsi con bisogni differenti e con storie spesso molto diverse tra loro. I SerD svolgono dunque una funzione di accesso, valutazione, orientamento e trattamento, costruendo percorsi che, sul piano teorico e organizzativo, dovrebbero essere personalizzati e modulati sulla base della specifica situazione della persona.

Ciò che rende questi servizi particolarmente significativi è proprio la loro natura multiprofessionale. Nei SerD operano infatti figure professionali differenti tra cui medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali ed educatori professionali il cui lavoro risponde all'esigenza di affrontare

---

<sup>221</sup> Ministero della Salute, *Rapporto SIND 2023. Sistema Informativo Nazionale Dipendenze*, Roma, 2025, pp. 7, 33-35.

<sup>222</sup> D.P.C.M. 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, artt. 21, 28 e 35.

la dipendenza attraverso una pluralità di sguardi e competenze.<sup>223</sup> In tal senso, la cura non può essere ridotta a una risposta soltanto farmacologica o clinica, ma si costruisce come processo articolato, nel quale l'intervento terapeutico si intreccia con la dimensione riabilitativa e con il bisogno di accompagnare la persona in un percorso di cambiamento. Da questo punto di vista, la presenza di équipe multiprofessionali non rappresenta soltanto un dato organizzativo, ma riflette una precisa impostazione culturale e terapeutica, quella secondo cui la dipendenza interpella l'intera persona e non soltanto il sintomo.

La configurazione attuale dei SerD è il risultato di un'evoluzione progressiva. Questi servizi nascono infatti dentro la storia dell'intervento pubblico sulle tossicodipendenze, ma si sono trasformati nel tempo insieme al mutare dei consumi, dei bisogni e delle domande di cura. Anche il passaggio terminologico da SerT a SerD non è soltanto formale, ma segnala l'ampliamento dell'area di intervento, che non riguarda più esclusivamente la tossicodipendenza in senso stretto, bensì l'insieme delle dipendenze patologiche. Nel volume curato da Lucchini emerge come il settore delle dipendenze abbia progressivamente assunto una più netta connotazione di sanità pubblica territoriale e come i servizi siano stati chiamati a ridefinire il proprio ruolo in rapporto ai cambiamenti scientifici, organizzativi e sociali che hanno attraversato il campo delle dipendenze negli ultimi decenni.<sup>224</sup>

In questa prospettiva, i SerD non possono essere letti solo come luoghi di erogazione di prestazioni, ma come nodi di una rete più ampia di cura e accompagnamento. Il loro compito non consiste semplicemente nell'avviare un trattamento, ma anche nel costruire un contesto capace di orientare, sostenere e ridefinire il progetto terapeutico nel tempo. La letteratura scientifica più recente sottolinea, infatti, che i percorsi di recovery risultano più efficaci quando il trattamento non viene concepito come episodio isolato, ma come processo che richiede continuità, flessibilità e capacità di adattarsi ai cambiamenti della situazione clinica e personale.<sup>225</sup> Per questa ragione, il ruolo dei SerD non consiste soltanto nell'offrire una risposta iniziale al problema della dipendenza, ma anche nel garantire una presenza capace di orientare, sostenere e ridefinire il progetto terapeutico quando necessario.

Allo stesso tempo, il lavoro dei servizi si confronta con un elemento che la ricerca ha messo bene in evidenza: l'accesso alla cura e la permanenza nei percorsi terapeutici dipendono non solo dalla motivazione del singolo, ma anche da fattori strutturali e sociali. In questo senso, i servizi per le dipendenze si trovano a operare in uno spazio particolarmente delicato, perché devono rendere la

---

<sup>223</sup> A. Lucchini (a cura di), *L'evoluzione dell'intervento nelle dipendenze in Italia. Gli editoriali della rivista Mission dal 2002 al 2022*, FrancoAngeli, Milano, 2023, p. 12.

<sup>224</sup> Ivi, pp. 16-24.

<sup>225</sup> J. R. McKay, *Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder*, in *Alcohol Research: Current Reviews*, vol. 41, n. 1, 2021.

<https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01>

cura concretamente accessibile a persone che spesso arrivano al trattamento in condizioni di vulnerabilità sanitaria, relazionale e sociale. Le difficoltà organizzative, le barriere istituzionali, lo stigma e la fragilità delle reti di sostegno possono infatti incidere in modo significativo sulla possibilità di avviare e mantenere un percorso di cura.<sup>226</sup> Anche per questo i SerD mantengono una funzione strategica nel sistema italiano delle dipendenze: essi rappresentano, nella maggior parte dei casi, il principale riferimento pubblico territoriale da cui prende avvio il processo di presa in carico.

Nel complesso, i SerD possono essere letti come il perno del sistema pubblico di intervento sulle dipendenze. La loro centralità non dipende soltanto dal fatto che costituiscano il primo livello di accesso ai trattamenti, ma anche dalla funzione di raccordo che essi svolgono rispetto agli altri dispositivi della rete. Comprenderne il ruolo significa comprendere uno dei nodi principali attraverso cui il sistema italiano cerca di rispondere alla complessità delle dipendenze, tenendo insieme cura, riabilitazione e continuità dell'accompagnamento.

#### **4.1.3 I Centri di Salute Mentale (CSM)**

I Centri di Salute Mentale (CSM) rappresentano il presidio territoriale di riferimento per le persone che presentano un disagio psichico o un disturbo mentale. All'interno della rete dei servizi, il CSM svolge una funzione di primo contatto, valutazione e presa in carico, coordinando sul territorio interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale.<sup>227</sup> Si tratta, quindi, di un servizio che non si limita alla gestione della sintomatologia psichiatrica, ma si colloca entro una logica più ampia di continuità della cura e di accompagnamento nel contesto di vita della persona.

Anche nel caso dei CSM, la natura del servizio è essenzialmente multiprofessionale. Le indicazioni istituzionali descrivono infatti il Centro di Salute Mentale come sede organizzativa dell'équipe e luogo di coordinamento degli interventi rivolti alla persona con sofferenza psichica.<sup>228</sup> Questo elemento non ha soltanto un valore organizzativo, ma riflette una precisa impostazione culturale: il disagio mentale non viene letto attraverso una sola chiave interpretativa, bensì attraverso l'integrazione di competenze differenti, necessarie a comprendere la complessità della situazione clinica, relazionale e sociale.

Nel quadro della presente tesi, il ruolo dei CSM assume particolare rilievo quando la dipendenza si accompagna a una sofferenza psichica significativa. In queste situazioni, infatti, il

---

<sup>226</sup> A. Farhoudian, E. Razaghi, Z. Hooshyari, A. Noroozi, A. Pilevari, A. Mokri, M. R. Mohammadi, M. Malekinejad, "Barriers and Facilitators to Substance Use Disorder Treatment: An Overview of Systematic Reviews", in *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 2022, pp. 1-3

<sup>227</sup> Ministero della Salute, *La rete dei servizi per la salute mentale*, sezione Centro di Salute Mentale; Ministero della Sanità, *Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"*, 1999.

<sup>228</sup> Ministero della Sanità, *Progetto Obiettivo, Tutela salute mentale 1998-2000*, 1999.

problema non riguarda soltanto l'uso di sostanze, ma la coesistenza di fragilità che investono contemporaneamente il funzionamento mentale, la stabilità relazionale, la possibilità di aderire ai percorsi di cura e la tenuta complessiva del progetto terapeutico. La letteratura scientifica più recente mostra che la comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi mentali rende più complessa sia la diagnosi sia il trattamento, e che la presenza della sostanza può rendere più difficile anche l'identificazione del quadro psicopatologico sottostante.<sup>229</sup> È soprattutto in questi casi che emerge la necessità di un raccordo tra servizi per le dipendenze e servizi di salute mentale, evitando che la persona venga frammentata tra risposte separate o ricondotta esclusivamente a una sola dimensione del proprio disagio.

Per questa ragione, il CSM non va considerato come un servizio sostitutivo del SerD, ma come un interlocutore fondamentale nei casi in cui la dipendenza si intrecci con disturbi psichiatrici, quadri di doppia diagnosi o condizioni di sofferenza mentale che richiedono una presa in carico specifica. In tali situazioni, il lavoro integrato tra i due servizi diventa decisivo per evitare discontinuità, sovrapposizioni o vuoti assistenziali. Il punto, infatti, non è semplicemente distribuire competenze, ma costruire una lettura condivisa della persona, capace di tenere insieme sintomi psichici, uso di sostanze, funzionamento sociale e bisogni riabilitativi. In questa direzione, una revisione sistematica ha evidenziato che i trattamenti integrati, rispetto a quelli non integrati, mostrano un vantaggio soprattutto sul piano del miglioramento della sintomatologia psichiatrica nei pazienti con doppia diagnosi, confermando l'importanza di modelli di presa in carico coordinati.<sup>230</sup>

Ciò che interessa sottolineare, dunque, non è tanto una descrizione generale dell'intero sistema della salute mentale, quanto il fatto che i CSM occupano un posto importante nella rete dei servizi per le dipendenze ogni volta che il bisogno della persona non può essere letto solo in termini della dipendenza. La loro presenza consente di intercettare quella quota di sofferenza psichica che, se non riconosciuta, rischia di compromettere l'accesso ai trattamenti, la tenuta del percorso terapeutico e la possibilità stessa di costruire un progetto di recupero realistico e sostenibile. Per questo motivo, il CSM si configura come un servizio essenziale soprattutto nei casi in cui la presa in carico richieda un lavoro integrato tra salute mentale, dipendenze e territorio.

---

<sup>229</sup> M. N. Iqbal, C. J. Levin, F. R. Levin, *Treatment for Substance Use Disorder With Co-Occurring Mental Illness*, in *Focus*, vol. 17, n. 2, 2019, pp. 88-97.

<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180042>.

<sup>230</sup> A. Chetty, T. Guse, M. Malema, *Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review*, in *Health SA Gesondheid*, vol. 28, 2023, art. 2094

<https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2094>.

#### 4.1.4 Le comunità terapeutiche

Le comunità terapeutiche rappresentano una componente significativa del sistema dei servizi per le dipendenze, soprattutto nei casi in cui la complessità della situazione renda necessario un contesto di cura più strutturato e continuativo. A differenza dei servizi territoriali, che operano prevalentemente attraverso percorsi ambulatoriali, la comunità terapeutica si configura come uno spazio residenziale nel quale la persona può essere accompagnata in un percorso di trattamento, riabilitazione e progressiva riorganizzazione della vita quotidiana. Nel quadro attuale dei servizi, essa non va quindi intesa come semplice luogo di allontanamento dalla sostanza, ma come dispositivo terapeutico e riabilitativo che trova senso dentro una presa in carico più ampia.<sup>231</sup>

La letteratura individua nella comunità terapeutica una modalità di intervento con caratteristiche specifiche. De Leon la definisce come un approccio sociale e psicologico al trattamento delle dipendenze e dei disturbi correlati, nel quale la comunità stessa diventa strumento di cambiamento.<sup>232</sup> Ciò significa che il trattamento non si realizza solo attraverso colloqui o interventi specialistici, ma anche attraverso la quotidianità condivisa, le regole comuni, l'assunzione di responsabilità, il confronto con gli altri e la partecipazione alla vita della comunità. In questa prospettiva, la dimensione terapeutica non può essere separata da quella educativa, poiché il cambiamento viene pensato come trasformazione del comportamento, dello stile di vita e, più in profondità, del modo in cui la persona si colloca nei legami e nel mondo sociale.

Anche sul piano storico, le comunità terapeutiche si sono affermate come risposta alla necessità di offrire percorsi più intensivi rispetto ai soli trattamenti ambulatoriali. La letteratura europea ricorda che esse si sviluppano a partire dagli anni Sessanta e che, pur avendo conosciuto trasformazioni rilevanti, mantengono ancora oggi un posto nel panorama degli interventi per le dipendenze. Vanderplasschen e colleghi sottolineano che le comunità terapeutiche per le dipendenze sono ambienti *drug-free* nei quali persone con problemi di dipendenza vivono insieme in modo organizzato e strutturato per promuovere il cambiamento, il recovery e il reinserimento sociale.<sup>233</sup> Nel contesto italiano, questo modello si è progressivamente intrecciato con l'evoluzione del sistema pubblico dei servizi, fino a essere ricompreso in modo sempre più chiaro nella rete sociosanitaria e nei percorsi residenziali e semiresidenziali previsti dalla normativa più recente.

