i dossier di **fuori**luogo.it

Summer school 2014

Verso un modello operativo per l'autoregolazione dei consumi

Nuovi trend e nuovi modi di guardare ai consumi, nuove risposte della rete dei servizi

Firenze, 4-5-6 settembre 2014
Centro Studi CISL,
via della Piazzola 71

FASCICOLO DI DOCUMENTAZIONE

forum droghe

COORDINAMENTO NAZIONALE COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA

Coordinamento Toscano
Comunità di Accoglienza

www.fuoriluogo.it
Dossier a cura di Serena Franchi

Summer School 2014

Verso un modello operativo per l'autoregolazione dei consumi
Nuovi trend e nuovi modi di guardare ai consumi, nuove risposte della rete dei servizi

Firenze, 4, 5, 6 settembre 2014
Centro Studi CISL, via della Piazzola 71

Introduzione: lo sviluppo del percorso di ricerca
Guida alla lettura del fascicolo

Forum Droghe, in collaborazione col CNCA toscano (CTCA) e il sostegno della Regione Toscana, ha condotto ricerche nei *setting* naturali (prevalentemente circa l'uso di cocaina e di stimolanti) con un duplice obiettivo: da un lato, per ampliare la conoscenza sulla pluralità di modelli di consumo e per individuare il punto di vista dei consumatori stessi; dall'altro, per collegare i risultati delle ricerche nei *setting* naturali coi modelli operativi dei servizi.
Nello specifico, nel 2009/10 e nel 2010/11 è stata condotta una ricerca qualitativa in due fasi, intitolata "I consumi giovanili nei *setting* naturali". Seguendo un filone di ricerca psicosociale sviluppato sia in Europa che negli Usa, la ricerca si è proposta di indagare i modelli di consumo di cocaina, le strategie individuali di autoregolazione dei consumatori, i meccanismi di controllo e regolazione sociale. **Nel 2013, è stato condotto un terzo step della ricerca nei setting naturali** (in collaborazione con Agenzia Regionale di Sanità della Toscana), che ha approfondito i trend di uso di nuove sostanze e i cosiddetti policonsumi.
*Il volume "***Cocaina, il consumo controllato***", allegato a questo fascicolo, offre un resoconto di questi studi toscani (a cura di Stefano Bertoletti e Patrizia Meringolo)e di analoga ricerca svoltasi a Torino (a cura di Susanna Ronconi), e più in generale una panoramica internazionale sulle ricerche ispirate alla prospettiva dei "controlli".*

Nel 2012, ha preso avvio la parte di ricerca sull'operatività dei servizi, attraverso un nuovo progetto toscano (Forum Droghe-CTCA, con il supporto della Regione Toscana), intitolato "Sottosopra: nuovi modelli operativi per giovani consumatori invisibili": a partire dai risultati delle ricerche nei *setting* naturali, da una analisi puntuale dei modelli operativi esistenti nei servizi e da un confronto con gli operatori stessi, sono stati individuati gli elementi caratterizzanti di un nuovo modello di intervento.
In questo fascicolo sono riportati i due focus group tra operatori di diverse tipologie di servizi, insieme alla traccia di discussione.

Nello stesso anno **2013**, **il progetto di elaborazione di un nuovo modello operativo si è allargato a livello europeo**: Forum Droghe ha condotto uno workstream (*Programmi innovativi di prevenzione circa l'uso di cocaina e stimolanti*), finanziato dall'Unione Europea.
Lo workstream ha fatto parte del più vasto progetto "Nuovi approcci per le politiche delle droghe e per gli interventi" (NADPI), capofila il *Transnational Institute* di Amsterdam, insieme allo *International Drug Policy Consortium* (UK) e la *De Diogenis Association* (Grecia).

Presentiamo due prodotti del progetto europeo: *le linee guida del nuovo modello operativo intitolate* **"Oltre il modello "malattia", nuove prospettive nella riduzione del danno:**

verso un modello di autoregolazione e autocontrollo" *(a cura di Jean Paul Grund, Susanna Ronconi, Grazia Zuffa); e l'articolo "***Cocaina: verso un modello di autoregolazione. Nuovi sviluppi nella Riduzione del danno"** (a cura di Grazia Zuffa), che ripercorre le tappe del progetto e offre un inquadramento teorico alla materia. (distribuito in un fascicolo a parte).
Si è inoltre scelto di *presentare un approfondimento del modello proattivo* (a cura di Patrizia Meringolo) per evidenziare come il nuovo modello operativo di autoregolazione nell'ambito delle droghe sia in linea con i più innovativi costrutti e modelli psicosociali nel campo più generale della salute.
Completa la documentazione *un articolo circa le nuove sostanze psicoattive e le misure primarie di riduzione dei rischi*, dello psichiatra Adam Winstock.e dello psicologo clinico Luke Mitcheson.

INDICE

Parte I
Le strategie di "controllo" dei consumatori: il punto di vista degli operatori

- Appunti di lavoro ***pag. 5***
- Focus group con operatori di marzo 2012 ***pag. 7***
- Focus group con operatori di maggio 2012 ***pag. 29***

Parte II
Il nuovo modello di autoregolazione

- Linee guida operative *Oltre il modello "malattia", nuove prospettive nella riduzione del danno: verso un modello di autoregolazione e autocontrollo* ***pag. 49***
- Il modello proattivo ***pag. 79***

Parte III
Nuove sostanze psicoattive

- Adam Winstock , Luke Mitcheson (2012), New recreational drugs and the primary care approach to patients who use them, in *British Medical Journal*, 344; doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e288 ***pag. 85***

Appendice: bibliografia ragionata della letteratura sui controlli

- From Diseased to In-Control? Towards an Ecological Model of Self-Regulation & Community-Based Control in the Use of Psychoactive Drugs-Repertoire of Scientific Literature ***pag. 99***

Parte I

Le strategie di "controllo" dei consumatori: il punto di vista degli operatori

Dai "controlli" a un modello operativo (più) "centrato sull'utente"

Appunti di lavoro per il panel fra operatori svoltosi il 28 marzo 2012

La discussione si svolgerà intorno a tre aree tematiche, di cui le prime due hanno carattere propedeutico:

I area

Panoramica riassuntiva dei risultati della ricerca più fertili dal punto di vista dell'innovazione dei modelli operativi nei servizi:

- Il target di consumatori "regolari" che non si rivolgono ai servizi
- La pluralità dei modelli di consumo
- La prevalenza delle traiettorie "variabili"
- Le caratteristiche "funzionali" (oltre che disfunzionali) del consumo
- Il concetto di "controllo"
- Le strategie di regolazione sociale
- Le strategie di autoregolazione (step down, astinenza come step down)

II area

Alcune implicazioni teoriche:

- Importanza delle variabili di set e setting (*versus* il "farmacocentrismo")
- Il processo di "apprendimento" dei controlli
- Il "continuum" del controllo, contro la dicotomia soggetti controllati/soggetti dipendenti
- Il concetto di set: aspettative, credenze, motivazioni, stati d'animo (*versus* il set come caratteristiche biologiche-genetiche del consumatore)

III area

Elementi base di un nuovo modello operativo

L'obiettivo è di sezionare il modello, analizzandolo anche "in controluce" attraverso la ricerca dell'accordo/disaccordo con i modelli dominanti nei servizi (seguendo una prima distinzione fra i modelli adottati nella "bassa soglia" e quelli dei servizi di cura).

Il target:

- Solo "nuovi" consumatori (che attraversano "picchi" di diminuito controllo) o anche "vecchie" conoscenze dei servizi, che rischiano di "cronicizzare"?
- Esiste una richiesta (esplicita o implicita) di interventi "leggeri" da parte di persone che non sono disponibili a "trattamenti"?
- Se sì, esiste solo nella bassa soglia?

Il setting:

- Se l'obiettivo è la "facilitazione/supporto" al "diminuito controllo", quali possono essere i setting convenienti?
- Il counselling
- L'intervento breve
- I setting informali negli interventi di riduzione del danno
- Nuovi setting "a cavallo" fra servizi di riduzione del danno e servizi di cura
- L'automonitoraggio e la formazione all'automonitoraggio

Gli obiettivi:

- Gli obiettivi possono interessare sia la droga, che il set, che il setting

- Si può cominciare da ognuna delle aree suddette
- Rispetto agli obiettivi dell'area droga, lo step down è un obiettivo apprezzabile, così come l'astinenza temporanea

I principi:
- L'utente è "l'esperto"
- Il consumo ha vantaggi (oltre che svantaggi)
- L'ambivalenza è il "normale" esito del bilanciamento vantaggi/svantaggi (versus il concetto di "resistenza")
- L'obiettivo base: *qualsiasi cambiamento in positivo*
- La regola base: *prendi il tuo tempo*
- Gli obiettivi si costruiscono con l'utente (processo di chiarificazione della volontà dell'utente)
- L'utente decide che cosa, quando, come cambiare
- L'utente decide perché ha le competenze e le capacità per farlo
- Se l'utente decide, la responsabilità è sua

Gli strumenti:
- La relazione: "intervista" come "guardare insieme"; il significato di "empatia" e "accettazione"
- Il costrutto di *self efficacy*: come supportare la fiducia dell'utente nelle proprie capacità
- L'influenza delle credenze dell'operatore circa le capacità dell'utente (la profezia che si autoavvera)
- Come evitare l'effetto etichettamento (la persona "dipendente")

Per concludere: alcune domande che già sono emerse nei panel di discussione con operatori, sia dei servizi che della riduzione del danno (vedi allegato)

- Nei servizi di Rdd, ma anche in quelli di cura, da tempo non si lavora più con l'unico obiettivo dell'astinenza. Spesso si lavora per consumi "meno dannosi" quando l'obiettivo dell'astinenza non è stato raggiunto. Quali i punti di accordo/disaccordo rispetto a lavorare esplicitamente per un primo obiettivo di consumo (più) controllato?
- Attraverso la Rdd, già sono passati costrutti come la "centralità della persona", o la "relazione non giudicante". Nella pratica operativa, i due costrutti hanno solo una valenza di "principio" o si riallacciano anche alla credenza degli operatori sui "saperi" che gli utenti hanno su di sé? Se sì, come?
- Quale atteggiamento hanno gli operatori della Rdd nei confronti di alcune strategie di controllo dei consumatori, come lo *step down*? Quale invece quello degli operatori dei servizi di cura?
- Nella pratica dei servizi, tenendo presente il modello interpretativo droga, set, setting, quanto sono apprezzati i cambiamenti in aree altre dalla droga?

Progetto Sottosopra
Panel del 28 marzo 2012[1]

Salienze e note

L'incontro è cominciato con la proposta di condividere e arricchire due filoni – emersi dal lavoro di ricerca sulla cocaina e il consumo controllato/non controllato – propedeutici al lavoro di messa a punto di sistemi operativi innovativi, centrati sul sostegno/accompagnamento di modalità di uso moderato/controllato.

- Strategie e pratiche di controllo da parte dei consumatori per come vengono osservate, intercettate e valutate dagli operatori presenti
- Incontro, scontro, indifferenza o mediazione tra strategie e pratiche di controllo da parte dei consumatori e sistema dei servizi formali, nei diversi ambiti trattamentali e di riduzione del danno.

Inoltre si è posta attenzione a cominciare già in questa prima tranche a sottolineare aspetti nodali relativi ai modelli operativi vigenti, in vista di trarne elementi utili alla messa a fuoco di un nuovo modello operativo.
In premessa si è richiamata l'attenzione su alcuni esiti della ricerca utili al ragionamento, quali

- L'andamento oscillante delle traiettorie di consumo, con la capacità di una autoregolazione che sa risalire da picchi verso la moderazione e che dunque non divide in modo binario "chi controlla e chi no" ma attraversa una stessa biografia
- La portata di questa evidenza in merito a concetti quali "cronicità" e "astinenza", entrambi sottoposti a critica pratica dalle biografie dei consumatori
- La molteplicità degli "ancoraggi" che ogni consumatore usa per tenere sotto controllo il consumo, evidenza concreta del triangolo à la Zinberg sostanza-individuo-contesto, e efficace spostamento e relativizzazione dell'accezione farmacocentrica a favore della valorizzazione di uno sguardo "olistico" su consumo /consumatore
- Questa molteplicità non è riducibile a una "legge comune" su ciò che favorisce o meno il controllo (anche se delle variabili ricorrenti si trovano) ma spinge nella direzione di considerare la soggettività individuale e dunque invita a fare della sartorialità degli interventi (*client oriented*) una regola base
- La debolezza relativa delle regolazione sociale, con alcune eccezioni dovute te a setting collettivi, la relativa solitudine del consumatore che si dà le sue leggi ma che poco condivide rituali e norme sociali (illegalità, cultura, comunicazione)
- La consapevolezza dei consumatori della possibilità di un positivo apprendimento dall'esperienza, che cozza con la convinzione di molti servizi che, per definizione, maggiore è l'esposizione alla sostanza, maggiore è il danno

Di seguito **le salienze del confronto**, aggregate nelle aree:

1. Regolazioni e controlli

[1] Hanno partecipato: Beatrice Bassini (BO); Federica Gamberale (FI), Stefano Vecchio (NA), Maria Stagnitta (I), Gigi Arcieri, (TO) Roberta Franzin (Colegno-TO); Sidartha Canton (MI), Rita Gallizzi (MI), Max57 (BO), ; Alberto Favaretto (VE), Stefano Bertoletti, (FI) Domenico Sarno (BO), Chiara Cicala (NA). Hanno facilitato Susanna Ronconi e Grazia Zuffa

2. Sul controllo. Le parole e i significati.
3. Distanza e vicinanza tra (obiettivi dei) consumatori e sistema dei servizi
4. Pratiche di lavoro in atto sulla regolazione
5. Sollecitazioni sull'attuale sistema dei servizi

1. Regolazioni e controlli

In prima battuta, nell'esperienza di molti/e tra gli operatori partecipanti si evidenziano da parte dei consumatori strategie personali di controllo secondo diverse modalità.

Agganci esistenziali e compiti di vita

Sono verificate, nelle relazioni tra operatori e utenti, le strategie di "aggancio" a compiti di vita e interessi personali come dispositivo di regolazione del consumo. Tuttavia, si ritiene che non vi sia nei servizi formali un atteggiamento di valorizzazione di queste strategie:

> *Nella pratica noi non siamo abituati a dargli valore e a restituirlo, come elemento che insomma… se devi stare dentro a tutte queste cose qui, il tuo consumo di sostanze probabilmente è anche ritmato, regolato da un sacco di impegni che hai, a cui tieni, e quindi avere molti interessi molti ruoli in effetti ti aggancia e ti protegge*

Apprezzare la sostanza con approccio critico. La qualità come elemento regolatore

Soprattutto dall'osservatorio particolare degli interventi nei setting naturali e comunque nella Rdd, gli apprendimenti sulla qualità della sostanza, dovuti all'esperienza, giocano un ruolo regolatore, nel senso di una maggior selettività e di una prudenza:

> *Un sacco di consumatori tendenzialmente più si danno dei limiti, più "mettono delle virgole", ah sì, a me piace solo quella lì, in quel modo lì, da quel mio amico lì perché quella è più buona, e quindi o così o niente, è una strategia per mettere un po' di distanza, regolarsi un po' meglio. Per noi lavorando sul drug setting, è un vantaggio perché molti vengono a chiederci anche sulla qualità della sostanza, vengono quando veramente hanno dei dubbi o comunque cominciano appunto a incuriosirsi, cominciano a mettere delle strategie di regolazione, diverse da: "ah se hai la coca allora vengo con te"*

La finalità dell'uso incide sul controllo

Ci sono obiettivi nel consumo che – coniugati con il setting – moderano il ricorso ad associazioni quali cocaina e alcool. Non si tratta evidentemente di criteri "oggettivi" ma mediati dalla soggettività del consumatore:

> *Sulla questione dell'unione con l'alcol, vedo due grandi categorie, una che usa cocaina in modo ludico, ricreativo, e quindi l'associa spesso all'alcol, l'altra che usa in modo prestazionale e professionale, e in quei casi l'alcol ci sta meno*

Contesti d'uso

Lo sguardo di chi opera nella Rdd /Ldr coglie la rilevanza del contesto d'uso come elemento che influenza l'assunzione, individuato anche come potenziale variabile di controllo:

In genere vedo che i consumatori funzionano molto nell'autoregolazione diciamo delimitando il contesto, le situazioni d'uso: là non mi piace proprio, non esiste proprio perché son scocciato, mi sono annoiato, non voglio consumare in quella situazione e là. Questo o è percepito molto, lo vedo, è questo il controllo, non è la quantità in sé, è quello

- **La modalità di assunzione come variabile di maggior o minor controllo. Questione controversa.**

Più di un operatore – soprattutto in bassa soglia e nei setting naturali – osserva come vi siano vie di assunzione difficili da modificare, da cui sarebbe molto più difficile "tornare indietro", e come spesso la soglia varcata arrivando a queste modalità rischiose (iniettare, assumere crack) sia percepita dagli stessi consumatori come un "passaggio" di non controllo (o di minor controllo o comunque problematico). Percezione a volte condivisa dagli operatori stessi

Il fatto che in un drop-in vengano prevalentemente persone che consumano per via iniettiva in qualche modo fa la differenza, forse ancora più che rispetto al tipo di sostanza lo definiscono come un punto di non ritorno, nel senso che se comincio a bucare non ritornerò mai più a una diversa via, o è rarissimo. Io non credo in tanti anni di avere conosciuto, forse una o due persone, che dopo aver provato per anni l'esperienza della via iniettiva ritornino ad altra via

A un certo punto mi chiederei ma chi abitualmente consuma per via iniettiva cocaina è qualcuno con cui io penso di poter lavorare nella direzione di un consumo moderato?

Le ragioni di questa maggior difficoltà percepita sono diverse, attengono comunque a una "razionalità" del consumatore, perché incidono sull'effetto più o meno intenso, sulle relazioni all'interno del gruppo, sul contesto d'uso. Una razionalità che può anche avere ragioni di limitazione del danno, come il passaggio dall'iniezione alla "bottiglietta" del crack, ma che lasciano negli operatori molti interrogativi, perché essendo il danno sfaccettato e pluridimensionale, non sempre è facile valutare se un cambiamento di comportamenti sia (relativamente) positivo o meno:

La cesura invece su un consumo che può diventare quasi sempre problematico è anche la modalità di passaggio dallo sniffo al crack o alle famose bottigliette, lì è veramente una cesura grossa, c'è una confusione, il piacere proprio della ritualità, c'è la ritualità nelle bottigliette ma una volta che si inizia poi…

Infatti è una delle poche modalità d'assunzione accettata dai policonsumatori storici, cronici, istituzionalizzati che devono contenere il buco, scraccarla funziona, e comunque è l'unica modalità che viene accettata se lavori per contenere, ridurre il rischio iniettivo. Anche se poi con i dubbi che si possono avere, perché non sai se è più dannosa o meno dannosa, certo se uno non ha più vene…

Al di là delle ambivalenze, comunque, l'immagine soggettiva che il consumatore ha di una certa modalità di assunzione può funzionare come elemento regolatore e limitazione del rischio, come nel caso dell'iniezione:

Il buco come limite, cioè ci sono alcuni consumatori, più di cocaina, che si dicono: io mi son imposto il buco come limite, perché ho visto che sono un consumatore che

tende a essere molto vorace, se arrivavo al buco chissà cosa succedeva, per cui mi son posto questo limite qua

La relatività del minor o maggior rischio di un "viraggio" dall'una all'altra modalità di assunzione chiama dunque in campo la soggettività del consumatore e il suo stile di consumo. Si fa notare che appare difficile "oggettivare" rischi e danni di una modalità di assunzione, nella prospettiva dei controlli:

Mi sembra troppo oggettivo, nel senso che voi state costruendo un nesso diretto tra quella tal modalità di assunzione e la perdita di controllo, ma tradotto attraverso la biografia del soggetto è necessariamente sempre così? Non vorrei che noi riproponessimo per la modalità di assunzione la stessa centralità "oggettiva" che qualcuno propone per la chimica della sostanza, questo mi preoccupa un po'

Vengono sottolineati anche nessi tra modalità di assunzione e dimensione del **piacere,** da un lato, e al lato opposto, **compulsività.** Piacere e compulsività sono presentati come antitetici. Modalità ritenute più "dure" (iniettare, scraccare) nell'osservazione degli operatori portano i consumatori a perdere progressivamente la dimensione del piacere e certa ritualità sembra spingere all'assunzione ossessiva. Orientarsi verso modalità che "proteggono" perché salvano il principio del piacere sembra una argomentazione spendibile. Questi criteri fanno i conti anche con la chimica delle sostanze, secondo gli operatori, e la loro ricaduta sugli effetti: maggior o comunque relativa indifferenza per l'eroina (le differenze di modalità d'uso non sono così radicali) grande differenza, invece, per la cocaina (inalata, fumata o scraccata cambiano effetti e anche scena dal punto di vista culturale)

La cosa secondo me che accomuna i consumatori che scraccano e i consumatori che utilizzano per via iniettiva è la perdita della dimensione del piacere, nel senso che quando ti raccontano non c'è più l'elemento di piacere, prevale l'elemento di compulsività: non posso farne a meno, mentre invece di solito chi ti racconta che sniffa ti porta degli aggettivi che ti richiamano al mondo del piacere

Eroina, l'eroina sniffata e fumata è una cosa, l'eroina bucata è molto più potente l'effetto, però il viaggio è quello bene o male. Con la coca non è così, la cocaina scraccata è un'altra sostanza, sia a livello fisiologico come effetti, sia a livello di discorsi che ci puoi mettere dentro. Quelli che fumano le bottigliette vanno ai rave o stanno a casa, può anche scoppiare una bomba atomica che devi continuare a darci, non è che puoi interrompe, mentre tra uno sniffo e l'altro puoi scopare se ce la fai, puoi andare a ballare, hai gli amici, vai, bevi; quando inizi ad arrivare alla bottiglietta è finita, bisogna finire il pezzo e si va…

Questioni di contesto sociale

Il contesto sociale in cui l'uso avviene incide sugli stili di consumo e – più o meno direttamente – anche sulle possibilità di regolazione. La variabile "**reddito"** ha una doppia influenza: da un lato incide sullo stile di vita che a sua volta orienta lo stile di consumo (la precarietà, per esempio) dall'altro influisce anche sulla possibilità di cercare una "sponda" in momenti di maggior fragilità/perdita del controllo, consentendo a chi ha più possibilità vie alternative al Sert, da cui si vorrebbe star lontani:

Secondo me il consumo di qualsiasi tipo di sostanza non può essere scisso dallo stile di vita, dalle condizioni di vita e dalle abitudini di consumo. In un contesto di

crisi economica come il nostro è fondamentale anche l'aspetto economico, il reddito, lo status socio-economico. Ci sono dei consumatori che hanno la possibilità di avere un certo consumo nel tempo per una questione economica, che continuano e che caso mai non si rivolgono al Sert o ai servizi di bassa soglia, ma vanno verso altri servizi, psicoterapia privata e così via

Una seconda variabile di contesto è quella culturale, connotata da **"velocità e mutevolezza":** dei mix, del policonsumo, delle sostanze, del mercato, delle culture, dei gruppi. Una velocità che riguarda soprattutto i giovani, che sembra in questo vorticoso fluire delle cose, remare contro la regolazione, non dare occasioni e modi per "sedimentare" apprendimento e conoscenza:

Io incontro sempre meno persone che sono consumatori puri di cocaina, io incontro sempre più spesso persone che sono policonsumatori che hanno come sostanza di riferimento la cocaina ma utilizzano anche altre sostanze, e questo a seconda del contesto, degli amici e così via. Io noto una velocità nell'utilizzare le sostanze, ma anche nel cambiare modalità di uso delle sostanze. Gli adolescenti aprono tutto un panorama che è sconosciuto, cioè hanno una velocità di muoversi nello spazio e nel tempo che è difficile seguirla, sono quasi sempre connessi e sono connessi anche con le sostanze. Io vedo questa difficoltà poi nel saper gestire la sostanza, non solo per un'acquisizione di competenze ma anche proprio o fisicamente o economicamente

Mancato apprendimento uguale mancato controllo, e a volte implica un "viraggio" disordinato, motivato (anche) da una apparente maggior "maneggevolezza", come nel caso dell'eroina:

(I più giovani) la cocaina non riescono a controllarla, non hanno le competenze per riuscire a controllare e fanno il passaggio verso sostanze che pensano anche di gestire in maniera diversa e poi non ci riescono, l'eroina sta tornando, passano o da un pezzo insieme, alcuni fanno lo speed ball, ma altri nel tempo sostituiscono la cocaina come niente fosse…

Altra variabile del contesto è il **mercato illegale** e le sue dinamiche, in cui si coniugano – a congiurare contro la capacità di controllo - la velocità del cambiamento nell'offerta e l'opacità della qualità delle sostanze:

L'offerta dei mercati s'è inserita nei mercati dei consumatori di cannabis, proponendo anche delle evoluzioni nel consumo, dei cambiamenti delle modalità di consumo, poco controllabili dal consumatore, e anche sulla qualità, ti inducono a modificare la tua capacità di controllo

Controllo e regolazione "farmacologici"

Scontato che il consumo di cui si parla è per lo più policonsumo, di questo gli operatori colgono in modo ambivalente due facce: quella più tradizionale dei rischi correlati ai mix e quella che al contrario appare come razionalità, strategia di controllo e bilanciamento, contenimento/coping degli effetti. Quella di una autoregolazione "farmacologica" appare una strategia in cui varrebbe la pena di "entrare" per confrontarsi con i consumatori, soprattutto a detta di chi opera in bassa soglia:

Io credo moltissimo nel consumo controllato, sono assolutamente convinta che i consumatori sappiano sempre di più regolarsi il consumo, sanno decidere che sostanza usare per raggiungere quell'effetto e sanno come se fanno un'abbuffata di cocaina e non riescono a reggere hanno anche l'eroina dietro, per cui in qualche modo poi tornano a casa e sono sicuri di dormire. Sulla ketamina uguale. Insomma le sanno regolare, avrebbero molto da insegnare secondo me a chi lavora nei servizi

Normalmente il policonsumo è sempre rappresentato dal punto di vista farmaco-centrico come un ampliamento della tendenza a usare più sostanze, mentre invece molti di voi l'hanno messo in relazione quasi a un raffinamento del rituale, in questo contesto m'è più utile questa, nell'altro contesto m'è più utile quell'altra. Qualcosa di non molto dissimile dal fatto che appunto magari a tavola si beve il vino, mentre invece dopo cena si beve il super alcolico. Andrebbe approfondito perché naturalmente chiarisce poi per chi fa l'operatore il punto con cui si interloquisce con l'utente su questo problema, perché c'è una bella differenza tra interloquire dal punto di vista policonsumo uguale poliabuso, dall'andare invece alla ricerca delle motivazioni

2. <u>Sul controllo. Le parole e i significati</u>

La questione della ritualità

Avere controllo sull'uso significa anche darsi, avere delle regole che disegnano una certa ritualità da cui cercare di non discostarsi troppo. "Ritualità" è però una delle parole che devono ritrovare un proprio significato nella prospettiva dei controlli: osservano alcuni che ci sono ritualità che in realtà non si traducono affatto in un maggior autocontrollo sui modi di uso, oppure si incentrano su alcuni aspetti ma poi lasciano esposto al massimo rischio altri, oppure sconfinano in una sorta di rito ossessivo che mima il controllo ma non si accorge del mondo che crolla attorno:

