

IIS MEUCCI-MATTEI | Sede Decimomannu
Indirizzo Servizi per la Sanità e l'Assistenza Sociale

GUIDA ALLO STUDIO

Le Dipendenze Patologiche
Sostanze, Comportamenti, Servizi, Normativa

Materiale di studio per il Laboratorio di Metodologie Operative

Classe III SSAS – A.S. 2025/2026
Docente: Prof. Salvatore Picconi

1. COS'È LA DIPENDENZA

La dipendenza patologica è una condizione cronica e recidivante in cui una persona perde il controllo sull'uso di una sostanza o su un comportamento, continuando a ricercarlo nonostante le conseguenze negative sulla propria salute e sulla propria vita.

1.1 Il meccanismo neurobiologico

Il cervello possiede un sistema naturale chiamato circuito della ricompensa. Quando facciamo qualcosa di utile alla sopravvivenza (mangiare, bere, relazioni sociali), il cervello rilascia dopamina, un neurotrasmettitore che produce una sensazione di piacere. Questo meccanismo ci spinge a ripetere quei comportamenti.

Le sostanze psicoattive e alcuni comportamenti (come il gioco d'azzardo) attivano lo stesso circuito in modo molto più intenso del normale, provocando un'inondazione di dopamina nel nucleo accumbens. Con l'uso ripetuto, il cervello si adatta: riduce la propria sensibilità alla dopamina. Il risultato è che la persona ha bisogno di dosi sempre maggiori per ottenere lo stesso effetto (tolleranza) e sta male quando smette (astinenza).

1.2 I tre meccanismi chiave

MECCANISMO	SPIEGAZIONE
Tolleranza	Il corpo si abitua alla sostanza: per ottenere lo stesso effetto servono dosi sempre più alte. È un adattamento neurochimico.
Astinenza	Quando la persona smette di assumere la sostanza, compaiono sintomi fisici e psicologici sgradevoli (dolore, ansia, tremori, nausea, insonnia). Il corpo segnala che "manca" qualcosa a cui si era adattato.
Craving	Desiderio intenso, improvviso e spesso irresistibile di assumere la sostanza o di mettere in atto il comportamento. Può essere scatenato da stimoli ambientali (luoghi, persone, situazioni associati all'uso). È il principale fattore di ricaduta.

i IMPORTANTE

La dipendenza non è un vizio morale né una questione di volontà. È una condizione che altera il funzionamento del cervello. Questo è il motivo per cui "smettere" non è semplicemente una decisione: richiede un trattamento strutturato, tempo e supporto professionale.

2. LE DIPENDENZE DA SOSTANZE

Il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, APA, 2013) classifica i Disturbi da Uso di Sostanze in base alla sostanza coinvolta. La diagnosi si basa sulla presenza di un pattern problematico d'uso che comprende almeno 2 criteri su 11 (tra cui: uso in quantità maggiori del previsto, desiderio persistente di smettere senza riuscirci, craving, tolleranza, astinenza, compromissione sociale e lavorativa).

2.1 Classificazione delle principali sostanze

CATEGORIA	SOSTANZE	EFFETTI PRINCIPALI	RISCHI PRINCIPALI
Depressori del SNC	Eroina, morfina, oppio, alcol, benzodiazepine, barbiturici	Rallentano l'attività cerebrale. Effetti: sedazione, euforia (oppiacei), rilassamento, riduzione dell'ansia e del dolore.	Overdose (depressione respiratoria), dipendenza fisica grave, astinenza severa, infezioni (uso endovenoso), danni epatici (alcol).
Stimolanti del SNC	Cocaina, crack, amfetamine, metanfetamina, MDMA, nicotina, caffeina	Accelerano l'attività cerebrale. Effetti: euforia, energia, iperattività, riduzione del sonno e dell'appetito, aumento della fiducia in sé.	Problemi cardiovascolari (infarto, ictus), paranoia, psicosi, dipendenza psicologica intensa, craving molto forte, agitazione, convulsioni.
Allucinogeni	LSD, psilocibina (funghi), mescalina, ketamina, PCP	Alterano la percezione della realtà. Effetti: allucinazioni visive e uditive, distorsione del tempo e dello spazio, esperienze dissociative.	Bad trip (esperienze terrificanti), psicosi, flashback, comportamenti pericolosi legati alla percezione alterata.
Cannabinoidi	Cannabis (marijuana, hashish), cannabinoidi sintetici	Effetti misti: rilassamento, euforia lieve, alterazione percettiva, aumento dell'appetito.	Sindrome amotivazionale, disturbi d'ansia, rischio di psicosi (soggetti predisposti), dipendenza psicologica, danni respiratori (se fumata).