---

<sup>231</sup>EMCDDA, *Residential Treatment for Drug Use in Europe*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2014.

<sup>232</sup>G. De Leon, *The Therapeutic Community: A Unique Social Psychological Approach to the Treatment of Addictions and Related Disorders*, in *Frontiers in Psychiatry*, vol. 11, 2020, art. 786.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00786>

<sup>233</sup> W. Vanderplasschen, E. Colpaert, E. Vandeveldel et al., *Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective*, in *The Scientific World Journal*, 2013.

<https://doi.org/10.1155/2013/427817>

Ciò che caratterizza le comunità terapeutiche non è dunque solo il regime residenziale, ma il fatto che il trattamento si realizzi entro una quotidianità condivisa. La comunità agisce attraverso la struttura della vita ordinaria: il tempo, i compiti, la convivenza, la responsabilità personale, le relazioni tra pari e la presenza degli operatori. Per questo motivo, essa può essere letta come un contesto nel quale il recovery non viene affidato unicamente alla sospensione del consumo, ma anche alla ricostruzione di competenze, abitudini, legami e capacità di stare nella realtà. In tale senso, la comunità terapeutica rende particolarmente visibile l'intreccio tra dimensione clinica, educativa e riabilitativa che attraversa l'intero sistema di cura delle dipendenze.

Il rilievo delle comunità terapeutiche emerge soprattutto nei casi in cui la dipendenza si accompagna a una forte compromissione della vita quotidiana, a fragilità relazionali importanti o alla mancanza di contesti di sostegno stabili. In queste situazioni, il trattamento richiede spesso qualcosa di più di una risposta sanitaria puntuale, richiede un ambiente capace di contenere, orientare e accompagnare. La comunità terapeutica può allora offrire uno spazio protetto ma non puramente custodialistico, nel quale la persona possa sperimentare continuità, riconoscimento e responsabilità. Proprio per questo, il suo significato non si esaurisce nel controllo del sintomo, ma riguarda la possibilità di sostenere un processo più ampio di riorganizzazione dell'esistenza.<sup>234</sup>

Allo stesso tempo, la letteratura invita a non idealizzare questo dispositivo. La revisione della letteratura di Malivert e colleghi mostra che, sebbene durante la permanenza in comunità l'uso di sostanze tenda a diminuire, i risultati osservati a distanza di tempo appaiono meno lineari e il completamento del programma emerge come uno dei fattori più rilevanti per l'astinenza successiva.<sup>235</sup> Questo suggerisce che l'efficacia della comunità terapeutica non può essere data per scontata, né valutata in modo astratto, ma va letta in rapporto alla qualità del progetto, alla continuità del percorso e al raccordo con altri servizi. In altre parole, la comunità terapeutica non rappresenta una risposta valida in assoluto, ma uno strumento da collocare dentro un progetto individualizzato, in raccordo con gli altri servizi e con attenzione alla continuità del percorso dopo la dimissione.

Nel complesso, le comunità terapeutiche occupano un posto importante nel sistema di intervento sulle dipendenze perché mostrano in modo particolarmente chiaro che il recupero non passa soltanto attraverso la cessazione del consumo, ma anche attraverso la ricostruzione di legami, abitudini, responsabilità e possibilità di vita. Per questa ragione, esse si collocano in un'area in cui la dimensione terapeutica, quella educativa e quella riabilitativa risultano profondamente intrecciate, confermando che la cura delle dipendenze non può essere ridotta alla sola gestione clinica del disturbo.

---

<sup>234</sup> Ibidem

<sup>235</sup> M. Malivert, J.L. Fatséas, V. Denis, M. Langlois, M. Auriacombe, *Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review*, in *European Addiction Research*, vol. 18, n. 1, 2012, pp. 1-11.

#### 4.1.5 I centri diurni e i servizi di reinserimento

I centri diurni e i servizi di reinserimento rappresentano una componente fondamentale della rete degli interventi per le dipendenze, poiché consentono di affiancare alla cura clinica un percorso di riabilitazione psicosociale e di inclusione. Nel sistema dei servizi, essi si collocano in una posizione intermedia tra la presa in carico strettamente sanitaria e il pieno ritorno alla vita sociale, rendendo possibile un lavoro sul quotidiano, sulle competenze personali e sulla riattivazione dei legami.<sup>236</sup> In questa prospettiva, il loro significato non coincide semplicemente con l'erogazione di attività aggiuntive rispetto al trattamento, ma riguarda la possibilità di tradurre il percorso terapeutico in un cambiamento concretamente sostenibile nella vita della persona.

Dal punto di vista organizzativo, i centri diurni rientrano nell'area dei servizi semiresidenziali/diurni, distinta sia da quella ambulatoriale sia da quella residenziale. Questa collocazione è importante perché chiarisce subito la loro specificità. A differenza dei servizi ambulatoriali, che offrono prevalentemente consulenza specialistica, diagnosi, trattamento clinico e presa in carico senza una strutturazione intensa del tempo quotidiano, i centri diurni prevedono una frequenza più continuativa e attività organizzate nel corso della giornata. Allo stesso tempo, essi si distinguono dalle comunità terapeutiche perché non implicano la residenzialità, per cui la persona continua a vivere nel proprio contesto di vita, ma viene sostenuta attraverso un setting più strutturato di quello ambulatoriale.<sup>237</sup> In questo senso, i centri diurni possono essere letti come strumenti di accompagnamento che sostengono il passaggio tra presa in carico terapeutica e vita quotidiana, risultando particolarmente utili quando occorre sostenere il soggetto nella gestione del quotidiano senza ricorrere a un inserimento residenziale.

Le funzioni dei centri diurni sono, per loro natura, plurime e offrono attività terapeutiche, educative, riabilitative e relazionali, volte non soltanto al contenimento del sintomo, ma anche al recupero di capacità personali e sociali. La loro rilevanza sta proprio nel fatto che il lavoro non si concentra esclusivamente sul consumo di sostanze, ma sul funzionamento complessivo della persona: la gestione del tempo, la capacità di stare in relazione, la ripresa di ritmi quotidiani più stabili, la partecipazione a gruppi, laboratori e attività che favoriscano autonomia e responsabilizzazione. In questa prospettiva, il centro diurno non è semplicemente un luogo in cui si trascorre del tempo, ma uno spazio nel quale il trattamento assume una forma più concreta e quotidiana, vicina ai problemi reali della persona e al modo in cui essa abita la propria vita.

---

<sup>236</sup> Dipartimento Politiche Antidroga, *Il Dipartimento delle Dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi*, Roma 2011, pp. 35-40.

<sup>237</sup> Ivi, p. 35.

Questa impostazione è coerente con l'idea, oggi ampiamente condivisa, che il trattamento delle dipendenze debba essere concepito in modo integrato. Le linee di indirizzo italiane insistono infatti sulla necessità di un sistema preventivo e assistenziale fortemente orientato alla riabilitazione, capace di includere non solo la cura della dipendenza, ma anche il reinserimento sociale e lavorativo.<sup>238</sup> Nello stesso senso, il documento del Dipartimento per le Politiche Antidroga dedicato all'evoluzione del sistema dei servizi richiama la presa in carico globale della persona e lo sviluppo di percorsi multidisciplinari, evidenziando come il progetto riabilitativo debba estendersi fino al reinserimento sociale e lavorativo.<sup>239</sup>

È qui che si inseriscono i servizi di reinserimento, il cui compito è sostenere la persona nel recupero delle autonomie personali e sociali. Il reinserimento non riguarda soltanto il lavoro in senso stretto, ma un insieme di dimensioni che concorrono alla stabilità del recovery: l'abitare, la formazione, la possibilità di accedere a opportunità occupazionali, il recupero delle competenze relazionali, la partecipazione sociale e la costruzione di contesti di vita non stigmatizzanti. Il documento UNODC sul Sustained Recovery Management insiste su questo punto con particolare chiarezza, sottolineando che il recovery di lungo periodo richiede il rafforzamento del recovery capital, cioè di quelle risorse personali e sociali che rendono il cambiamento più stabile nel tempo, tra cui il supporto familiare e sociale, l'alloggio, il lavoro, le competenze formative e l'integrazione nella comunità.<sup>240</sup>

Da questo punto di vista, i servizi diurni e di reinserimento si differenziano sia dai SerD sia dalle comunità terapeutiche. I SerD mantengono il ruolo di presidio pubblico principale per l'accesso, la valutazione, la presa in carico clinica e l'orientamento del percorso; le comunità terapeutiche offrono invece un contesto residenziale più intensivo, utile quando la situazione richiede un maggiore contenimento e una riorganizzazione complessiva della vita quotidiana. I servizi diurni e di reinserimento, al contrario, lavorano soprattutto sulla fase in cui il soggetto, pur avendo avviato o consolidato un trattamento, ha ancora bisogno di sostegni educativi, relazionali e territoriali per recuperare spazi di autonomia e partecipazione. La loro specificità consiste quindi nel collegare la cura con la vita sociale reale, senza limitarsi alla dimensione clinica né sostituirsi ai percorsi residenziali quando questi sono necessari. In questa direzione, i servizi diurni e i percorsi di reinserimento rendono evidente che il lavoro sulle dipendenze non riguarda soltanto la sostanza o il sintomo, ma la possibilità di ricostruire spazi di vita quotidiana, competenze relazionali e opportunità

---

<sup>238</sup> Dipartimento Politiche Antidroga, *Il Dipartimento delle Dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi*, pp. 49-50.

<sup>239</sup> Dipartimento per le Politiche Antidroga, *Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D. e delle comunità terapeutiche*, p. 122.

<sup>240</sup> UNODC, *Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management. Good Practice*, Vienna, 2008, pp. 17-18, 39-40.

di partecipazione. Ciò che accomuna questi servizi è, in fondo, la loro collocazione in una prospettiva non custodialistica e non meramente prestazionale. Essi non si limitano a “tenere” la persona in un percorso, ma cercano di riattivare capacità, abitudini, ruoli e possibilità di scelta. Per questa ragione, il loro significato non può essere ridotto al semplice supporto sociale, bensì costituiscono luoghi nei quali la dimensione terapeutica si prolunga in un lavoro di riabilitazione del quotidiano e di reintegrazione nel contesto di vita.

Tali dispositivi occupano un posto importante nel sistema dei servizi per le dipendenze perché rendono possibile quel passaggio, spesso fragile e non lineare, tra cura, riabilitazione e inclusione sociale. Per questa ragione, essi si configurano come strumenti essenziali soprattutto nelle fasi in cui il soggetto, pur uscendo dalla dimensione più acuta del disturbo, necessita ancora di sostegni educativi, relazionali e territoriali per consolidare il proprio percorso di recovery.

## **4.2 Obiettivi di ricerca**

A partire dal quadro teorico sviluppato nei capitoli precedenti, la presente ricerca nasce dall'esigenza di approfondire il rapporto tra dipendenza, stigma e intervento educativo. La scelta di soffermarsi su questo nodo deriva dalla consapevolezza che le persone che fanno uso di sostanze costituiscono, ancora oggi, una delle categorie maggiormente esposte a processi di marginalizzazione sociale, etichettamento e discredito. La figura del soggetto tossicodipendente continua frequentemente a essere associata, nell'immaginario collettivo, a rappresentazioni fortemente stereotipate, che le riducono a immagini di pericolosità, irresponsabilità, devianza o debolezza morale. Tali rappresentazioni non rimangono confinate sul piano simbolico, ma incidono concretamente sulle possibilità di riconoscimento sociale della persona, sulle sue relazioni, sull'accesso ai diritti e, più in generale, sui percorsi di cura e di reinserimento.

In questa prospettiva, il tema dello stigma assume un rilievo centrale, poiché consente di mettere in luce come la persona con problemi di dipendenza venga spesso ridotta a una definizione semplificata, giudicante e totalizzante, che tende a far coincidere la sua identità con la sostanza, con la devianza o con il fallimento morale.