Trovo che questa cosa un po' di riti poco credibili funziona, ci sono un sacco di persone che hanno delle ritualità nel consumo che funzionano, ma sono anche delle palle, perché poi non è che quello ha la coca meglio dell'altro, che ne so, se la fumano, cioè da una parte osservi con rispetto perché comunque aiuta le persone a starci dentro, ma poi quella che può essere la parte che osservo io, vedo che quasi sempre e comunque c'è l'unione con l'alcol, per esempio

Conosco un consumatore che ha fatto secondo lui un consumo controllato per anni della cocaina, un consumo controllato però bello consistente, 5 grammi al giorno, ma con tutta una serie di ritualità: appena ti svegli, poi dopo a metà mattina, l'aperitivo, dopo mangiato assolutamente per digerire, e poi dopo si dava il limite delle 6 del pomeriggio in cui smetteva e cominciava dopo a usare cannabis per dormire. Non ha avuto dei problemi né cardiaci né mentali, niente, se uno intervistava questa persona nel suo periodo di consumo intensivo, lui avrebbe detto io sono un consumatore controllato perché sto attento a quello sto attento a quell'altro. (…) però io mi pongo il dubbio sulla compulsione, sull'ossessività e sul controllo, si toccano queste diverse aree nei consumatori soprattutto di cocaina, perché è come se a un certo punto venisse questa cosa nella testa, che bisogna appunto aver dei rituali, contenere, però in maniera molto molto ossessiva

La parola controllo: ambivalenze tra vocabolari diversi

La parola controllo appare non priva di rischi di interpretazioni diverse da quella che si attribuisce nella letteratura che fa da riferimento a questo percorso. Tradotta nel linguaggio comune, per esempio, rischia di essere letta come un "imperativo" morale alto – irraggiungibile? – e questo sarebbe disfunzionale a un approccio empowering, rischiando di suggerire mete troppo alte:

> *Effettivamente la parola controllo, cioè proprio la semantica sociale del controllo, è forse una parola un po' troppo chiusa, soprattutto i giovani vi trovano una difficoltà, controllo è tutto ciò che stabilisce regole, quindi quando la si propone a un soggetto problematico può apparire un imperativo morale, per cui molti preferiscono uso consapevole.*
>
> *Noi dobbiamo stare attenti a non irrigidire troppo, a non ideologizzare troppo questo termine, (…) è un paradigma più generale, fa parte della vita quotidiana, ognuno di noi tende a costruirsi la vita e tendenzialmente va verso un equilibrio, non verso un'indipendenza ma a controllare o autoregolarsi.*

Per certi versi all'opposto, alcuni temono che enfatizzare il "controllo possibile" senza tradurlo nel linguaggio del singolo consumatore, crei un fraintendimento, quando l'utente abbia interiorizzato, al contrario, o l'impossibilità di controllare l'uso o l'impossibilità di poterne parlare apertamente con un operatore (soprattutto nei servizi formali). Insomma, si tratterebbe di uno spiazzamento rispetto all'immaginario del consumatore stesso. Ma non solo: si tratta anche spesso di messaggi contrastanti, che creano nel consumatore confusione, quando ad esempio un servizio inviante elabora una certa proposta di trattamento e un servizio referente si orienta diversamente, magari appunti verso ipotesi di uso moderato:

> *Credo che la parola controllo sia effettivamente difficile perché rimanda ancora alla dimensione del piacere che è una dimensione ancora difficile da accettare anche dagli stessi consumatori, accettare di potertene parlare a te che lavori - sia riduzione del danno o servizio SerT - come un aspetto non giudicabile, se controllo vuol dire che posso scegliere se farlo o non farlo, quando ne ho voglia e mi fa piacere farlo, ma posso davvero parlarne liberamente?*
>
> *Per quanto riguarda l'esperienza al drop in anche lì noi abbiamo il grande ostacolo con l'utenza, pensano che ti devono dire che sono lì perché vogliono interrompere, o comunque sospendere, e quindi tutte le sue pratiche diciamo mirate a rafforzare le loro strategie di controllo vengono da parte loro in qualche maniera respinte*
>
> *Nel momento in cui si ragiona di consumi controllati, loro ti guardano allibiti perché probabilmente nella loro esperienza non esiste consumo controllato, se sono qui è perché io non sono stato in grado di controllare il mio consumo. Su questo appunto c'è un po' una triangolazione insomma, dove c'è il servizio inviante che fa una domanda di trattamento, che spesso non coincide con la domanda di trattamento che fa la persona e a volte non coincide con gli obiettivi del tuo servizio*

Dialoghi sul consumatore come attore razionale. E l'emotività?

Il concetto di controllo si fonda su una lettura del consumatore come "attore razionale", soprattutto nell'accezione di un soggetto che apprende dall'esperienza e sa operare cambiamento. Questa accezione della "razionalità" – e le sue traduzioni in termini di apprendimento, orientamento, scelta – ad alcuni pongono il problema di come trattare la sfera dell'emotività (e del piacere) e di come evitare il rischio di una scissione tra le due dimensioni:

> *A me il pezzo più che manca è l'emotività nella razionalità (…) trovo che la sostanza si aggancia molto di più a degli stati emotivi, io lo aggancio più a quello, come se ci fosse la scatoletta della razionalità e la scatoletta dell'emotività ma tutte mezze sganciate, e a quel punto lì qualsiasi cosa pensata anche precedentemente con razionalità non funzionasse più, , i programmi saltano, come dire io domani mi fumo solamente due sigarette, una dopo colazione e una dopo pranzo, in realtà mi ritrovo che a metà mattina, senza pensare assolutamente a niente, mi accendo una sigaretta e bon alè*

> *Io mi trovo molto stretto nel titolo consumo controllato/incontrollato, stretto proprio dal punto di vista del linguaggio del consumatore. Mi viene chiaro il paradigma con l'alcol che è molto più semplice per quanto mi riguarda. C'è l'uso problematico e l'uso non problematico, se l'uso è problematico diventa incontrollato, se c'è un uso problematico o non problematico non te la giochi sul controllo, te la giochi su un uso che può dar dei problemi o no, però è neutra come cosa. Il controllo invece non è neutro, ha a che fare con dinamiche che svuotano o che tolgono qualcosa all'esperienza. Con una sostanza come la cocaina che evoca piacere a tutti i livelli, il desiderio a tutti i livelli, evocare il controllo o il non controllo può far cadere in questa dicotomia, tra privo di emotività o dall'altra parte, uguale, uno che è dipendente razionalmente deve farsi*

Si osserva, su quest'ultimo punto, che forse il termine autoregolazione può dare adito a meno fraintendimenti, ma in ogni caso anche la coppia problematico/non problematico attiene alla soggettività (non è una misura oggettiva) e differisce da controllo /non controllo per il fatto che quest'ultimo mette l'attenzione sul soggetto e la sua scelta, più che sulle conseguenze, dunque tratta il consumo con uno sguardo specifico

> *Credo che il controllo rispetto a quello che proponi tu su uso problematico e uso non problematico, è un po' diverso, perché il termine di controllo mette l'accento sulle strategie personali, allora io posso dire di avere un consumo problematico o non problematico ma è già un giudizio di sintesi, che produco se sono abbastanza autoriflessivo, ma il discorso sul controllo e/o sull'autoregolazione mette l'accento sui processi che metto in moto perché il mio consumo non sia problematico*

3. Critiche ai modelli operativi vigenti. Distanza e vicinanza tra (obiettivi dei) consumatori e sistema dei servizi

Distanza da etichettamento

L'effetto etichettamento gioca un ruolo significativo nella distanza dei consumatori – soprattutto giovani e/o integrati – dai servizi formali. A questi si arriva per necessità "burocratiche" (patenti, lavoro ecc) più che per sostegno personale; questa distanza è

segnata anche da una serie di strategie individuali di coping che prediligono risorse informali (famiglia, amici) o pratiche non legali (acquisto di metadone grigio)

> *Grazie ai contatti informali che abbiamo nel mondo cosiddetto underground, ci raccontano come gestiscono tutta la loro vita, e anche pienamente si ritrova l'assoluto rifiuto di finire dentro ai servizi, se non quando arrivano i guai, i guai patenti, i guai lavoro, i guai soldi, lì bisogna andare e quindi bisogna farci i conti in qualche modo. Se invece hai un problema tuo personale che non sia ancora finito nelle mani della legge, il rifiuto è assoluto riguardo ai servizi perché c'è il solito etichettamento*

> *I consumatori che io ho avuto maggiormente in consulenza nell'ultimo anno/anno e mezzo sono i consumatori di ketamina e i ragazzi molto giovani che venivano da periodi di consumo compulsivo di eroina con le stagnole. Non erano mai arrivati ai servizi perché vanno a procurarsi il metadone in strada piuttosto che facendosi chiudere in camera dal babbo e che arrivano dicendo ok ora io non sto più usando l'eroina però c'ho un buco e ho bisogno di colmare quel buco quindi torno a consumare eroina. Non accedono ai servizi sicuramente per il fatto di essere stigmatizzati, nella maggior parte dei servizi esiste uno spazio molto limitato per i giovani consumatori che non sono i soliti tossicodipendenti*

- **Distanza da rigidità della proposta trattamentale**

Rigidità dei servizi significa in prima battuta porre il servizio al centro e non l'utente, dunque mancanza di "sartorialità", con conseguente ristrettezza del ventaglio delle opzioni possibili, in un rapporto di potere che resta fortemente sbilanciato

> *I servizi rispondono in un modo abbastanza rigido, almeno i nostri, solo con una terapia cognitivo comportamentale, poco adattata, quindi, a molti*

> *Varie delle difficoltà che noi abbiamo a ragionare nell'ambito dei contesti di servizi stanno nei modelli organizzativi che hanno a loro volta a che fare con i riferimenti culturali, il modo attraverso cui le istituzioni, le professioni si iscrivono a questi riferimenti è proprio la rigidità. Se io oggi dovessi pensare a un sistema di azioni molto articolato e differenziato capace di potere interagire con tutti i diversi livelli che noi descriviamo, bisognerebbe pensare a un cambiamento totale, perché se no noi rischiamo di fare molti servizi sperimentali e di lasciare intatta la rete, quella più forte, quella finanziata…*

Nella rigidità non c'è, oggi, solo o sempre l'obiettivo dell'astinenza, quanto anche altri obiettivi come la stabilizzazione farmacologica, su cui rigidità si coniuga come mancanza di negoziazione, protocolli appunto rigidi, scarso spazio dato alle strategie dell'utente

> *Sempre di più invece la richiesta che il servizio fa è di una stabilizzazione del trattamento, è un po' ambiguo perché in qualche maniera c'è la sostanza buona e la sostanza cattiva, la sostanza buona è il trattamento farmacologico che il servizio ha previsto per la persona, e poi c'è la sostanza cattiva che invece è la sostanza che la persona ha scelto come sostanza d'elezione (…) noi rileviamo anche qual è la domanda che viene espressa dalla persona, e spesso queste due richieste non combaciano, quasi mai combaciano: il servizio vuole la stabilizzazione in trattamento, le persone vengono con l'idea di togliersi il metadone. E su quello si apre una grande conflittualità*

Qualcuno – dalle basse soglie – fa anche notare come a fronte di una rigidità nella proposta trattamentale e a un deficit negoziale, spesso rispetto ai "nuovi" (si fa per dire) consumi si aggiunga una sostanziale mancanza di competenza da parte dell'operatore, che aggrava il mancato incontro servizio-utente:

> *I consumatori di ketamina, alcuni hanno provato a accedere ai servizi, hanno avuto un trattamento con antidepressivi, in certi casi anche molto forti, per cui loro si trovavano rimbambiti tutto il giorno e non capivano il senso, oltre al fatto che facevano colloqui psicologici con le psicologhe, nei migliori dei casi, in cui si sentivano dei topi di laboratorio, perché queste non sapevano assolutamente nulla del loro consumo di ketamina, per cui loro ci dicevano: ero io che insegnavo a loro che cosa stavo facendo, mi sembrava di essere un oggetto di studio, non ne ricavavo assolutamente nulla da questo colloquio*

- **La "goccia sulla roccia". Ovvero come i consumatori usano (a modo loro) i servizi**

C'è, in questa rigidità, un "movimento" dai consumatori, impresso dalla pratica quotidiana della relazione con il servizio, che "spinge" per usare il servizio mantenendo le proprie strategie. Questo movimento interroga alcuni operatori, mentre attesta la maggioranza sulla difensiva o peggio sull'irrigidimento, ma è un fatto che alcuni utenti – forse i più abili – usano il servizio formale in prospettiva auto regolativa (basti pensare alle infinite declinazioni soggettive dell'utilizzo del metadone). Una analisi di questo "movimento" e delle controspinte dal servizio dice, secondi alcuni, del rischio di un progressivo arroccamento dei servizi (della maggioranza dei servizi) dietro il paravento di una mal posta tecnicalità, mentre da queste strategie dell'utenza ci sarebbe da trarre indicazioni per una riforma radicale:

> *La maggioranza dei soggetti che vanno ai SerT non persegue l'astinenza, e una parte di questi soggetti, in qualche modo persegue una forma di autoregolazione implicita, di cui spesso gli operatori dicono eh quello fa quello che vuole lui. Ora su questo fatto che fa quello che vuole lui, ci sono i pochi servizi un po' più attenti che provano a lavorarci. Per esempio, chi non usa il metadone secondo una logica canonica classica, i 60 i 120 mg, .il creving, ste cazzate lì, i ricettori (guardate una cosa insopportabile, tra l'altro secondo nessun fondamento nemmeno scientifico, secondo la scienza ottocentesca, però sono molto rassicuranti in genere per una certa area trasversale di operatori) apprendendo anche a gestire la istituzionalizzazione, usa il metadone sotto dosato, continua a usare l'eroina, o usa cocaina, alcol, ma magari recupera un rapporto con la famiglia, col lavoro, con se stesso perché usa il servizio per sé, ogni tanto si fa un controllo ecc. ecc. Quella persona a suo modo ha trovato dentro a quel contesto e fuori dalle regole riconosciute dalla scienza e dalle cosiddette evidenze scientifiche, ha trovato una sua strada di controllo, di autoregolazione*

- **Approcci per l'avvicinamento: riconoscere e valorizzare variabili altre (oltre il farmaco centrismo)**

Una lettura centrata non solo sui danni / rischi della sostanza ma sui suoi effetti desiderati e cercati dal consumatore, riconoscendo i suoi obiettivi, fa meglio comprendere quali siano – oltre la chimica delle droghe - le dimensioni di vita su cui lavorare, aprendo l'orizzonte sia dei significati attribuiti dal consumatore all'uso sia e insieme delle possibilità di intervento

Quando c'è un problema di desiderio, comunque poca gestione della propria vita sessuale o comunque della propria vita sociale, sicuramente ci sono dei problemi anche con l'uso di cocaina nei consumatori, nel senso che le cose si intrecciano molto profondamente, così tanto che - parlando sull'esperienza di consumatori di lunga data - se si riesce a regolare la propria vita sociale in un modo soddisfacente automaticamente la cocaina non diventa più "un problema"

C'era tutto il contesto intorno a lui, contesto molto articolato, famiglia, musicisti, amici, che premeva e lui aveva interiorizzato, che era da mettere in discussione questa sua realtà di vita, e andare in Comunità, fare i trattamenti ecc. ecc. lo sblocco reale è avvenuto nel momento in cui si è messo in discussione questo paradigma, guardate che (...) la potenza degli stigmi, dei pregiudizi, delle rappresentazioni sociali è veramente molto più forte di quanto ci si può aspettare, ma per fortuna il livello di interiorizzazione non è sempre così radicato e strutturato, insomma si riesce in alcuni modi a sbloccare delle situazioni in un modo molto più semplice di quanto si potesse pensare. La molla che l'ha fatto arrivare è stata una molla soggettiva, una molla individuale, il cambiamento è stato quello di dire l'obiettivo non è la messa in discussione del consumo, il suo rapporto con la sostanza, ma era tutto un suo stile di vita da definire. L'incontro con un servizio, con l'operatore è stato un incontro in cui lui ha trovato la situazione giusta, col tempo naturalmente ha trovato un suo equilibrio nel quale il rapporto con la sostanza e con il modello di consumo si è inquadrato all'interno di scelte che di volta in volta si facevano

- **Controllo? forse e ma, ma i giovani no.**

"La goccia sulla roccia" che sono gli utenti che negoziano e/o usano il servizio non rinunciando a strategie personali spesso purtroppo non produce cambiamenti né di sguardi né operativi. E' interessante osservare come in molti servizi vi sia deroga all'imperativo del "consumo zero" in accezione "ultima chance", dunque come risposta a una situazione descritta di cronicità, ma sia negata radicalmente in caso di consumatori meno compromessi o comunque giovani. Come a dire che un consumo moderato non è nei fatti obiettivo "accreditato" nei servizi formali, ma al più una pragmatica "resa" di fronte all'evidenza

A Venezia c'è una negoziazione e c'è anche un tentativo di tollerare l'autoregolazione che hanno alcuni pazienti rispetto a un loro funzionamento, però siamo in un'area di riduzione del danno, siccome non riesco a portarvi a un'astinenza, allora va bene tollero questa tua modalità. Cosa che invece non è tollerata se arriva un nuovo giovane consumatore, che magari non ha vissuto momenti di crisi, allora l'autoregolazione non è tollerata... Gli operatori del SerT mi raccontano che ci sono moltissimi ragazzi giovani, ma ragazzini, che hanno iniziato a consumare eroina, che da tempo comprano il metadone al mercato grigio, hanno imparato a regolarselo, sono un po' stanchi, non hanno soldi, e vanno al SerT pensando di poter contrattare, ascolta dammi tu il metadone piuttosto che andarlo a comprar fuori, chissà cosa mi bevo, cosa mi costa, eccetera, io mi regolo perché ho imparato, è già da 4/5 anni che vado avanti così. Bene, ovviamente questa cosa non è consentita e tollerata. Invece con un cosiddetto cronico, che magari ha già la sua storia di 10 anni di fallimento, allora figurati, te ne do quanto ne vuoi (che poi è quello che lo vende al ragazzino)

Il mio osservatorio sono i servizi fiorentini, anche da noi in qualche maniera si registra che c'è una tendenza ad accettare forme di autoregolazione da parte dei consumatori storici o comunque dei consumatori che hanno avuto diverse esperienze di trattamento alle spalle, mentre - legato anche alla questione del budget - i giovani consumatori sono oggi considerati meritevoli di un intervento, meritevoli di un investimento, e quindi di un intervento che guarda verso il consumo zero, il trattamento che guarda verso l'astinenza

4. Pratiche di lavoro sulla regolazione

Nel corso del focus sono state evidenziate alcune pratiche di lavoro sulla regolazione oggi in atto da parte di servizi di Rdd /Ldr ma anche di servizi formali. Alcuni punti di forza sono rilevanti per un ragionamento sull'innovazione dei modelli operativi.

Sostegno all'esperienza personale di regolazione

Un atteggiamento proattivo, che "pesca" nel vissuto punti di forza, evitando di insistere sui deficit o sul "fallimento"

Incontrando le persone che dicono io per un periodo non ho consumato, ho consumato di meno, noi cerchiamo poi di lavorare anche sull'obiettivo dell'autoregolazione. Di fatto le persone consumano, ma quando si riesce ad andare indietro nel tempo siamo riusciti a lavorare come equipe non sul sottolineare che aveva smesso e, peccato!, ha avuto la ricaduta, al contrario riusciamo a lavorare sull'autoregolazione e quindi sulla valorizzazione di tutte le strategie che le persone avevano utilizzato prima, naturalmente

Counselling e consulenza psicologica per il controllo

Un servizio a bassa soglia pensato per consumatori attivi, che non parte da un proprio autoreferenziale ventaglio di obiettivi, ma offre un tipo di consulenza psicologica "client oriented", calibrata sulle strategie di controllo

Sono nata in realtà come operatrice di strada, come operatrice della riduzione del danno, per me questo è un po' un vanto nel senso che sono convinta di nascere più come psicologa di strada, con molti meno preconcetti di altre persone che magari questo lavoro nello specifico non l'hanno fatto. alle consulenze accedono sia consumatori esperti che arrivano per avere informazioni, per ragionare sul problema rispetto anche al controllo della sostanza, quindi la sensazione di capire che gli sta sfuggendo il controllo e quindi volere in qualche modo recuperare; sia anche consumatori nuovi che sanno dell'esistenza di questo posto, che vengono a chiedere informazioni su come controllare in un'ottica proprio di riduzione dei rischi, come faccio a fare questa cosa e a essere sicuro di farmi il meno male possibile

Io penso che comunque si debba partire da quello che chiede e propone la persona che chiede aiuto a un servizio, qualsiasi esso sia, bisogna che ci basiamo sul momento in cui è, punto, e da lì pensare di far delle cose. Secondo me anche questa cosa qua di costruire anche delle competenze, di leggere i propri stati d'animo va nel senso dell'autoefficacia, diventi più capace di guardare come sei messo in quel determinato momento

- **Facilitare la narrazione per l'apprendimento**

Costruire un contesto relazionale in cui sollecitare intenzionalmente e ascoltare le strategie individuali di controllo, coping, apprendimento, per restituire autoefficacia e apprendimento

> *In prima battuta la persona ti dice io non mi do nessuna regola e poi alla fine dell'intervista ti dice grazie perché ho messo a fuoco questa cosa, in realtà io delle regole, te le ho raccontate, mi sono accorto che ce l'ho. Questa cosa qui è tra l'altro una delle piste che poi possiamo seguire per domandarci che tipo di ruolo possiamo avere noi su questo. Perché poi a proposito dell'apprendere, è difficile che si apprenda fino a che non c'è una narrazione rispetto alla nostra esperienza, cioè il fatto di narrarla a se stessi o a qualcun altro rende l'esperienza fonte di apprendimento, prima è difficile che io magari nel chiuso della mia stanza dica allora ho fatto quest'esperienza e imparo questo. È sempre dentro una narrazione, questa è una delle basi del lavoro di relazione nei lavori che noi facciamo…*
>
> *Questa è anche la nostra esperienza, quando facciamo i primi colloqui sui consumatori di cocaina che arrivano al servizio molto spesso nell'intervista iniziale che facciamo su quanto consumavano, dove, di contestualizzare il consumo eccetera, anche a noi viene detto questo, sai che non ci avevo mai pensato a questa cosa qua? .. In effetti è vero, io mi comportavo così così così*

- **Auto mutuo aiuto e *peer support* (quando la cartella clinica non serve aprirla)**

Tradizionalmente, l'auto aiuto è stata utilizzato dai professionisti in prospettiva dell'astinenza, come "stampella" al percorso terapeutico. Il gruppo, le competenze al suo interno, le dinamiche e gli scambi tra pari, sono invece una buon setting per il lavoro sui controlli. Sono anche una modalità di sostegno che può rimanere fuori dal sistema formale, avvalersi di una positiva indipendenza e autonomia (etimologicamente, darsi da sé le proprie leggi)

> *In queste forme dei gruppi di auto mutuo aiuto io penso che possano esserci spazi, fuori dall'istituzione, in cui le persone possono cominciare a discutere i propri consumi senza nessun obiettivo d'astinenza. Per me questa è una cosa fattibile, riproducibile, non costa niente se non qualche ora dell'operatore che si impegna a fare questa cosa insieme a qualcun altro, e io non vedo queste persone in nessun altro contesto se non in questo contesto di maggior riflessione. Non ha senso ingabbiarle in nessun'altra cosa, nel momento in cui non chiedono e non hanno bisogno di altro, mi sembra che altrimenti facciamo come quando c'è stato il boom delle nuove droghe che bisognava fare arrivare tutti al SerT, la prevenzione nei luoghi del divertimento doveva essere finalizzata a far arrivare le persone ai servizi. Non ha senso.*
>
> *A Torino chi ha aperto veramente delle strade all'inizio degli anni '90 è stato un gruppo di auto aiuto che si chiamava Fluxsus, non a caso ospitato da nessun servizio se non in una stanzetta del Gruppo Abele, e anche quella data un po' di nascosto da Leopoldo Grosso perché tutto l'altro corpo degli operatori non li vedeva bene. Si sono riuniti non per liberarsi dalle sostanze ma per ragionare su come consumavano, sono convintissima di questa cosa, perché per me il nuovo modello operativo è proprio una cornice larga, che da un lato attraversa tutti gli*

ambiti dei servizi, dall'altro lato si permette di ragionare su luoghi nuovi, e dall'altro lato ancora si permette di ragionare su risorse che non siano esclusivamente gli operatori professionali

Sartorialità del trattamento, ovvero stare leggeri quando è il caso

Uscire dal Sert (anche da parte di operatori Sert che vogliano sperimentare) non ha solo il significato di uscire dall'etichettamento -da- servizio, furbescamente attirando i consumatori in luoghi neutri. Ha proprio il senso di uscire da un sistema di obbiettivi e da una rigidità trattamentale per declinare percorsi che non necessariamente debbano "patologizzare per sostenere".

Per il soggetto che lo vive come un problema ci sono due categorie di rischio, che sono o la salute o i soldi o entrambe le cose. E' lì che arriva una problematizzazione del soggetto che deve fare i conti con qualcosa che non può padroneggiare, oppure c'è l'abuso saltuario, l'abbuffatona da week end. Nell'ultimo periodo a Bologna c'è questo servizio che si chiama "Due Piste per la Coca" che è uno sportello gestito sia dalla Cooperativa Rupe e da un pezzo del SerT che appunto riguarda questo tipo di pezzo, è una presa in cura ma leggera, assolutamente temporanea, un week end, stacchi la spina e torni, abbastanza free

Quello che è certo, la cosa che alleggerisce, che sblocca è quando un soggetto riesce a mettere in discussione tutte le teorizzazioni che ha, le sue convinzioni che ha e che corrispondono con i pregiudizi, gli stigmi, le leggi ecc. ecc, quello sicuramente è un elemento di fondo che di volta in volta ci permette di alleggerire moltissimo, che alleggerisce il peso perché una persona recupera un rapporto con se stesso, si rende conto che chi ha di fronte non è onnipotente, che può anche ragionare sulle risorse, può ragionare sulla propria vita

"Smettere" e "ricaduta" non sono due parole utili. Anzi: la relazione si costruisce dentro la turbolenza, e oscillare nel consumo - smettere e riprendere – non segna cesure, ma offre vissuti su cui ragionare congiuntamente, fuori dal contenuto giudicante e in fondo morale che la parola ricaduta tradizionalmente ha.

La cosa secondo me anche importante è che con le persone manteniamo un rapporto anche altalenante nel tempo, magari se attraversano dei periodi in cui stanno in una situazione che controllano di più non sentono neanche la necessità di venire, poi magari tornano, richiamano, rivengono quando stanno un po' più dentro la problematicità. Cioè è come se avessimo fatto un percorso di apprendimento comune, tra noi e loro, per cui abbiamo costruito l'idea che poi dopo possiamo incontrarci di nuovo, anche se non hai già smesso da 1 mese, da 10 giorni eccetera eccetera

Quando noi abbiamo pensato come promuovere il servizio abbiamo lavorato moltissimo, avevamo fatto anni prima dei focus group con consumatori, operatori, persone che lavoravano nei locali notturni, e da là era venuto proprio moltissimo quest'attenzione all'aspetto semantico, quindi già quando abbiamo fatto i materiali di pubblicizzazione e il sito abbiamo lavorato moltissimo sulle parole. Ora per esempio a me m'ha colpito che parole a cui ero abituatissima tipo dipendenza o astinenza non circolano proprio da noi, le persone non le nominano, non le nominano i familiari e neanche noi operatori. Per esempio il binomio ha

smesso/ricaduta è un binomio a cui abbiamo dovuto molto più lavorare, lavorare proprio su di noi.