2.2 Approfondimento: eroina, cocaina e crack

Eroina (diacetilmorfina)

ASPETTO	DESCRIZIONE
Categoria	Opiaceo (depressore del SNC). Derivato semisintetico della morfina.
Modalità di assunzione	Endovenosa (iniezione), inalazione (sniffata), fumata. L'iniezione dà l'effetto più rapido e intenso.
Effetti	Euforia intensa ("flash"), sensazione di calore, rilassamento profondo, eliminazione del dolore, sonnolenza. Effetti durano 3-5 ore.
Dipendenza	Tra le più forti in assoluto, sia fisica che psicologica. La tolleranza si sviluppa rapidamente. L'astinenza compare 6-12 ore dopo l'ultima dose.
Astinenza	Dolori muscolari e ossei, diarrea, vomito, brividi, sudorazione, insonnia, ansia intensa, craving fortissimo. Picco a 48-72 ore, dura 5-10 giorni.
Rischi	Overdose (depressione respiratoria, potenzialmente letale), infezioni da uso endovenoso (HIV, epatiti B e C, endocarditi), trombosi venose, ascessi, malnutrizione, morte.
Trattamento	Terapia sostitutiva con metadone o buprenorfina (elimina l'astinenza senza dare euforia). Naltrexone (antagonista) per la prevenzione delle ricadute. Disintossicazione graduale.

Cocaina

ASPETTO	DESCRIZIONE
Categoria	Stimolante del SNC. Alcaloide estratto dalle foglie di coca. Polvere bianca (cloridrato di cocaina).
Modalità di assunzione	Inalazione (sniffata), endovenosa, fumata (in forma di crack). Lo sniffo è la modalità più comune per la cocaina in polvere.
Effetti	Euforia, aumento dell'energia e della fiducia in sé, riduzione della fatica e dell'appetito, iperattività, senso di onnipotenza. Effetti brevi: 15-30 minuti (sniffata).
Dipendenza	Principalmente psicologica, molto intensa. Il craving è tra i più potenti. Non c'è una sindrome di astinenza fisica classica, ma un forte "crash" (depressione, stanchezza, irritabilità).
Rischi	Infarto, ictus, aritmie cardiache (anche in soggetti giovani), crisi ipertensive, paranoia, psicosi cocainica, convulsioni, perforazione del setto nasale (sniffo cronico).

Trattamento	Non esiste terapia sostitutiva specifica. Il trattamento si basa su: psicoterapia (CBT, colloquio motivazionale), farmaci per gestire craving e sintomi associati (antidepressivi, stabilizzatori), prevenzione delle ricadute.
--------------------	---

Crack

ASPETTO	DESCRIZIONE
Cos'è	Forma base (freebase) della cocaina, ottenuta trattando il cloridrato di cocaina con bicarbonato di sodio e acqua. Si presenta in piccoli cristalli ("sassi") che vengono fumati.
Differenza dalla cocaina	Stessa molecola, ma fumato raggiunge il cervello in 8-10 secondi (molto più veloce dello sniffo). L'effetto è più intenso ma molto più breve (5-10 minuti), spingendo a ripetere l'assunzione compulsivamente.
Dipendenza	Potenziale di dipendenza estremamente alto proprio per la rapidità dell'effetto e la brevità. Il ciclo uso-crash-craving-uso è molto serrato.
Rischi specifici	Tutti quelli della cocaina, più: danni polmonari gravi ("crack lung"), ustioni a labbra e mani, comportamenti ad alto rischio per procurarsi la sostanza, degrado sociale molto rapido.

i POLI-DIPENDENZA

Quando una persona usa più sostanze contemporaneamente si parla di poli-dipendenza (o poliabuso). È una situazione particolarmente complessa: ad esempio, l'uso combinato di eroina (depressore) e cocaina (stimolante) — detto "speedball" — serve a modulare gli effetti delle due sostanze, ma ne moltiplica i rischi. Il trattamento deve affrontare tutte le dipendenze contemporaneamente.