Muovendo da queste premesse, la ricerca prende in esame il punto di vista degli educatori che operano nei servizi per le dipendenze, nella convinzione che tale sguardo possa offrire un contributo significativo alla comprensione del fenomeno. La scelta di rivolgersi agli educatori si fonda infatti sul ruolo che ricoprono all'interno dei percorsi di accompagnamento, sostegno e presa in carico. Gli educatori e gli operatori, infatti, rappresentano osservatori privilegiati del fenomeno, poiché si collocano in una posizione intermedia e particolarmente significativa: da un lato incontrano ogni

giorno persone che portano i segni della dipendenza, della sofferenza, della marginalità e spesso anche del giudizio sociale; dall'altro, sono chiamati a tradurre nella pratica professionale una postura educativa capace di riconoscere la persona nella sua complessità, sostenendone le risorse e accompagnandone i percorsi di cambiamento. Interrogare il loro punto di vista significa dunque provare a comprendere come il fenomeno dello stigma attraversi i servizi non solo come concetto astratto, ma come realtà concreta che incide sulle relazioni, sui percorsi terapeutici, sui processi di recovery e sulle possibilità di reinserimento sociale.

È da queste premesse che prende forma la domanda di ricerca. Se la letteratura e il quadro teorico tracciato mostrano che la tossicodipendenza è spesso accompagnata da processi di etichettamento, svalutazione e marginalizzazione, e se tali processi possono influenzare la percezione di sé della persona, le sue relazioni e le sue possibilità di inclusione, allora diventa rilevante chiedersi in che modo questi stessi processi vengano colti e interpretati da chi opera nei servizi. La domanda di ricerca si configura quindi come il tentativo di passare da un piano prevalentemente teorico a un piano empirico, volto a comprendere come il problema dello stigma venga letto all'interno della pratica quotidiana.

In questo senso, l'interrogativo che ha guidato l'indagine può essere formulato nei seguenti termini: *come viene percepito e affrontato, dal punto di vista degli operatori dei servizi per le dipendenze, lo stigma nei confronti delle persone con tossicodipendenza, e quali implicazioni assume tale fenomeno nei percorsi educativi, terapeutici e di reinserimento sociale?* Si tratta di una domanda ampia, che non mira a verificare una relazione causale in senso stretto, ma a esplorare significati, rappresentazioni, criticità e letture professionali del fenomeno, nella convinzione che proprio il sapere degli operatori possa offrire elementi importanti per comprendere come lo stigma si manifesti concretamente e come possa essere contrastato.

A partire da tale domanda, gli obiettivi della ricerca si articolano in maniera coerente e progressiva. In primo luogo, la ricerca si propone di approfondire il modo in cui gli operatori descrivano i bisogni educativi e relazionali delle persone con dipendenza, poiché tale descrizione restituisce implicitamente anche l'immagine della persona che orienta l'intervento. In secondo luogo, l'indagine intende esplorare quali forme di stigma o di pregiudizio vengano riconosciute nei confronti di questa utenza, sia a livello sociale più ampio, sia nei contesti istituzionali e relazionali che attraversano i percorsi di cura. Questo obiettivo è particolarmente importante, perché permette di comprendere se e come gli operatori colgano il peso delle rappresentazioni sociali negative nella vita delle persone con dipendenza e nei loro tentativi di ricostruzione personale e sociale.

Un ulteriore obiettivo consiste nell'analizzare quali effetti gli operatori attribuiscono allo stigma nei percorsi di cura, recovery e reinserimento sociale, considerando che il giudizio sociale può

incidere profondamente sull'autostima, sul senso di efficacia, sulla motivazione al cambiamento e sulla possibilità di sentirsi riconosciuti al di là dell'etichetta di "tossicodipendente".

Diventa allora rilevante anche indagare quali difficoltà gli stessi operatori incontrino nel lavoro educativo quotidiano, poiché tali difficoltà non riguardano soltanto la complessità delle storie personali degli utenti, ma anche i limiti strutturali dei servizi, la scarsità di risorse, il peso delle rappresentazioni stigmatizzanti e la fatica di costruire interventi realmente personalizzati e inclusivi. Infine, la ricerca si propone di riflettere sul ruolo che i servizi e gli interventi educativi possono assumere nel contrastare i processi di stigmatizzazione, promuovendo forme di riconoscimento, autonomia e partecipazione sociale. Quest'ultimo obiettivo risulta particolarmente significativo sul piano pedagogico, perché consente di mettere in evidenza come il lavoro educativo non si esaurisca nel contenimento del disagio o nella gestione del problema, ma possa configurarsi come pratica capace di restituire voce, dignità e possibilità alla persona.

Nel loro insieme, tali obiettivi mostrano che la ricerca non è orientata soltanto a descrivere un fenomeno, ma a comprenderne il significato all'interno di un preciso contesto professionale e relazionale. La scelta di formulare questa domanda e questi obiettivi deriva dunque dall'idea che lo stigma non rappresenti un aspetto marginale o secondario della tossicodipendenza, bensì una dimensione trasversale che può influenzare profondamente sia l'esperienza soggettiva delle persone sia il lavoro di chi opera nei servizi. Per questo motivo, interrogare gli operatori significa anche aprire uno spazio di riflessione sul valore educativo del loro agire, sulle rappresentazioni che orientano le pratiche e sulla necessità di promuovere contesti capaci di andare oltre il giudizio, riconoscendo la persona non come semplice portatrice di una dipendenza, ma come soggetto complesso, inserito in una storia e in una rete di relazioni, che può essere accompagnato in un percorso di cambiamento e di inclusione.

### **4.3 Il contesto della ricerca in un centro diurno per le dipendenze**

La ricerca è stata condotta all'interno di un centro diurno semiresidenziale per le dipendenze del territorio di Reggio Emilia, afferente a una cooperativa sociale impegnata nei settori delle dipendenze patologiche, della marginalità adulta, dell'accoglienza e dell'inclusione sociale. La scelta di collocare l'indagine in questo contesto nasce dal fatto che il centro diurno rappresenta un luogo particolarmente significativo per osservare da vicino come si costruiscono, nella pratica quotidiana, i percorsi di accompagnamento rivolti a persone con problemi di dipendenza. A orientare tale scelta

ha contribuito anche l'esperienza di tirocinio formativo universitario svolta all'interno del servizio che ha permesso una conoscenza diretta del suo funzionamento e delle dinamiche educative che lo attraversano.

Diversamente da altri servizi, il centro diurno si caratterizza per una presa in carico che si articola nel corso della giornata e che intreccia dimensioni terapeutiche, educative e riabilitative, mantenendo però la persona all'interno del proprio contesto di vita. Proprio questa caratteristica lo rende un contesto particolarmente interessante per una ricerca sullo stigma, perché il lavoro con la persona non riguarda soltanto la gestione del consumo o la prevenzione delle ricadute, ma anche la possibilità di ricostruire abitudini, relazioni, competenze e spazi di partecipazione sociale. Il servizio si colloca, così, in una posizione intermedia tra la cura specialistica e il reinserimento nella vita quotidiana, configurandosi come un luogo in cui il percorso terapeutico incontra concretamente il lavoro sull'autonomia e sull'inclusione sociale.

Il centro diurno in cui è stata realizzata la ricerca è un servizio terapeutico-riabilitativo semiresidenziale accreditato, rivolto a persone adulte con dipendenza patologica da alcol o da sostanze psicoattive, anche in presenza di doppia diagnosi. Il servizio può accogliere fino a dieci ospiti maggiorenni, uomini o donne, e opera dal lunedì al venerdì nella fascia oraria compresa tra le 9.00 e le 17.00. Si tratta, quindi, di un contesto strutturato, ma allo stesso tempo non totalizzante, pensato per persone che necessitano di un accompagnamento significativo pur conservando un margine di autonomia nella gestione delle ore esterne al servizio. Questo elemento è importante perché mostra come il centro non si limiti a contenere il disagio, ma lavori in una prospettiva di progressiva responsabilizzazione e di sostegno all'autonomia personale e sociale. Il servizio, infatti, nasce come luogo per rispondere in maniera differenziata ai bisogni delle persone con dipendenza, con l'obiettivo di valorizzarne le risorse, riconoscerne l'unicità e costruire un clima fondato su fiducia, cooperazione e ascolto empatico.

All'interno della più ampia realtà cooperativa di riferimento, tale impostazione si inserisce in una visione che pone in relazione il trattamento delle dipendenze con i temi dell'accoglienza e dell'inclusione sociale, intese come possibilità concreta per persone fragili o marginalizzate, di sentirsi accolte e di poter partecipare nuovamente alla vita sociale.

Un aspetto centrale del contesto riguarda proprio l'impostazione educativa del servizio. Il percorso non si costituisce in modo standardizzato, ma viene calibrato sulla base delle caratteristiche e dei bisogni del singolo. La giornata non è pensata soltanto come contenitore di attività, ma come spazio educativo nel quale la persona può progressivamente riappropriarsi di una routine, di un ordine e di un equilibrio spesso compromessi dalla dipendenza. Le giornate sono scandite da momenti strutturati che alternano accoglienza, colloqui individuali, attività di gruppo, laboratori e gestione

della quotidianità, offrendo agli utenti una cornice stabile entro cui riorganizzare il proprio tempo e le proprie abitudini. Le attività proposte non si limitano infatti al piano terapeutico in senso stretto, ma coinvolgono diversi ambiti della vita quotidiana e del percorso di recovery: la cura di sé, la gestione degli spazi, la relazione con gli altri, il confronto nei gruppi, la prevenzione del rischio di ricaduta, il reinserimento lavorativo e la ricostruzione di una rete sociale.

La giornata si apre generalmente con l'accoglienza mattutina e con momenti comunitari come la colazione, a cui seguono colloqui e attività previste, mentre il pranzo e la permanenza negli spazi comuni rappresentano ulteriori occasioni di condivisione, osservazione e lavoro educativo. Aspetti apparentemente semplici, come la preparazione dei pasti, la condivisione degli ambienti o la partecipazione a laboratori e attività di gruppo, assumono una valenza educativa importante, perché contribuiscono a riattivare capacità pratiche, relazionali ed emotive spesso indebolite. L'organizzazione delle attività è pensata per aiutare gli utenti a dare ordine e senso alle loro giornate, dimensioni che risultano frequentemente compromesse nell'esperienza della dipendenza. Particolarmente importanti risultano i laboratori, che rappresentano una parte centrale del lavoro educativo del centro. Tra le attività proposte vi sono laboratori manuali ed espressivi, come la falegnameria e il laboratorio artistico, attività di giardinaggio e cura dell'orto, ma anche esperienze come la scrittura autobiografica, la musicoterapia e le attività sportive. Tali proposte non hanno soltanto una funzione occupazionale o ricreativa, ma costituiscono strumenti attraverso cui la persona può sperimentare nuovamente continuità, responsabilità, coinvolgimento attivo e capacità di stare in relazione. Attraverso il fare concreto, il lavoro manuale, l'espressione creativa e la condivisione con il gruppo, gli utenti possono recuperare competenze pratiche, rafforzare il senso di efficacia personale e ritrovare modalità diverse di stare con sé stessi e con gli altri.

La composizione dell'équipe restituisce l'idea di un contesto in cui la presa in carico si fonda su uno sguardo complesso e multidimensionale. Il servizio si avvale infatti della presenza di diverse figure professionali, tra cui educatori, operatori sociosanitari, psicologa, psicoterapeuta, psichiatra consulente, tecnico della riabilitazione psichiatrica, oltre a volontari e figure di supervisione. Questa pluralità di competenze mostra come il lavoro con le dipendenze richieda una lettura che capace di tenere insieme il piano clinico, quello educativo, quello relazionale e quello sociale. Tuttavia, nel caso del centro diurno, tale integrazione non resta un principio astratto, ma si traduce in una quotidianità fatta di osservazione, colloqui, gestione dei gruppi, laboratori, verifica degli obiettivi e accompagnamento nei piccoli e grandi passaggi del percorso. È proprio questa dimensione ravvicinata e continuativa a rendere il centro diurno un contesto particolarmente significativo per la presente ricerca, poiché permette di cogliere come il lavoro educativo si sviluppi non solo attraverso interventi formali, ma anche dentro la trama delle relazioni quotidiane e delle esperienze condivise.