5. Sollecitazioni intorno a servizi e modelli (guardando avanti)

- **Aprire cartelle. Il passaggio da un servizio implica per forza una dinamica di istituzionalizzazione (centrata sul servizio e non sul cliente)?**

Si apre qui un ragionamento sulla standardizzazione degli interventi, sugli effetti istituzionalizzanti di questo processo, di cui si sottolinea non solo il rischio di obiettivi non misurati sulla domanda dell'utente (predizione facile di insuccesso), ma anche su effetti di interiorizzazione da parte dei consumatori di linguaggi e immagini di sé improntate ai paradigmi patologizzanti del consumo, che "remano" contro lo sviluppo di capacità autoregolative.

Uno può essere un consumatore intensivo, anche per lunghi periodi, e avere però fondamentalmente la sua vita, un insieme di impegni di vita che lo tengono in un determinato binario sociale; oppure noi possiamo avere consumatori prevalentemente intensivi, ma anche no, che però sono istituzionalizzati, e che sono anni e anni che sono in carico al SerT, e la loro vita, il loro pensiero, e purtroppo la loro identità sociale - perché questo è il punto - si struttura intorno a come riescono a sopravvivere negli interstizi dell'Istituzione

Ho visto i servizi delle dipendenze in qualche modo mettersi in discussione rispetto al loro approccio e al paradigma che utilizzano, ma si definiscono comunque costantemente come servizi ad alta soglia, perché comunque per accedervi devi fare un certo tipo di percorso e non riesci ad avere, neanche quando passi attraverso le unità di strada o drop in, una corsia preferenziale per cui magari accogliere il bisogno problematico del momento e poi accompagnare una persona nel suo percorso di vita senza necessariamente aprirgli la cartella o stigmatizzarlo

Quando io mi rivolgo a un servizio mi rivolgo con una domanda, se poi il servizio la codifica dicendo, ok devi smettere, come unica soluzione, è un altro paio di maniche

Un servizio pensato, di contro, con approccio client oriented, promuove un'immagine diversa, e sarà questa immagine diversa che l'utente si vede restituire. È il servizio che fa il monaco?

Il consumatore di cocaina che viene da noi pure se racconta un consumo intensivo assomiglia di più a mia sorella quando dice vado nel centro anti fumo quando già sto controllando un po' le sigarette, all'amica che dice ora che sto mangiando un po' di meno adesso è l'ora di andare dal dietologo. Questo mi sembra interessantissimo, nel senso che c'è proprio una cultura che conferma questa idea che tu la puoi in qualche modo controllare, è anche un bisogno della persona, prima di sentire di potersi riappropriare di questa dimensione del controllo, prima di andare in un luogo dove farsi aiutare

Sul porre rimedio all'eccesso di servizio-centrismo e lavorare verso una maggior sartorialità degli interventi, entra in campo il tema della **negoziazione operatore-utente**

come possibile prassi di ri-equilibrio. Si evidenziano aperture ma anche limiti di alcuni passi effettuati in servizi formali in questa direzione: la sigla di un contratto, per esempio, in ambito Sert si rivela ambivalente, tra intenzioni negoziali e patto imposto, comunque sbilanciato nei rapporti di potere. Esistono meccanismi di adeguamento da parte degli utenti – mutuati da esperienza di rapporto con i servizi e da interiorizzazione di immagini sociali – che non rendono davvero libera la negoziazione:

> *La proposta viene fatta con la persona che arriva al servizio su un programma che propone il servizio ma su cui in qualche maniera la persona può dire io ci sto, non ci sto. E alla fine c'è la firma sia dell'utente che degli operatori che se ne occuperanno. È una prassi sulla quale siamo chiamati tutti, deve risultare che entro i 60 giorni è stato visto non da un operatore solo ma da due, e c'è stata la contrattazione col paziente con il consenso del paziente sul trattamento…*

> *Quello che temo funzioni poco è che c'è un retroterra culturale, che è parte anche delle persone che si rivolgono ai servizi, di super adeguamento, c'è proprio il bisogno di apparire adeguati, allora quando appaio adeguato poi forse potrò portare le mie parti più problematiche, e quindi le mie istanze più vere spesso restano fuori. Addirittura nel drop in vanno con questo tipo di immagine. Addirittura noi abbiamo il drop in e la stanzetta del consumo vicino, ci sono delle persone che si vergognano a farsi vedere che usano. Un contratto sarebbe una cosa che funziona se non ci fosse questo aspetto culturale generale che vizia le cose*

Il feedback dalle basse soglie spesso evidenzia queste ambivalenze, riportando le percezioni dei consumatori che vivono il "patto" come atto fondamentalmente non libero:

> *È proprio la scelta di starci, al contratto, molte persone lamentano, poi quando vengono ai servizi di bassa soglia, che quel contratto non l'hanno scelto, glielo hanno imposto*

> *Secondo me se viene proposto bene, la si spiega bene, può dar valore al trattamento e in qualche modo dà l'opportunità di lavorare sulla fiducia, se è una negoziazione reale. Se io lo faccio come pratica così, dove alla fine tu mi devi firmare una cosa, se [l'utente] è un po' paranoico e usa anche cocaina, poi arriva da noi e dice ma che cazzo è, mi avete mandato là, mi han fatto pure firmare una roba, e cominciano a saltare gli appuntamenti*

> *Sul linguaggio bisogna mettersi d'accordo, è chiaro che è interessante questa cosa per i servizi, ma per un consumatore molto meno, perché se deve mettere una firma, proprio all'inizio, una firma è la cosa peggiore che puoi fare, perché se sei una persona sana di mente oggi non firmi nulla soprattutto riguardo alle droghe*

Si sottolinea anche che, pur in presenza di una buona negoziazione, questo non sposta il fatto che tutto il processo è in ogni caso standardizzato, magari flessibile, ma ancora servizio-centrico, e la relazione ruota attorno a una (più o meno indiscutibile) mission del servizio:

> *La negoziazione c'entra fino a un certo punto, perché è sempre il servizio che gli propone la sua mission e poi si viene a una negoziazione con quelli che invece sono gli obiettivi dell'utente, ma vengono stravolti i principi di un approccio client oriented, dove il motivo è giustappunto far venir fuori quello che è la richiesta di*

cambiamento, io non combatto perché tu cambi, io ti piglio così come tu sei e prendo per buono quello che tu mi proponi, e su questo eventualmente si lavora

C'è una diversa e possibile accezione di negoziazione, ed è quella incentrata non tanto sul patto operatore-utente in vista di un trattamento, quanto sulla tutela di alcune garanzie e diritti dell'utente: una negoziazione, insomma, che dica all'utente che in qualche modo il percorso non gli "sfuggirà" di mano, che potrà esercitare su di esso una qualche "signoria". Un negoziazione spostata, in questo caso, più verso l'utente.

La parola contratto la eliminerei dal nostro gergo, io parlerei più di possibili accordi, sottoscrizioni (...) con al centro un'autonomia dai servizi, processi di autonomizzazione di questi soggetti attraverso il miglioramento della propria capacità di controllare la propria vita e anche i trattamenti. Oggi tutte le esperienze di cui noi parliamo nei servizi sono comunque esperienze che sono decise, dirette dagli operatori, nelle quali l'utente prova a sottrarsi: c'è quello che decide il dosaggio, ci son gli orari di servizio, si stabilisce per quanto tempo uno è in affidamento. È questo che dovrebbe essere oggetto di negoziazione. Se la legge mi dice che io posso avere fino a 30 giorni di trattamento deve essere chiaro che io posso partire da 30 giorni e posso negoziare sulla base di regole certe, non il contrario, che è l'operatore che decide se tu puoi avere 3/4/7/8 giorni.

Il fattore U (come umano) degli operatori

La relazione operatore – utente avviene in un contesto che ad oggi non aiuta il cambiamento diciamo "negoziale" e sartoriale. Un contesto fatto di nuovo conformismo culturale – che a sua volta ha radici concrete – che frena negli operatori la capacità / volontà di promuovere cambiamento, e che anche attraverso i fattore E (economico) tende a incrementare standardizzazione versus individualizzazione:

Quello che vedo io è che la stragrande maggioranza delle persone che lavorano ai SerT o in alcuni Servizi di bassa soglia è gente demotivata, che a volte si trascina, è diciamocele ste cose, e questo produce cultura. Poi ci sono delle pressioni, delle spinte, di tipo sociale e politico che aumentano omologazione e conformismo alla politica dominante, contiamo sulle dita quelli che hanno una visione alternativa al modello dominante, un modello dominante che va verso l'econometrico, tendiamo a misurare e a pesare tutto, arriveremo a misurare il tempo sulla base econometrica, tempo che dedichiamo agli utenti, già si fa col sistema del vaucher, e questo è da non sottovalutare.

Il lavoro sul controllo, si fa (a volte) ma non si dice

La questione della non inclusione esplicita nella mission dei servizi di obiettivi di controllo e/o moderazione non toglie che in alcuni casi vi si lavori "di fatto". Ma la mancanza di una intenzionalità (e di una epistemologia) palese, non rischia di fare di questa prassi, di questa microfisica di azioni professionali, una nicchia di scarsa efficacia e ininfluente dal punto di vista dell'apprendimento e del cambiamento delle organizzazioni?

Interventi in questa direzione nei servizi formali avvengono già, io vedo i miei colleghi che utilizzano l'approccio motivazionale, nella fase di determinazione le azioni che sono fatte più significative sono sul controllo, e nella volta successiva che ti rivedi vedi com'è andata. Insomma secondo me molte gestioni concrete delle

situazioni utilizzano già il lavoro sulla capacità di autocontrollo. Solo che non verrà mai accettato come tale

Questo approccio è quello che prevalentemente tutti utilizziamo, io credo che c'è una punta minima di consapevolezza da parte di alcuni operatori, alcuni Servizi, che il lavoro è questo. Poi c'è una zona abbastanza ampia che ci lavora in modo implicito

- **Servizi nella società. Un approccio non solo client oriented, ma anche comunitario?**

Nel prospettare cambiamenti di modelli operativi, è necessario pensare che essi avverrebbero in un contesto che produce immagini (e aspettative) diverse e contrastanti. È il contesto sociale, famigliare, relazionale dove i consumatori si trovano (e si troveranno) ad esercitare autocontrollo. Il nuovo modello operativo, allora, dovrà includere un'attenzione specifica alla dimensione community based?

Ragionare su la socializzazione delle strategie, su una costruzione di comunità capaci di promuovere elementi culturali e di trasferirli, è una cosa molto complessa perché c'è una tendenza molto all'individualizzazione che è un problema diciamo storico, e non ha a che fare solo con le droghe. I consumatori di droga stanno dentro i processi sociali, c'è una società che si esprime in modi molto più fluidi, molto più dinamici, i nostri strumenti quanto sono flessibili?

Abbiamo un po' due strade che non sono alternative ma in qualche modo penso intrecciate: da una parte come lavoriamo sul senso di autoefficacia del consumatore, l'altro pezzo è quello sul contesto, e mi segno subito una domanda. Fino a che punto se noi pensiamo di innovare il nostro modello operativo possiamo lasciar fuori tutto il discorso sulle culture e sulla percezione sociale? Perché c'è il soggetto ma c'è il contesto in cui vive, cosa questo contesto in continuazione gli lancia della sua fragilità, dell'impossibilità ecc. ecc. E' un pezzo importante della nostra riflessione su cui chiedersi fino a che punto un servizio ha competenze, limiti e possibilità

- **La questione del continuum. Oltre i frammenti, un nuovo approccio per un nuovo sistema?**

Rilevato un continuum nelle carriere – oscillazioni a fasi alterne, compresenza di picchi moderazione e astinenza temporanea in una carriera ecc – come questo dovrebbe ri-orientare un sistema di servizi capace di far transitare al proprio interno fluidamente il soggetto che intende avere con i servizi un rapporto? La questione del continnum si pone tra necessità di saper dare ad ogni livello di offerta le sua specificità ma al contempo nel bisogno di rivedere tutto l'approccio complessivo del sistema.

La questione è di capire se l'area del cosiddetto trattamento prevede al suo interno anche un intervento sull'autoregolazione, sul controllo. Io sono dell'opinione che quelli che noi chiamiamo trattamenti in questo momento dovrebbero completamente riconvertirsi per far parte di un sistema a rete con la Rdd, che dovrebbe mettere in condizione un consumatore di poter scegliersi qual è l'articolazione dei servizi che è più utile per sé in quel momento, se è l'Unità di strada, se è quella di incontrare nei contesti del divertimento un'equipe, o se è un SerT. Tutto questo dovrebbe essere a soglia bassa, mirata all'accessibilità e anche

alla visibilità che consentono alle persone di poter scegliere. Perché oggi se tu vai a un SerT non scegli, quando vai al SerT c'è già il tuo percorso e c'è già una pressione sociale intorno a te.

SerT, Unità di strada, equipe che interviene nei contesti del divertimento, programmi specifici, sono tutti in rete, ma il problema è che la rete si fa in parte modificando anche la struttura organizzativa di utilizzo di questi servizi, rendendoli meno gerarchici fra di loro e operando anche cambiamenti culturali ma anche organizzativi. I vari punti che dovrebbero entrare in rete, far sì che il sistema della rete metta in condizione un consumatore di poter fare delle scelte libere

Qui si pone anche il nodo di un diverso rapporto tra Rdd e trattamento – per semplificare – che non sia la sbrigativa affermazione di alcuni ("*la Rdd non serve più, siamo tutti a bassa soglia*", per altro puntualmente contraddetta dai fatti), quanto al contrario l'attraversamento di tutti i livelli di intervento da parte di un approccio – debitore alla Rdd – client oriented e empowering.

Anche se esiste una certa separazione tra Rdd e sistemi di cura, se noi vogliamo mettere in discussione la interazione controllo- dipendenza, noi dovremmo mettere in discussione almeno dal punto di vista concettuale il fatto che esista una separazione tra servizi, e affermare che la Rrd possa essere un paradigma trasversale capace di informare tutti i livelli attraverso i quali un'azione è articolata. Nella mia esperienza ho visto che il fatto che tanti servizi hanno avuto a che fare con un fenomeno di massa, ha messo fortemente in crisi almeno l'articolazione clinica del paradigma della cura fondato sull'astinenza

Dare obiettivi di controllo anche a chi interiorizza "l'ingresso nel modo senza ritorno", che va a coprire tutte le fasce di consumatori. Ultimamente mi trovo a lavorarci rispetto alla dimensione on line, stando dietro alla creazione di un sito in cui io mi sto sforzando di introdurre la dimensione del controllo, di fronte alla perdita di controllo, all'ingresso del mondo del "senza ritorno", della sofferenza, introdurre questo fatto, la perdita di controllo che si può riprendere, una strategia che puoi condividere con altri. Io vedo che di fronte a questo c'è una grossa debolezza, non c'è risposta o è molto rara

Noi dalla ricerca abbiamo dedotto tornare indietro da un certo tipo di problematicità e quindi di recuperare autocontrollo può riguardare diverse tipologie di utenti, e questa è la scommessa per capire se questo discorso deve stare per forza solo dentro l'area della Rdd oppure questo discorso può stare anche dentro l'area del trattamento. A noi la ricerca ha suggerito che potrebbe stare anche dentro l'area del trattamento. Una cosa da definire in questo tipo di discussione è concordiamo su questo fatto che questo discorso della sponda verso l'autoregolazione riguarda sia coloro i quali non sono ancora passati attraverso momenti di problematicità, sia quelli che hanno sperimentato momenti più intensivi di consumo con problemi correlati e vogliono recuperare una modalità di consumo diversa?

Intanto – come contro esempio… - il continuum è un sogno: tra Rdd /Ldr e trattamento si alzano barriere, da parte dei servizi formali, si affermano specificità con occhio servizio-centrico, mentre chi parte dalla vita concreta del consumatore e delle sue traiettorie rema dall'altra parte:

Il Centro Giava è un Centro che dai servizi non è minimamente riconosciuto, noi viviamo da sette anni con questo modello delle consulenze e i SerT non ci considerano minimamente, e non dobbiamo nemmeno parlarne troppo rispetto ai nostri referenti, noi non possiamo scrivere cose di quello che facciamo, non possiamo perché "rubiamo" utenza a loro. Dentro il Giava c'è stato questo progetto di una consulenza psicologica rivolta agli adolescenti e un progetto di consulenza psicologica rivolto ai genitori, sulle consulenze per i ragazzi ci hanno detto non si può fare

…non hanno potuto fare una campagna pubblicitaria perché si andava sul piano di trattamento!

…per cui io sono molto pessimista, sì, noi invii li facciamo ma non abbiamo mai restituzione degli invii che facciamo, io li faccio raramente, devo dire, perché ho pochissima fiducia nei servizi

- **Oltre le nicchie (anche la Rdd ha le sue colpe..)**

C'è da dire che anche l'area della Rdd ha delle responsabilità, quando si definisce e si costituisce come "ultima spiaggia", intervento residuale per cronici, minimizzando e rendendo opaco il fattore dell'approccio trasversale, del modello proattivo. Una accezione residuale che gli operatori non condividono, ma che spesso sta nei fatti di come la Rdd si è andata "incuneando" nel sistema

È anche vero che la rappresentazione della Rdd ha seguito queste forme, per lo meno all'inizio e quando se n'è distaccata però non se n'è mai distaccata in maniera chiara. Cioè rimane il concetto che quando fallisce il percorso, c'è la rete ad aiutarlo, in sostanza…

Su questo termine del controllo, è più accettabile con soddisfazione da parte dei Servizi di Rdd ma qui piuttosto che regolare consumi intensivi in cui uno si può far male in vari modi, l'autoregolamentazione è comunque una forma di contenimento del danno

- **Nuovi modelli e utenti. Uso moderato /controllo: un obiettivo per tutti o per qualcuno?**

L' obiettivo del controllo – fatte salve le sua infinite declinazioni soggettive – appare al gruppo come perseguibile da ogni tipo di consumatore, anche in funzione del fatto che investe non solo sul singolo, ma sul setting di uso, che può essere "oggetto" di cambiamento. Set e setting entrano in scena con molta più determinazione rispetto ad altri correnti modelli operativi

Il concetto di controllo è un meccanismo di carattere sociale e di carattere individuale, che può essere utilizzato sia che la persona si ponga come obiettivo l'astinenza sia che si ponga come obiettivo il moderation management, cioè la gestione del consumo moderato. Quello che mi sembra importante è che pure in contesti differenti, con strutturazione psichica differente, ma il set e il setting hanno comunque un ruolo nel modello di consumo. Allora noi su questo in qualche modo potremo sempre lavorare, anche con persone che sono più o meno

problematiche, più o meno compromesse anche psicologicamente. Si lavorerà in maniera diversa ma questo elemento in qualche modo ci sarà sempre.

Le linee che proponiamo sono linee di un intervento leggero, leggero, il che non vuol dire che non possa essere applicato anche a persone che hanno problemi. Il meccanismo della self efficacy, quello continua a funzionare, funzionerà meno, in dei momenti entrerà in crisi, ma questo significa il senso di essere molto cauti nel proporsi degli obiettivi e anzi come regola tenersi il più possibile aderente a quello che la persona propone, per dargli la sensazione che sta nelle sue mani in sostanza, no? Io sono molto d'accordo su cercare un vocabolario diverso, perché la parola ricaduta è decisamente dentro il paradigma medico farmaco-centrico, mentre se tu dai più importanza al set e al setting, non so come dire, è una prospettiva meno patologica in tutti i modi, perché segue di più l'andamento della vita

- **Nuovi orizzonti. Il sistema lombardo, ovvero il consumatore che compra i servizi**

Ci si è soffermati, grazie all'intervento delle operatrici milanesi, sulle ricadute di nuovi modelli organizzativi – quale quello lombardo – per capire come possono influenzare la discussione attorno al modello in oggetto. Le questioni sono ambivalenti: da un lato i processi di accreditamento pubblico-privato pongono vincoli di rigidità nell'individuare e normare tipologie di bisogni / risorse a disposizione, dall'altro i processi di privatizzazione sembrano dare una apparente libertà di scelta al consumatore-consumatore di servizi, che può accedere a un libero mercato; in realtà questo apre l'inquietante prospettiva di una offerta che orienta e determina la domanda, portando il consumatore verso servizi di cui avrebbe – forse – ancor meno il controllo di quanto oggi avvenga.

La Regione Lombardia sta sperimentando nell'ambito delle dipendenze dei sistemi di diagnosi per arrivare alla vaucherizzazione, andando a definire in maniera molto precisa chi è un consumatore, chi è un tossicodipendente, chi dipendente problematico, per stabilire il tetto di spesa (…) ad esempio un consumatore occasionale nel caso in cui avesse dei problemi ha un valore di 200€ all'anno che può spendere in prestazioni sanitarie, quello un pochino più problematico ne ha 500

Quello che viene applicato adesso in Psichiatria, il sistema della dote verrà entro la seconda parte di quest'anno sperimentato nelle tossicodipendenze, tra l'altro affermando il principio molto interessante dell'inversione dal principio dell'offerta al principio della domanda, cioè è la persona che consuma sostanze che ha il diritto di chiedere la tipologia di cura a lui necessaria, senza dover subire tra virgolette un filtro dei servizi o un filtro diagnostico che in qualche modo va a vedere la gravità del problema.

Un problema con cui dovremo confrontarci, qual è il rapporto che esiste tra la libertà di scelta e il sistema dei servizi? Quanto anche in aree come la nostra si sopravvaluta il potere della diagnosi, che può essere anche nascosto nel fatto che l'operatore poi ha il potere di scegliere, stabilire eccetera? Ma quali però possono essere i meccanismi che da una parte evitino che ci sia un mercato deregolato come questo, con il rischio che il consumatore, il cittadino faccia delle scelte non razionali ma sulla base della pubblicità, del budget?

In conclusione (con ottimismo) **Minoranze che creano minoranze?**

> *Siamo una minoranza, secondo me un problema che noi dobbiamo accettare, rimanere sempre una minoranza, ma accettare anche che siamo una minoranza che può ribaltare un po' il quadro nel quale ci muoviamo. No? secondo me bisognerebbe cercare di approfondire di più tutte quelle pratiche minoritarie che però vanno nella direzione di cui stiamo ragionando, pratiche minoritarie che riescono a fare Rdd, autoregolazione, riescono a passare da un livello implicito a un livello esplicito. Forse analizzando queste pratiche noi possiamo essere un modello minoritario sì, ma competitivo*

Susanna Ronconi, maggio 2012

Progetto Sottosopra
Panel del 30 maggio 2012[2]

Il secondo incontro si è maggiormente incentrato sull'ipotesi di tratteggiare le variabili-base utili a disegnare **un nuovo modello operativo** che consenta ai servizi di lavorare nella prospettiva indicata.
In apertura sono state indicate quelle che sono in generale le variabili che entrano in gioco nella definizione di un modello operativo: **paradigma di riferimento** (il tema è stato oggetto del lavoro del primo focus), **obiettivi,** (il tema è stato oggetto del lavoro del primo focus), **destinatari, setting relazionale, strumenti di lavoro, modello organizzativo, reti**.
In riferimento dunque al modello operativo, **le salienze del confronto**, hanno riguardato:

1. Destinatari
2. Questioni di sistema
3. Setting relazionali
4. Il rapporto strategico tra formale/informale
5. Il fare professionale. Contesti e strumenti

1. Destinatari degli interventi: target o trasversalità a 360°?

Il tema era stato accennato nel focus precedente. Qui si rilancia con forza il concetto che nessun tipo di consumatore (nessuno stile di consumo) è potenzialmente escluso dalla prospettiva di lavorare per una migliore autoregolazione e una pratica di controllo sul consumo, stante che si procede per interventi individualizzati, pragmatici e per obiettivi perseguibili e negoziati.

- "**Nessuno escluso**" si potrebbe dire: è più una questione di approccio che di "target" o di "categorie" di consumatori

  Io faccio un po' fatica a vedere dei destinatari impossibili. Evidenziare dei destinatari, delle categorie di destinatari, vuol dire che appunto ce ne sono altri a cui [l'intervento] non è destinato. Ma non è così: rispetto al consumo controllato, rispetto ad alcuni consumi più difficili da controllare, autoregolazione rispetto a che cosa? Non è solo rispetto alla diminuzione della sostanza, può essere rispetto a una modalità dell'uso, al setting di assunzione, insomma non è detto che il concetto di consumo regolato sia solo in relazione alla sostanza, e quindi a una sua diminuzione. Si parlava di chi usa il crack, per cui allora parlare di un consumo controllabile del crack sembra quasi una cosa impossibile, no? Ma invece ci sono comunque delle parti di questo consumo che possono essere consapevoli e quindi magari regolate

Si rilancia anche il concetto di come non sia fondato dividere e contrapporre controllo e astinenza, facendo di entrambi una competizione di tipo ideologico, perché in una prospettiva di modello operativo si tratterebbe di **centrare "sul cliente**" adeguandosi ai suoi propri obiettivi, più che decidere dove e come "smistare" i clienti/utenti congelandoli in **categorie:**

[2] Hanno partecipato: Federica Gamberale (FI), Stefano Vecchio (NA), Maria Stagnitta (FI), Gigi Arcieri, (TO) Roberta Franzin (Collegno-TO); Max57 (BO),; Alberto Favaretto (VE), Stefano Bertoletti, (FI) Domenico Sarno (BO), Chiara Cicala (NA), Claudio Cippitelli (RM), Giorgio Bignami (RM). Hanno facilitato Susanna Ronconi e Grazia Zuffa

Non dobbiamo renderla ideologica, non dobbiamo dire c'è da una parte il consumo controllato e dall'altra parte c'è l'astinenza. Il nostro problema è quello di avere un modello operativo e un approccio con l'utente, che noi abbiamo chiamato orientato al cliente, in modo che sia lui che sostanzialmente è esperto di se stesso e sia capace di costruire in un rapporto con noi i suoi obiettivi e rispetto all'uso controllato noi abbiamo il bisogno/dovere diciamo di metterlo tra gli obiettivi e di renderlo esplicito, perché una cosa che ci siamo detti è che uno dei problemi è che non viene reso esplicito come obiettivo

- Si nota tuttavia che se questo è corretto dal punto vista teorico e dell'approccio, se caliamo la questione sul piano **dell'accesso ai servizi** e di come ogni tipo di **servizio "produca" in qualche modo i "suoi" utenti**, la questione appare meno lineare, e forse ci sono potenziali utenti da individuare e curare maggiormente:

  Da un punto di vista di programmazione dei Servizi in qualche modo invece cercare di individuare i destinatari secondo me ha un significato. Cominciamo da quello più semplice, tanto per cominciare c'è una divisione fra coloro che già affluiscono ai Servizi e che potrebbero avere un diverso modo di essere trattati, e chi invece non ci va, chi non ci va per niente e che cerca di abbarbicarsi fino all'ultimo per non andarci. Cominciamo a prendere questi ultimi, una domanda ingenua però molto secca, in pratica e non in teoria, non nel mondo dei migliori Servizi possibili ma rispetto alle condizioni storiche in cui ora sono i Servizi: questa parte di utenza, quella che attraversa picchi, ma che non ci vuole andare, si pensa che davvero possa andare ai SerT?. Secondo me no

- C'è poi una riflessione significativa attorno agli "**storici" più fragili**, quelli dalle lunghe e travagliate storie segnate da **emarginazione grave, o gli immigrati più deprivati**. Sono anch'essi individuati come potenziali utenti di interventi sul controllo, e soprattutto si osserva come un diverso modello operativo dei servizi possa influire sia sulla loro **percezione di "sconfitti**" (riaprendo forse i giochi o comunque suggerendo nuove immagini di sé) sia sul cambiamento di una **logica piattamente assistenzialista**, imparando a mettere in conto che il nodo principale spesso non sta nell'uso di sostanze:

  Questi ci hanno contattati, contenti che ci vedevano, ma la prima cosa che ci hanno detto…eh io vedi come so' cumbinato, vedi come so' rovinato, non ce l'ho fatta. Cioè il loro problema è il fatto che noi li vedevamo in questo posto, sono persone che hanno subito tali violenze, tante stigmatizzazioni, per cui veramente sono degli sconfitti, no? Ora io mi chiedo a queste persone…il modello dell'autoregolazione come si esprime? secondo me è sempre possibile, là il problema è che queste persone sono in una situazione di emarginazione totale, e la questione di fondo è capire se noi riusciamo attraverso interventi di questo genere a facilitare la possibilità di un recupero con la realtà, le realtà all'interno delle quali questi possano recuperare il rapporto con se stessi, e il discorso non sono solo le sostanze. Il problema di fondo è un cambio di prospettiva: alcune operazioni sono anche simili, no? la cura degli utenti, recuperarli, pulirli, lavarli, medicarli, lo fa chiunque, sia chi ha il paradigma della cura sia chi ha il paradigma della riduzione del danno e dell'autoregolazione. La questione di fondo è capire qual è la prospettiva con cui tu la fai questa operazione, se è quella dell'assistenzialismo o se io penso che questa persona ha una possibile prospettiva di emancipazione. Che non è quella che ho io nella mia testa, ma è quella possibile

per la vita di quella persona, per le sue condizioni, per cui divento un facilitatore di risorse

- Uscire dal – pur corretto teoricamente - indistinto del "Nessuno escluso" vale anche per la questione di genere. Le **donne** sono poche, anche nei servizi a bassa soglia. Sarebbero poche anche in una prospettiva di controllo, con l'offerta di un diverso modello operativo? **Accedono di meno o si autoregolano di più**? Fanno fare all'uomo o hanno migliori reti? Sono più sole o meglio empowered?