3. LE DIPENDENZE PATOLOGICHE COMPORTAMENTALI

La ricerca scientifica ha dimostrato che i meccanismi cerebrali della dipendenza possono attivarsi anche senza sostanze chimiche. Alcuni comportamenti ripetitivi possono produrre le stesse alterazioni del circuito della ricompensa, con tolleranza, astinenza e craving. Per questo dal SerT (Servizio per le Tossicodipendenze) si è passati al SerD (Servizio per le Dipendenze Patologiche), ampliando il campo di intervento.

3.1 Dipendenze comportamentali riconosciute ufficialmente

DIPENDENZA	RICONOSCIMENTO	DESCRIZIONE
Disturbo da gioco d'azzardo (Gambling Disorder)	DSM-5 (2013) e ICD-11 (2019/2022)	Comportamento di gioco d'azzardo persistente e ricorrente che porta a disagio clinicamente significativo. La persona perde il controllo sul gioco, mente per nascondere, mette a rischio relazioni e lavoro, ricorre ad altri per risolvere situazioni finanziarie disperate. È l'unica dipendenza comportamentale inclusa nel DSM-5 nella sezione "Disturbi correlati a sostanze e dipendenze".
Disturbo da gioco online (Gaming Disorder)	ICD-11 (OMS, 2019, entrato in vigore 2022)	Pattern di comportamento di gioco (online o offline) caratterizzato da: perdita di controllo sul gioco, priorità crescente data al gioco rispetto ad altre attività, continuazione nonostante le conseguenze negative. I sintomi devono persistere per almeno 12 mesi.

3.2 Altre dipendenze comportamentali clinicamente rilevanti

Le seguenti condizioni, pur non avendo ancora una codifica diagnostica ufficiale nel DSM-5, sono ampiamente studiate e trattate nei servizi clinici. Il DSM-5 include il "Disturbo da gioco su Internet" nella Sezione III come condizione che necessita di ulteriori studi.

CONDIZIONE	CARATTERISTICHE
Dipendenza da Internet	Uso eccessivo e compulsivo di Internet che interferisce con la vita quotidiana. Comprende diverse sotto-forme (social media, streaming, chat). Particolarmente diffusa tra gli adolescenti. Oggetto di crescente attenzione clinica e di ricerca.
Shopping compulsivo (Compulsive Buying Disorder)	Impulso irresistibile a comprare, spesso oggetti non necessari. Seguito da senso di colpa, problemi finanziari, accumulo. Il comportamento d'acquisto è usato per regolare emozioni negative.

Dipendenza da lavoro (Workaholism)	Coinvolgimento eccessivo e compulsivo nel lavoro, con incapacità di staccare, trascuratezza delle relazioni e della salute. Spesso socialmente rinforzata e quindi più difficile da riconoscere.
Dipendenza affettiva	Pattern relazionale in cui la persona dipende emotivamente dal partner in modo disfunzionale: terrore dell'abbandono, annullamento di sé, tolleranza di situazioni dannose. Può sovrapporsi a situazioni di co-dipendenza nelle coppie con uso di sostanze.
Disturbo da comportamento sessuale compulsivo	L'ICD-11 lo classifica come disturbo del controllo degli impulsi (codice 6C72), non come dipendenza in senso stretto. Caratterizzato da pattern persistente di incapacità di controllare impulsi sessuali con conseguenze negative.
Dipendenza da esercizio fisico	Attività fisica eccessiva e compulsiva, con incapacità di ridurla nonostante infortuni o compromissione sociale. Spesso associata a disturbi dell'immagine corporea e dell'alimentazione.

I PERCHÉ È IMPORTANTE CONOSCKERLE

Nel lavoro al SerD incontrerete spesso situazioni in cui la dipendenza da sostanze si accompagna a dipendenze comportamentali (es. un giocatore d'azzardo patologico che usa cocaina, o una persona con dipendenza affettiva in una relazione con un tossicodipendente). Riconoscere queste condizioni è fondamentale per una presa in carico completa.

4. IL CAMBIAMENTO: CAPIRLO E FACILITARLO

Questa sezione presenta due modelli fondamentali nel trattamento delle dipendenze. Il primo (Prochaska e DiClemente) spiega COME avviene il cambiamento. Il secondo (Miller e Rollnick) spiega COME l'operatore può facilitarlo.