Un ulteriore elemento che rende questo contesto particolarmente significativo riguarda il legame tra il lavoro educativo svolto nel servizio e il tema della marginalità. Le persone con dipendenza sono spesso soggetti che vivono ai margini, segnati non soltanto dalla sofferenza legata al consumo, ma anche da fragilità emotive, relazionali e sociali che rischiano di alimentare ulteriormente esclusione e giudizio. Il centro diurno, allora, non rappresenta soltanto un luogo di trattamento, ma anche uno spazio in cui si prova concretamente a contrastare quelle riduzioni identitarie che tendono a far coincidere la persona con la sua dipendenza. La centralità attribuita all'ascolto non giudicante, alla costruzione di relazioni di fiducia e alla valorizzazione delle risorse del singolo fa emergere con chiarezza la densità pedagogica del contesto. Non si tratta solo di aiutare la persona a interrompere o contenere il consumo, ma di sostenerla nel recupero di una maggiore consapevolezza di sé, di una diversa immagine personale e della possibilità di ripensarsi oltre l'etichetta stigmatizzante del "tossicodipendente".

Dunque, il lavoro del centro si fonda sulla possibilità di garantire opportunità concrete di partecipazione, accoglienza e accesso a risorse fondamentali, come la casa, il lavoro, la salute e le relazioni. L'inserimento lavorativo, pur non coincidendo direttamente con un servizio occupazionale, assume rilievo poiché il lavoro svolto sulla quotidianità, sulla stabilità personale, sulla motivazione e sulle competenze relazionali rappresenta una base importante per eventuali percorsi futuri di inclusione lavorativa. Il lavoro, infatti, viene considerato dalla cooperativa non solo come fonte di reddito, ma come strumento di autonomia, cittadinanza e reintegrazione sociale, soprattutto per le persone fragili o vulnerabili. Da questo punto di vista, il centro diurno contribuisce a preparare le condizioni necessarie affinché la persona possa, nel tempo, riattivarsi anche sotto questo profilo.

A ciò si aggiunge la visione di sostenibilità integrale promossa dalla cooperativa, che richiama non soltanto la dimensione ambientale, ma anche il benessere delle persone, l'inclusione socioeconomica delle fasce più vulnerabili e la costruzione di una società più equa, corresponsabile e attenta al bene comune. Inserito in questa cornice, il centro diurno appare quindi non solo come un luogo di trattamento specialistico, ma anche come uno spazio in cui la cura della persona si intreccia con una più ampia idea di giustizia sociale, partecipazione e riconoscimento.

Alla luce di queste considerazioni, il centro diurno in cui è stata svolta la ricerca si configura come un contesto particolarmente coerente con gli obiettivi dell'indagine. La sua natura semiresidenziale, l'attenzione alla quotidianità, il lavoro sull'autonomia, la presenza di un'équipe multiprofessionale e l'orientamento al reinserimento sociale lo rendono infatti un luogo nel quale le implicazioni dello stigma diventano particolarmente osservabili. È proprio in contesti come questo che emergono con maggiore chiarezza le tensioni tra fragilità e possibilità di cambiamento, tra peso del giudizio sociale e costruzione di percorsi di riconoscimento. Per tale ragione, il centro diurno non

costituisce soltanto lo sfondo logistico in cui la ricerca è stata realizzata, ma rappresenta il contesto concreto entro cui le questioni affrontate nei capitoli precedenti assumono una forma visibile e pedagogicamente significativa.

#### **4.4 Metodo**

Per rispondere alla domanda di ricerca si è scelto di adottare un approccio di tipo qualitativo. Tale scelta deriva dalla natura stessa dell'oggetto di studio, che non riguarda la misurazione quantitativa di variabili o la verifica di ipotesi in senso stretto, ma l'esplorazione di percezioni, significati, rappresentazioni e vissuti legati al fenomeno dello stigma nei contesti delle dipendenze. L'interesse della ricerca, infatti, non è rivolto tanto a quantificare la presenza di atteggiamenti giudicanti, quanto piuttosto a comprendere come questi vengano percepiti, interpretati e affrontati da chi opera quotidianamente nei servizi e si confronta con persone che vivono situazioni di dipendenza, marginalità e fragilità sociale.

La scelta di una metodologia qualitativa appare particolarmente coerente anche con l'impianto teorico della tesi. Nei capitoli precedenti, infatti, la tossicodipendenza è stata letta come fenomeno complesso e multidimensionale che non può essere ridotto alla sola dimensione clinica o individuale, ma che si intreccia profondamente con aspetti sociali, culturali, relazionali ed educativi. Allo stesso modo, il tema dello stigma è stato affrontato non come semplice atteggiamento individuale, ma come processo che incide sulle identità, sulle relazioni e sulle possibilità di inclusione delle persone. Di fronte a un oggetto di ricerca così articolato, un approccio qualitativo consente di accedere con maggiore profondità al punto di vista dei soggetti coinvolti, valorizzando la complessità delle loro letture e la ricchezza delle loro esperienze professionali.

L'intento della ricerca è quindi quello di comprendere come gli operatori costruiscano il proprio sguardo sul fenomeno della dipendenza e dello stigma, quali significati attribuiscono alle difficoltà che incontrano nel lavoro quotidiano e in che modo leggano il ruolo educativo del servizio nei percorsi di cura e inclusione sociale. In questo senso, l'approccio qualitativo si è rivelato adeguato perché permette di dare spazio alla parola dei partecipanti, di cogliere sfumature, ambivalenze e contraddizioni, e di restituire non soltanto ciò che viene detto, ma anche il modo in cui determinati temi vengono pensati e narrati.

All'interno di questa impostazione, la ricerca è stata realizzata attraverso interviste semi strutturate in forma scritta rivolte a operatori del servizio. La decisione di utilizzare questo strumento è legata alla possibilità di coniugare una traccia comune di temi con la libertà di lasciare emergere elementi inattesi, approfondimenti personali e riflessioni maturate nell'esperienza professionale.

L'intervista, infatti, permette di esplorare il punto di vista dei partecipanti in modo sufficientemente guidato, ma al tempo stesso aperto, favorendo una narrazione articolata e meno rigida rispetto a strumenti più strutturati. Tale aspetto risulta particolarmente importante in una ricerca come questa, nella quale il valore conoscitivo risiede proprio nella possibilità di accedere alle interpretazioni, alle sensibilità e alle letture che gli operatori elaborano a partire dal proprio lavoro.

Nei paragrafi successivi verranno quindi presentati i principali elementi che caratterizzano il disegno della ricerca. In particolare, saranno descritti i partecipanti coinvolti, la procedura seguita per la realizzazione delle interviste, le modalità con cui è stato raccolto il consenso informato e, infine, lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati. In questo modo sarà possibile delineare con maggiore chiarezza il percorso metodologico attraverso cui l'indagine è stata costruita e condotta.

#### **4.4.1 Partecipanti**

I partecipanti individuati per la presente ricerca sono stati tre operatori del servizio presso cui è stata svolta l'indagine. La loro selezione è avvenuta secondo un criterio intenzionale, coerente con la natura qualitativa dello studio e con gli obiettivi della ricerca. Si è scelto infatti di coinvolgere figure direttamente inserite nel lavoro educativo e riabilitativo del centro diurno, ritenendole interlocutori particolarmente significativi per approfondire il tema dello stigma nei confronti delle persone con dipendenza, le difficoltà incontrate nel lavoro quotidiano e il ruolo del servizio nei percorsi di cura e inclusione sociale.

La scelta dei partecipanti è stata quindi guidata non dalla numerosità del campione, ma dalla pertinenza del loro ruolo rispetto alla domanda di ricerca. Trattandosi di uno studio qualitativo, l'obiettivo non era quello di costruire un campione ampio o rappresentativo in senso statistico, bensì di raccogliere punti di vista qualificati, maturati all'interno dell'esperienza concreta del lavoro nel contesto delle dipendenze. Per questo motivo sono stati coinvolti professionisti operanti nel servizio e a diretto contatto con l'utenza, in grado di offrire una lettura fondata sull'esperienza delle dinamiche educative, relazionali e organizzative che caratterizzano il centro diurno.

Tra i contributi effettivamente raccolti, uno proviene da un'educatrice del servizio, presente nel centro fin dalla sua recente apertura, avvenuta nell'ottobre 2019. All'interno del contesto semiresidenziale, il suo ruolo consiste nell'accompagnare gli ospiti nel percorso terapeutico-riabilitativo, attraverso la conduzione di attività terapeutiche, colloqui individuali e la gestione della quotidianità e delle dinamiche di gruppo. La figura dell'educatrice appare quindi particolarmente significativa perché collocata nel cuore della quotidianità del servizio e del lavoro relazionale con gli utenti.

Un secondo contributo è stato fornito dalla coordinatrice del centro semiresidenziale terapeutico, professionista con una lunga esperienza nell'ambito delle dipendenze patologiche. Lavora da quindici anni nel settore della dipendenza e da sette anni nel contesto semiresidenziale; in precedenza ha operato anche in comunità residenziali e appartamenti terapeutici, sempre con utenza inviata dai servizi per le dipendenze. La coordinatrice segue uomini e donne maggiorenni con problematiche di dipendenza patologica di varia natura, comprese situazioni di doppia diagnosi in carico sia al SerD sia al CSM. Il suo profilo professionale risulta particolarmente rilevante ai fini della ricerca perché unisce l'esperienza diretta di lavoro con l'utenza a una visione più ampia del funzionamento del servizio, dei percorsi riabilitativi e delle criticità che attraversano il lavoro educativo nei contesti delle dipendenze.

Nel complesso, i partecipanti coinvolti presentano profili professionali differenti ma complementari. Da un lato vi è una figura educativa maggiormente immersa nella gestione della quotidianità e nella relazione diretta con gli ospiti; dall'altro una figura di coordinamento con una più ampia esperienza nel settore e una visione trasversale dei percorsi di presa in carico. Questa eterogeneità, pur nella limitatezza numerica del gruppo coinvolto, costituisce un elemento di interesse per la ricerca, poiché consente di raccogliere sguardi diversi ma convergenti sul medesimo contesto operativo.

Per ragioni di riservatezza, e in considerazione della specificità del contesto indagato, si è scelto inoltre di non riportare i nominativi dei partecipanti né elementi anagrafici o professionali troppo dettagliati che possano renderli immediatamente identificabili. Nel corso dell'analisi, pertanto, si farà riferimento ai loro contributi in forma anonima, valorizzandone il ruolo professionale ma tutelandone l'identità personale. È opportuno precisare, infine, che sebbene inizialmente fossero stati individuati tre partecipanti, ai fini della presente ricerca sono stati raccolti e analizzati due contributi, poiché il terzo operatore individuato non ha restituito l'intervista entro i tempi utili per la conduzione dell'analisi. In ogni caso, tale elemento non compromette l'impianto della ricerca, che si colloca entro una prospettiva qualitativa orientata ad approfondire il significato delle esperienze raccolte più che a raggiungere un'ampia numerosità campionaria.

#### **4.4.2 Procedura**

La procedura di ricerca è stata definita in coerenza con l'impostazione qualitativa dell'indagine e con l'obiettivo di approfondire il punto di vista degli operatori rispetto al fenomeno dello stigma nei confronti delle persone con dipendenza. In una ricerca qualitativa, la costruzione del dato non può essere pensata come un'operazione rigida e standardizzata, ma come un processo che

richiede una costante attenzione al contesto empirico e alle condizioni concrete in cui la ricerca prende forma<sup>241</sup>. In questa prospettiva, anche la procedura adottata nel presente studio è stata costruita cercando di mantenere coerenza tra la domanda di ricerca, il contesto dell'indagine e le possibilità effettive di raccolta dei dati.