Le donne … nella nostra esperienza la percentuale è molto bassa, e la consapevolezza del consumo in tutte le ricerche che facciamo sembra non discriminare. Poi quando facciamo le cose più approfondite, tipo focus group, sembra non discriminare maggiormente, ma sono appunto narrazioni, spesso invece quando si guardano i numeri, dung! Le donne non ci sono

Stavo pensando anche ad alcune amiche mie, che fanno uso abbastanza abituale di cocaina e nelle donne vedo spesso un'altra modalità di prendersi cura di sé, nel senso che per esempio funzionano molto le reti amicali, soprattutto al femminile, le reti di amiche danno forse una maggiore autonomia, fanno da sole, ma fanno da sole nelle loro microreti

tradizionalmente le reti femminili sono più forti di quelle maschili

Diciamo che la donna è anche più brava a gestire l'elemento domestico, col quotidiano, quello fa parte del quotidiano, probabilmente anche quelle che vivono per strada si gestiscono meglio

- Un target vero e proprio emerge quando si parla di **uso prestazionale** o comunque di nessi consumo**-lavoro***.* Obiettivo del consumo e contesti disegnano qui una specificità cui porre attenzione, qui il controllo e l'autoregolazione hanno obiettivi e tempi specifici, legati alla **gestione del lavoro** e al contenimento dei **rischi legali,** e non, ad esso correlati. Dunque non solo un "target" ma anche modalità specifiche di sostegno alla regolazione

Questo in realtà è un motivo di aggancio, è un motivo grosso di consulenza che vengono a chiederti. Visto che per alcune sostanze, come la cannabis, devi smettere un sacco prima, poi ci sono quei prodotti che cancellano tutto, che però poi ti sgamano perché la densità dell'urina e il colore… vengono e dicono come cazzo faccio e a smettere o perdo il lavoro. Lì c'è una richiesta di aiuto per sospendere il consumo funzionale al fatto di mantenere il posto di lavoro, strumentale e basta, perché io non voglio smettere di fumare, sto bene a fumare ma devo smettere e questo vale anche per altre sostanze

Cercano di condividere un sistema per difendersi dalla legge, quindi conoscere il metabolismo delle sostanze, sapere quando e come, quali sono le situazioni, quando si fanno gli screening, una serie di situazioni tali per cui uno impara a difendersi dalla legge, a difendersi il posto di lavoro anche conoscendo meglio le caratteristiche della sostanza, e la regolazione, l'autoregolazione è rispetto la difesa del proprio posto di lavoro

Questa prospettiva porta con sé l'implicazione di aprire il ventaglio dei "target" coinvolti al **contesto sociale** e dunque ad altri attori, imprese, sindacato ma anche famiglie. Coinvolgere altri attori significa disegnare in altro modo il modello operativo (se ne parla più avanti).

> *In verità da sociologo, per me il target rispetto alla questione del consumo controllato, cocaina e policonsumi, è molto più largo, nel senso che io ho la necessità di coinvolgere la politica, non c'è dubbio, ed è possibile, e di coinvolgere altri attori, ad esempio il mondo sindacale*

2. Altri setting, altri luoghi (stesso sistema?)

Si torna e si approfondisce sul tema – già istruito nel primo focus - di "**quale sistema**" a fronte della creazione di nuovi setting relazionali calibrati sull'approccio del controllo. Una rinnovata domanda sul **continuum**, insomma. La domanda centra diversi snodi: la **relazione tra soglie diverse**, la relazione **tra SerT e servizi maggiormente informali** (spesso del privato sociale, sebbene questo sia ormai più o meno rigidamente incastonato nel sistema formale), la relazione tra **formale e informale sociale** (trattata avanti più specificamente). Il dibattito non è mai improntato alla modellistica, ma si basa sull'esperienza: come si incardina un lavoro per l'autoregolazione e il controllo in **questo** sistema di cura? Come non andare incontro (magari in modo amplificato) a ciò che spesso è accaduto per la Rdd, piegata malamente a **paradigmi dominanti** del sistema dentro cui opera? E di contro, che senso ha lavorare in modo parallelo, dove mettiamo il nodo del continuum e quello – non meno importante – di influenzare e meticciare il sistema nel suo complesso?

> *La domanda che mi pongo è questa: è riconvertibile l'attuale sistema? i Servizi, risorse, operatori, le competenze , pubblico, terzo settore, i due circuiti in che termini sono collegabili dentro questa logica di riconversione? secondo me bisogna pensare a una logica di sistema inteso come un SerT più aperto, come dire che si muove in una logica di rete, nel quale non esistono Servizi o prestazioni privilegiate rispetto ad altre, o gerarchicamente superiori, nei quali però esistono anche delle differenze, delle specializzazioni di percorso e all'interno delle quali vi dovrebbero essere delle regole che garantiscono non solo la negoziazione ma la libera scelta per l'utente*

- L'oscillazione tra **integrazione e autonomia** dei setting innovativi sembra cercare una sua mediazione, nella discussione, ma per lo più si sottolinea (anche da parte degli operatori pubblici presenti) come sia il sistema formale (i Ser.t e il privato "formale") a dover operare un cambiamento: troppi gli esempi di rigidità, autoreferenzialità, mancato riconoscimento dell'altro (vedi anche primo focus). Chiedere all'altro di cambiare, come sempre, presenta grandi limiti e rischia di tradursi in uno standby, in una empasse. Un nuovo modello operativo ha bisogno di terreni di incontro, di terre di mezzo.

> *[L'autoregolazione] va fatta nel SerT o va fatta fuori? Il SerT è uno spazio che ha un'organizzazione molto ambigua, molto ambigua, è un'organizzazione che è soggetta a una molteplicità di domande. Secondo me il problema di fondo è che probabilmente le professionalità, le competenze interne a un Servizio potrebbero essere recuperate, ma che quello spazio andrebbe ridefinito completamente. Modificare sia lo spazio quello che è il Servizio territoriale, che oggi è un ambulatorio, sia la possibilità di riconvertire professionalità in altri spazi, secondo*

me quindi qui è liberare risorse, no? E anche il l terzo settore, finanziato dal pubblico, andrei a vedere, il problema è una ridefinizione che in parte si potrebbe già fare con quello che abbiamo a disposizione, pensiamo anche all'ipotesi di poter fare dentro l'attuale realtà dei modelli che si possono riconvertire, ridefinire, rendersi più flessibili, fare, provare a fare anche noi delle sperimentazioni

Il problema di fondo secondo me sono le reti, concetto usato e abusato e che però andrebbe precisato. Vi sono delle organizzazioni, delle associazioni, delle realtà informali, delle agenzie di socializzazione tutte capaci di creare delle relazioni fra loro. Che ci sia qualcuno che curi anche queste reti e che non necessariamente chi le cura è sempre il pubblico che si assume la responsabilità sempre di governare tutto il sistema. A partire dagli osservatori soggettivi operativi. Noi vorremmo provare a farci queste domande a darci non solo delle risposte ma analizzare le cose che vediamo, perché probabilmente se uno si sforza le trova. Alcune cose già esistono, io vedo che secondo me alcuni SerT sono riconvertibili

È importante secondo me quando affrontiamo un paradigma, un approccio, poi devi esportarlo il più possibile, anche con forme mediate, questo del consumo controllato va esportato anche con forme mediate, altrimenti appunto rimane un fronteggiamento tra chi fa outreach, chi fa le basse soglie e i Comuni, le Province, le Regioni e i SerT che fanno Sanità

- Nella corda sempre tesa alla ricerca di una terra di mezzo dove fare sistema, un elemento dirimente (non andato a sintesi nella discussione) appare il **tema dell'invio o detto altrimenti "dei passaggi obbligati**": che si debba sempre finire a un SerT anche quando la persona ha scelto altri luoghi e altri setting proprio per non finirci? Cioè: fare sistema vuol dire aprire comunque una cartella?
  No, non nella prospettiva del controllo e non in quella di una popolazione che non accetta medicalizzazione o istituzionalizzazione.

Si può rinnovare anche all'interno del luogo più tradizionale, del SerT, ma creare spazi di consulenza nuovi, che sono in qualche modo a cavallo tra la bassa soglia e i Servizi tradizionali, secondo me è importante. Perché tanto per cominciare si creano dei luoghi in cui le persone hanno la possibilità di continuare la relazione con le persone della bassa soglia con cui già ce l'hanno, e questo è un tratto informale, e va contro la logica dell'invio. È la continuazione coerente di un dialogo che probabilmente si è instaurato sull'informazione sulle sostanze, che continua in maniera più personalizzata sul proprio stile di consumo. Son d'accordo che questo potrebbe essere l'ambito nuovo anche per il privato sociale, per ridargli quel ruolo di ponte tra informale e formale che negli anni un pochino ha perso, spinto verso l'istituzionalizzazione (pensiamo a tutta la vicenda dell'accreditamento).

Insomma, più che si parla e più che mi convinco che creare questi luoghi nuovi, nuove opportunità potrebbe in qualche modo essere utile. Chi sono i destinatari che vanno lì? probabilmente le persone che già si sono avvicinate all'Unità di strada, nei luoghi di divertimento, che non è detto assolutamente che siano i più controllati, quindi anche da questo punto di vista si allarga anche lo spettro dei destinatari

Nel momento in cui noi ragioniamo di mettere in piedi questo modello operativo, è positivo, ha senso puntare a proporla in ambito SerT, perché lì ci son delle

competenze che potrebbero lavorare oppure è meglio che lavoriamo come minoranza che costruisce minoranze? Un modello operativo è preferibile che moltiplichi fuori delle sedi in cui si fa consulenza in questo modo, e casomai al SerT ci si interfaccia su altri pezzi di presa in carico. Questa non è tanto una domanda di modellistica, è una domanda di valutazione. Perché se io mi attrezzo a saper fare un counselling in quel modo lì, ma poi in che setting lo faccio? è importante secondo me che ci facciamo delle valutazioni, è chiaro che sono valutazioni diverse perché uno in un territorio sa come lavora il suo SerT….

Una operatrice pubblica che opera in un centro pubblico innovativo e per scelta esterno al Ser.T sottolinea come fare sistema non debba voler dire portare tutti al Ser.T, ma lasciare aperta la porta a percorsi diversi, ed anzi con una capacità del SerT di capire quando non è opportuna una presa in carico formale:

Diciamo noi siamo nella rete, e siamo un Servizio che intende rivolgersi alle persone che non vanno volentieri al SerT per una serie di motivi, siamo dentro a un appartamento molto riservato. Quando ce li mandano i SerT, perché magari la persona sa che c'è il SerT e va là, però in seguito a una brevissima valutazione il Ser.T vede che per quella persona … L'ansia…oddio oddio…tutte queste altre persone…non ci voglio stare qua… Non è che siamo alternativi nel senso di concorrenza, perché è la stessa rete, però cerchiamo di accogliere le persone che al Sert non vanno

Di contro una esperienza innovativa del privato sociale – giocata sulla modalità del *time out* più che sulla autoregolazione, pur con tutta la porosità tra le due dimensioni che non stiamo qui a sottolineare di nuovo -
Insiste maggiormente su una **presa in carico condivisa**, a garanzia del continuum

Lo sforzo progettuale è stato proprio questo, vietare che ci fosse un altro progetto che si giustappone già alla rete dei Servizi, quindi io penso che forse bisognava partire appunto non da una modellistica che noi creiamo ex novo, quasi fossimo in un ambiente rarefatto e sottovuoto, ma partiamo dal fatto che esistono i Servizi, che generalmente i Servizi pubblici hanno una propensione all'integrazione col privato sociale e che vanno studiate insieme le forme e i modi perché questo accada. Care per esempio non prende in carico nessuno, Care si inserisce all'interno dell'organizzazione del SerT, cioè il SerT fa i suoi colloqui, le persone che conoscono Care entrano in rapporto con il Servizio pubblico e le due equipe costruiscono di fatto un unico, hanno una cartella unica.

I due esempi tratteggiano ipotesi diverse, anche se preoccupate entrambe comunque di fare sistema, ma certo con sottolineature differenti. E' probabile che nei due percorsi si riflettano anche due diverse realtà organizzative: un pubblico alla ricerca di innovazione e insofferente dell'inerzia, un privato alla ricerca di accreditamento e insofferente del rischio isolamento. Aspetti che vale la pena tener presente per una discussione basata sul principio di realtà.

- Comunque, sembra qui riemergere la questione del target letta nella sua concretezza: come già accade per la Rdd, ci sono utenti Ser.T in trattamento che si prendono le siringhe all'unità di strada e parlano con gli operatori del drop in. Così ci sono **pezzi di trattamento** e di presa in carico che – al di là anche di ciò che gli operatori pensano – **hanno funzione di autoregolazione**. Perché? Perché le persone hanno strategie individuali complesse, cercano nel "sistema" risposte a diverse domande e usano le risorse per gestire una

situazione personale al di fuori delle categorizzazioni degli operatori. Come dice Sen, cercano di esercitare controllo sulla relazione con il servizio. In questo senso, il Ser.T è parte del sistema dell'autoregolazione. La domanda è: con quale livello di adesione? di consapevolezza? di intenzionalità? Oppure ci sono delle latenze e sono gli utenti a gestire questo gioco? E' chiaro che le risposte a queste domande orientano la possibilità/opportunità di diversi bilanciamenti tra integrazione o autonomia dei luoghi del nuovo modello operativo.

> *Anche il trattamento metadonico è, può essere visto benissimo come una forma di controllo in qualche modo, tu aiuti le persone a essere meno dipendenti dal mercato clandestino, quindi è una forma di regolazione e così via. Originariamente proprio all'interno di questo orizzonte teorico il trattamento metadonico operava, in realtà poi spesso viene utilizzato dagli operatori all'interno di un modello molto diverso, e in un orizzonte di riferimento e di significato diverso da quello che noi cerchiamo di dargli. Quindi lì si tratta di un aggiustamento, non so come dire. Nell'altro caso [di chi non afferisce a un Ser.t] io penso che va costruito proprio un setting differente*

3. Altre relazioni, altri setting per la relazione

Nel ragionare attorno a un modello operativo la questione dei setting della relazione operatori-utenti è cruciale. La discussione ne ha focalizzati alcuni, oltre al classico vis a vis: **il web, il gruppo dei pari,** il **contesto sociale.**

- **La relazione virtuale** – già sperimentata da alcuni operatori (vedi primo focus) – ha molti vantaggi, anche se non è scevra da rischi. I vantaggi stanno nell'anonimato e nel fatto che si connotano come una consulenza più che come una presa in carico, cosa apprezzata da molti consumatori, oltre al fatto che il web è luogo frequentato nella quotidinità. Insomma, ancora con Sen, una modalità che dà alla persona la sensazione di "controllare" meglio la relazione che instaura (vedremo che non sempre è così…). Inoltre il web può includere anche un dispositivo peer, di confronto tra pari, anche se non sempre facile e immediato, che concorre a superare almeno in parte quel deficit di dimensione sociale delle culture del controllo che caratterizza il nostro contesto

> *Una parte di questi nel momento in cui si trovano di fronte a un evento malandrino che in qualche modo porta un disequilibrio rispetto a quello che uno vorrebbe, uno dei posti dove si rivolgono per avere attenzioni, informazioni è la rete. A Torino c'è l'esperienza del Web Cocare, che non è un gran che però ha un sacco di contatti perché comunque la gente che ha bisogno, che ha un consumo che incomincia a degenerare, che li manda in ansia, cerca in rete delle informazioni.*

> *nelle formazioni che ci chiedono anche pezzi di Servizi, come l'educativa, abbiamo introdotto un pezzo relativo all'uso delle reti, del social network, proprio perché la rete dagli utenti e anche dai Servizi viene percepita come una rete informale (…) andare sulla rete, quindi scambiarsi le esperienze, funziona come una specie di supporto tra pari e anche probabilmente essendo così debole la dimensione sociale dei controlli, trattandosi di sostanze illegali, lo scambio di esperienze in rete è particolarmente importante perché costruisce in qualche modo un senso comune sulle regole di uso, sulle buone regole di uso*

Attorno al carattere **"anonimo e sicuro" del web** alcuni mettono in guardia dall'eccesso di enfasi, e soprattutto da alcune superficialità che possono al contrario esporre i naviganti a rischi anche legali, dal momento che la rete è oggetto di intrusioni occhiute non ingenue:

> *Un Servizio pubblico deve capire come usare meglio questo strumento. L'anno scorso uno psicologo di un SerT mi dice, ah è bellissimo perché un sacco di utenti hanno l'I-Phone, siamo tutti amici su Facebook, mi mandano le risposte a tutte le domandine, mi fanno le domande, aggancio tantissima gente, quindi vuol dire che abbiamo riconvertito il Servizio, ci siamo messi al passo coi tempi. Risultato che se uno di questi utenti qui ha dei problemi con la legge, tutti i suoi amici vengono perquisiti e hanno un sacco di danni, perché tu come Servizio sei stato così miope che per avere più utenti e per ringiovanire il tuo Servizio hai totalmente perso di vista la tutela della privacy dei tuoi utenti. E anche tra utenti ci si può fare del male se non si sa usare la rete*

Il web non è magico e non risolve i problemi di socializzazione delle esperienze e delle regolazioni con la sua solo esistenza. Viene per lo più usato nella relazione informativa (operatore-utente) e con maggiore difficoltà in quella circolare, tra pari. La questione della solitudine e della individualizzazione di un rito sociale ha radici profonde

> *Io penso che la rete rappresenti davvero uno strumento che i consumatori cercano di usare per avere informazioni, ho presente l'osservatorio di sostanze punto info che è un sito molto utilizzato in cui però le persone sanno di avere degli operatori, per cui lì la modalità prevalente è quella della domanda, non è rapporto fra pari. Io cerco spesso di attivare chi scrive, chi porta testimonianze, un livello ad esempio di scambio di esperienze, ma difficilmente si riesce a ottenere qualcosa. O si sbaglia noi a riproporgliela, questa cosa oppure c'è difficoltà a socializzare su questo piano e quindi riemerge un tema che nella ricerca veniva fuori, qui si parla di reti ma quello che è prevalente è un universo individuale, la percezione che uno ha di dover affrontare certi problemi da solo*

- Le dinamiche di **relazione tra pari** fanno patte delle modalità di lavoro sui controlli, anche se nel nostro paese in particolare scontano grandi limiti imputabili ad aspetti cultuali e sociali che spingono verso la individualizzazione delle stesse modalità regolative.

> *È molto vero il discorso sull'individualismo nel consumo, là dove possiamo puntiamo molto sui meccanismi tra pari ma sappiamo che sono un pezzo, hanno una possibilità limitata. Potrebbe in ogni caso essere un pezzo interessante del modello operativo*

> *In che modo persone che hanno acquisito una competenza informale e inconsapevole possono essere aiutate a riconoscere che ce l'hanno? . E che non è una cosa vergognosa perché le droghe eccetera eccetera e in che modo quella può diventare una risorsa dentro una rete?*

C'è da dire che quando i contesti (anche professionali e ancor più quelli informali) le valorizzano, le relazioni tra pari "emergono", e dunque si vede la possibilità che la scelta di un modello operativo che le includa e potenzi possa avere una positiva ricaduta, in un circolo virtuoso potenzialità/rinforzo/attivazione

> *Sembra che i consumatori esperti non riescono a dare neanche un supporto a quelli più giovani, dovrebbe essere naturale. Ma da noi invece questo c'è, c'è questa*

richiesta di socialità verso di noi (...), altrove è la soglia che si è alzata troppo forse. È l'uso dei pari, è la poca valorizzazione o addirittura la totale espulsione dalle Unità di strada, in Italia penso che purtroppo la direzione è questa, e questo è anche motivo di distacco totale dal mondo dei consumatori, perché è ovvio che i consumatori ti vedono distante se tu comunque sei qualcosa di totalmente diverso dal loro mondo

Si nota qui come a fianco delle ragioni di fondo, socio culturali, della difficoltà ad attivare risorse informali dei consumatori per i consumatori, vi siano anche dinamiche legate alle **scelte dei servizi e delle equipe**, argomento forse più limitato all'ambito dei pari come operatori o volontari che non alle risorse dei consumatori socialmente intese, e tuttavia decisamente emblematico, se ragioniamo sugli approcci. Le resistenze cui accennano gli operatori informali sembrano trovare riscontro in alcuni aspetti di sistema, quando gli operatori del privato sociale enfatizzano il **rischio di concorrenza tra saperi professionali e saperi informali** di fronte alle politiche dei tagli ai welfare. Con qualche rischio di minare la risorsa informale/esperienziale, depotenziandola, per difendere lavoro e ruolo. Comprensibile ma poco lungimirante, forse

Un gruppo che io stimo moltissimo, Energy Control, [in Francia] lavora con 6 persone definite operatori, pagate e 30 volontari non pagati. Allora se noi in Italia ci troviamo in questo momento a ragionare di un sistema che si sta frammentando, di Servizi pubblici che magari potrebbero sfruttare meglio le connessioni con l'informalità, non può tutto sto gioco andare a discapito di quelle che sono delle strutture che hanno anche un peso da un punto di vista organizzativo e lavorativo, cioè il terzo settore rappresenta una realtà, le cooperative che fanno schifo dal punto di vista della loro evoluzione storica però non si può buttare il bambino con l'acqua sporca.

Il confronto poi si sposta sulla **qualità operativa degli operatori pari**, arrivando a trovare forse una mediazione tra approcci diversi quando si insiste, tutti, sulla necessità di non penalizzare chi consuma attivamente ma insieme di tutelare servizio equipe e utenti

Noi i nostri operatori in teoria sono operatori pari, il problema è che quando fanno gli operatori fanno gli operatori, sono pagati per quello, le loro competenze rispetto all'uso di sostanze ce le hanno, le valorizzano, soltanto che il limite sta che quando lavorano non consumano. Il problema è capirsi

- Un ultimo – non per importanza – aspetto riguarda la **dimensione comunitaria**, proposta come tradizionalmente ancillare (anche per ragioni di risorse) ma in realtà da potenziare coerentemente con un modello operativo che punta su dinamiche empowering.
  Si tratta non tanto del canonico discorso sulle reti locali, quanto del tema della promozione di un apprendimento sociale allargato, radicato nel corpo sociale

Noi non siamo in grado né possiamo pensare di intervenire su tutto quello che è contesto del divertimento, tutti gli eventi, tutti i bar, tutte le piazze, perché mi sembrerebbe folle, una specie di delirio di onnipotenza della riduzione del danno. Si pone sempre un problema, il problema del passaggio tra un'azione mirata e la popolazione media, cioè il problema dell'apprendimento sociale. Non c'è dubbio che i meccanismi di apprendimento sociale nella nostra società iper consumistica e iper individualistica sono fortemente minati da tutta una serie di meccanismi che non sono soltanto quelli istituzionali ma sono anche quelli sociali dei modelli di consumo. Da qui dobbiamo partire

Di questo modello operativo possiamo ragionare solo stando al nostro interno o deve esserci anche una parte community based? Dobbiamo anche dirci che questo modello operativo per funzionare deve avere un altro modo di lavorare, basato su un lavoro di comunità, quello sì sulle informalità, ma sulle informalità fuori dal sistema, stiamo all'occhio sennò facciamo corto circuito

Si tratta per alcuni di costruire un modello operativo capace di coinvolgere i **corpi intermedi**: anche se molta letteratura sociologica afferma che non esistono più (e la loro crisi è innegabile), le realtà locali ci smentiscono spesso, mostrando forme magari più deboli, o leggere o temporanee, ma innervate nel contesto. Si tratta di nuove e vecchie mappe da riscrivere

Tornando al sindacato, il problema è noi dov'è che attacchiamo le nostre locandine, dove le andamo a attaccà? . Nelle farmacie, forse in qualche scuola, ma noi abbiamo disperato bisogno di entrare, e non sulla bacheca, che facciamo andiamo all'Alfa Sud e li attacchiamo da soli? . Non è possibile una cosa del genere. Oppure come arriviamo a tutta la rete dei commercianti, e anche alle organizzazioni di categoria. Quindi un'attenzione maggiore, ci stiamo lavorando proprio per lanciare delle campagne mirate, ma questo a mio modo di vedere è proprio un cambiamento culturale

- Infine la **politica** – così poco nominata, sarà che mai è stata latitante come ora, sul tema – è interpellata solo come politica locale, la sola dimensione della politica istituzionale in cui si vedano flebili possibilità

Secondo me devi lasciare che ci sia anche qualcosa che, al di là delle politiche nazionali, su cui possiamo intervenire su quella parte di politiche locali che oggi la normativa consente, voglio dire oggi le Regioni sono autonome nel fare, e sono molto più autonome di quanto noi possiamo pensare, anche nel mettere in discussione una parte dell'impianto della rete nazionale

4. Le risorse informali, nodo cruciale di un nuovo modello operativo

Nella definizione di un modello operativo centrato sul controllo, **il rapporto formale/informale è costitutivo** e definisce più che nuove alleanze tra le due dimensioni, una revisione di approccio che si fa trasversale:

Non c'è dubbio che il focus del modello operativo è sull'informale, questo lo è per impostazione teorica perché si parte dai controlli informali che si chiamano informali … perché appunto contrapposti ai controlli formali, che in genere sono quelli della legge, e quindi poi ovviamente quando si parla di regolazione sociale, di autoregolazione, stiamo nel campo della informalità

La discussione suggerisce con forza la necessità di declinare con chiarezza il **concetto di "informale**", emerso in almeno tre **differenti significati** – sebbene poi correlati, se ragioniamo con la lente dell'approccio:

- Informale riferito alla **relazione,** che in realtà negli interventi dei partecipanti si pone come sinonimo di relazione debole, meno asimmetrica, poco direttiva, individualizzata e negoziale, a carattere empowering, con anche un accento di

contrapposizione alla relazione nel modello medico (e dunque al Ser-T) percepita come sbilanciata e asimmetrica (anche nel potere)

- Informale riferito alle **tipologie di servizi**, dunque un drop in è più informale di un Ser.T sia per sua mission, sia per la soglia di accesso, sia per la qualità della relazione, anche se poi il servizio "informale" fa parte del sistema formale dei servizi. Nella discussione rientra in questa definizione anche parte del terzo settore (sebbene poi sia ampiamente inserito nel formale)
- Informale riferito alla dimensione sociale, delle **competenze diffuse nella società**, dei saperi esperienziali, con anche accenti di approccio community based. Questo informale include ovviamente i saperi dei consumatori su di sé e sulle sostanze

Sulla parola informale dobbiamo secondo me ancora una volta tornare. Noi la usiamo con due significati molto differenti. Informale è da un lato un Servizio che in realtà è formale perché è strutturato e perché è anche professionale e perché è pagato, perché ha una mission che deve portare a casa, ma che è informale rispetto a delle modalità operative, a uno stile di lavoro. Poi c'è un informale invece che ha a che fare con delle competenze sociali diffuse e con delle relazioni che si costruiscono spontaneamente, autonomamente dentro la società, che esistono a prescindere dal fatto che ci siamo noi professionisti. Questi due informali sono andati un po' in corto circuito, è importante tenere invece presente la differenza. Nel nostro modello operativo che ragiona sul consumo auto controllato ci sono tutti e due questi informali.