4.1 Il Modello Transteorico del Cambiamento (Prochaska e DiClemente, 1983)

James Prochaska e Carlo DiClemente hanno studiato come le persone cambiano i propri comportamenti problematici. Hanno scoperto che il cambiamento non è un evento improvviso ma un processo che attraversa fasi prevedibili. Hanno anche scoperto che il processo è ciclico: le ricadute sono normali e fanno parte del percorso.

FASE	LA PERSONA...	COSA PUÒ FARE L'OPERATORE
1. PRE-CONTEMPLAZIONE	Non riconosce il problema. Non ha intenzione di cambiare. Può arrivare al servizio per pressione esterna (famiglia, giustizia) ma non sente il bisogno di cambiare.	Non forzare. Non fare pressione. Fornire informazioni neutre. Seminare dubbi in modo rispettoso. Costruire la relazione.
2. CONTEMPLAZIONE	Comincia a riconoscere il problema. È ambivalente: vede i vantaggi del cambiamento ma anche i "vantaggi" di restare com'è. "Vorrei smettere, ma...".	Esplorare l'ambivalenza senza risolverla al posto della persona. Aiutare a pesare pro e contro. Usare il colloquio motivazionale (vedi 4.2).
3. DETERMINAZIONE (o Preparazione)	Ha deciso di cambiare. Cerca informazioni e soluzioni. È pronta a fare il primo passo. "Voglio smettere, come faccio?".	Aiutare a pianificare concretamente il cambiamento. Definire obiettivi realistici. Identificare risorse e ostacoli. Non aspettare: questa finestra può chiudersi.
4. AZIONE	Mette in atto il cambiamento: riduce o smette, segue il programma, modifica le proprie abitudini. È la fase più visibile ma anche la più faticosa.	Supportare attivamente. Rinforzare ogni piccolo successo. Aiutare a gestire le difficoltà quotidiane. Anticipare e preparare i momenti di rischio.
5. MANTENIMENTO	Il cambiamento si consolida nel tempo (convenzionalmente dopo 6 mesi). La persona sviluppa nuove abitudini e strategie per gestire i fattori di rischio.	Consolidare le strategie di coping. Ridurre gradualmente il supporto. Lavorare sulla prevenzione delle ricadute. Valorizzare l'identità "nuova" della persona.

6. RICADUTA

La persona torna al comportamento precedente. Non è un fallimento ma una fase del processo. La maggior parte delle persone attraversa più ricadute prima di consolidare il cambiamento.

Normalizzare: la ricaduta fa parte del percorso. Analizzare cosa è successo senza giudicare. Rimotivare. Riprendere il percorso dal punto in cui la persona si trova ora.

IL PROCESSO È CICLICO, NON LINEARE

La persona non avanza in modo ordinato dalla fase 1 alla fase 5. Può tornare indietro, saltare fasi, restare a lungo nella stessa fase. Dopo una ricaduta può tornare alla pre-contemplazione o alla contemplazione. L'operatore deve saper riconoscere in quale fase si trova la persona per calibrare il proprio intervento. Un intervento adatto alla fase di azione è inutile (o dannoso) per una persona in pre-contemplazione.

4.2 Il Colloquio Motivazionale (Miller e Rollnick, 1991)

William R. Miller e Stephen Rollnick hanno sviluppato il Colloquio Motivazionale (Motivational Interviewing, MI) come metodo pratico per aiutare le persone a risolvere la propria ambivalenza e a trovare dentro di sé la motivazione al cambiamento. Non è una tecnica per convincere qualcuno a cambiare, ma un modo di stare nella relazione che facilita il cambiamento.