In una fase iniziale, si era previsto di realizzare le interviste in presenza, all'interno del contesto di servizio, così da favorire un confronto diretto con i partecipanti e procedere, previo consenso, alla registrazione audio delle conversazioni. Tale modalità appariva particolarmente adatta agli obiettivi della ricerca, poiché avrebbe consentito di raccogliere in modo più immediato e discorsivo i vissuti, le riflessioni e le osservazioni maturate dagli operatori nella pratica quotidiana.

Tuttavia, per difficoltà organizzative e per l'impossibilità, da parte degli operatori coinvolti, di concordare un incontro in presenza, non è stato possibile procedere secondo la modalità inizialmente prevista. Per tale ragione, si è scelto di mantenere invariata la traccia dell'intervista semi strutturata, ma di modificare la modalità di raccolta dei dati, chiedendo ai partecipanti di rispondere alle domande in forma scritta. Questa modalità, pur rinunciando alla dimensione dialogica propria dell'intervista orale, ha comunque permesso di raccogliere materiali coerenti con la natura esplorativa dell'indagine, lasciando agli operatori il tempo necessario per riflettere sui quesiti e organizzare in modo personale e ragionato le proprie risposte.

La procedura si è quindi concretizzata attraverso l'invio della traccia agli operatori selezionati e la successiva restituzione delle risposte da parte degli stessi. Questa soluzione ha permesso di preservare l'impianto della ricerca, adattando la procedura alle condizioni reali del contesto senza modificarne gli obiettivi conoscitivi. Le domande proposte hanno infatti riguardato il ruolo professionale dei partecipanti, i bisogni educativi più frequenti degli utenti, le principali criticità incontrate nel lavoro quotidiano, le strategie educative adottate, la presenza di atteggiamenti giudicanti nella società e gli effetti dello stigma sui percorsi di cura, recovery e reinserimento sociale. La presenza di una traccia comune per tutti i partecipanti ha consentito di mantenere una sufficiente omogeneità nella raccolta dei dati, rendendo confrontabili i diversi contributi, pur lasciando spazio a risposte articolate e personali.

Come già anticipato nel paragrafo dedicato ai partecipanti, inizialmente erano stati individuati tre operatori del servizio. Ai fini della presente ricerca, tuttavia, sono stati raccolti e analizzati due contributi completi, poiché il terzo operatore individuato non ha restituito l'intervista entro i tempi utili per la conduzione dell'analisi. Per questa ragione, la base empirica dell'analisi è attualmente costituita dalle risposte scritte dei due partecipanti che hanno effettivamente preso parte alla ricerca. Tale elemento non compromette l'impianto dello studio, che si colloca entro una prospettiva

---

<sup>241</sup> M. Cardano, *La ricerca qualitativa*, il Mulino, Bologna, 2011, p. 7-8.

qualitativa orientata ad approfondire il significato delle esperienze raccolte più che a raggiungere un'elevata numerosità campionaria.

Nel complesso, la procedura seguita ha permesso di raccogliere materiali pertinenti rispetto al tema indagato e coerenti con il contesto della ricerca. Pur con i limiti connessi al mancato svolgimento delle interviste in presenza, essa ha consentito di accedere al punto di vista degli operatori e di raccogliere elementi utili per comprendere come il fenomeno dello stigma venga percepito e interpretato all'interno del lavoro educativo nei servizi per le dipendenze.

#### **4.4.3 Consenso informato e tutela etica dei partecipanti**

Prima della raccolta dei dati, ai partecipanti è stato sottoposto un modulo di consenso informato accompagnato da un foglio informativo, predisposto con l'obiettivo di rendere esplicite le finalità e le modalità della ricerca.

Il consenso informato ha rappresentato un passaggio fondamentale dell'indagine, poiché ha consentito di garantire una partecipazione consapevole, libera e volontaria, nel rispetto dei principali criteri etici della ricerca. All'interno del documento venivano indicati il titolo dello studio, i riferimenti della ricercatrice e del responsabile scientifico e lo scopo generale dell'indagine, volto ad approfondire, a partire dal punto di vista degli operatori, il tema dello stigma e degli atteggiamenti giudicanti nei confronti delle persone con disturbo da uso di sostanze.

Nel modulo veniva, inoltre, precisato che la partecipazione alla ricerca era del tutto volontaria e che ciascun partecipante aveva la possibilità di interrompere la propria adesione in qualsiasi momento, senza alcuna conseguenza. Il documento chiariva anche in cosa consistesse concretamente la partecipazione, specificando che agli operatori sarebbe stato chiesto di rispondere in forma scritta a una traccia di intervista semistrutturata relativa alla propria esperienza professionale all'interno del servizio. Le domande erano orientate ad approfondire alcuni nuclei centrali della ricerca, come i bisogni educativi degli utenti, le difficoltà incontrate nel lavoro quotidiano, la presenza di atteggiamenti giudicanti e il ruolo del servizio nei percorsi di cura, recovery e inclusione sociale.

Particolare attenzione veniva dedicata alla tutela della riservatezza e al trattamento dei dati. Nel consenso informato era infatti specificato che le informazioni raccolte sarebbero state trattate in forma anonima e utilizzate esclusivamente per finalità di ricerca, nello specifico per l'elaborazione della tesi di laurea magistrale. Veniva, inoltre, chiarito che, per tutelare l'identità personale, non sarebbero stati riportati i nominativi dei partecipanti e che eventuali riferimenti alla loro esperienza professionale sarebbero stati presentati in forma non riconducibile direttamente alla loro identità. Questo aspetto risulta particolarmente importante in una ricerca svolta in un contesto circoscritto, nel

quale la protezione dell'anonimato costituisce una condizione essenziale sia sul piano etico sia su quello metodologico.

Il modulo conteneva infine una sezione conclusiva dedicata all'espressione del consenso, nella quale il partecipante dichiarava di aver letto e compreso le informazioni ricevute, di aver avuto la possibilità di porre eventuali domande e di acconsentire liberamente alla partecipazione allo studio. In tale sezione veniva inoltre esplicitata la voce relativa all'autorizzazione all'utilizzo delle risposte scritte ai fini della ricerca, formulata nella modalità "acconsento/non acconsento", così da garantire una scelta chiara e consapevole da parte di ciascun partecipante.

Le informazioni contenute nel modulo di consenso informato hanno consentito di definire in modo chiaro il quadro etico entro cui la ricerca è stata realizzata, tutelando i partecipanti sotto il profilo della volontarietà, della riservatezza e della trasparenza nell'uso dei dati raccolti. Il consenso informato ha quindi costituito una condizione essenziale per lo svolgimento dell'indagine, non solo dal punto di vista formale, ma anche come garanzia di correttezza e responsabilità nei confronti delle persone coinvolte.

#### **4.4.4 Strumento di ricerca: la traccia di intervista semi strutturata**

Per la raccolta dei dati è stata predisposta una traccia di intervista semi strutturata, successivamente compilata dai partecipanti in forma scritta. La scelta di questo strumento è risultata coerente con l'impostazione qualitativa della ricerca, poiché ha consentito di raccogliere riflessioni articolate a partire dall'esperienza professionale degli operatori, mantenendo al tempo stesso una struttura comune di temi su cui orientare le risposte.

La traccia è stata costruita a partire dalla domanda di ricerca e dagli obiettivi delineati nei paragrafi precedenti, con l'intento di approfondire il rapporto tra dipendenza, stigma e lavoro educativo all'interno del contesto del centro diurno. In particolare, le domande sono state formulate in modo da esplorare alcune aree ritenute centrali per l'indagine: il ruolo professionale dei partecipanti, i bisogni educativi degli utenti, le strategie adottate nel servizio, le difficoltà che attraversano i percorsi di recovery, la presenza di atteggiamenti giudicanti e le possibili forme di contrasto allo stigma.

La traccia completa comprendeva i seguenti quesiti:

*Può descrivere brevemente il suo ruolo all'interno del centro diurno?*

*Da quanto tempo lavora in questo servizio e che tipo di utenti segue principalmente?*

*Quali sono, secondo lei, i bisogni educativi più frequenti degli utenti?*

*Che tipo di relazione educativa si costruisce con le persone che frequentano il centro?*

*Quali strategie educative ritiene più efficaci per sostenere un percorso di cambiamento?*

*In che modo lavorate sull'autonomia personale e sociale degli utenti?*

*Quali sono gli obiettivi principali del centro rispetto al reinserimento sociale?*

*Quali strumenti o percorsi vengono attivati per favorire il reinserimento?*

*Quali ostacoli emergono più spesso nel processo di recovery?*

*Quanto è presente nella società un atteggiamento giudicante verso le persone con dipendenza? In che modo questo atteggiamento si manifesta concretamente?*

*Qual è l'impatto dello stigma e del giudizio sociale sugli utenti?*

*Gli utenti raccontano esperienze di discriminazione o etichettamento? Come emergono?*

*Come lavorate per contrastare l'interiorizzazione del giudizio e sostenere il riconoscimento della persona?*

*Ritiene che anche i servizi istituzionali possano contribuire allo stigma?*

*Che tipo di formazione o supporto sarebbe utile agli educatori?*

*Quali cambiamenti culturali o sociali sarebbero necessari per favorire inclusione?*

*Vuole aggiungere qualcosa di importante sul lavoro educativo con persone con dipendenza?*

*Come valuta il ruolo delle istituzioni (es. Comune, ASL, Regione) rispetto alle risorse messe a disposizione dei centri diurni? Ritiene che siano adeguate ai bisogni degli utenti e del servizio?*

La costruzione della traccia ha seguito una progressione intenzionale. Le domande iniziali erano finalizzate a collocare il partecipante all'interno del contesto professionale, raccogliendo informazioni sul ruolo svolto nel servizio, sul tempo di permanenza nello stesso e sul tipo di utenza seguita. Questa prima area, oltre ad avere un valore introduttivo, ha permesso di comprendere da quale posizione professionale venissero formulate le risposte successive.

Una seconda area era invece centrata sul lavoro educativo vero e proprio, attraverso domande relative ai bisogni degli utenti, alla relazione educativa, alle strategie ritenute più efficaci, al lavoro sull'autonomia e agli obiettivi del centro rispetto al reinserimento sociale. La finalità di questa sezione era quella di comprendere come gli operatori rappresentassero la persona con dipendenza e quali aspetti considerassero centrali nel percorso educativo e riabilitativo.

Una ulteriore nucleo tematico riguardava i percorsi di recovery e i principali ostacoli che li attraversano. La domanda sugli ostacoli più frequenti aveva infatti la funzione di far emergere non solo le difficoltà individuali degli utenti, ma anche la complessità dei percorsi di cura e i limiti che possono ostacolare il cambiamento.

A partire da questo snodo, la traccia si spostava in modo più esplicito sul tema centrale della ricerca, cioè lo stigma. Le domande relative all'atteggiamento giudicante presente nella società, al suo impatto sugli utenti e alle eventuali esperienze di discriminazione o etichettamento erano state pensate per raccogliere il punto di vista degli operatori sulla presenza concreta del pregiudizio nei

confronti delle persone con dipendenza e sulle sue ricadute nei percorsi di vita e di reinserimento. Questa parte della traccia era particolarmente importante perché consentiva di collegare il quadro teorico sviluppato nei capitoli precedenti con la dimensione empirica dell'indagine, portando l'attenzione sulle forme concrete attraverso cui lo stigma si manifesta nella quotidianità.

Le domande successive erano invece orientate a esplorare il ruolo attivo degli operatori e dei servizi nel contrasto a tali dinamiche. In particolare, si chiedeva come venisse affrontata l'interiorizzazione del giudizio, se anche i servizi istituzionali potessero contribuire allo stigma, quale tipo di formazione sarebbe utile agli educatori e quali cambiamenti culturali o sociali sarebbero necessari per favorire una maggiore inclusione. L'inserimento di questi quesiti rispondeva all'esigenza di non limitare l'indagine a una semplice descrizione del problema, ma di raccogliere anche ipotesi di intervento, bisogni formativi e possibili piste di cambiamento individuate dagli operatori stessi. Le domande finali, più aperte, lasciavano infine spazio a eventuali aspetti non emersi in precedenza e di raccogliere una valutazione più ampia sul ruolo delle istituzioni e sull'adeguatezza delle risorse messe a disposizione dei servizi.