Nel confronto i tre significati si sono continuamente intrecciati, "tenuti insieme" dal fatto che ci si confronta con un sistema di servizi nel complesso formale nel senso di rigido, medicocentrico, basato sul controllo formale (appunto).
Lo stesso confronto riportato sopra sul grado di autonomia o integrazione nel sistema formale del nuovo modello operativo riflette questo continuo confronto con un sistema vigente descritto e connotato da una rigidità autoreferenziale – di paradigma, di modello e organizzativa - che spinge a contrapporre a questa formalità/rigidità una dimensione plurima e sfaccettata di informalità. Insomma, magari si confondono alcuni piani, ma – sembrano dire tutti gli intervenuti/e – di informalità c'è un gran bisogno, e ai diversi livelli.

- **L'informalità della relazione** ha a che fare soprattutto con gli obiettivi perseguibili e non predefiniti, con la negoziazione, con la rinuncia alla medicalizzazione e con il riconoscimento /attivazione delle risorse del consumatore, e pone in fin dei conti una questione di potere nella gestione della relazione stessa.

La domanda che ci si potrebbe porre è come costruire un setting più informale possibile, questo è il punto come si traduce poi in termini operativi questa informalità? . Diciamo che la regola di fondo che viene fuori è sempre quella di costruire una relazione che è un po' rovesciata rispetto al setting tradizionale medico, dove il medico ci dica quello che dobbiamo fare. Lì dovrebbe invece essere un'azione di supporto alle strategie personali, per fronteggiare eventuali problemi e situazioni. Forme di puro supporto e che come tali siano percepite

se non ci fossero problemi di illegalità in un modello operativo sul consumo controllato io potrei dire, guarda, se tu mi dai l'appiglio per pensare che tu sei particolarmente attento alla qualità delle sostanze che usi, mi fai venire in mente che nella tua autoregolazione la qualità della sostanza è una variabile

importante, allora se tu utente mi comunichi questo io ti dico nel mio modello operativo ho chi analizza le , e ti suggerisco di mettere in moto una serie di cose, oppure ti suggerisco di mettere in moto di fare le urine al SerT se invece tu mi dai un altro input di come tu ti muovi. Quindi questo è un pezzo importante

Io son molto d'accordo sul fatto che non è che noi dobbiamo diventare sempre più professionalmente bravi, il problema è che noi siamo tanto professionalmente bravi da fare il trattamento "giusto" (...) ma magari anzi, fare come dire qualcosa un po' più sbagliato, mi viene da dire, forse lo dico in maniera troppo provocatoria, però come se lasciasse più spazi per l'utente, non fare tutto il pacchetto perfetto, perché io questa sensazione nel posto dove sto io, Mama Coca, mi interrogo spesso, ho la sensazione che è come se stessimo andando verso un luogo troppo professionalizzato...

Il setting poi è influenzato anche in qualche modo dai modelli dominanti, e probabilmente anche un po' dalla formazione che hanno avuto gli operatori. Quando dico modelli dominanti ho sempre presente che parlando con molti operatori soprattutto quelli dei SerT, negli anni lo status professionale è stato sempre più legato al modello medico, e questo non è un problema dei medici, questo è un problema più generale di modello

- **Informale come attributo di tipologie di servizi.** Qualità correlate alla "relazione debole" detta sopra, ed anche a variabili del modello operativo e organizzativo (soglie di accesso, andamenti della relazione, assenza o debolezza della "presa in carico", libertà/potere di gestione della relazione da parte dell'utente ecc.)

A proposito di reti informali, noi siamo una rete informale, siamo assolutamente fuori dai Servizi, come Lab 57 siamo proprio una rete, abbiamo un migliaio di iscritti alla nostra news letter, persone che ci vedono come un Servizio non istituzionale a cui fanno delle domande che non riescono a fare ai Servizi

In questo significato di informale sono inclusi anche molti interventi dei partecipanti relativi alla rigidità del sistema formale dei servizi, quando si tratta di "accreditare" (in modo anche non formale, nel senso di promuovere, validare) altre modalità di lavoro, e al potere che da questa rigidità deriva di bloccare o rendere meno efficaci i servizi "informali". Qui, più che di binomio formale/informale, si tratta di critica ad approcci e paradigmi dominanti

Io credo profondamente sul lavoro e sull'informalità, dopo 10 anni che lavoro in Servizi al limite tra il formale e l'informale, nel senso che come Centri a bassa soglia noi stiamo un po' nel mezzo, sto diventando sempre più pessimista rispetto alla possibilità di essere riconosciuti allo stesso livello dei Servizi pubblici, per lo meno del territorio fiorentino.

il Centro che si occupa di fare consulenze a consumatori trovati in contesti del divertimento notturno, è un Servizio che non viene minimamente riconosciuto, quando io a chi mi paga devo fare una relazione rispetto alle consulenze devo stare attenta a quello che scrivo, non posso scrivere tutto, non posso dire che io vedo il ragazzino che fa consumi che secondo il Comune di Firenze sono consumi da SerT, io l'eroinomane che viene da me perché s'è fatto le abbuffate di eroina per due mesi, ha smesso da solo e ha deciso di fare delle consulenze, non posso

dire al Comune che lo faccio perché il Comune mi risponde questo è un utente da SerT

Quello che noi osserviamo come operatori della bassa soglia e prossimità è che non abbiamo luoghi dove poter fare una restituzione, anche poi una ridefinizione di quelli che sono gli interventi. Sulla questione delle overdose, abbiamo chiesto praticamente a fine anno di poter incontrare il Dipartimento delle Dipendenze, anche per poter ragionare insieme, in qualche maniera per Firenze è sicuramente un dato nuovo. Quello di registrare un alto numero di overdose a distanza limitata nel tempo. Non ci rispondono, ad oggi il Narcan non viene distribuito all'interno dei SerT ma neanche dai Servizi di bassa soglia. Questo è il dato

Noi un materiale informativo da distribuire alle persone non lo possiamo creare, possiamo dirlo a voce, però non possiamo fare un materiale, e secondo me questa è una cosa molto grave. Oltre al fatto che tutte le informazioni che noi abbiamo rispetto ai consumi, a come vengono utilizzate le sostanze, i tagli, i sintomi, gli effetti, sembra che non gliene freghi nulla a nessuno. Se io ho esperienza coi consumatori di ketamina e quelli del SerT non ce ne hanno, perché ne accedono pochi, forse comunicarsi è importante, in realtà quelli del SerT di solito fanno la formazione a noi! Non esiste mai che noi possiamo dire qualcosa a quelli del SerT, la formazione sulla peer education qualche anno fa ce l'hanno fatta loro, noi non s'è potuto aprire bocca!

- **Informale come risorsa sociale:** qui la domanda di fondo è quali modalità di interazione tra soggetti-attori- culture "autonomi" e servizi/professionisti con intenzionalità, mission, obiettivi. Da un lato quello con l'informale sociale si profila **un rapporto strategico per un modello operativo** basato sui controlli informali, ma dall'altro molti spunti suggeriscono cautela. La questione richiama sia il nodo dell'apprendimento sociale, dei suoi canali e delle sue vie di comunicazione e socializzazione di saperi ed esperienze, sia quale reciprocità positiva vi possa essere tra servizi e società, nel senso di un **doppio apprendimento** (anche dei servizi, delle organizzazioni, dei sistemi) in funzione innovativa e trasformativa. Dunque non si tratta "solo" o tanto di adottare un modello operativo che sappia meglio "mettere al lavoro il sociale" per obiettivi etero diretti dai professionisti (si pensi alla discussione sugli stili di vita) quanto di promuovere un modello operativo che faccia di questa comunicazione una dinamica partecipativa e reciprocamente attiva, con grande attenzione a dinamiche a rischio istituzionalizzazione o snaturamento.

Se noi ragioniamo su un modello operativo che include risorse informali dobbiamo chiederci che risorse informali includiamo? e possiamo permetterci di farlo? Perché ci sono risorse informali che sono informali punto, e magari non hanno nessuna voglia di essere istituzionalizzate dentro un sistema di Servizi. Immaginando il modello che stiamo pensando, queste risorse informali come si collocano? . E io che sono un operatore professionale che rapporto ho con queste? anche con le risorse informali che mi porta l'utente, fino a che punto sono anch'io che ci lavoro e fino a che punto invece è addirittura preferibile che non entrino in un sistema perché la loro qualità è proprio quella dell'essere informali?

C'è un rischio di istituzionalizzazione di questo modo di lavorare, perché noi come professionisti abbiamo anche una storia su questo, abbiamo incontrato l'auto aiuto e ne abbiamo fatto un'altra cosa, una stampella per lo psicologo di turno, lo stesso counselling, dicono Brown e compagnia che il counselling è nato come una

relazione d'aiuto in un setting informale, non è nato come una tecnica professionale. Eccetera. C'è una storia di un continuo esproprio istituzionalizzante di pratiche che invece avevano il loro punto di forza nell'informalità, e io sono un po' preoccupata di questo.

Sul lavoro c'è per lo meno un attore che sull'informale conta qualche cosa, che potrebbe essere ad esempio il sindacato o l'organizzazione di categoria, perché molto spesso queste persone fanno riferimento ad ambienti di lavoro che sono allo steso tempo un vincolo ma anche una risorsa. Ho la necessità urgente di coinvolgere in questa riflessione, formali o informali, u questo ci sarebbe da discutere 80 anni, il dibattito in sociologia è ancora aperto, però attori che contano nella vita delle persone che fanno cocaina, e non sono solo i famigliari, anzi spesso i famigliari sono i meno influenti, conta il gruppo di lavoro

5. Il fare professionale. Contesti e strumenti

L'ultima parte del focus ha messo al centro **strumenti e pratiche di lavoro**, partendo dai servizi in cui già l'intervento finalizzato a controllo e autoregolazione è un **obiettivo esplicito** che implica una pratica professionale coerente, e da qui si è aperto il confronto con chi opera nella Rdd, nei servizi a bassa soglia e nei Ser.T. E' interessante sottolineare che i due servizi in oggetto sono un centro per consumatori di cocaina istituito da un Ser.T (con operatori pubblici e del privato sociale) e un centro a bassa soglia per giovani consumatori del privato sociale: due realtà operative e organizzative molto diverse, che pure trovano parole comuni sulle proprie pratiche.

- **La consulenza per il controllo.** Le questioni semantiche contano, tutto il percorso dei focus lo ha evidenziato, e la costruzione di un modello operativo implica anche un buon ragionamento sulle "parole". Tra chi fa esplicito lavoro mirato al controllo e all'autoregolazione la parola **consulenza** è significativa di una modalità di relazione, di cui l'approccio client oriented e "debole" (à la Granovetter) sono costitutivi

Il fatto di chiamarla consulenza è importante e per certi versi io adesso esagero, ma ho annotato consulenza versus presa in carico, questa consulenza fa rima con quella leggerezza di cui si parlava. Do un significato a queste differenze semantiche perché la consulenza è un accompagnamento, qualcosa che fa un passo indietro, e se le parole hanno un senso è una cosa che non detta l'obiettivo ma acquisisce. .dialoga attorno a un obiettivo che l'utente si dà e poi fa un accompagnamento. Se la consulenza è questa cosa qui è perché nella relazione tra me e il mio utente/cliente il suo orientarsi, il suo sapere e le sue risorse informali hanno un peso specifico mediamente forte, più pesante del peso specifico che ha in una tradizionale presa in carico

Le consulenze sono dunque centrate su ciò che porta l'utente e sono **flessibili** per quanto attiene ai tempi, agli esiti

Sono consulenze psicologiche di vario genere, sono molto malleabili a seconda un po' di chi si presenta, di quali sono le situazioni. Il setting non è un setting predefinito, nel senso che non è che ci sia un numero di sedute, un numero di incontri, c'è una durata di più meno un'ora. Si fanno consulenze prevalentemente su appuntamento, dopodiché se io sono al Giava e viene uno che vuole fare una

consulenza e non ho niente da fare la faccio subito. Ci si danno appuntamenti nelle situazioni in cui è più esplicito il bisogno di fare un micro percorso, come idea di massima devo vedere le persone al massimo 6/8 volte, ma ci son persone che basta che vengano due volte. Le persone vengono, fanno un percorso, interrompono il percorso senza mettersi d'accordo e magari ritornano dopo qualche mese perché hanno un nuovo problema e le consulenze le fanno tranquillamente. Per cui su questo diciamo che proprio la soglia è il più bassa possibile

Pure noi a Mama Coca cerchiamo di avere questa flessibilità massima. Le persone in genere telefonano e prendono appuntamento, ma anche se uno viene direttamente ovviamente la consulenza si fa ugualmente. Abbiamo continui e continui spostamenti di appuntamento, noi siamo proprio molto flessibili, spazi permettendo, siamo flessibili sugli orari, sugli spostamenti. Adesso stiamo arrivando di più alla città, l'anno scorso e nel 2010 erano invii dei Servizi, allora è chiaro che se una persona arriva è perché il SerT gli ha consigliato di venire: è diverso adesso, uno viene perché in un bar ha trovato la nostra locandina, questo fa molto la differenza sull'aspettativa

Gli **oggetti** attorno a cui si lavora in una consulenza sono concordati a partire dalle richieste esplicite, o in altre parole **si sta sul "detto**" e lo si rispetta, anche se ovviamente lo spazio/tempo della consulenza ha poi la potenzialità di aprire e sviluppare la relazione qualora desiderato dall'utente

Ci son state persone che dicevano ho iniziato a consumare certe sostanze, ora sono andato oltre, ma non mi torna perché questo consumo qui per me non è la cosa che io vorrei, sto uscendo dal controllo e vorrei anche capire per quale motivo ho superato il limite, per quale motivo mi son rivolto a una sostanza piuttosto che ad un'altra. Io con loro dicevo per me non c'è problemi, se cerchiamo di capire qual è l'obiettivo che tu ti poni nel venire qui a fare dei colloqui con me, l'obiettivo è invece farmi 1 grammo di ketamina me ne voglio fare 0.5, me ne voglio fare 0.2, lo voglio fare 2 volte a settimana, lo voglio fare una volta alla settimana? Bene, ci diamo un obiettivo rispetto al consumo.

Ci son persone che hanno voglia anche poi di raccontare storie più personali, legate alle esperienze di consumo, però non è detto. Io con certe persone son stata solo sul consumo, perché loro non hanno avuto secondo me la voglia di andare oltre e non ne avevano nemmeno bisogno, perché in quel momento il loro bisogno era quello di dire sto andando oltre, bisogna che io ritorni un po' nei limiti

Quando lui è venuto dall'inizio abbiamo lavorato un po' sugli obiettivi, si trattava di mantenere un consumo che era legato ai rari momenti in cui si vede con gli amici, perché è uno che non lavora, insomma ha una serie di problemi su cui ovviamente stiamo provando a lavorare, e invece gli dà proprio fastidio il consumo fatto per noia, fatto perché torna a casa e s'angoscia, si affaccia al balcone e vede la gente fuori, la città in movimento e lui invece sta solo a casa con la mamma

La conoscenza da parte dell'operatore delle **ragioni, degli obiettivi e delle modalità del consumo** sono importanti, in una consulenza si **"entra" nel mondo del consumatore** assumendo le sue ragioni; così come è centrale il sostegno alla persona perché tragga dalla sua esperienza conoscenza, consapevolezza, autoriflessione (**processo di apprendimento**

tutt'altro che scontato), andando oltre sensi di colpa o immagini stereotipate e interiorizzare in modo acritico, nella direzione di sviluppare **autoefficacia**

> *È differente dal SerT. Perché? perché all'inizio proviamo a lavorare per valorizzare le precedenti strategie di autoregolazione, i periodi in cui la persona è riuscita a sentire di avere un maggiore controllo*

> *[Suggerire di porsi la domanda] in quale situazione a me può attivarsi maggiormente il desiderio di consumare cocaina? ...oppure posso essere più a rischio nella difficoltà a controllarla? sollecita molto velocemente [nell'utente] l'idea di dire no, ma io non è però che mi voglio giustificare, cioè c'è l'idea che se io vado a individuare uno stimolo al mio consumo, io automaticamente sto facendo una giustificazione, quindi rientra subito il discorso morale. Ma la differenza è che mentre al Ser.T per superare questa resistenza ci voleva un tempo maggiore (penso anche per il tipo di comunicazione che viene da tutto il resto dell'equipe che è di un altro tipo rispetto al mio), qui a Mama Coca ho la sensazione che si va più veloce, perché il Servizio è diverso, e non ci sta tutto quel contemporaneo martellamento del resto dell'equipe. Adesso qui è come se andassimo più veloci su questo, dopo poco la persona entra nell'idea di dire e va beh, andiamo effettivamente a individuare quali sono le situazioni che mi facilitano, le situazioni che mi permettono un maggiore controllo*

> *Una persona con cui facciamo un lavoro da tanto tempo, non voleva scrivere, io appunto cercavo molto di lavorare sull'attivazione e lui invece dava più un giudizio, negativo, positivo, negativo, positivo. E poi invece ha scritto, ha cambiato anche il modo di scrivere, scriveva l'episodio, la circostanza, l'orario, a mano a mano a un certo punto la casella del giudizio che io avevo costruito a partire da quello che lui portava, non l'avevamo più riempita. E lui diceva ma no, non mi trovo più con questa cosa positiva e negativa, non la voglio far più questa differenza*

Sulla capacità autoriflessiva – e dunque di **apprendimento** - relativa al proprio consumo, è significativa questa storia proposta da un'operatrice, secondo cui tanto più pesano spinte esterne e controlli formali, tanto meno si sviluppa una capacità di introspezione e uno sguardo consapevole sulla propria esperienza

> *quando sono ragazzi un po' più soli, o isolati, o che tante volte io non capisco nemmeno quanto siano davvero loro che vogliono smettere piuttosto che calare, o perché il contesto intorno è cambiato o i genitori li hanno scoperti e hanno problemi più legati alla legge, a quel punto secondo me non serve a nulla, nel senso che loro vengono, no no, non ho scritto nulla, in realtà non lo so perché è successo, a un certo punto ho deciso che lo volevo fare, fine, ma non vanno oltre sull'elaborazione di questa scelta*

- **Responsabilità attiva del consumatore.** Nel tipo di relazione instaurata in una consulenza, il ruolo del consumatore si fa particolarmente attivo: la relazione è meno asimmetrica, l'accompagnamento presente ma "leggero", il processo di consapevolezza e magari di cambiamento affidato alle sue risorse. Alcuni elementi di controllo formale (qui si fa l'esempio del controllo tossicologico sulle urine) finiscono con l'apparire ingombranti e controproducenti

> *Grazie al cielo anche noi non facciamo il controllo delle urine! Due colleghe che vengono dalla comunità la sentivano come una mancanza che ci poteva creare*

problemi, io il dubbio poi me lo son posto pure ma invece adesso devo dire che non ci manca e sta funzionando proprio bene. Venendo io dall'esperienza del SerT dove questo rito del tossicologico è così presente, questa cosa la trovo interessante, è proprio un messaggio a tutti, sul fatto che qui si tratta di un'autoregolazione

non essendo un Servizio come i SerT, la responsabilità del percorso che loro volevano iniziare a fare se la dovevano prendere loro, io posso essere qui come figura che in qualche modo ti ricorda che tu hai deciso di fare un certo tipo di percorso, posso essere un punto di riferimento nel momento in cui non riesci a rimanere costante nella tua decisione, però non posso fare altro, e secondo me questo ha giocato tanto con le persone rispetto al fatto che in qualche modo si dovevano assumere la responsabilità del controllo del consumo.
Secondo me proprio l'idea di buttare la responsabilità sui servizi, come dire vado al SerT e a questo punto sono loro che con le urine mi devono controllare, non è più nemmeno tanto responsabilità mia, questo è un limite

Quando il consumo esce un po' dal controllo, cercare anche di ricordarsi, scrivere, quando magari usano la sostanza e non l'avrebbero voluta usare, qual era la sensazione che hanno provato nel momento in cui hanno passato il limite tra il consumo e non il consumo. Funziona, dipende dalle persone, certo, se uno è veramente motivato a smettere o a calare ed è una persona però anche sostenuta da tutta una serie di rete di persone intorno, secondo me funziona bene

- **Contesti familiari.** E' interessante annotare come questo innovativo contesto di servizio e di relazione produca degli effetti anche sul contesto famigliare, che spesso porta – per paura, solitudine, mancanza di strumenti – una domanda forte di controllo anche formale. I famigliari ci sono, in questi servizi – più nel caso degli adulti che dei più giovani – ma esprimono spesso atteggiamenti di mediazione e, anch'essi, apprendimento

È una prospettiva di mediazione, e questa mediazione, su cui io non ero tanto ottimista inizialmente, ora vedo che in realtà è più possibile di quanto io non mi immaginassi. L'esempio del tossicologico: io avevo l'esperienza di famiglie con questa domanda di controllo anche molto intrusivo, e lo accompagno io in bagno, gli raccolgo le urine di nascosto, questa è l'esperienza del SerT. E invece per esempio da noi no

Il Servizio fa il monaco, obiettivamente, non è che adesso a questo Servizio ti capitano tutti i famigliari democratici, è lo stile del Servizio che crea quella premessa lì. Che cos'è che suggerisce questa cosa al famigliare? Sta di fatto che evidentemente c'è qualcosa che comunica ai famigliari che c'è un altro modo possibile

Susanna Ronconi, agosto 2012

Parte II

Il nuovo modello di autoregolazione

Linee Guida Operative

Workstream (Linea di Azione) 1 del Progetto NADPI: Programma innovativo per la prevenzione dell'abuso di cocaina e dei policonsumi

Oltre il modello "malattia", nuove prospettive nella riduzione del danno: verso un modello di autoregolazione e autocontrollo

Di JP Grund, S Ronconi, G Zuffa

Sommario

Introduzione 50

Linee Guida Operative: Oltre il modello "malattia", nuove prospettive nella riduzione del danno: verso un modello di autoregolazione e autocontrollo 51

1.Accenni epidemiologici sull'uso di stimolanti 53

Gli stimolanti sono la sostanza illecita più utilizzata nel mondo, dopo la cannabis 53

Il tasso di consumo di stimolanti varia notevolmente in ogni parte del mondo 54

L'uso di sostanze illecite si concentra tra i giovani adulti 54

Dall'epidemiologia con amore: tre insegnamenti per le politiche e le pratiche 55

2. Oltre la ricerca epidemiologica. Tre elementi chiave emersi dalla ricerca qualitativa 56

2.1 E' scarsa la possibilità che gli scenari diventino più foschi: oltre la retorica sulle droghe 57

2.2 Alla ricerca della conoscenza nascosta. Esiti della ricerca sull'uso controllato/non controllato di cocaina 57

2.3Droghe ,Individuo e ambiente (SET & SETTING). Focus sui fattori ambientali 59

3. Oltre il modello "malattia": cambiamento nelle finalità dei servizi 61

3.1 Sostenere l'autoregolazione in contesti informali 61

3.1.1 Autogestione individuale 2.0 64

3.1.2 Promuovere un contesto di uso più sicuro 65

3.2 Fornire supporto alle pratiche di autoregolazione in contesti formali 67

4. Dodici punti fondamentali per andare verso un modello operativo innovativo 72

5. Autoregolazione, Riduzione del Danno e Politiche sulle Droghe: alcune note per i decisori politici 74

Bibliografia 75

Introduzione

Il Progetto Europeo NADPI[3] (New Approaches in Drug Policy &Interventions- Nuovi Approcci nella Politica sulle Droghe e negli Interventi) ha la finalità di rafforzare le evidenze scientifiche su cui si basano i processi decisionali delle politiche in materia di droga in Europa, ampliando la base di conoscenze e lo scambio delle migliori pratiche riguardanti gli argomenti principali che sono oggetto del dibattito politico, quali le strategie per la riduzione della domanda, la prevenzione e la riduzione del danno. I risultati attesi sono:

- Includere gli aspetti tecnico scientifici nel dibattito politico per assicurarsi che le scelte programmatiche siano basate sulle evidenze e che i risultati siano pragmatici e costruttivi
- Rafforzare la collaborazione tra gli Enti competenti, i servizi pubblici e privati del territorio e facilitare il coinvolgimento della società civile nell'attuazione della strategia sulle droghe e del Piano d'Azione dell'Unione Europea.

La principale area tematica, cui viene rivolta l'attenzione, è il mercato europeo di sostanze stimolanti, in particolare lo sviluppo di strategie rivolte alla riduzione del rischio di dipendenza al fine di prevenire modelli di uso problematico di cocaina, nonché lo sviluppo di risposte politiche per affrontare al meglio i cambiamenti del mercato degli stimolanti, cambiamenti che si verificano a causa della comparsa di nuove sostanze psicoattive.
Il cardine della proposta del piano di lavoro nel biennio 2013- 2014 consiste nell'elaborazione di linee guida per la prevenzione dell'abuso di cocaina, una serie di sette seminari rivolti ad esperti e quattro incontri informali tra esperti di politiche sulle droghe. Le attività serviranno a dare linfa in maniera trasversale ai dibattiti politici a livello transnazionale e favorire lo scambio di esperienze e di conoscenze tra i principali gruppi di destinatari: funzionari pubblici coinvolti nei processi di decisioni politiche a livello locale, nazionale e internazionale, nonché esperti di politiche sulle droghe, del mondo accademico e della società civile, così come ai professionisti operanti nel campo della prevenzione, del trattamento e della riduzione del danno .
Il progetto prevede un formato unico in cui le aree, spesso scollegate, di operatività, di ricerca e di politica in materie di droga sono tutte presenti in stretta relazione fra loro in una serie di seminari tra esperti e di incontri informali sulle politiche, per affrontare alcuni tra gli argomenti di dibattito più acceso in merito alla politica sulle droghe dell'agenda europea. I seminari seguiranno un approccio di "dreamteam" e porteranno ai tavoli i migliori esperti provenienti da università, agenzie governative, organizzazioni internazionali e organizzazioni del terzo settore. La sfida è quella di fare uno sforzo collettivo per andare oltre lo stato attuale delle conoscenze per ciò che concerne la comprensione dell'argomento di discussione e la progettazione di adeguate risposte politiche. La sfida principale degli incontri informali è quella di ottenere una sorta di "massa critica" di idee e argomentazioni a sostegno del cambiamento delle politiche sulla base di evidenze scientifiche.