Lo spirito del Colloquio Motivazionale

Miller e Rollnick insistono sul fatto che il MI non è solo un insieme di tecniche, ma uno "spirito" — un modo di porsi nella relazione con l'utente. Questo spirito si fonda su quattro pilastri:

PILASTRO	SIGNIFICATO
Partnership (Collaborazione)	L'operatore non è l'esperto che dice al paziente cosa fare. È un alleato che cammina accanto. La relazione è tra pari, non gerarchica. L'utente è esperto della propria vita.
Accettazione	Rispetto incondizionato per il valore e il potenziale della persona. Non significa approvare il comportamento, ma accogliere la persona per quello che è. Comprende: empatia, valorizzazione, autonomia, accoglienza.
Evocazione	La motivazione al cambiamento non va "messa dentro" la persona, ma "tirata fuori". Le ragioni per cambiare ci sono già nell'utente: l'operatore le fa emergere attraverso le domande giuste.
Compassione	L'operatore agisce nell'interesse della persona. L'obiettivo non è il successo del servizio o la conformità a un protocollo, ma il benessere dell'utente.

Le 4 abilità fondamentali: O.A.R.S.

Miller e Rollnick identificano quattro abilità comunicative fondamentali che l'operatore utilizza nel colloquio motivazionale. L'acronimo inglese è OARS ("remi", come quelli di una barca):

	ABILITÀ	COSA SIGNIFICA E UN ESEMPIO
O	Open questions (Domande aperte)	Domande che non si possono rispondere con sì/no. Invitano la persona a riflettere e raccontare. NO: "Vuoi smettere di usare eroina?" (risposta: sì/no) Sì: "Cosa ti ha spinto a venire qui oggi?"
A	Affirmations (Valorizzazioni)	Riconoscere le risorse, gli sforzi e i punti di forza della persona. Non adulare, ma valorizzare autenticamente. Esempio: "Sei venuto qui da solo, senza che nessuno te lo chiedesse. Ci vuole coraggio."
R	Reflective listening (Ascolto riflessivo)	Restituire alla persona ciò che ha detto, riformulando. Serve a far sentire l'utente compreso e ad approfondire la riflessione.

		<p>Utente: "Non ce la faccio più, ma ho paura di quello che succederà se smetto."</p> <p>Operatore: "Da una parte senti di aver raggiunto un limite, dall'altra l'idea di cambiare ti spaventa."</p>
S	Summaries (Riassunti)	<p>Riassumere periodicamente ciò che la persona ha detto, collegando i diversi elementi. Serve a dare ordine e a far emergere le contraddizioni in modo non conflittuale.</p> <p>Esempio: "Lasciami capire se ho compreso bene: usi sostanze da diversi anni, oggi sei venuto perché senti che la situazione ti sta sfuggendo di mano, ma le persone vicine a te non sono ancora pronte a chiedere aiuto. È corretto?"</p>

Come si integrano i due modelli

Il modello di Prochaska e DiClemente spiega DOVE si trova la persona nel suo percorso di cambiamento. Il colloquio motivazionale di Miller e Rollnick dice COME relazionarsi con la persona in base alla fase in cui si trova. Insieme, danno all'operatore una mappa e uno strumento per orientare il proprio intervento.

FASE (Prochaska)	COSA FA L'OPERATORE (Miller e Rollnick)	ABILITÀ OARS PREVALENTI
Pre-contemplazione	Non forzare. Costruire la relazione. Fornire informazioni se richieste. Seminare il dubbio con rispetto: "Cosa pensi del tuo uso di sostanze?".	O (domande aperte esplorative) + R (ascolto riflessivo per far sentire la persona accolta)
Contemplazione	Esplorare l'ambivalenza. Aiutare la persona a vedere la discrepanza tra dove si trova e dove vorrebbe essere. Non risolvere l'ambivalenza al suo posto.	O ("cosa ti piace e cosa non ti piace della situazione attuale?") + R (riflettere entrambi i lati) + S (riassunti che collegano)
Determinazione	Rinforzare la decisione. Aiutare a pianificare. Esplorare le opzioni concrete. Sostenere la fiducia nella propria capacità di farcela (autoefficacia).	A (valorizzare la decisione) + O ("cosa pensi di fare come primo passo?") + S (riassumere il piano)
Azione	Sostenere attivamente. Riconoscere gli sforzi. Aiutare a superare gli ostacoli. Preparare ai momenti di difficoltà.	A (valorizzare ogni progresso) + R (riflettere le difficoltà senza drammatizzare) + O ("come ti senti in questo percorso?")
Mantenimento	Consolidare. Valorizzare il percorso fatto. Lavorare sulla prevenzione delle ricadute. Identificare i segnali di rischio.	A (valorizzare il cambiamento) + S (riassumere il percorso) + O ("cosa potrebbe metterti in difficoltà?")
Ricaduta	Normalizzare. Non giudicare. Analizzare insieme cosa è successo. Rimotivare. Riprendere il percorso.	R (ascolto empatico, non giudicante) + A ("sei tornato qui, questo conta") + O ("cosa è successo secondo te?")