Dal punto di vista metodologico, la traccia semistrutturata si è rivelata uno strumento adeguato perché ha consentito di coniugare comparabilità e apertura: da un lato, la presenza di nuclei comuni ha reso possibile il confronto tra i diversi contributi; dall'altro, la formulazione aperta delle domande ha lasciato ai partecipanti la possibilità di sviluppare risposte personali e riflessive. Allo stesso tempo, è opportuno riconoscere anche alcuni limiti dello strumento così come è stato concretamente utilizzato. La compilazione scritta, pur offrendo agli operatori più tempo per elaborare le proprie risposte, ha ridotto la possibilità di approfondire in tempo reale alcuni passaggi, di rilanciare questioni emerse in modo imprevisto e di cogliere elementi comunicativi tipici dell'intervista orale, come esitazioni, enfasi o scarti di tono. In questo senso, il materiale raccolto risulta probabilmente più controllato e selezionato dai partecipanti, ma meno ricco sul piano dell'interazione dialogica.

Nel complesso, la traccia di intervista è stata costruita in modo da accompagnare progressivamente il partecipante da domande più descrittive e contestuali a quesiti più interpretativi e riflessivi. Questa articolazione ha permesso di mantenere una coerenza con la domanda di ricerca e con gli obiettivi dell'indagine, favorendo l'emersione di contenuti relativi sia al lavoro educativo quotidiano sia alla percezione dello stigma e delle sue conseguenze sui percorsi di cura, recovery e inclusione sociale. Proprio per questo motivo, la traccia di intervista semistrutturata si è rivelata uno strumento adeguato ad approfondire un fenomeno complesso come quello indagato, consentendo di valorizzare la specificità dell'esperienza professionale dei partecipanti senza rinunciare a una sufficiente omogeneità nella raccolta dei dati.

#### 4.5 Presentazione e discussione dei risultati

Dall'analisi delle interviste raccolte emerge con forza un dato che attraversa in profondità l'intera ricerca: la persona con problemi di dipendenza continua a occupare, nell'immaginario sociale, una posizione profondamente marginale. Ciò che colpisce non è solo la presenza del giudizio, ma la sua qualità morale. La sofferenza che investe le persone etichettate come tossicodipendenti fatica ancora a essere riconosciuta come tale e viene spesso letta come l'esito di una scelta individuale, di una mancanza di volontà, di una debolezza o addirittura di una colpa. La persona, in questa prospettiva, non viene soltanto giudicata per ciò che vive, ma viene ritenuta responsabile della propria esclusione. Le parole delle operatrici restituiscono con forza questa dinamica. Una delle educatrici osserva che la società continua a guardare alle persone con dipendenza come soggetti "senza volontà" e "pericolosi", mentre la coordinatrice sottolinea come "i primi ad avere un forte stigma sono proprio i tossicodipendenti". Queste espressioni, lette insieme, mostrano in modo chiaro il doppio movimento che caratterizza la stigmatizzazione, da un lato il giudizio sociale esterno, dall'altro la sua interiorizzazione. La persona finisce così per essere definita dagli altri e, nel tempo, anche da sé stessa, attraverso un'immagine svalutata, rigida e povera di possibilità.

È qui che si colloca uno degli aspetti più critici emersi dall'analisi. L'etichetta del "tossicodipendente" non si presenta come una semplice parola con cui descrivere una condizione, ma come una definizione totalizzante, che tende a inglobare l'intera persona. Dalle interviste emerge chiaramente che la dipendenza, agli occhi della società, non resta uno degli aspetti della vita del soggetto, ma diventa l'unico elemento attraverso cui leggerlo. In questo senso, si può affermare che la persona che fa uso di sostanze finisce per indossare quotidianamente un abito cucito su di lei dallo sguardo sociale: un abito che lo precede, lo definisce e lo accompagna in ogni contesto, dal lavoro alle relazioni affettive, dai servizi ai luoghi più ordinari della vita quotidiana. Non importa quanto la persona provi a cambiare, a ricostruirsi, a prendere le distanze dalla sostanza: quello che continua a essere visto, molto spesso, è prima di tutto l'etichetta. La coordinatrice insiste in modo molto netto sul fatto che l'autostigma "spesso mina all'autostima" e alle sicurezze necessarie per affrontare il mondo esterno, aggiungendo che la visione di sé ha bisogno di essere "variegata e non solo frutto di una unica narrazione di 'malati' e 'tossici'". Questo passaggio mostra che lo stigma non si limita a produrre esclusione dall'esterno, ma modifica il modo in cui la persona si percepisce, restringendo la sua identità entro una definizione unica e mortificante.

Tale aspetto emerge in modo particolarmente forte quando le intervistate parlano delle esperienze di discriminazione vissute dagli utenti. Non si tratta soltanto di grandi esclusioni o di eventi eclatanti, ma di episodi diffusi e ordinari, che si collocano negli spazi più comuni del vivere

sociale: il lavoro, la famiglia, le relazioni sentimentali, i mezzi pubblici, i negozi, persino le visite mediche. È proprio questa quotidianità del giudizio a rendere lo stigma ancora più pervasivo. La persona non incontra il pregiudizio solo in momenti eccezionali, ma nella trama normale della sua esistenza. E questo significa che l'etichetta non viene mai davvero deposta, ma torna continuamente, si ripresenta negli sguardi, nei sospetti, nelle distanze, nei silenzi, nelle occasioni negate o semplicemente mai offerte. Le due intervistate, però, mettono l'accento su aspetti diversi di questa esperienza. La coordinatrice colloca la sofferenza soprattutto nei gruppi e nei colloqui, e segnala che le discriminazioni emergono in particolare quando gli utenti parlano del lavoro e dei rapporti familiari o affettivi. Qui c'è un chiaro richiamo ai luoghi in cui la persona ricerca stabilità, appartenenza e riconoscimento. Il lavoro, la famiglia e le relazioni interpersonali non rappresentano meri ambiti della vita quotidiana, ma spazi decisivi per la costruzione dell'identità adulta. Il fatto che proprio qui si concentrino i vissuti di esclusione mostra quanto lo stigma colpisca nei punti più sensibili dell'esistenza, cioè là dove la persona desidera essere accolta, considerata come affidabile e riconosciuta al di là della propria trama di dipendenza. La discriminazione non produce esclusivamente ostacoli pratici, ma incide sul senso di sé perché tocca i legami e il senso comune. L'educatrice, invece, restituisce un'immagine più minuta e quotidiana del fenomeno, richiamando i mezzi pubblici, i negozi, le visite mediche e persino il timore di raccontare la propria storia all'interno di nuove relazioni sentimentali, per paura di essere rifiutati. Dunque, lo stigma non si manifesta solo nei momenti più espliciti o istituzionali del reinserimento, come la ricerca di un lavoro o il recupero dei rapporti familiari, ma anche nei contatti ordinari e ripetuti della vita. La persona può sentirsi esposta al giudizio non soltanto quando affronta passaggi cruciali della propria vita, ma anche nei contesti più comuni, dove dovrebbe potersi muovere in modo anonimo e non problematico. Il timore del rifiuto, specie nelle nuove relazioni affettive, mette in luce un aspetto ancora più profondo secondo cui lo stigma produce spesso autocensura, spingendo la persona a non raccontarsi, a occultare parti della propria storia e a modellare i modi in cui la persona si presenta agli altri e immagina la possibilità di essere amata, riconosciuta e accolta.

Entrambe le professioniste, pur partendo da ruoli diversi, restituiscono l'immagine di persone portatrici di bisogni molteplici, spesso intrecciati tra loro, che non riguardano soltanto il consumo di sostanze ma anche la sfera relazionale, abitativa, lavorativa, emotiva e identitaria.

La coordinatrice, ad esempio, sottolinea il bisogno di "rileggere in modo critico la propria storia di dipendenza" e di costruire "nuove narrazioni di sé avulse dalle diagnosi cliniche", mentre l'educatrice parla di bisogni "estremamente variegati", che vanno dalla prevenzione delle ricadute fino alla "totale carenza di alfabetizzazione emotiva". Si tratta di un dato particolarmente rilevante, perché mostra come nel centro diurno la dipendenza non venga letta come un comportamento isolato

da correggere, ma come l'espressione di una condizione esistenziale complessa. È proprio in questo passaggio che si può riconoscere una prima forma di contrasto allo stigma: non tanto in un discorso astratto sul pregiudizio, quanto nella capacità concreta di guardare la persona nella sua totalità. Le risposte consentono anche di cogliere un elemento pedagogicamente significativo: mentre lo sguardo sociale tende a semplificare, lo sguardo educativo del centro tende invece a differenziare. Là dove lo stigma riduce tutto a un difetto morale, il lavoro educativo riapre la complessità, rimettendo al centro storia di vita, bisogni pratici, dimensione affettiva, competenze relazionali e possibilità residue. In questo senso, il centro non si limita a "curare", ma lavora per ricostruire un'immagine di persona più ampia di quella imposta dall'etichetta. Proprio per questo, ciò che emerge dalle interviste non riguarda soltanto la durezza del pregiudizio, ma anche il valore del lavoro educativo nel tentativo di contrastarlo.

Il centro diurno, dalle dichiarazioni delle operatrici, viene letto come uno spazio in cui la persona può essere nuovamente guardata nella sua complessità. L'educatrice parlando di bisogni "estremamente variegati", riconosce che la persona non coincide con la sua sostanza, che la sua storia non si esaurisce nel consumo, che la sua vita contiene fratture ma anche risorse, bisogni, desideri e possibilità. È proprio qui che si trova uno dei principali punti di forza del servizio: la capacità di opporre alla rigidità dell'etichetta uno sguardo più ampio, più umano e più complesso. Non è secondario che entrambe insistano sul fatto che il reinserimento debba essere graduale e personalizzato. La coordinatrice parla di "autonomia possibile" e di un progetto personale di vita da ricostruire "nell'ascolto delle istanze e dei bisogni della persona". L'educatrice, dal canto suo, descrive un lavoro molto concreto sull'autonomia economica, sugli spostamenti, sull'abitare e sulle competenze emotive. Questo fa pensare che il centro non immagini il cambiamento come un ritorno astratto a una presunta normalità, ma come una costruzione lenta, accompagnata e realistica. Il reinserimento, dunque, non viene pensato come esito immediato, né come un traguardo da raggiungere secondo tappe standardizzate, ma come un processo costruito passo dopo passo, a partire da ciò che, in quel momento, è realmente sostenibile per il soggetto.

Dal punto di vista pedagogico, questo aspetto appare rilevante perché rompe una visione implicitamente normativa del recupero, secondo cui la persona dovrebbe semplicemente tornare a funzionare secondo modelli prestabiliti di efficienza, autonomia e adattamento sociale. Le risposte delle intervistate suggeriscono invece che il lavoro educativo si fondi su una logica diversa: non riportare la persona dentro una forma di normalità standardizzata, ma accompagnarla nella costruzione di un equilibrio possibile, che tenga conto delle sue condizioni reali. Parlare di autonomia economica, di capacità di spostarsi, di abitare in modo sufficientemente stabile o di sviluppare competenze emotive significa riconoscere che l'autonomia non è un concetto astratto, ma una

competenza articolata, fatta di abilità molto concrete e di dimensioni relazionali e simboliche spesso compromesse dall'esperienza della dipendenza. Proprio per questo, l'idea di un reinserimento graduale appare anche come una presa di distanza da ogni visione semplicistica del cambiamento. Le interviste fanno capire che non esiste un passaggio netto tra "prima" e "dopo", tra la condizione di dipendenza e una piena reintegrazione sociale. Esistono invece passaggi intermedi, avanzamenti parziali, regressioni, aggiustamenti continui. In questo senso, il centro diurno sembra configurarsi come uno spazio di mediazione, nel quale la persona può sperimentare forme progressive di autonomia senza essere immediatamente esposta alle richieste e alle pressioni del mondo esterno. Il reinserimento, allora, non coincide con una prova da superare, ma con una costruzione accompagnata, nella quale anche i piccoli risultati assumono valore.