Workstream (Linea di Azione) 1 del Progetto NADPI: Programma innovativo per la prevenzione dell'abuso di cocaina e del policonsumo

[3] Ente Capofila: Trans National Institute (TNI)- Paesi Bassi; Enti partner: Forum Droghe (Italia), De Diogenis Association
(Grecia), International Drug Policy Consortium (IDPC)-Regno Unito

L'azione progettuale denominata "Programma innovativo per la prevenzione dell'abuso di cocaina e del policonsumo", coordinato da Forum Droghe (Italia)[4], ha l'obiettivo di sviluppare nuovi approcci per prevenire o ridurre i rischi di uso dannoso e la dipendenza tra consumatori abituali di cocaina /policonsumatori.
La ricerca quantitativa e qualitativa sui modelli di consumo in contesti naturali ha mostrato che la maggior parte di questi consumatori non sono in contatto con il sistema dei servizi di trattamento, sebbene consumino regolarmente cocaina e altre sostanze stupefacenti. Inoltre, la maggior parte di loro non sono intenzionati ad entrare in trattamento: il motivo principale risiede nel fatto che i trattamenti disponibili (per lo più ispirati dal modello che vede la dipendenza come una malattia) sono generalmente non adatti per questo tipo di consumatori, i quali sovente non rientrano nei criteri diagnostici della dipendenza.
Tuttavia, questi consumatori potrebbero beneficiare di un nuovo tipo di interventi brevi, volto a sostenere modalità "naturali" di consumo controllato attraverso la diminuzione progressiva dei più rischiosi modelli di consumo pesante o riducendo la frequenza delle cosiddette "abbuffate " (bignè).
Il workstream si concentra sullo sviluppo di nuovi interventi brevi, attraverso il diretto coinvolgimento del territorio, finalizzati alla riduzione di modelli dannosi di consumo di cocaina, grazie allo sforzo collettivo e al lavoro di esperti del mondo universitario, dei servizi di prevenzione e di trattamento delle dipendenze, dei decisori politici, della società civile e di altri soggetti (a livello locale, nazionale ed europeo). Obiettivi specifici del workstream sono:

- Raccogliere dati sui modelli di consumo e sui cambiamenti nel consumo di sostanze basandosi sui risultati della ricerca nei contesti naturali;
- Sistematizzare le conoscenze sugli approcci, sulle buone pratiche e sugli strumenti nell'ambito della prevenzione dell'abuso di cocaina e della riduzione del rischio di dipendenza in Europa;
- Confrontare e valutare gli approcci, le buone pratiche e gli strumenti tra professionisti, esperti e peer educator, secondo l'approccio del confronto tra pari;
- Sviluppare, pubblicare e diffondere le linee guida sui nuovi modelli operativi e sulla prevenzione/ pratiche di riduzione del rischio
- Proporre suggerimenti per l'implementazione dei nuovi approcci

Linee Guida Operative. Oltre il modello "malattia", nuove prospettive nella riduzione del danno: verso un modello di autoregolazione e autocontrollo

Le LG operative sono risultato di un processo basato su 3 segmenti:

a) Il lavoro preliminare del gruppo di esperti del workstream 1 del progetto NADPI[5] avente lo scopo di realizzare e promuovere il Seminario di Esperti, attraverso un documento di lavoro, focalizzato su questioni teoriche e metodologiche e risultati di ricerche, aventi come oggetto di studio i modelli di consumo di cocaina e di stimolanti e le strategie di autoregolazione
b) Una revisione della letteratura scientifica "Da malato a capace di auto controllo? Verso un modello ecologico di autoregolazione e di controllo, riferito al proprio

[4] Azione svolta in collaborazione con I seguenti partner progettuali: CVO-Addiction Research Centre (Paesi Bassi); HOPS (Ungheria); RHRN – Rete Rumena sulla riduzione del danno (Romania); Harm Reduction network (RO); Scottish Drug Forum (Regno Unito); VEZA (Serbia); CTCA – Coordinamento Comunità Accoglienza Toscana (Italia); Coop. Lotta contro l'emarginazione – Milano (Italia); Università Statale di Firenze (Italia)
[5] Con la collaborazione di Forum Droghe (Italia), CVO (Paesi Bassi) e Università Statale di Firenze (Italia)

contesto di appartenenza, nel consumo delle sostanze psicoattive", raccogliendo i risultati più rilevanti di ricerche sul tema a livello internazionale[6]

c) La relazione sul seminario tra Esperti, incentrata sui risultati raccolti durante il seminario tra esperti NADPI tenutosi a Firenze, Italia, dal 20 al 22 giugno 2013, in cui 35 persone, di cui 15 provenienti dai paesi europei Europa (delegati da partner del progetto e singoli esperti) e 20 dall'Italia (esperti e operatori di servizi pubblici privati, operatori pari e consumatori, ricercatori) hanno discusso e condiviso le conoscenze e le pratiche volte ad individuare un nuovo approccio e nuovi interventi più efficaci nell'ambito della riduzione del danno e riduzione dei rischi derivanti dall'uso di cocaina ed altri stimolanti[7].

Questo ultimo punto, in particolare, è stata una fonte preziosa di informazioni dimostrando che oggi noi possediamo, grazie alla ricerca qualitativa, non solo l'evidenza scientifica di una necessaria innovazione negli approcci e negli interventi di Riduzione del Danno, ma che in tutta Europa sono in crescita delle buone pratiche innovative -sia in contesti informali che nei sistemi dei servizi - offrendo importanti spunti di tipo operativo. Promuovere un '"alleanza" tra esperienze locali concrete e ricercatori è la base pragmatica per passare, in un'ottica che va dal basso verso l'alto, dalle sperimentazioni locali fino a nuovi modelli operativi.
In queste linee guida l'attenzione è posta sul rapporto tra le strategie naturali di autoregolazione messe in atto dalle persone che consumano droghe e i loro modelli di consumo controllato, da un alto, e gli approcci sottostanti, le finalità e gli interventi di riduzione del danno, dall'altro. Non è certamente un argomento nuovo: fin dal suo inizio, l'approccio della Riduzione del Danno ha sottolineato il ruolo centrale che rivestono i consumatori e le loro culture, le loro relazioni e le loro strategie individuali e di gruppo per realizzare gli interventi di riduzione del danno e conseguire gli obiettivi. Il sostegno all'empowerment dei consumatori, la promozione del sostegno tra pari, che spesso includono le attività e le competenze dei consumatori direttamente nei sistemi dei servizi formali, sono tutte pratiche ben conosciute sin dagli anni '80[8].
Allo stesso tempo, l'innovazione più significativa dalla ricerca sul " controllo " dimostra che l'utilizzo di sostanze stupefacenti non implica chele traiettorie di uso dei consumatori siano di tipo unico e lineare, caratterizzando quindi un " destino da dipendenti ", il cui unico rimedio è l'astinenza: il modello medico è stato così tante volte sconfessato dalle evidenze riportate in diverse storie di vita, dando rilevanza ad indicatori di tipo qualitativo. Mediante l'impiego di tali indicatori, sono state descritte diverse traiettorie di uso, e le relative diverse competenze nel controllo del consumo, analizzando le strategie di gestione e di autoregolazione individuale, sottolineando il ruolo dei contesti sociali e locali nel minimizzare o al contrario massimizzare il danno associato all'uso di droghe, valutando l'efficacia delle capacità di autocontrollo. La ricerca in contesti naturali suggerisce che l'avanzamento lineare nella "carriera di consumatore" sia relativamente rara, mentre sia più comune una traiettoria variabile di uso, con una tendenza verso il consumo moderato.

---

[6] *From Diseased to In-Control? Towards an Ecological Model of Self-Regulation & Community-Based Control in the*
Use of Psychoactive Drugs, Repertoire of Scientific Literature Compiled by Jean Paul Grund, Patrizia Meringolo, Grazia Zuffa

[7] *Innovative cocaine and poly drug abuse prevention programme - Experts' seminar Report, Florence, Italy, 20th - 22nd*
June 2013, di Grazia Zuffa (Forum Droghe)

[8] A livello europeo, un'importante esperienza su come costruire e diffondere buone pratiche di supporto tra pari è riportata dal *Correlation Project*, Rete europea di Salute e Inclusione, www.correlation-net.org

Tuttavia, nel tempo , in Europa - anche se in modi diversi nei vari paesi - il modello medico ha fortemente influenzato la Riduzione del Danno , con due conseguenze differenti e importanti: da un lato , sui sistemi di servizi, dove l'ancora dominante modello patologico/farmacocentrico spinge fortemente la riduzione del danno nell' angolo di una (unica) serie di interventi specifici (il cosiddetto " quarto pilastro " delle politiche sulle droghe), impedendo alla Riduzione del Danno di sviluppare il suo potenziale proattivo in una prospettiva di tecniche autoregolative; dall'altro lato, sugli stessi consumatori, che, come nello stesso modello patologico, si concentrano sulle proprietà della "dipendenza chimica " da sostanze, piuttosto che sulle competenze, sulle culture e sulle strategie dei consumatori stessi, sottovalutando e limitando così le abilità e le capacità dei " pazienti " nell'autogestione. Nei fatti, in un approccio medico orientato verso la Riduzione del Danno, l'autogestione e autoregolazione appaiono ancora concetti scomodi, e in questa prospettiva le persone che usano sostanze rischiano di essere tutt'al più dei buoni "partner" degli interventi e degli operatori professionali, non i protagonisti di un vero e proprio processo di empowerment. Trasformare la finalità del sistema di servizi di riduzione del danno dalla(sola) limitazione dei danni alla (in primo luogo) promozione dell'(auto)controllo, diventa quindi sia una sfida che un compito
Grazie al lavoro comune e alla discussione tra gli esperti del Progetto NADPI e sulla base dei risultati più rilevanti emersi dalle ricerche qualitative, queste Linee Guida Operative suggeriscono ai professionisti e agli operatori pari di realizzare un cambiamento decisivo verso approcci innovativi, sfidando i limiti e le contraddizioni dell'attuale modello dominante nella riduzione del danno. Si tratta di un primo passo preliminare, a cui si auspica ne seguano altri, sia in termini teorici che pratici. Tuttavia le evidenze, le conoscenze e le esperienze finora raccolte dimostrano che è tempo di "andare oltre" i confini teorici e operativi che attualmente limitano, impoveriscono e degradano le potenzialità della Riduzione del Danno.

I contenuti operativi delle presenti linee guida sono i seguenti:

- Presentare una sintesi dei risultati più interessanti emersi dalle ricerche epidemiologiche e qualitative, quale base scientifica di cambiamenti operativi[9]
- Promuovere una nuova prospettiva per le finalità dei servizi sottolineando il potenziale proattivo della stessa Riduzione del danno
- Contribuire a creare innovatività e possibili cambiamenti negli interventi in contesti naturali e nei servizi tradizionali, includendo anche brevi suggerimenti tratti dalle attuali buone pratiche in diversi contesti nazionali
- Riassumere alcuni argomenti chiave in una prospettiva politica, al fine di sottolineare l'importanza dei contesti nazionali, locali e internazionali quali variabili che condizionano l'innovatività nella Riduzione del Danno

1. Accenni epidemiologici sull'uso di stimolanti[10]

Gli stimolanti sono la sostanza illecita più utilizzata nel mondo, dopo la cannabis

Gli stimolanti sono comunemente utilizzati in tutto il mondo. Le amfetamine sono la seconda sostanza illecita più frequentemente utilizzata nel mondo (dopo la cannabis[11]), con

[9] In *From Diseased to In-Control? Towards an Ecological Model of Self-Regulation & Community-Based Control in the Use of Psychoactive Drugs, Repertoire of Scientific Literature Compiled by Jean Paul Grund, Patrizia Meringolo, Grazia Zuffa* vi è una relazione più dettagliata sui risultati delle ricerche qualitative
[10] Cfr. bibliografia pagg 28-29

una prevalenza nell'ultimo anno (PUA) del 0,3-1,3 % (pari a 14-57 milioni di persone) tra gli adulti di età compresa tra 15-64 anni nel 2009. Tale prevalenza era pari allo 0,55 % in Europa, allo 0,8% nell'Asia Orientale e Sudorientale, cosi come in Africa, all'1,0 % in Medio Oriente e Sud-Ovest asiatico e in Sud America, dell'1,1 % in Nord America, e del2,4 % in Oceania. La PUA relativa al consumo di cocaina è stata dello 0,37 % in tutto il mondo, dello 0,05 % in Asia, dello 0,43 % in Africa, dell'1,3 % in Sud America e in Europa, dell'1,5% nell'America del Nord a, dell'1,6 % in Oceania. La prevalenza mondiale annua del consumo di ecstasy è stimata essere compresa tra lo 0,2 % e lo 0,6 % nella popolazione di età 15-64 anni, ovvero riguarda tra gli 11 e i 28 milioni di persone nell'ultimo anno (UNODC - http://www.unodc.org/documents/ATS/ATS_Global_Assessment_2011.pdf). L'uso di stimolanti (e altre droghe) è contestuale ai divertimenti serali e ad eventi specifici, in particolare nei luoghi in cui i Dj mettono dance music (Nabben et al, 2007; Grund et al, 2007). L'uso caratterizza fortemente la cultura giovanile (ter Bogt et al, 2012; Van havere, Vanderplasschen, Lammertyn, Broekaert& Bellis, 2011).

Il tasso di consumo di stimolanti varia notevolmente in ogni parte del mondo

Ad esempio, l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT , 2009) stima che almeno il 3,9 % sul totale della popolazione adulta (15-64 anni) residente negli Stati Membri dell'Unione Europea (UE) abbia usato cocaina almeno una volta nella vita (LTP, life time prevalence) , ma sono state riscontrate sostanziali differenze sia nella prevalenza che nei modelli di consumo tra paesi, gruppi di popolazione e loro caratteristiche sociali, nonché tra contesti specifici (OEDT , 2009). Il consumo più consistente di cocaina è stato rilevato nei paesi occidentali e del sud Europa, in particolare in Danimarca, Spagna, Italia, Irlanda e Regno Unito, con una prevalenza nella maggior parte dei paesi europei di uso lifetime relativamente bassa, andando dallo 0,1% all' 8,3 %.

L'uso di sostanze illecite si concentra tra i giovani adulti

Il consumo di cocaina si concentra tra i giovani adulti (15-34 anni), con una prevalenza lifetime media del 5,3 %, in particolare tra giovani uomini con una prevalenza lifetime oltre il 10 % e con una prevalenza del consumo nell'ultimo anno (PUA) di oltre il 5 % in alcuni paesi come la Danimarca, la Spagna e il Regno Unito (OEDT, 2007). La PUA per tutti gli adulti europei è pari all'1,2 %, con una forbice che va dall'0 % al 3,1% a seconda del paese. La PUA tra i giovani adulti è del 2,2 %, andando dallo 0,1% al 5,5 %. La prevalenza del consumo relativa all'ultimo mese (PUM) per tutti gli adulti varia dallo 0% al 1,1 %, due terzi dei quali sono giovani adulti (OEDT, 2007). Il consumo di cocaina sembra essere aumentato tra i giovani adulti dal 1990 e, mentre la prevalenza si sta stabilizzando o è in diminuzione in molti paesi (OEDT, 2007), la Danimarca e l'Italia riportano invece aumenti considerevoli anche di recente cosi come, nel 2005 la Spagna, la Francia, la Danimarca e il Regno Unito riportano una rapida crescita del consumo tra gli adulti di 15-24 anni (OEDT, 2007). I dati sul consumo problematico sono relativi a paesi quali la Spagna, che riportano una tasso che varia dal 4.5 al 6 di consumatori problematici su 1000 adulti nel 2002, l'Italia, con il 2.9 al 4.1 su 1000 adulti, e l'Inghilterra con il tasso tra 5.7 e 6.4 di consumatori problematici di crack su 1000 adulti nel periodo 2004/05 (OEDT, 2007).
La prevalenza dell'uso lifetime di amfetamine tra gli adulti europei è del 3,3%, andando dallo 0,1% al 11,9%, con una PUA dello 0,6%. Come per la con la cocaina, sono i giovani adulti coloro che usano più amfetamine, con una prevalenza lifetime del 5 % e una prevalenza di consumo nell'ultimo anno pari allo 1,3 % (OEDT, 2008.
A differenza di ciò che avviene per la cocaina, l'uso di amfetamine nella UE è più diffuso nel Nord Europa, nell'Europa Centrale e Orientale, in particolare nella Repubblica Ceca in Svezia e in Finlandia, con tassi in aumento tra i giovani adulti in Estonia, Austria, Germania,

[11] E non includendo l'alcol nel computo. L'alcol non è considerato ovunque come "sostanza stupefacente"

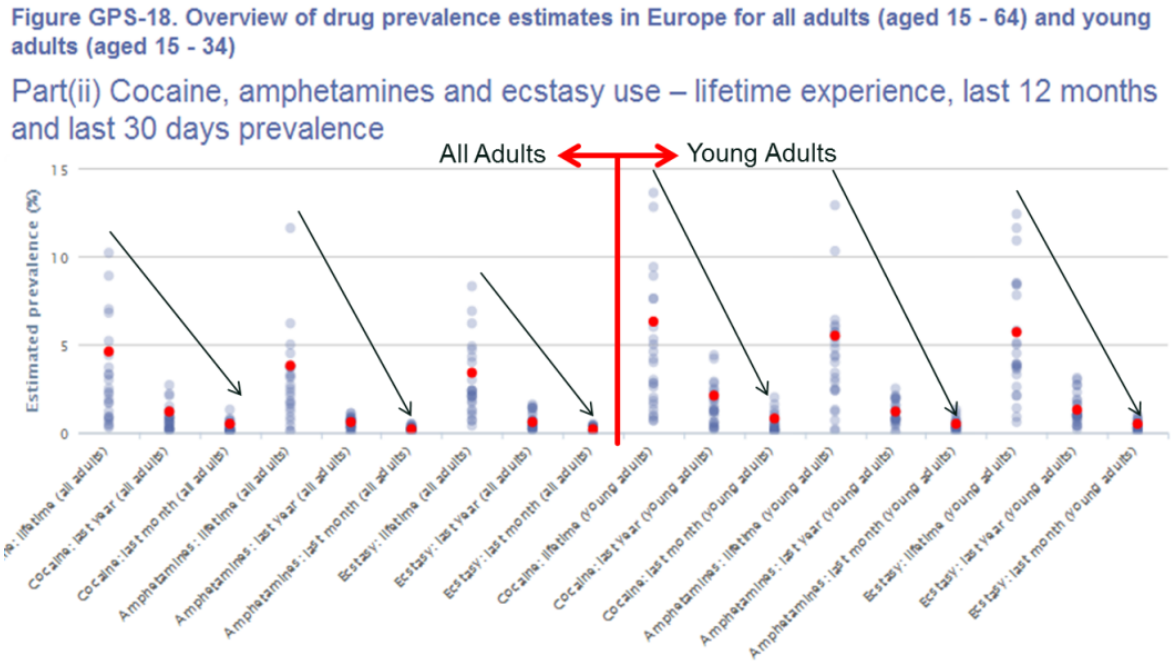
Danimarca, Slovacchia, Ungheria e Italia meridionale (OEDT, 2008; Degenhardt et al, 2009; Griffiths, 2008). Le amfetamina è, inoltre, sempre più diffuse tra i giovani nei paesi situati oltre i confini orientali della UE, come l'Ucraina, la Bielorussia, la Russia e la Georgia (Degenhardt et al, 2009; Griffiths et al, 2008; Grund et al, 2009; Grund &Merkinait, 2009). La prevalenza lifetime del consumo di ecstasy tra gli adulti europei è di circa il 3%, con percentuali che variano dallo 0,3 al 7,3 % e con una prevalenza riferita all'ultimo anno dello 0,8%. Tra i giovani adulti, la prevalenza lifetime è del 5,6 % mentre quella per l'ultimo anno è del 1,8 % (OEDT, 2008).
Il consumo di droga e il consumo problematico di stupefacenti sono subordinati ad una miriade di fattori sociali e culturali.
La diffusione geografica dell'ecstasy è meno evidente, ma l'aumento del consumo di ecstasy è chiaramente associato alla diffusione della cultura della musica da ballo elettronica (feste House o Techno, rave, Dance Festival, ecc.) L'ecstasy è stata identificata con la musica House dal 1988. Come l'ecstasy, la cocaina e le amfetamine sono più comunemente usate durante situazioni di divertimento della vita notturna e i festival (Cohen et al, 1993; Cohen et al, 1994; Decorte, 2001; OEDT, 2007; Nabben et al, 2007; Grund et al, 2007; Haasen et al,2004 (ter Bogt et al, 2012; Van Havere et al, 2011), ma anche in situazioni sociali meno fortunate come tra la popolazione che si prostituisce, i senza dimora, i giovani adulti in trattamento e marginalizzati (OEDT 2007; Haasen et al, 2004).
L'ecstasy viene quasi esclusivamente assunta per via orale e la maggior parte dei consumatori sono persone socialmente ben integrate e solo pochi sono in cerca di un trattamento per problemi derivanti dal consumo di droga o alcol (OEDT, 2008). La maggior parte dei consumatori socialmente integrati sniffano cocaina e lo fanno di tanto in tanto in situazioni di divertimento piuttosto ben definite e in periodi ben definiti (Prinzleve et al, 2004; Bellis et al, 2003, Cohen e Sas, 1994; Decorte, 2001), pur sperimentando alcuni momenti di uso non controllato (Cohen & Sas, 1994; Decorte, 2001),a conferma degli studi effettuati, in cui si dimostra come i consumatori di cocaina regolino il loro uso della sostanza (Sughondhabirom et al , 2005).
I consumatori appartenenti alle cosiddette categorie marginalizzate, d'altra parte, molto spesso fumano la cocaina -base (crack) o usano cocaina per via iniettiva, la consumano più frequentemente e in modo caotico, sono soliti consumare anche altre sostanze, quali eroina, benzodiazepine o alcol, convivendo al tempo stesso con una vasta gamma di problemi socio-economici e sanitari (Prinzleve e altri, 2004, Beek, van, 2001; Hando et al. 1997). I consumatori degli Stati dell'ex Unione Sovietica spesso producono stimolanti amfetaminosimili in casa (Borodkina et al, 2005; Grund, 2001. Heimer et al, 2007), creando un ambiente in cui l'uso per via iniettiva è comune tra i consumatori occasionali, a differenza dei paesi dell'Europa occidentale, dove sembra sussistere una divisione più netta tra i consumatori integrati (i cosiddetti consumatori nelle situazioni di divertimento) di amfetamine e quelli problematici, come avviene tra i consumatori di cocaina inalata o fumata e chi la usa per via iniettiva (Grund, 2001; Grund et al., 2009; Degenhard et al., 2009).

Dall'epidemiologia con amore: tre insegnamenti per le politiche e le pratiche

Se si leggono attentamente i dati epidemiologici sull'uso delle sostanze psicotrope nella popolazione generale si possono trarre degli insegnamenti interessanti.
Innanzi tutto, quello che emerge con forza è la grande disparità tra il consumo avvenuto nella vita (lifetime) e quello attuale. La figura seguente, contenuta nel Report annuale del 2012 sulla situazione mondiale del consumo di droghe di UNODC, fornisce una visione generale della prevalenza di uso una volta nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, relativamente alla cocaina, le amfetamine e l'ecstasy, gli stimolanti più diffusi.
Questa figura mostra chiaramente che – a differenza dell'immagine allarmistica comunemente diffusa sulla caratteristica di dare dipendenza proprie di queste sostanze - la

maggior parte delle persone che hanno provato queste sostanze o che anche le hanno usate con una certa regolarità per un certo periodo della loro vita, non continuano ad usarle. Infatti, il secondo insegnamento è che il maggior uso di droghe illecite è limitato a specifici segmenti di età - l'adolescenza e la prima età adulta. Un piccolo gruppo di adulti continua ad utilizzare le sostanze illecite per tutta la durata della sua vita, ma la grande maggioranza sembra consumarle in modo piuttosto controllato, senza mostrare particolari problemi di salute o di tipo sociale. Infine, il consumo di stimolanti e di altre droghe è massiccio in specifici ambienti sociali e culturali. Nell'Unione europea, la maggior parte degli stimolanti viene assunta per motivi ricreazionali e in contesti di divertimento, quello notturno in particolare. Nella sezione successiva, guarderemo oltre la ricerca epidemiologica, nei contesti naturali di consumo di stimolanti, focalizzandoci su studi qualitativi che hanno preso in considerazione i determinanti dell'uso controllato droghe in popolazioni non in trattamento.

FIGURA GPS 18- Stima generale della prevalenza dell'uso di droghe in Europa tra la popolazione adulta (età 15-64) e giovani adulti (età 15-34)



2. Oltre la ricerca epidemiologica. Tre elementi chiave emersi dalla ricerca qualitativa[12]

In questo capitolo sottolineeremo tre elementi salienti della ricerca qualitativa sul consumo di stupefacenti; tali elementi ci illustrano i motivi e le modalità dell'osservazione e della comprensione delle strategie individuali e di gruppo, i comportamenti, le competenze, le culture, le regole e i contesti d'uso, che possono diventare la base su cui sviluppare un approccio per fornire supporto alle persone che usano sostanze in termini di autoregolazione e autocontrollo nel consumo di droga. L'acquisizione (e /o la produzione) di questo tipo di conoscenza e l'adozione di un approccio che si basa sulla ricerca qualitativa ed etnografica è un compito fondamentale e irrinunciabile al fine di sviluppare una strategia di riduzione del danno che sia realistica e allo tempo stesso innovativa, discostandosi dal "tunnel" del punto di osservazione medico.

[12]Cfr bibliografia pagg 29-31

2.1 Gli scenari peggiori sono rari: oltre la retorica sulle droghe

Lo status illegale delle sostanze influenza la ricerca in maniera significativa. Gran parte delle ricerche vengono condotte su "campioni in cattività", ovvero su consumatori problematici di sostanze arruolati in servizi di trattamento per le dipendenze e/o consumatori inviati a tali servizi come alternativa alla sanzione per uso di sostanze. Tali ricerche ci hanno insegnato molto sui potenziali danni derivanti dall'uso di droghe, ma pochi studi hanno evidenziato il piacere derivante dall'uso di droghe – piacere che viene sperimentato dalla maggior parte dei consumatori. La visione "tunnel" che hanno gli esperti, visione che è stata costruita basandosi su una minoranza (limitata) di consumatori, conduce ad una concettualizzazione parziale sull'uso di droghe: la ricerca si focalizza sulle proprietà chimiche delle sostanze, deterministicamente identificate come elementi esplicativi del fenomeno delle droghe nel suo complesso. Sia questo punto di vista di tipo farmacocentrico, sia la tipologia dei consumatori comunemente indagati dalle ricerche, contribuiscono a limitare l'osservazione e l'analisi dei processi di apprendimento sottostanti l'uso controllato, l'uso con minor rischi di sostanze stupefacenti, le strategie individuali di autoregolazione, le norme sociali e i rituali che permettono alla stragrande maggioranza di persone che utilizzano sostanze il controllo del loro consumo. Per controbilanciare queste conoscenze parziali e retoriche, è necessario adottare la prospettiva dei consumatori, attraverso ulteriori ricerche di tipo qualitativo, rivolte non solo allo studio dei consumatori problematici.