1 ESEMPIO DI APPLICAZIONE

Se un utente si presenta spontaneamente al SerD, probabilmente si trova almeno nella fase di contemplazione (riconosce il problema) o di determinazione (ha deciso di agire). Lo psicoterapeuta userà il colloquio motivazionale per esplorare quanto è solida la motivazione, lavorare sull'ambivalenza residua, rafforzare l'autoefficacia e pianificare i passi concreti. Se il partner dell'utente non si presenta, può trovarsi in una fase diversa (ad esempio pre-contemplazione): l'équipe dovrà prevedere strategie anche per coinvolgerlo.

5. IL SerD: DA SerT A SerD

In Italia, fino agli anni 2000, il servizio si chiamava SerT (Servizio per le Tossicodipendenze) e si occupava esclusivamente di dipendenze da sostanze. Con il riconoscimento delle dipendenze comportamentali e l'ampliamento delle competenze, molte Regioni hanno adottato la denominazione SerD (Servizio per le Dipendenze Patologiche), includendo anche gioco d'azzardo patologico, dipendenze tecnologiche e altre dipendenze comportamentali.

5.1 Caratteristiche del SerD

- **Accesso diretto:** non serve impegnativa del medico di base
- **Gratuito:** le prestazioni sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale
- **Anonimato:** la legge tutela la riservatezza dell'utente
- **Volontarietà:** il trattamento si basa sul consenso dell'utente (salvo disposizioni dell'autorità giudiziaria)
- **Multidisciplinarietà:** opera con un'équipe composta da 5 figure professionali

5.2 Le 5 figure dell'équipe SerD

FIGURA	FASE	FUNZIONE ESSENZIALE
Infermiere	Intake	Accoglienza, accettazione, presa in carico iniziale, raccolta anamnesi, screening
Psicoterapeuta	Motivazionale + Psicodiagnostica	Colloqui motivazionali, test psicometrici, analisi relazionale, psicoterapia
Psichiatra	Valutazione e diagnosi	Diagnosi clinica, prescrizione farmacologica, gestione doppia diagnosi
Educatore	Supporto e attivazione	Reinserimento lavorativo e sociale, strutturazione quotidianità, lavoro con la famiglia
Assistente Sociale	Rete territoriale	Rapporti con Comuni, UEPE, USSM, Tribunale, L. 309, inserimento comunità, piano d'intervento

6. QUADRO NORMATIVO

NORMA	CONTENUTO ESSENZIALE
D.P.R. 309/1990 Testo Unico Tossicodipendenze	<p>La legge fondamentale sulle droghe in Italia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Istituisce i SerT (oggi SerD) • Garantisce il diritto a cure gratuite e anonime • Prevede programmi terapeutici alternativi alla detenzione per tossicodipendenti che commettono reati • Regola la classificazione delle sostanze stupefacenti • Disciplina le sanzioni amministrative e penali connesse all'uso e allo spaccio
Legge 328/2000 Legge quadro servizi sociali	<p>Organizza il sistema integrato dei servizi sociali in Italia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sancisce l'accesso ai servizi come diritto del cittadino (non carità) • Definisce i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LIVEAS) • Promuove il lavoro di rete tra servizi pubblici, privato sociale e volontariato • Introduce il Piano di Zona come strumento di programmazione locale
DPCM 12 gennaio 2017 LEA	<p>Aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'assistenza alle persone con dipendenze patologiche rientra nell'assistenza distrettuale • Include: diagnosi, cura, riabilitazione • Prevede l'inserimento in comunità terapeutiche a carico del SSN • Estende le prestazioni anche alle dipendenze comportamentali
Art. 600-bis c.p. Prostituzione minorile	<p>Punisce lo sfruttamento della prostituzione minorile.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rilevante quando emergono situazioni di prostituzione minorile nel contesto delle dipendenze • L'operatore ha obbligo di segnalazione all'Autorità Giudiziaria se emergono elementi di reato • La pena è aggravata se il fatto è commesso nei confronti di minore degli anni 16
Codici deontologici Delle professioni sanitarie e sociali	<p>Ogni professione ha il proprio codice che regola:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segreto professionale e riservatezza • Obbligo di segnalazione in specifiche situazioni • Consenso informato • Limiti della propria competenza professionale • Doveri di aggiornamento continuo