In questo senso, il richiamo all'"autonomia possibile" appare particolarmente denso di significato. Esso suggerisce che il compito educativo non è quello di chiedere alla persona un'autonomia ideale, piena e immediata, ma di individuare quale forma di autonomia sia concretamente raggiungibile e sostenibile in quel preciso momento del percorso. Si tratta di una prospettiva che restituisce dignità anche ai progressi minimi e che, al tempo stesso, evita di trasformare il reinserimento in un'ulteriore esperienza di fallimento. Il fatto che le intervistate insistano su questa gradualità permette quindi di cogliere uno dei tratti più significativi del lavoro del centro: la capacità di tenere insieme realismo e fiducia, limite e possibilità, senza schiacciare la persona né dentro aspettative irrealistiche né dentro una visione puramente assistenziale.

Anche il modo in cui le intervistate descrivono la relazione educativa va in questa direzione. La coordinatrice afferma che "la relazione è lo strumento principale nel nostro lavoro", mentre l'educatrice la definisce una relazione "calda ma ferma". Queste espressioni mostrano come il centro non combatte lo stigma solo attraverso discorsi o buone intenzioni, ma attraverso una pratica concreta di relazione. Una relazione che non giudica, ma nemmeno deresponsabilizza; che accoglie, ma non confonde; che sostiene, ma non sostituisce. È in questa qualità della relazione che il centro diurno prova a togliere alla persona quell'abito stigmatizzante che la società le cuce addosso ogni giorno.

Il lavoro educativo, in questo senso, appare come un tentativo costante di restituire alla persona la possibilità di essere vista diversamente e, forse, anche di tornare a vedersi diversamente. Anche qui emerge una sfumatura importante tra le due risposte: la coordinatrice accentua la dimensione dell'"alleanza terapeutica" e dell'affidarsi, quindi la funzione di contenimento e accompagnamento che la relazione può assumere all'interno del percorso; l'educatrice, invece, richiama più la necessità di non costruire una relazione "invischiante", chiarendo che l'aiuto deve avere confini, regole e limiti condivisi. Questa differenza non va letta come una contrapposizione, ma come l'emergere di due dimensioni complementari della relazione educativa. Da un lato vi è il

bisogno di offrire alla persona uno spazio affidabile, nel quale sentirsi accolta, sostenuta e riconosciuta; dall'altro vi è la necessità di evitare che il legame di aiuto si trasformi in dipendenza dalla relazione stessa o in una forma di sostituzione rispetto alla responsabilità personale. Pedagogicamente, ciò mostra che l'efficacia della relazione non risiede né in una vicinanza priva di limiti né in una struttura fredda e soltanto normativa, ma nella capacità di tenere insieme accoglienza e confine, prossimità e misura, fiducia e responsabilizzazione. È proprio questo equilibrio, difficile ma essenziale, a rendere la relazione educativa uno strumento capace non solo di sostenere il cambiamento, ma anche di contrastare quella riduzione identitaria che lo stigma continuamente produce.

Tuttavia, sarebbe ingenuo leggere queste interviste soltanto in chiave positiva. Dalle risposte emerge con chiarezza anche quanto questo lavoro sia fragile, esposto e continuamente ostacolato. Le ricadute, la comorbilità psichiatrica, le difficoltà familiari e la fatica del reinserimento mostrano che il cambiamento non è mai lineare. Ma, ancora più profondamente, emerge come il lavoro educativo si trova spesso a operare controcorrente rispetto a una cultura che continua a colpevolizzare. Le intervistate fanno capire che, anche quando il servizio costruisce percorsi significativi, la persona deve comunque tornare a confrontarsi con un mondo che la legge ancora attraverso categorie rigide e svalutanti.

Un elemento particolarmente significativo, in questo senso, è che entrambe riconoscono il bisogno di lavorare non solo sulla dimensione clinica, ma anche su quella simbolica. L'educatrice parla esplicitamente di autoefficacia, autostima e contenimento dell'ansia sociale, mentre la coordinatrice insiste sul bisogno di rafforzare la persona prima che affronti il reinserimento sociale o lavorativo. Ciò suggerisce che il centro percepisca con chiarezza come il problema non sia solo "uscire dalla dipendenza", ma anche reggere il peso dello sguardo sociale una volta usciti dal circuito della sostanza. Il peso dello sguardo sociale, infatti, non si esaurisce con la sospensione del consumo, ma continua ad agire nel modo in cui la persona si presenta agli altri, interpreta le reazioni dell'ambiente e misura il proprio valore. Lavorare su autostima, autoefficacia e ansia sociale significa allora intervenire proprio su quel punto di frattura in cui la dipendenza incontra la vergogna, il timore del giudizio e la difficoltà di sentirsi nuovamente legittimati a occupare uno spazio nel mondo.

Da questo punto di vista, risulta particolarmente significativo anche il riferimento alle istituzioni e alla scarsità di risorse. Quando l'educatrice afferma che anche gli operatori "subiamo le conseguenze dello stigma", perché il recupero delle persone con dipendenza non gode di investimenti adeguati, mette in luce un aspetto che considero fondamentale: la marginalizzazione non colpisce solo gli utenti, ma si riverbera anche sui servizi che se ne prendono cura. Questo induce a una riflessione più ampia, se la società continua a considerare il tossicodipendente principalmente

responsabile della propria condizione, allora tenderà anche a ritenere meno urgente investire nei percorsi di cura e nei servizi educativi. In questo senso, lo stigma non produce soltanto sofferenza simbolica, ma ha anche ricadute materiali e politiche molto concrete. La coordinatrice amplia ulteriormente questo punto quando afferma che “si potrebbe fare di più” perché i servizi stessi abbassino lo stigma e quando richiama una maggiore cultura della diversità come risorsa e una sensibilizzazione sulla dipendenza “non come volontà ma in quanto malattia”. Le interviste, quindi, non restituiscono soltanto la fotografia di un pregiudizio sociale diffuso, ma indicano anche un compito culturale e istituzionale ancora aperto: trasformare lo sguardo collettivo, superando la lettura moralistica della dipendenza e riconoscendone la complessità clinica, educativa e sociale.

Dunque, ciò che emerge da questa analisi conduce a una considerazione piuttosto netta: la figura della persona con dipendenza continua a essere una delle più duramente stigmatizzate, proprio perché su di essa grava una forte attribuzione di responsabilità morale. A differenza di altre condizioni di fragilità, qui la sofferenza viene ancora troppo spesso letta come colpa, e questo rende la marginalizzazione più aspra, più resistente e più difficile da scardinare. Per questo motivo, l’etichetta del “tossicodipendente” rischia di trasformarsi in un abito da indossare quotidianamente, un abito pesante, che limita il riconoscimento sociale e ostacola la possibilità di immaginarsi oltre.

Il contributo più importante che emerge dalle interviste consiste nel mostrare che il lavoro educativo, quando è autenticamente fondato sulla relazione, sull’ascolto e sulla personalizzazione dei percorsi, può diventare uno dei pochi luoghi in cui quell’abito viene almeno parzialmente alleggerito, messo in discussione, forse, persino strappato. Ed è forse proprio qui che si gioca il valore più profondo del centro diurno: non solo nel sostenere il cambiamento, ma nel restituire alla persona la possibilità di non coincidere interamente con il nome con cui è stata giudicata.

## Conclusioni

Il percorso sviluppato nel presente lavoro ha consentito di mettere in luce la complessità del fenomeno dell'uso di sostanze psicoattive e delle dipendenze, evidenziando come esso non possa essere compreso né affrontato attraverso una prospettiva unidimensionale. La dipendenza si configura infatti come un'esperienza che attraversa la persona nella sua globalità, intrecciando aspetti biologici, psicologici, relazionali, sociali e culturali. In questo senso, uno degli elementi più significativi emersi nel corso della riflessione riguarda la necessità di superare letture riduttive e semplificanti, che tendono a isolare il comportamento di consumo dal contesto più ampio entro cui esso si sviluppa.

Il tema dello stigma si è rivelato non come un elemento accessorio, ma come una dimensione profondamente radicata nell'esperienza delle persone con dipendenza. L'analisi teorica ha mostrato come i processi di etichettamento, svalutazione e marginalizzazione contribuiscano a costruire immagini sociali rigide e spesso negative, che finiscono per ridurre la persona alla sua condizione. A tali dinamiche si affiancano meccanismi più sottili, come il disimpegno morale e la deumanizzazione, che rendono possibile mantenere una distanza emotiva e relazionale nei confronti dell'altro, giustificando atteggiamenti di indifferenza o esclusione. Lo stigma non agisce soltanto all'esterno, ma può essere interiorizzato, dando luogo a forme di auto-stigmatizzazione che incidono sull'autostima, sul senso di efficacia personale e sulla motivazione ad intraprendere o proseguire un percorso di cura. In questo senso, lo stigma si configura come un ostacolo che non riguarda soltanto l'accesso ai servizi, ma anche la possibilità stessa di immaginarsi al di là della dipendenza.

Questi elementi trovano un riscontro significativo anche nella parte empirica della ricerca. L'analisi delle interviste agli operatori dei servizi per le dipendenze ha evidenziato come lo stigma sia percepito come una presenza concreta e diffusa, capace di incidere in modo rilevante sui percorsi delle persone. Dalle testimonianze emerge come le persone con dipendenza si trovino frequentemente a confrontarsi con pregiudizi e rappresentazioni sociali negative, che non solo condizionano lo sguardo della società, ma possono influenzare anche il modo in cui esse percepiscono sé stesse e le proprie possibilità di cambiamento.

Allo stesso tempo, dalle interviste emerge con chiarezza il ruolo fondamentale degli operatori nel contrastare tali dinamiche. Gli operatori dei servizi per le dipendenze si trovano infatti a operare in una posizione complessa, nella quale sono chiamati non solo a intervenire sul piano terapeutico ed educativo, ma anche a confrontarsi con rappresentazioni sociali radicate e spesso difficili da scardinare. Il loro lavoro si configura quindi come un continuo tentativo di tenere insieme esigenze diverse: da un lato la presa in carico della persona e dei suoi bisogni, dall'altro la necessità di costruire contesti relazionali capaci di contrastare lo stigma e di promuovere forme di riconoscimento.

In questo senso, uno degli elementi più rilevanti che emerge dal lavoro è il valore della relazione educativa. La relazione si configura come uno spazio privilegiato nel quale può avvenire un cambiamento significativo, non solo sul piano del comportamento, ma anche su quello identitario. Attraverso relazioni fondate sull'ascolto, sul rispetto e sul riconoscimento, diventa possibile restituire alla persona una visione di sé meno rigidamente legata all'etichetta della dipendenza, aprendo la possibilità di costruire nuove narrazioni e nuovi percorsi di vita.

Il tema del recovery, affrontato nel corso del lavoro, si inserisce pienamente in questa prospettiva. Esso non può essere inteso unicamente come cessazione dell'uso di sostanze, ma come un processo più ampio e complesso, che coinvolge la ricostruzione dell'identità, il recupero delle relazioni, l'acquisizione di nuove competenze e la possibilità di riappropriarsi della propria progettualità. In questo percorso, il riconoscimento gioca un ruolo fondamentale, sentirsi visti e riconosciuti come persone, e non ridotti alla propria condizione, rappresenta infatti un elemento essenziale per sostenere il cambiamento.

A partire da queste considerazioni, appare evidente come il contrasto allo stigma non possa essere delegato esclusivamente agli individui, ma richieda un impegno più ampio, che coinvolga i servizi, le istituzioni e la società nel suo complesso. Si tratta di un lavoro che implica la messa in discussione di rappresentazioni radicate, la promozione di linguaggi più attenti e rispettosi e la costruzione di contesti capaci di accogliere la complessità delle esperienze umane.

Dal punto di vista pedagogico, ciò significa riconoscere che l'educazione ha un ruolo fondamentale non solo nella prevenzione, ma anche nell'accompagnamento delle persone nei percorsi di cura e di reinserimento. La pedagogia può offrire strumenti preziosi per leggere la dipendenza in modo non riduttivo, per comprendere i bisogni che la attraversano e per costruire interventi che mettano al centro la persona, le sue risorse e le sue possibilità di trasformazione.