"Gioie e dolori " della cocaina e meccanismi di autoregolazione dei consumatori

Uno studio di follow up della durata di 12 anni

Negli anni 1996-97ad Anversa è stato condotto uno studio etnografico tra 111 consumatori di cocaina, quale gruppo base di riferimento, finalizzato ad indagare i livelli e i modelli di consumo nel corso del tempo, l'astinenza temporanea e la diminuzione nell'uso, i vantaggi e gli svantaggi del consumo di cocaina, la dipendenza. (Decorte, 2000; 2001). Negli anni 2008/09, dodici anni dopo lo studio iniziale, Tom Decorte e Marjolein Muyshanno rintracciato e intervistato nuovamente 56 soggetti (50,5 % del campione iniziale). La maggior parte dei partecipanti allo studio di follow up avevano continuato ad usare cocaina con una certa regolarità per diversi anni, traendone piacere. Tuttavia, riportavano un variazione nella quantità e nella frequenza d'uso, nella durata dei periodi di assunzione di cocaina e negli effetti provati. La maggiore porzione degli intervistati riportava che l'assunzione regolare di cocaina nel corso di un periodo di 12 anni non ha avuto come conseguenze la " perdita di controllo " o una qualche interruzione degli impegni nella vita quotidiana. In ogni caso, i partecipanti hanno mostrato un maggior grado di consapevolezza circa i possibili effetti negativi dell'uso di cocaina e molti di loro hanno riferito di effetti fisici e psicologici negativi su loro stessi. Nel corso degli anni, mentre variano di poco le "gioie", ovvero le sensazioni piacevoli sperimentate (quali euforia e una maggiore disponibilità alla socializzazione), vengono più enfatizzati i "dolori", ovvero gli effetti percepiti negativi dell'uso (quali l'impegno economico per l'acquisto della sostanza e la preoccupazione per la propria dipendenza dalla sostanza). La consapevolezza dei consumatori per gli effetti negativi, li aiuta a "controllare" il loro uso. Inoltre, lo studio conferma che uno dei fenomeni più importanti per evitare che i consumatori diventino dipendenti sia il loro coinvolgimento in una rete sociale e in attività e relazioni significative. Questi risultati richiedono l'attuazione di interventi di politiche sociali ampie, al fine di aiutare le persone ad agganciarsi alle opportunità offerte dalla loro vita di tutti i giorni.

Decorte, M.Muys (2010), Tipping the balance. A longitudinal study of perceived "pleasures" and "pains" of cocaine use (1997-2009), in T.Decorte, J.Fountain (eds), Pleasure, Pain and Profit. European perspectives on drugs, Pabst Publishers

2.2 Alla ricerca della conoscenza nascosta. Esiti della ricerca sull'uso controllato/non controllato di cocaina

Partendo da un approccio proattivo e da una prospettiva di supporto ai meccanismi di autoregolazione, le ricerche qualitative e gli studi etnografici, condotti al di fuori di schemi retorici sulle droghe, mostrano alcuni risultati che possono essere la base essenziale per lo sviluppo di interventi innovativi. In sintesi:

- Il controllo dell'uso di cocaina e di altre sostanze stimolanti esercitato dalle persone che consumano droghe si sviluppa lungo un continuo processo di apprendimento

dall'esperienza, simile ai processi impiegati nell'apprendimento di qualsiasi altra attività umana. Si tratta di un processo per " tentativi ed errori" e, durante diversi momenti e fasi, i consumatori apprendono dalle proprie esperienze e sono in grado di produrre cambiamenti nei loro comportamenti

- I consumatori adottano una vasta gamma di meccanismi informali di controllo sul loro consumo di droga in molteplici ambiti, quali: ambiente e situazioni di consumo, le persone con cui (non) consumare, il numero massimo di volte per il quale ciascuno può usare cocaina in un dato periodo di tempo, la frequenza di uso, stati d'animo consoni all'uso, combinazioni idonee e non idonee di uso di cocaina con altre sostanze, via di assunzione, dosaggi appropriati, come gestire le conseguenze economiche del consumo di cocaina, come evitare di attirare l'attenzione delle forze dell'ordine, ecc. Ognuno di questi elementi - e / o una combinazione degli stessi- può diventare una variabile del processo di autocontrollo e "campo d'azione" per una strategia personale di uso sicuro e uso regolato
- I consumatori adottano dei rituali, dei modelli di comportamento inerenti all'uso di sostanze, inclusi i metodi di acquisizione e somministrazione delle stesse, la selezione dell'ambiente fisico e sociale per il consumo, le attività che seguono l'assunzione, e dei metodi per evitare gli effetti indesiderati della sostanze. I rituali sono influenzati da variabili di tipo culturale, sociale e ambientale, il consumatore non è isolato dal contesto e l'ambiente socio- culturale è un fattore fondamentale in un processo di apprendimento sociale.
- Il consumo di cocaina non è stabile nel tempo, variando da livelli di consumi tendenti al basso o all'alto, ma i livelli medi e alti non perdurano nel tempo. Contrariamente a quanto indicato dal modello patologico, la traiettoria prevalente è di tipo discendente, nel lungo termine. Le strategie naturali sono caratterizzate da "riduzioni progressive" e "astinenze temporanee" al fine di riacquisire nuovamente il controllo dopo periodi di consumo più incontrollato.
- Contrariamente alla "traiettoria lineare e crescente " secondo il modello medico – che vede la traiettoria uso-dipendenza– le ricerche qualitative indicano che le carriere del consumatori di sostanze siano in realtà dinamiche e che i pattern di consumo mutino nel tempo, a seconda delle transizioni e dei cambiamenti nelle situazioni e nei loro impegni di vita.
- Diversamente dal punto di vista del modello medico del "tutto o niente" (astinenza o dipendenza), gli studi condotti sui meccanismi di controllo dell'uso di sostanze mostrano come i pattern di consumo fluttuino lungo un continuum, variando da un scarsa capacità di controllo ad un aumento di controllo e viceversa. Ciò implica che i consumatori non possono essere divisi in due diverse " tipologie " – consumatori controllati o consumatori incontrollati- ma ciascuno può sperimentare entrambe le situazioni, cambiare il proprio modello di consumo, passando da un uso intensivo ad uno più moderato.
- Le ricerche qualitative, adottando la prospettiva mutuata dai consumatori sull'uso controllato/ incontrollato, mostrano discrepanze tra le visioni dei professionisti nell'ambito delle dipendenze e quelle dei consumatori: ovvero, considerare il consumo controllato solo come una fase temporanea per raggiungere l'astinenza piuttosto che un obiettivo vero e proprio, oppure trascurare i diversi problemi nella

vita dei consumatori per considerare i problemi inerenti al consumo di droghe come il problema fondamentale. Entrambe queste discrepanze sono i motivi per cui la maggior parte dei consumatori di sostanze non ritengono essere loro di aiuto il ricevere da un servizio maggiori informazioni o counselling per mantenere o raggiungere un pattern di consumo controllato.

I consumatori di cocaina nei loro contesti naturali: la percezione dei meccanismi di consumo controllato/incontrollato e di autoregolazione

Due ricerche qualitative italiane hanno studiato la percezione dei consumatori di cocaina verso il consumo controllato/incontrollato e le loro strategie di autoregolazione :

- ***Il consumo di cocaina tra i giovani nei loro ambienti naturali***. All'interno dello studio qualitativo tra 115 consumatori di cocaina "esperti" in Toscana, Italia, sono state condotte delle interviste semistrutturate a 115 soggetti selezionati attraverso un campionamento "a palla di neve" (snowball), 10 interviste in profondità, due focus group. Gli obiettivi erano quelli di definire pattern e traiettorie dell'uso di cocaina; la percezione dei consumatori verso il consumo controllato e incontrollato; i meccanismi di controllo sociale e di autoregolazione. Lo studio è stato coordinato dal CNCA (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza), Forum Droghe, Cooperativa CAT e Università di Firenze, Dipartimento di Psicologia e promosso dalla Regione Toscana, 2009-2011
- ***La percezione dei consumatori di cocaina verso il consumo controllato/incontrollato***. Questo studio qualitativo si è basato su 21interviste narrative sulle storie di vita di consumatori di cocaina a Torino, Regione Piemonte. Lo studio è incentrato sulla descrizione di strategie personali finalizzate all' autoregolazione, la valutazione dei vantaggi /svantaggi, le informazioni, la conoscenza e l'apprendimento. E' stato condotto da Forum Droghe, CNND (Coordinamento Nazionale "Nuove Droghe ") ed European Institute on Addiction, 2009

Sebbene studi simili sul consumo di cocaina e sui meccanismi di controllo abbiano una lunga storia in Europa (Cohen, 1993; Decorte, 2001), in Italia sono questi i primi studi realizzati sul consumo controllato di sostanze. Entrambi gli studi si basano sul modello teorico di Norman Zinberg (1979, 1984), modello incentrato sulle componenti psicologiche e sociali del paradigma (individuo e ambiente) quali elementi chiave per spiegare "l'uso controllato".

Risultati: Contrariamente a quanto indicato dal punto di vista (farmacocentrico) più diffuso, l'escalation è di gran lunga la traiettoria meno comune, mentre la tendenza generale va nella direzione di una moderazione del consumo di droga: nel corso del tempo, la grande maggioranza dei consumatori di cocaina impara dalla propria esperienza e da quella di altri su come "addomesticare" la cocaina. Il consumo di cocaina è percepito come "sotto controllo" quando non sembra intaccare le struttura della vita del consumatore. La percezione di essere in grado di condurre una vita che abbia un senso, e non sia solo incentrata sul consumo di droga, diventa una sorta di confine naturale per i consumatori: quando realizzano di averlo superato, generalmente passano a pattern di consumo più moderati o a momenti di astinenza. Gli studi mostrano l'attitudine dei consumatori di cocaina alla moderazione (sovente arrivando all' astinenza) quale esito di processi di autoregolazione volti al cambiamento. Questi meccanismi sono in gran parte sconosciuti ai professionisti nell'ambito delle dipendenze, e questi studi mostrano come si potrebbero innovare le pratiche nei servizi. Dare rilevanza ai controlli sociali informali presenti nei consumatori di sostanze illegali (ma ugualmente presenti anche nei consumatori di sostanze legali) può cambiare la rappresentazione sociale del consumatore di sostanza illegale e contribuire a ridurre lo stigma nei suoi confronti. Inoltre, questo potrebbe contribuire ad innovare e riequilibrare le politiche sulle droghe spostando l'attenzione dai controlli legali a quelli di tipo sociale.

2.3Droghe, Individuo e Ambiente (DRUG, SET & SETTING). Focus sui fattori ambientali

L'effetto delle sostanze psicoattive nell'uomo sono il risultato di una complessa interazione tra la Sostanza, il Set e il Setting, dove con Sostanza intendiamo le proprietà psicofarmacologiche della sostanza stessa, con Set ci riferiamo ai fattori individuali di personalità, mentre con Setting l'ambiente in cui avviene il consumo. Nel modello medico attualmente dominante, l'ambiente è un fattore spesso dimenticato, nonostante, al

contrario, le ricerche qualitative ed etnografiche sottolineino lo specifico ruolo che questo rivesta nell'influenzare i modelli di consumo controllato/incontrollato. In particolare, l'ambiente implica una vasta gamma di azioni di controllo sociale adottate dalla stragrande maggioranza dei consumatori controllati di sostanze; le azioni di controllo sociale, interagendo con la disponibilità della sostanza e la "struttura di vita ", sono le principali variabili che influenzano i meccanismi individuali di autoregolazione; tuttavia l'ambiente comprende , d'altro canto , anche il contesto politico e giuridico del divieto di uso di sostanze, il quale limita/azzera l'empowerment del consumatore, nonché il diffondersi della cultura e delle strategie per un consumo sicuro/controllato. Da un punto di vista ambientale, i rischi associati all'uso di droga sono visti nel quadro di un diverso contesto, dove l'attenzione si sposta dagli individui alle situazioni sociali: è pertanto un punto cruciale inserire il setting nel riprogettare modelli operativi finalizzati all'uso controllato e l'auto regolazione.

Il Consumo di droga come rito sociale
La gestione del consumo tra gli consumatori abituali di cocaina ed eroina

Contrariamente a quanto comunemente si crede, anche le persone considerate come "consumatori problematici di sostanze stupefacenti "sono in grado di seguire delle regole sociali e assumere dei comportamenti individuali volti a controllare il loro consumo di droghe. Uno studio etnografico, condotto a Rotterdam nel quinquennio 1988–1993, ha osservato quotidianamente dei consumatori abituali di cocaina ed eroina presso gli "House Addresses", appartamenti dove venivano sia vendute che consumate le sostanze nel periodo in studio. Lo studio ha rilevato che l'autoregolazione va oltre la riduzione del consumo di sostanze, implicando anche la prevenzione e la gestione dei problemi legati all'uso. In particolare i rituali adottati dai consumatori di sostanze rivestono sia una funzione strumentale che sociale. Nello specifico, durante i rituali in solitaria si pone grande attenzione alla gestione del consumo della sostanza, avendo gli obiettivi di:

1 . Massimizzare l'effetto desiderato della sostanza stupefacente
2 . Controllare le quantità di sostanze consumate e bilanciare gli effetti positivi e negativi propri delle stesse
3 . Prevenire problematiche secondarie

Nel tempo si è creata una relazione funzionale tra il consumo di eroina e cocaina, rappresentata dall'uso combinato di entrambe le sostanze, il cui scopo è quello di massimizzare gli effetti desiderati e minimizzare quelli indesiderati, in particolare quelli relativi al consumo frequente e massiccio di cocaina.

Un regola consolidata (presente nel 50 % delle osservazioni) era quella di condividersi le sostanze, rispondendo sia a funzioni strumentali (ad esempio prevenire le sindromi astinenziali), sia a quelle sociali (ad esempio rafforzamento delle relazioni, contenimento dei conflitti, o consolidamento del capitale sociale). Nei suddetti appartamenti, cocaina ed eroina venivano prevalentemente consumate in una situazione sociale simile a quella che si può trovare in un luogo pubblico come il bar, obbedendo quindi sia a regole esplicite che implicite, al fine di arrecare meno fastidi possibili al vicinato, di ridurre i rischi di farsi notare dalle forze dell'ordine, di favorire un'esperienza piacevole e indisturbata di consumo di sostanze. In alcuni di questi appartamenti, su una parete erano affisse le "regole della casa " (ad esempio è consentito condividere le sostanze ma non mendicarle; non arrecare rumori molesti, soprattutto dopo il consumo di cocaina fumata). La capacità di esercitare il controllo sul proprio uso individuale di droghe non è uguale per tutti i consumatori. Alcuni consumatori di cocaina, cosi come gli spacciatori, ne usano grandi quantità, presentando pochi o nessun problema correlato. Altri consumatori - in genere i consumatori di strada che hanno un consumo altalenante - in realtà usano molta meno cocaina, ma sembrano essere più affetti dai problemi correlati al suo uso. L'efficacia dei rituali e delle norme che regolano l'uso di droghe è influenzato da altri fattori importanti, i quali hanno un impatto sulle capacità di un individuo di rispettare questi rituali e regole. Tali fattori sono la disponibilità delle sostanze - ad esempio quanto una persona debba impegnarsi per acquistare la sostanza - e ciò che è definito la struttura di vita – le attività abituali (sia quelle convenzionali che quelle correlate al consumo), che scandiscono la vita quotidiana delle persone. I rituali e le regole, la struttura di vita e la disponibilità delle sostanze sono a loro volta soggetti a molte influenze esterne. A titolo esemplificativo, se vigono politiche restrittive sulle droghe, i rituali e le norme finalizzati ad un uso controllato hanno meno probabilità di diffondersi, poiché tutte le energie dei consumatori vengono dirottate all'acquisto delle sostanze e all'evitamento di controlli e sanzioni penali per l'uso di droghe.

Grund J-PC: Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation. Rotterdam: Addiction Research Institute (IVO), 1993. (http://repub.eur.nl/res/pub/39132/; http://www.drugtext.org/Table/Drug-Use-as-a-Social-Ritual/)

3. Oltre il modello "malattia": cambiamento nelle finalità dei servizi[13]

Se l'autoregolazione e l'uso controllato verranno adottati come una componente nell'approccio della riduzione del danno, gli operatori professionali, i pari e la finalità dei servizi potranno essere ridisegnati in una vera prospettiva proattiva. In questa prospettiva, il centro dell'attenzione deve vertere sulla promozione delle capacità e delle competenze del consumatore, il quale è considerato come un "esperto", poiché possiede la competenza fondamentale per gestire la propria vita. In questo contesto teorico è insito il concetto stesso di autogestione. Lo spostare la finalità della riduzione del danno da "prevenzione secondaria", basata sull'evitamento dei rischi, alla prospettiva proattiva, basata sull'attivazione di competenze e abilità di autoregolazione, implica rimodellare gli interventi sia nei contesti naturali e informali sia in quelli dei servizi formali.

3.1 Sostenere l'autoregolazione in contesti informali

Per contesti informali si intendono:
-Contesti naturali di consumo, ove i consumatori sviluppano "naturalmente" le proprie strategie di controllo
- Contesti informali di interventi di riduzione del danno, quali situazioni di divertimento notturno, rave party ecc.

Poiché le strategie di autoregolazione dei consumatori in contesti naturali sono state ampiamente illustrate dagli esiti delle ricerche presentati nei paragrafi precedenti, in questo paragrafo ci concentreremo sugli interventi di riduzione del danno in contesti naturali di consumo.

Interventi in contesti informali: dalla riduzione del danno al dare sostegno al controllo esercitato dai consumatori

- *Destinatari*: consumatori di cocaina e stimolanti con diversi modelli di consumo, da quello moderato a quello intensivo. La maggior parte di questi consumatori non sono in contatto con i servizi per le dipendenze e non sono intenzionati ad entrare in trattamento. In linea di principio, la maggior parte dei consumatori, a cui sono rivolti gli interventi di RdD, sono destinatari potenziali e adeguati a ricevere un sostegno per le loro strategie di autoregolazione. In particolare, sono i consumatori con percorsi di uso discontinui e altalenanti tra consumi moderati e intensivi coloro che potrebbero trarre maggiore beneficio da questo tipo di intervento
- *Obiettivi*: negli interventi di RdD, lo scopo è quello di ridurre i rischi derivanti dal consumo di droga, in funzione di diversi elementi: la sostanza stessa, l'individuo e la tipologia del contesto di assunzione, con una vasta gamma di obiettivi specifici. Sia nella prospettiva di "riduzione del danno" che in quella dell'" autocontrollo", la scelta dei diversi obiettivi deriva dall'ipotesi del "continuum " riferito al consumo di droghe (ovvero partendo dal presupposto che i consumatori controllino in maniera diversa il loro consumo, passando da un basso ad un alto controllo e viceversa). Per quanto riguarda l'elemento "sostanza", la diminuzione progressiva dell'uso e l'"astinenza temporanea " dovrebbero essere considerati come gli obiettivi più comuni da scegliere (in quanto sono proprio le strategie di autoregolazione più utilizzate dagli stessi consumatori).

[13]Cfr bibliografia pagg 31-33

- *Relazione*: sia gli operatori pari sia gli operatori professionali della riduzione del danno potrebbero offrire un sostegno. Le relazioni tra pari e quelle (a legame debole, più "orizzontali") tra consumatore e professionista sono già un punto fermo nelle pratiche di RdD e gli operatori professionali nell'ambito della riduzione del danno hanno una formazione nella creazione e nel mantenimento di relazioni orizzontali. Tuttavia, rafforzare le tecniche di autoregolazione può richiedere una continuità nella relazione in ambienti più strutturati di intervento, al di là dei contatti episodici nelle situazioni di divertimento notturno /discoteche.
- *Azioni principali*: gli interventi stessi di RdD già rafforzano l'autoregolazione, promuovendo pratiche con minori rischi mediante interventi di counselling erogati dagli operatori pari o dai professionisti (all'interno delle dimensioni "sostanza, individuo, contesto", per esempio indicando quali siano le sostanze o mix di sostanze con minori rischi, quali le condizioni fisiche e psicologiche per ridurre i rischi, quali i contesti). Per favorire lo sviluppo dell'autoregolazione tra i consumatori, è quindi necessario progettare nuove azioni, quali interventi di formazione e interventi di counselling breve (si veda sotto: come pianificare cambiamento nell'uso di sostanze e come monitorarlo).

Gestire l'uso di sostanze

Il *Substance Use Management* (acronimo SUM) è una guida per gestire l'uso di alcol o di droga. I consumatori possono utilizzare la guida in modo autonomo o con l'aiuto di amici, familiari, professionisti.
Tra le tecniche specifiche per gestire l'uso di sostanze indicate nelle guida troviamo indicazioni per apportare dei cambiamenti:

- Nella quantità di assunzione di alcol o droga
- Nel numero e tipo di sostanze utilizzate insieme
- Nella frequenza di uso
- Nella modalità di somministrazione
- Nella modifica della situazione di uso (usare da soli /con altri etc.)

Ogni argomento viene esplorato lungo le dimensioni della sostanza, dell'individuo, dell'ambiente. Ad esempio in riferimento all'argomento "cambiare la quantità", per ciò che concerne la dimensione droga, gli autori suggeriscono di iniziare tenendo un diario giornaliero per riportare in dettaglio il consumo attuale di una sostanza (in termini di quantità, frequenza ecc.); tale diario va tenuto per almeno una settimana. In questo modo il consumatore ha un quadro esauriente dei suoi livelli abituali di consumo, per cui può ipotizzare una pianificazione di riduzione progressiva del consumo stesso e tenere traccia dei suoi progressi.

Per le sostanze caratterizzate da un meccanismo di effetto rapido ma dalla durata breve, come la cocaina, può diventare difficile ridurre la quantità: gli autori suggeriscono quindi di modificare non tanto il quantitativo di sostanze assunte quanto la frequenza di utilizzo.
Di seguito presentiamo un esempio di piano di riduzione progressiva per modificare la frequenza di uso di ecstasy:

- Frequentare meno feste e rave (agendo sulla dimensione del contesto)
- Frequentare locali di divertimento dove non è previsto il consumo di sostanze (agendo sulla dimensione del contesto)
- Passare all'uso di alcol (agendo sulla dimensione della sostanza)

Denning P., Little J. & Glickman A. (2004), Over the influence. The Harm Reduction Guide for managing drugs and alcohol, The Guilford Press, New York

Associazione/Ente: Mainline Foundation
Nome del progetto/servizio: Autocontrollo e Riduzione del Danno- unità di strada in Olanda
Nazione/Regione/Città: Olanda
Destinatari: Consumatori problematici di crack (pasta base di coca)

Modello operativo: Gli operatori dell'unità di strada di Mainline utilizzano il cosiddetto "approccio di prossimità" per avvicinarsi ai consumatori di sostanze in qualsiasi parte del paese. Il loro obiettivo primario è quello di fornire ai consumatori di sostanze delle informazioni di tipo sanitario correlate al loro uso di droghe e fornire supporto ai consumatori nel prendere decisioni consapevoli sulla base di informazioni corrette in merito al loro consumo di sostanze. Senza assumere alcun atteggiamento giudicante, questa vicinanza consente agli operatori di unità di strada di andare in profondità nelle esperienza di vita quotidiana dei consumatori. Assumendo come punto di partenza la percezione dei consumatori- e non quella degli operatori professionali - gli interventi sviluppati da Mainline mettono in evidenza l'importanza dell'autocontrollo, concentrandosi sui vantaggi che questo comporta dalla prospettiva del/dei consumatore/i. Forte di un 'esperienza di oltre 20 anni, Mainline ha sviluppato una varietà di interventi focalizzati sull'aumento dell'autocontrollo e sulla riduzione del danno.
Alcuni esempi: 1) Una rivista trimestrale "Mainline" in cui compaiono interviste ai consumatori che mettono in luce le dimensioni soggettive e sperimentali dell'uso di sostanze, l'autonomia e l'autocontrollo, a cui vengono aggiunti accorgimenti e consigli da parte di professionisti in ambito sanitario. Questo approccio narrativo alla comunicazione sanitaria è un efficace strumento di prevenzione. 2*)" Tutte le Carte per un uso sicuro di coca"* consistono in un mazzo di carte con diversi suggerimenti per migliorare l'autocontrollo (o altri metodi per un uso di droghe più sicuro) ove su ciascuna carta sono riportate frasi come ad esempio: "Fuma il tuo ultimo cristallo dal foglio di alluminio per garantirti un "atterraggio più tranquillo" o "mangia prima di fumare, te la godrai di più". 3) "*Baselab"* è un intervento in cui gli operatori di unità di strada si recano presso le stanze del consumo, per discutere l'utilizzo della pasta base di coca con i consumatori; ad esempio gli svantaggi di usarne la cenere, la lunghezza della pipa e i metodi per limitare gli effetti negativi della cocaina.

Gli operatori di unità di strada distribuiscono tovagliette appositamente progettate (dette "Basemat", tovaglietta base) che visivamente danno tutti i dettagli sugli aspetti del fumare cocaina al fine di ridurre ulteriormente tutti i possibili danni.
http://www.mainline.nl info@mainline.nl

Focus sull'innovazione

- *Oltre la prospettiva del "rischio/danno"*: nonostante il background teorico comune (il presupposto continuum nel consumo di droga, continuum che dipende dall'interazione dei fattori sostanza, individuo e contesto di assunzione), i concetti di " rischio" e "controllo" sono in contrasto tra loro, in quanto il primo si riferisce agli aspetti negativi (le caratteristiche negative delle sostanze), mentre il secondo enfatizza gli aspetti positivi (le capacità dei consumatori oltre l'influenza delle sostanze). Di conseguenza, la questione fondamentale "cosa è meno dannoso in rapporto alla droga " dovrebbe trasformarsi in " qual è il mio rapporto sano con la droga?", dove in questo caso ci si concentra sul processo personale di autoregolazione, in funzione dei "limiti individuali".
- Diventare consapevoli dell'esistenza di controlli informali è un risultato importante per i consumatori. Per gli operatori professionali, questo dovrebbe diventare il primo passo nel fornire un sostegno per le tecniche autoregolazione. I controlli informali sono degli argomenti che meritano di essere discussi fra professionisti e consumatori. Spesso questi ultimi non sono consapevoli delle regole che essi stessi mettono in atto, a causa della condizione di illegalità propria degli stupefacenti: le

"prescrizioni" sociali per le sostanze illecite non hanno alcuna diffusione nella cultura dominante.