7. CONCETTI CHIAVE

CONCETTO	SPIEGAZIONE
Approccio bio-psico-sociale	La dipendenza ha tre dimensioni: biologica (alterazioni cerebrali, genetica), psicologica (personalità, traumi, relazioni), sociale (povertà, esclusione, contesto). L'intervento efficace agisce su tutte e tre.
Doppia diagnosi	Compresenza di dipendenza da sostanze e disturbo psichiatrico (depressione, disturbo di personalità, psicosi, ecc.). Richiede l'intervento coordinato di SerD e CSM. Molto frequente.
Riduzione del danno	Quando l'astinenza totale non è raggiungibile nell'immediato, si interviene per ridurre i rischi: distribuzione di materiale sterile (per prevenire infezioni), terapia sostitutiva, servizi a bassa soglia, naloxone per prevenire le overdose letali.
Poli-dipendenza	Uso contemporaneo di più sostanze (es. eroina + cocaina + crack). Complica la diagnosi e il trattamento perché le sostanze interagiscono tra loro e possono avere effetti opposti.
Co-dipendenza	Condizione in cui il partner o un familiare sviluppa un pattern relazionale disfunzionale attorno alla dipendenza dell'altro: iper-controllo, sacrificio di sé, copertura del comportamento. Frequente nelle coppie in cui entrambi i partner usano sostanze.
Alleanza terapeutica	Il rapporto di fiducia e collaborazione tra operatore e utente. È il fondamento di ogni intervento efficace. Senza alleanza, nessun trattamento funziona.
Contratto terapeutico	Accordo formale tra servizio e utente che definisce obiettivi, impegni reciproci e regole del percorso. È un patto, non un'imposizione: richiede la partecipazione attiva dell'utente.

8. GLOSSARIO

TERMINE	SIGNIFICATO
Anamnesi	Raccolta sistematica della storia clinica e personale dell'utente.
Astinenza	Insieme dei sintomi fisici e psicologici che compaiono quando si interrompe l'uso della sostanza.
Craving	Desiderio intenso e spesso irresistibile di assumere la sostanza o mettere in atto il comportamento.
Dopamina	Neurotrasmettitore coinvolto nel circuito della ricompensa. Le sostanze d'abuso ne aumentano il rilascio.
DSM-5	Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 2013). Standard internazionale per la diagnosi.
ICD-11	Classificazione Internazionale delle Malattie (OMS, 2019/2022). Sistema classificatorio dell'OMS.
Intake	Fase di ingresso nel servizio: primo contatto, raccolta dati, apertura cartella.
OARS	Le 4 abilità del colloquio motivazionale: Open questions, Affirmations, Reflective listening, Summaries.
Overdose	Assunzione di una dose eccessiva di sostanza, potenzialmente letale. Per gli oppiacei: depressione respiratoria.
Poli-dipendenza	Uso contemporaneo di più sostanze (es. eroina + cocaina + crack).
Presa in carico	Assunzione formale della responsabilità assistenziale da parte del servizio.
SerD	Servizio per le Dipendenze Patologiche (ex SerT). Struttura pubblica della ASL.
Speedball	Combinazione di eroina (depressore) e cocaina (stimolante), particolarmente pericolosa.
Terapia sostitutiva	Metadone o buprenorfina: eliminano l'astinenza senza dare euforia.
Tolleranza	Necessità di dosi crescenti per ottenere lo stesso effetto.
UEPE	Ufficio Esecuzione Penale Esterna: misure alternative alla detenzione.
USSM	Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni: tutela dei minori coinvolti.

*Documento a uso didattico – Laboratorio di Metodologie Operative
Prof. Salvatore Picconi – IIS Meucci-Mattei, Decimomannu*

*Fonti: DSM-5 (APA, 2013), ICD-11 (OMS, 2019), D.P.R. 309/1990, L. 328/2000, DPCM LEA 2017
Prochaska & DiClemente (1983), Miller & Rollnick (1991, 2002, 2013)*