In questa prospettiva, la cura non può essere intesa come semplice intervento tecnico, ma come pratica relazionale che implica responsabilità, prossimità e riconoscimento. Essa richiede la capacità di incontrare l'altro nella sua vulnerabilità, senza ridurlo alla sua condizione, e di costruire insieme percorsi che tengano conto della sua storia, dei suoi tempi e delle sue possibilità.

A livello personale, questo lavoro ha rappresentato un'occasione importante di riflessione sul modo in cui si guarda alle persone con dipendenza. Approfondire il tema dello stigma ha permesso di prendere maggiore consapevolezza di quanto le rappresentazioni sociali possano influenzare, anche in modo implicito, gli atteggiamenti e le pratiche. Allo stesso tempo, il confronto con il punto di vista degli operatori ha evidenziato la complessità del lavoro nei servizi e la necessità di mantenere uno sguardo aperto, capace di riconoscere sia le difficoltà sia le risorse delle persone.

Infine, questo lavoro apre anche a possibili sviluppi futuri. Sarebbe interessante, ad esempio, approfondire il punto di vista delle persone direttamente coinvolte, per comprendere come esse vivano lo stigma e quali strategie mettano in atto per affrontarlo. Allo stesso modo, ulteriori ricerche potrebbero esplorare il ruolo di specifici contesti educativi e comunitari nel contrasto ai processi di stigmatizzazione.

In conclusione, il percorso svolto consente di affermare che affrontare il tema delle dipendenze significa necessariamente interrogarsi non solo sulle sostanze o sui comportamenti, ma anche sugli sguardi, sui linguaggi e sulle pratiche che contribuiscono a costruire l'esperienza delle persone. Riconoscere la complessità di questo fenomeno rappresenta il primo passo per immaginare interventi più efficaci, più rispettosi e più umani, capaci di sostenere realmente i percorsi di cambiamento e di restituire alle persone la possibilità di essere viste, prima di tutto, come tali.

## **Bibliografia**

- Alexander, B. (2010). *The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*, Oxford University Press
- Allport, G. W. (1973). *La natura del pregiudizio* (ed. orig. *The Nature of Prejudice*), trad. it. di M. Chiarenza, La Nuova Italia, Firenze
- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5), 5ª ed., trad. it., Milano, Raffaello Cortina Editore
- Arendt, H. (1964) *La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme*, Feltrinelli, Milano
- Bandura, A. (1991) Social Cognitive Theory of Moral Thought and Action, in Kurtines W., Gewirtz J. (A cura di), *Handbook of Moral Behavior and Development*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., Pastorelli, C. (1996). *Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency*, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 71, n. 2
- Bandura, A. (2017). *Disimpegno morale. Come facciamo del male continuando a vivere in pace con noi stessi*, Erickson
- Becker, H. S. (1987). *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Torino
- Brown, R. (1997). *Psicologia sociale del pregiudizio*, Il Mulino, Bologna
- Brown, T. R. (2020). *The Role of Dehumanization in Our Response to People With Substance Use Disorders*, in *Frontiers in Psychiatry*, vol. 11
- Caretti, V., La Barbera D. (A cura di). (2005). *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Milano
- Chetty, A., Guse T., Malema M. (2023). *Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review*, in *Health SA Gesondheid*, vol. 28
- Corrigan, P. (2004). *How stigma interferes with mental health care*, *American Psychologist*
- Corrigan, P. W., Watson A. C. (2002). *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*, *World Psychiatry*, vol. 1, n. 1

- Correale, A., Cangiotti, F., Zoppi A. (A cura di). (2011). *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*, Milano, Franco Angeli
- Courtwright, D. T. (2001). *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World*, Cambridge (MA), Harvard University Press
- De Leon, G. (2020). *The Therapeutic Community: A Unique Social Psychological Approach to the Treatment of Addictions and Related Disorders*, in *Frontiers in Psychiatry*, vol. 11
- Dipartimento Politiche Antidroga. (2011) *Il Dipartimento delle Dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi*, Roma
- Durkheim, É. (1969) *Il suicidio. Studio di sociologia*, Torino, UTET (ed. orig. 1897)
- Earnshaw, V. A., Chaudoir, S.R. (2009). *From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures*, *AIDS and Behavior*
- EMCDDA. (2014) *Residential Treatment for Drug Use in Europe*, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Engel, G. L. (1977) *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, *Science*
- Escotado, A. (2003). *Piccola storia delle droghe. Dall'antichità ai giorni nostri*, Einaudi, Torino
- Farhoudian, A., Razaghi, E., Hooshyari, Z., Noroozi, A. Pilevari, A., Mokri, A., Mohammadi, M. R. Malekinejad, M. (2022). *Barriers and Facilitators to Substance Use Disorder Treatment: An Overview of Systematic Reviews*, in *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16
- Farr, R. M., Moscovici, S. (1989). *Rappresentazioni sociali*, Bologna, Il Mulino
- Freire, P. (2011). *Pedagogia degli oppressi*, Torino, Gruppo Abele
- Giorgi, S., Habib, D.R.S., Bellew, D., Sherman, G., Curtis, B. (2023). *A Linguistic Analysis of Dehumanization Toward Substance Use Across Three Decades of News Articles*, in *Frontiers in Public Health*, vol. 11
- Goffman, E. (1970). *Stigma. L'identità negata*, Bari, Gius. Laterza & Figli
- Haslam, N. (2006). *Dehumanization: An Integrative Review*, in *Personality and Social Psychology Review*, vol. 10, n. 3
- Honneth, A. (1995) *The Struggle for Recognition. The Moral Grammar of Social Conflicts*, MIT Press, Cambridge (MA)
- Iqbal, M. N., Levin, C. J., Levin, F. R. (2019) *Treatment for Substance Use Disorder With Co-Occurring Mental Illness*, in *Focus*, vol. 17, n. 2

- Koob, G. F., Le Moal, M. (2001) *Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis*, in *Neuropsychopharmacology*
- Lemert, E. M. (2019). *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Giuffrè, Milano
- Leyens, J.-P., Demoulin, S., Vaes, J., Gaunt, R., Paladino, M.P. (2007). *Infra-humanization: The Wall of Group Differences*, in *Social Issues and Policy Review*, vol. 1, n. 1
- Link, B. G., Phelan, J. C. (2001). *Conceptualizing Stigma*, *Annual Review of Sociology*, vol. 27
- Link, B. G., Phelan, J. C. (2014). *Hatzenbuehler, Stigma and social inequality*, *Annual Review of Sociology*, 40
- Livingston, J. D., Boyd, J. E. (2010). *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis*, in *Social Science & Medicine*, vol. 71, n. 12
- Livingston, J.D., Milne, T., Fang, M.L., Amari, E. (2012). *The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review*, *Addiction*
- Lucchini, A. (A cura di). (2023). *L'evoluzione dell'intervento nelle dipendenze in Italia. Gli editoriali della rivista Mission dal 2002 al 2022*, FrancoAngeli, Milano
- Malivert, M., Fatséas, J.L., Denis, V., Langlois, M., Auriacombe, M. (2012). *Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review*, in *European Addiction Research*, vol. 18, n. 1
- Ministero della Salute. (2025). *Rapporto SIND 2023*, Sistema Informativo Nazionale Dipendenze, Roma
- Mortari, L. (2011). *La pratica dell'aver cura*, Torino, Gruppo Abele
- Nussbaum, M. C. (2011). *Non per profitto. Perché le democrazie hanno bisogno della cultura umanistica*, Bologna, il Mulino
- Rodríguez-Pérez, A., Betancor, V. (2023). *Infrahumanization: a retrospective on 20 years of empirical research*, in *Current Opinion in Behavioral Sciences*, vol. 50
- Santambrogio, A. (2006). *Il senso comune. Appartenenze e rappresentazioni sociali*, Roma-Bari, Laterza
- Scarcelli, D., Vidoni Guidoni, O. (2000). *La devianza*, Carocci, Roma
- Scarcelli, G. (2010). *Il consumo di droghe*, Carocci, Roma
- Sinclair, D. L., Chantry, M., De Ruysscher, C., Magerman, J., Nicaise, P., Vanderplasschen, W. (2024). *Recovery-supportive interventions for people with substance use disorders: a scoping review*, in *Frontiers in Psychiatry*, 15

- Sorcinelli, P. (2002). *Storia sociale delle droghe*, Milano, Bruno Mondadori
- Teesson, M., Degenhardt, L., Hall, W. (2006). *Le tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). *Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management. Good Practice*, Vienna
- Volkow, N. D., Koob, G. F. (2015). *Brain disease model of addiction: Why is it so controversial?*, in *The Lancet Psychiatry*
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan A. T. (2016). *Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction*, *The New England Journal of Medicine*
- Volpato, C. (2011). *Deumanizzazione. Come si legittima la violenza*, Roma- Bari, Laterza
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases (11th rev.; ICD-11)*, Geneva, WHO
- Zinberg, N.E. (1984). *Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven
- Zmarzlinski, A. (2019). *Review of Shooting Up: A Short History of Drugs and War*, by Ł. Kamieński, *Open Cultural Studies*

## Sitografia

- Azienda ULSS2 Veneto, *Indipendo, Cos'è la dipendenza da sostanze stupefacenti*, <https://www.aulss2.veneto.it/Indipendo-Sostanze-Cos-la-dipendenza-da-sostanze-stupefacenti>
- Conferenza Stato-Regioni, Intesa Rep. Atti n. 39/CSR del 21 marzo 2024. *Criteri di sicurezza e qualità delle strutture sociosanitarie residenziali per l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche*, <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2024/seduta-del-21-marzo-2024/atti-21-marzo-2024/repertorio-atto-n-39csr/>
- Corrigan, P. W., Watson A. C. (2002). *The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness*, *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 9, <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017. (2017). *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, artt. 21, 28 e 35*, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669>
- D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309. (1990) *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, in Normattiva <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:presidente.repubblica:decreto:1990-10-09:309>
- EMCDDA. (2023). *European Drug Report 2023: Trends and Developments*, Lisbona, [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en)
- EUDA. (2025). *European Drug Report 2025: Trends and Developments* <https://www.euda.europa.eu>.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J. (2010). *Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents*, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2916744/>
- Legge 18 febbraio 1999, n. 45. (1999). *Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze*, in Normattiva. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1999-02-18;45@originale>
- McKay, J. R. (2021). *Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder*, in *Alcohol Research: Current Reviews*, vol. 41, n. 1 <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01>
- Ministero della salute, *Cosa sono i LEA* <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/cosa-sono-i-lea/>

- Ministero della Salute. (s.d.). *Dipendenze patologiche – Servizi per le dipendenze (SerD)*. [https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C\\_17\\_pagineAree\\_4234\\_4\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pagineAree_4234_4_file.pdf)
- Ministero della Salute. (s.d.). *Il D.P.C.M. del 2017 e gli allegati* <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/il-dpcm-del-2017-e-gli-allegati/>
- Ministero della Salute. (s.d.). *La rete dei servizi per la salute mentale* <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/la-rete-dei-servizi-la-salute-mentale/>
- Ministero della Sanità. (1999). *Progetto Obiettivo Tutela salute mentale 1998-2000* [http://www.dsrmh.altervista.org/legislazione/Progetto\\_obiettivo\\_salute\\_mentale.pdf](http://www.dsrmh.altervista.org/legislazione/Progetto_obiettivo_salute_mentale.pdf)
- Room, R. (2005). *Stigma, social inequality and alcohol and drug use*, *Drug and Alcohol Review*, 24(2) <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World Drug Report 2023*, Vienna [https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23\\_Exsum\\_fin\\_SP.pdf](https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_SP.pdf)
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., Garretsen, H. F. L. (2013). *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery*, *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2) <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Vanderplasschen, W., Colpaert, E., Vandevelde, E. et al. (2013) *Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective*, in *The Scientific World Journal* <https://doi.org/10.1155/2013/427817>
- World Health Organization (WHO), *Mental health and stigma* <https://www.who.int>