- Negli interventi di riduzione del danno, il mettere a fuoco gli aspetti negativi delle sostanze può impedire di rilevare gli aspetti positivi delle sostanze stesse (ovvero gli effetti che esercitano un'attrattiva nei consumatori). Al contrario, è essenziale identificare i vantaggi e gli svantaggi del consumo di droga e i professionisti sono tenuti ad aiutare i consumatori a esplorare sia i lati positivi che negativi, riguardanti la loro esperienza con la sostanza, in modo da realizzare la funzione che riveste il consumo della sostanza. Essere consapevoli dei motivi che sottostanno al consumo di droghe è il passo necessario e propedeutico al cambiamento.
- Identificare i vantaggi (e non solo gli svantaggi) è ancora più importante nella valutazione dell'uso di più sostanze. Conseguentemente all'attenzione esclusiva posta al "danno", i consumatori di più sostanze sono semplicemente etichettati come poli consumatori, dove questo stesso termine implica una stigmatizzazione "multipla" dei consumatori. L'attenzione posta sull'aspetto negativo impedisce la comprensione della logica sottostante all'uso di più sostanze: ad esempio, spesso vengono utilizzate sostanze diverse per controbilanciare/attenuare gli effetti di alcune droghe. Questo è il caso del mix cannabis/cocaina, dove la cannabis aiuta a moderare gli effetti stimolanti della cocaina; anche l'eroina è spesso utilizzata per lo stesso scopo, dopo un binge di cocaina.
- Una prospettiva imparziale sull'uso di più sostanze può aiutare a identificare più strategie per ridurre il consumo, come il passaggio a sostanze il cui consumo comporti meno rischi: per esempio, passare dalla cocaina alla cannabis.

3.1.1 Autogestione individuale 2.0

Il web rappresenta un'opportunità efficace per supportare le strategie individuali di autogestione rivolte al consumo di droghe, grazie alla sua facilità di accesso, alla garanzia di rispetto dell'anonimato, di riservatezza, al suo rendere più agevole la comunicazione e lo scambio di esperienze. L'autovalutazione su supporto elettronico e l'impiego di questionari-tipo sull'autogestione rendono possibile ai consumatori verificare il loro pattern di consumo, concentrandosi sui vantaggi e gli svantaggi, promuovendo una riflessione e atteggiamento consapevole e, in caso di tecnologia web 2.0, interagire con altri consumatori e/o esperti e ricevere un feedback.

Associazione/Ente: Global DrugSurvey
Nome del progetto/servizio: Drugmeter (www.drugmeter.com)
Nazione/Regione/Città: Regno Unito, Londra
Destinatari: Tutti i consumatori
Obiettivi: fornire supporto all'autogestione e autocontrollo nelle persone che usano sostanze attraverso uno strumento sul web avente l'obiettivo di monitorare l'uso personale di sostanze e ricevere feedback e counselling da operatori professionali

Modello operativo: Drugmeter è un'applicazione via web sicura e anonima, è indipendente, non è finanziata da Enti Pubblici ed è stata progettata per fornire informazioni veritiere e accurate su nove diverse sostanze (alcol, tabacco, cannabis, cocaina, MDMA, amfetamine, GHB, ketamina e mefedrone). Tutti i dati sono raccolti in modo anonimo e sicuro e non si può in alcun modo risalire all'identità del consumatore che accede al sito. Compilando un questionario sul proprio uso personale, Drugmeter fornisce immediatamente un quadro

personalizzato: a) confronta le risposte fornite dall'utente web con coloro che hanno precedentemente compilato il questionario e usato la stessa sostanza, produce inoltre delle statistiche sulla popolazione generale; b) fornisce dei feedback sui rischi correlati all'uso proprio dell'utente; c) lo "strumento di regolazione in funzione del rischio personale" permette di modificare il proprio uso di droghe/alcol in base al profilo individuale.
In Drugmeter è possibile arricchire le informazioni del proprio profilo per ciascun fattore di rischio d) mediante l'inserimento di un identificativo si può tener traccia dei propri cambiamenti nell'uso di sostanze nel tempo e) un blog permette lo scambio di informazioni ed esperienze f) è possibile contattare un operatore professionale attraverso email.
Sito web e contatti: Global DrugSurvey info@globaldrugsurvey.com
Fergusson House 124/128 City Road - London EC1V 2NJ +44 (0)20 7324 3536

Associazione/Ente: Mainline Foundation
Nome del progetto/servizio: Apexx, rivista on line su droghe, sesso e contesti del divertimento
Nazione/Regione/Città: Olanda, Amsterdam
Destinatari: durante il lavoro di unità di strada di Mainline gli operatori avviano dei colloqui con consumatori di sostanze su argomenti quali l'uso di droghe controllato. Apexx è uno strumento sul web che si rivolge ai giovani fornendo gli stessi messaggi
Obiettivi: L'obiettivo della rivista sul web è quello di diminuire i rischi sulla salute fisica, psicologica e sociale causati dall'uso di sostanze, dai comportamenti sessuali e dalle abitudini in situazioni di divertimento da parte della popolazione giovanile

Modello operativo: Apexx aumenta le conoscenze sulle sostanze, sulle problematiche di tipo sessuale e sulle abitudini nello stile di vita al fine diminuire i loro rischi potenziali (riduzione del danno). Attiva la discussione sul tema (spesso tenuto segreto) dell'uso di sostanze. Stimola la riflessione personale (per esempio sulla questione di quando l'uso di sostanze si trasforma in abuso), e funziona come un ponte tra i giovani consumatori e altre organizzazioni (soprattutto nell'ambito della prevenzione e del trattamento per uso di droga). Come effetto collaterale, Apexx offre agli operatori professionali un'opportunità di illustrare lo stile di vita e la cultura del gruppo target.
Apexx è stato lanciato ufficialmente nel giugno 2012 e da allora sono apparsi altri tre numeri della rivista on line:

- Apexx numero 3 ha avuto 2.000 lettori nel mese di aprile del 2013
- La pagina complementare Facebook di Apexx offre un elemento interattivo rispetto al formato di tipo più classico della rivista.
- Apexx colma una lacuna esistente nei metodi di prevenzione secondaria. Essa combina la professionalità e gli standard scientifici propri dei siti di informazioni "oggettive" sulle sostanze con le dimensioni soggettive, esperienziali dei forum on line e degli interventi tra pari.

Sito web e contatti:www.apexx.nl Sanne van Gaalen: s.vangaalen@mainline.nl

3.1.2 Promuovere un contesto di uso più sicuro

Secondo l'approccio Sostanza, Individuo e Ambiente, il contesto in cui vengono usate le sostanze è una variabile che influenza sia l'uso controllato, sia le competenze e le opportunità dell'autoregolazione, sia la riduzione dei rischi. Come mostra la ricerca qualitativa, il fatto di scegliere un contesto di uso più sicuro - luoghi e sedi, privacy, le persone con cui consumare, ecc.- è una delle strategie di autoregolazione più frequentemente individuata e utilizzata dai consumatori. Quando il contesto di uso è di tipo sociale, collettivo, il promuovere la sicurezza del contesto di uso può supportare e facilitare le competenze e le pratiche dei consumatori in merito all'autoregolazione.

- *Principali azioni*: co-operare con gli organizzatori di eventi per una gestione sicura del contesto; formare gli organizzatori a prestare interventi di primo soccorso; organizzare e gestire le zone deputate al chill out; organizzare e gestire e/o

supervisionare i servizi di primo soccorso; fornire acqua fresca e altre necessità; fornire informazioni; fornire il controllo delle sostanze e pill testing.

Associazione/Ente: Lab57 – Alchemica (ONG)
Nome del progetto/servizio: Laboratorio Antiproibizionista Bologna; Informazioni e interventi indipendenti sulle sostanze lecite ed illecite per limitare i rischi e l'abuso
Nazione/Regione/Città: Italia, Bologna
Destinatari: Consumatori di sostanze, pari, organizzatori di eventi indipendenti gratuiti, di tecknival, di street parade, organizzatori e promotori di eventi legalizzati (festival, discoteche, manifestazioni), consumatori con problemi legali per uso di sostanze, familiari di consumatori e adulti in contatto con giovani consumatori, operatori sanitari e professionali (infermieri, medici, educatori)
Obiettivi: Lab57 – Alchemica né condanna né promuove in alcun modo l'uso di sostanze stupefacenti, ma è attivo nella ricerca di informazioni indipendenti, affidabili e non moralistiche, poiché solo una vera conoscenza e un uso ben informato può limitare i rischi e gli abusi, implementando un atteggiamento critico verso le sostanze. L'obiettivo dell'intervento è quello di promuovere culture e stili di vita che non siano orientati a un atteggiamento consumista, sia da parte dei consumatori di sostanze che da parte degli organizzatori di eventi culturali, musicali e artistici

Modello operativo. L'approccio di Lab57 - Alchemica si basa sui seguenti principi: accesso ad un'informazione indipendente, diffusione di messaggi di promozione della salute, rapporto equilibrato mente-corpo, condivisione della conoscenza, comunicazione sociale e spazi sociali, inclusione sociale e solidarietà, rispetto dell'ambiente. Tutti i partecipanti alle attività del Laboratorio sono volontari, sia i consumatori e i pari, sia gli operatori professionali (medici, infermieri, avvocati, educatori, psicologi, chimici); il coordinamento tra le varie figure avviene attraverso le assemblee paritetiche e focus group.
Contesto e Strumenti:

- Volantini pragmatici e specifici sugli effetti delle droghe legali e illegali, sulla salute e sui rischi di tipo legale
- Zone di chill out nei contesti ricreativi per i giovani, con offerta di acqua, bevande non alcoliche, cibi energetici, preservativi, kit per un uso più sicuro, ecc.
- Controllo delle sostanze attraverso differenti reagenti colorimetrici, salvaguardando la privacy dei consumatori
- Primo soccorso in caso di overdose, di assunzione di mix pericolosi di sostanze e di abuso in diversi contesti naturali quali festival, street parade o rave
- Punto di informazioni e counselling legale informale gratuito
- Interventi di riduzione del danno ed incontri nelle scuole e nei centri giovanili
- Interventi di formazione rivolti a operatori professionali e organizzatori di eventi artistici
- Promozione della rete a livello locale e nazionale tra gli organizzatori di eventi artistici allo scopo di promuovere la salute di chi partecipa a tali eventi, nonché il rispetto dell'ambiente e delle regole di buon vicinato durante gli eventi e di limitazione dei rischi di legali legati all'uso.

Sito web e email: http://lab57.indivia.net, lab57@indivia.net
Coordinatore: Massimo Lorenzani pumax72@gmail.com

Associazione/Ente: Technoplus
Nome del progetto/servizio: Interventi di riduzione del danno in contesti del divertimento
Nazione/Regione/Città: Francia, Parigi
Destinatari: frequentatori di feste, organizzatori di eventi, pari
Obiettivi:

- Promuovere il benessere all'interno dei contesti del divertimento implementando azioni di promozione della salute in feste e rave
- Promuovere le strategie individuali di riduzione del danno nei partecipanti a feste ed eventi
- Aumentare l'accesso a informazioni e materiali di riduzione del danno

Modello operativo: l'intervento si basa su un approccio multidisciplinare: fornire supporto alle strategie individuali di riduzione del danno e aumentare la sicurezza dei contesti mediante il coinvolgimento degli organizzatori degli eventi. L'equipe operativa è composta da pari formati sulla riduzione del danno e sulla gestione di situazioni di crisi. Gli operatori forniscono informazioni sulla riduzione dei danni, materiali gratuiti e servizi ai frequentatori di eventi, utilizzando un approccio non giudicante. Queste azioni sono mirate a fornire supporto alle pratiche di autoregolazione tra i consumatori, incoraggiando la loro responsabilità ed autonomia. Le informazioni sulla riduzione del danno, supportate anche da volantini, riguardano le diverse sostanze e le pratiche di utilizzo, mix di sostanze, rapporto consumatore/spacciatore… Techno+ ha sviluppato degli strumenti di supporto specifici (volantini e poster) denominati "Marchio di consumo" sulle pratiche di autoregolazione. Tali supporti materiali propongono semplici frasi quali "Non posso andare a una festa senza consumare: sarebbe troppo noiosa" oppure "Prendo sistematicamente parecchie sostanze durante la notte: in realtà, prendo qualsiasi sostanza mi passi per le mani". Queste frasi guidano i consumatori a rivedere le loro pratiche, riflettere sul loro consumo di droghe e su come si pongono rispetto alle sostanze. I materiali di riduzione del danno offerti sono il kit per sniffare in modo più sicuro, materiali sterili per l'uso per via iniettiva, kit per la cocaina freebase, alcol test. I servizi di riduzione del danno forniti sono il controllo delle sostanze (pill testing), la creazione di spazi sicuri per il consumo (sia per sniffare che per il consumo per via iniettiva), zone di rilassamento e chill out…
Sito web e contatti: Technoplustel: +33 6 6 03 82 97 19 tplus@technoplus.org http://www.technoplus.org

3.2 Fornire supporto alle pratiche di autoregolazione in contesti formali

Cosa si intende per contesto formale? Generalmente, un contesto (di intervento) si definisce formale quando è governato da un insieme stabilito di regole (che riguardano la relazione operatore/utente, spazi e tempi dell'intervento, ecc.). Sebbene i contesti "formali" si possano trovare in diversi tipi di intervento, in questo paragrafo si farà riferimento ai contesti formali di interventi terapeutici nei servizi per le dipendenze.
Come affermato in precedenza, il modello patologico è dominante nei servizi per le tossicodipendenze e lo stesso concetto di "autoregolazione" è in contrasto con tale approccio teorico. Per meglio evidenziare la difficoltà nell'adottare l'approccio di "controllo" nei servizi per le dipendenze, verranno brevemente riportati i capisaldi del modello "malattia".
L'approccio patologico nella pratica dei servizi per le dipendenze presenta le seguenti caratteristiche principali:

- *Offerta dei programmi*: sono prevalenti i trattamenti intensivi a lungo termine. La maggior parte dei clienti sono consumatori di eroina[14]. Sebbene il numero dei consumatori di cocaina e stimolanti in carico ai servizi che si occupano del consumo di sostanze sia aumentato, sono ancora una minoranza tra i clienti dei servizi per le dipendenze. La visione della dipendenza come malattia grave, cronica e recidivante ha come conseguenza il fatto che cercare un aiuto esterno diventi una fase necessaria per il recupero, in vista di entrare in un trattamento intensivo a lungo termine. Questo tipo di offerta è particolarmente inappropriata per i consumatori di cocaina, soprattutto per coloro che presentano modelli di consumo discontinuo e a breve termine, e per i quali i programmi non intensivi risulterebbero più accettabili. Tuttavia, i programmi meno intensivi sono una sfida per i modelli operativi dei servizi che si occupano dei consumi di sostanze, a causa del loro background teorico basato sulla "patologia".

- *Destinatari:* i consumatori diagnosticati come dipendenti rappresentano il gruppo più consistente.

[14]In Europa il numero totale di consumatori di oppiacei che sono in trattamento sostitutivo è stimato essere pari a 730000 nel 2011 (European Drug Report, Trends and development, pag. 52)

- *Obiettivi*: l'astinenza è l'obiettivo prioritario, vista l'attenzione posta sul rischio di salute che comporta il consumo di droga. Ridurre i consumi (nella migliore delle ipotesi) è un obiettivo di seconda scelta, solo per i consumatori *cronici* che *non sono in grado* di rimanere astinenti.

- *Relazione*. Il concetto stesso di "dipendenza", come impotenza e "mancanza di volontà " implica una relazione "sbilanciata" cliente/terapeuta, dove la conoscenza e il potere sono solo dalla parte del terapeuta. Questo è ulteriormente enfatizzato dalla influenza del modello "moralistico": l'identificazione dell'astinenza come l'unica forma di recupero è congruente con la "salvezza" del cliente dalla minaccia morale delle droghe. Di conseguenza, il terapeuta è anche il "salvatore" e i "buoni" pazienti "accettano" e sottostanno a tutte le possibili indicazioni terapeutiche.

- *Azioni*. Il modello patologico enfatizza la diagnosi, seguita da protocolli di trattamento e procedure rigide e standardizzate.

"Regole" e principi del modello "malattia":

- "Richiedere un aiuto professionale è il passo necessario per il recupero" (si veda anche sopra). Tuttavia, vi è un ampio corpus di ricerche sulla remissione spontanea, mostrando che molti consumatori che non si autodefiniscono come dipendenti cessano di consumare sostanze in modo problematico o cessano completamente.
- "Ammettere che si è un dipendente e accettare di essere impotenti rispetto alle droghe". Le persone dipendenti dovrebbero essere " impotenti" rispetto alle droghe, ed i risultati della dipendenza consisterebbero in una perdita permanente del controllo. Questa ipotesi è in contrasto con il concetto di "autoregolazione". Inoltre, ricerche in ambito psicologico mostrano che gli effetti migliori si ottengono aiutando le persone ad aumentare l'autostima e il senso della propria autoefficacia, piuttosto che aumentare il loro senso di impotenza (si veda anche sotto).
- "Una volta diventati tossicodipendente, si resta sempre tossicodipendenti". Un tossicodipendente dovrebbe perdere permanentemente il controllo ed essere permanentemente incapace a presentare pattern di consumo controllati/moderati. Tale ipotesi è consequenziale al focus posto sui deficit psicobiologici: il controllo viene invece considerato come una caratteristica di un gruppo specifico di consumatori, piuttosto che come un processo dinamico riguardante tutti i consumatori (anche se a diversi livelli) in funzione dell'interazione di più fattori (sostanza, individuo, contesto). Questo porta ad una classificazione dicotomica dei consumatori: o sono di tipo controllato (cioè le persone che presumibilmente sono in sempre in grado di controllare il loro uso) o di tipo incontrollato (cioè le persone che presumibilmente sono affetti da un perdita permanente di capacità di controllo). E' evidente l'analogia con il secondo concetto di malattia per l'uso di alcol: o si è bevitori moderati o si è alcolisti (i quali si presume siano permanentemente incapaci di bere con moderazione).

Approccio proattivo e Autogestione

Il presupposto che l'utente possieda un suo expertise e che sia capace di self management è ampiamente riconosciuto sia in psicologia sia in psicologia che in medicina, anche per i pazienti gravemente malati. In particolare il Modello di Promozione della Salute, elaborato dalla Psicologia dello Sviluppo, ha l'obiettivo di promuovere "identità positive", focalizzando l'attenzione sugli aspetti positivi dell'esperienza umana. Poiché si punta sulle capacità dei pazienti, questi vengono quindi visti come "esperti", proprio perché possono vantare un fondamentale expertise su se stessi. I programmi di autogestione (self management) sono inseriti in questo contesto teorico. La prospettiva psicologica "proattiva" è stata anche impiegata in medicina. Ad esempio, presso il Centro di ricerca educativo del paziente di Stanford (appartenente al Dipartimento di Medicina presso la Stanford University School of Medicine - Palo Alto, California), sono stati sviluppati, testati e valutati per oltre 30 anni, dei programmi di autogestione per pazienti con problemi di salute cronici.

Il precetto teorico del modello proattivo di Autogestione (Self Management) è: "I pazienti possono capire meglio le loro malattie rispetto agli operatori professionali. Le cure dei professionisti hanno un ruolo limitato".

Sebbene l'expertise e le capacità di autogestione degli utenti siano ampiamente accettate sia in psicologia che in medicina, anche per i pazienti gravemente malati, questo approccio viene difficilmente adottato nel campo del consumo di droghe, o, nel migliore dei casi è accettato ma con delle limitazioni di tipo moralistico: ad esempio, l'autogestione è accettata solo per i pazienti in carico a programmi di trattamento finalizzati all'astinenza. Secondo una prospettiva proattiva, i principi di base sono seguenti:(validi sia nel self management che nella "psicoterapia di riduzione del danno")

- Non tutto il consumo di droga è abuso
- Le persone usano le droghe per qualche ragione
- I problemi non derivano solo dalle sostanze usate, ma da una combinazione di fattori e circostanze.
- Tu sei l'esperto di te stesso
- Il cambiamento è lento
- Puoi fare cambiamenti in positivo pur continuando a consumare
- "Just say Know": per gestire l'uso di alcol e altre sostanze in modo consapevole (Substance Use Management)

Denning P., Little J. & Glickman A. (2004), Over the influence. The Harm Reduction Guide for managing drugs and alcohol, The Guilford Press, New York

Passare all'approccio del "controllo"

- *Offerta dei programmi*: gli interventi a breve termine, non intensivi sono coerenti con la prospettiva del "controllo", passando quindi dall'intervento di "aiuto" (dei consumatori resi impotenti dagli effetti delle sostanze stupefacenti) a quello di "sostegno" (delle capacità dei consumatori stessi a dominare gli effetti delle sostanze).
- *Destinatari*: consumatori con diversi pattern di consumo e diversi livelli di "controllo". Ciò è congruente con il fatto che il controllo è situato lungo un "continuum". Come illustrato nei paragrafi precedenti, la ricerca mostra un continuum nel controllo (in contrasto al modello patologico che utilizza una categorizzazione dicotomica tra i consumatori "controllati" e quelli "incontrollati"): di conseguenza, vi è un potenziale ampliamento del target, che ha come estremi di inclusione i consumatori meno problematici che potrebbero cercare un sostegno nei periodi di minor uso controllato e all'altro estremo i consumatori problematici già in trattamento che potrebbero trarre beneficio da un approccio differente, andando oltre la visione fatalistica della dipendenza come "perdita permanente del controllo".

- *Obiettivi*: qualsiasi cambiamento positivo nell'ambito del consumo di droga, ma anche nella esperienza di vita, in senso lato, del consumatore. Per ciò che concerne il fattore "droga", gli obiettivi sono collocati lungo un continuum (andando dalla riduzione dei consumi, a periodi programmati di astinenza, all'abbandono delle sostanze). Considerando l'esperienza dei consumatori nella riacquisizione del controllo dopo intensi periodi "di picco di consumi ", la riduzione degli stessi e l'astinenza temporanea appaiono come le strategie più comuni di autoregolazione: pertanto dovrebbero essere gli obiettivi privilegiati degli interventi[15].
- *Relazione*: un rapporto più equilibrato tra cliente e operatore professionale è coerente con lo stesso concetto di "sostegno" alle capacità di autoregolazione dei consumatori. Sarebbe meglio definirlo come una collaborazione tra consumatori e operatori professionali. Un approccio equilibrato è possibile se l'esperienza dei consumatori (sia in merito al consumo di stupefacenti, sia in riferimento a tutta la loro esperienza di vita) viene presa in considerazione e accettata come una forma di conoscenza, al fine di costruire un'integrazione tra l'expertise dei consumatori e quelle degli operatori. I consumatori e gli operatori professionali devono costruire insieme il proprio approccio: una struttura comune per leggere e comprendere l'esperienza del singolo consumatore.
- *Azioni*. Assessment, definizione degli obiettivi, pianificazione del cambiamento, monitoraggio. Il primo punto fondamentale per qualsiasi intervento è compiere l'assessment sul consumo di droga di ciascun consumatore nell'interazione col set (le sue caratteristiche individuali nell'esperienza del consumo), invece di fare diagnosi (che costituisce il passo preliminare al trattamento secondo il modello "malattia"). Fornire un sostegno all'autoregolazione significa essere proattivi, a differenza della natura reattiva del trattamento. La prospettiva proattiva è adatta ai consumatori nelle diverse fasi e livelli di controllo sul consumo di droghe.

Associazione/Ente: CAT-Cooperativa Sociale
Nome del progetto/servizio: Centro Java
Nazione/Regione/Città: Italia, Firenze
Destinatari: Il centro si rivolge a giovani consumatori, la maggior parte dei quali (34%) frequentatori di contesti del divertimento notturno. I consumatori mostrano un'ampia gamma di pattern di consumo di sostanze.
Obiettivi: Il Centro Java è in grado di soddisfare bisogni diversi a seconda dei diversi tipi di consumatori. Il Centro è un servizio di bassa soglia dove ciascun consumatore ha libero accesso e può partecipare alle varie iniziative ed attività proposte. I consumatori possono trovare una risposta a qualsiasi domanda riguardante l'uso sicuro di sostanze e può essere inviato ad altri servizi del territorio, se ne fa richiesta. La relazione tra operatori e consumatori è di tipo informale.

Modello Operativo: Al Centro Java, i giovani consumatori possono ricevere counselling psicologico. Il contesto di bassa soglia conferisce al counselling un approccio flessibile e non giudicante: l'astinenza non è l'obiettivo degli interventi, a meno che non sia un obiettivo definito dallo stesso consumatore. Generalmente i consumatori richiedono informazioni sugli effetti a breve e lungo termine delle sostanze (soprattutto ketamina, oppio e cannabis). Cercano un sostegno a gestire l'uso di droghe nei periodi in cui riescono meno ad esercitare controllo.

[15] Dalla recente ricerca epidemiologica sull'alcol si conferma che la riduzione progressiva sia una strategia naturale di autoregolazione e auto recupero; tale strategia sembra essere più efficace rispetto all'obiettivo dell'astinenza come previsto dal modello "malattia". Di conseguenza, la tradizionale gerarchia di obiettivi progressivi dovrebbe essere rivista, anche per i consumatori con usi più intensivi.

I consumatori preferiscono l'offerta del counselling quale alternativa "leggera" all'offerta del trattamento a lungo termine intensivo proposta dai servizi pubblici per le dipendenze (Ser.T.). In alcuni casi, i genitori dei consumatori si rivolgono al Java per chiedere consigli in merito al consumo dei propri figli. Inoltre, i giovani che hanno ricevuto un counselling giocano un ruolo importante nell'inviare il gruppo dei pari al Java, dove possono chiedere consigli per una serie di problemi che vanno dalle difficoltà a scuola, in famiglia, problemi di ansia e altri problemi psicologici.
Sito web e contatti: www.infojava.org, Federica Gamberale +393478941687

Focus sull' innovazione

- *Scegliere gli obiettivi degli interventi 1.* La scelta degli obiettivi è lasciata al cliente, in quanto si presume che i consumatori stessi siano in grado di prendere delle decisioni. Essere in grado di compiere delle scelte è la base per sentirsi responsabili. Gli operatori professionali potranno fornire sostengo ai consumatori nella costruzione di un quadro chiaro di loro stessi, dei i loro problemi, nel definire i propri bisogni in un ordine di priorità, e nel chiarire cosa desiderino.

- *Scegliere gli obiettivi degli interventi 2*. E ' importante tenere a mente obiettivi più ampi di quelli attinenti al fattore droga, sia relativamente al set (le caratteristiche individuali) che al setting (il contesto d'uso). E' necessario porre particolare attenzione alla "struttura di vita", come fattore fondamentale per esercitare il controllo.

- *La controversia circa lo stepping down (il passaggio a modelli più moderati di consumo)*: come precedentemente illustrato, nel modello "malattia" lo stepping down non è considerato una valida scelta di intervento. Spesso, i consumatori che scelgono di passare a modelli più moderati di consumo sono etichettati come coloro che cercano di negare la gravità del problema, sebbene lo stepping down e l'astinenza temporanea sembrino essere il percorso naturale per giungere all'astinenza a lungo termine (o addirittura per tutta la vita).

- *L'auto-efficacia contro l'impotenza*. Sia i clienti meno problematici che i consumatori più intensivi (i cosiddetti tossicodipendenti) possono trarre benefici dai trattamenti che infondono loro un maggiore potere e autocontrollo. La prospettiva dell'autoregolazione è supportata da costrutti psicologici e risultati di ricerche che mostrano la rilevanza dei sistemi di credenze dei clienti e delle loro aspettative in merito alla propria efficacia: le persone che non sono etichettate come tossicodipendenti hanno più probabilità di esercitare controllo (stare "al di sopra della droga"). D'altra parte, più le persone pensano di stare peggio più lo diventano: sembra essere una profezia che si autoavvera.

- *Sii consapevole dei tuoi successi e sottolinea gli aspetti positivi*. Questo precetto è una conseguenza dell'attenzione posta sull'autoefficacia e sull'autostima. Inoltre, è coerente con il concetto di cambiamento (non visto come "tutto o niente ", ma come un processo graduale)

- *Il concetto di cambiamento*. La prospettiva del "controllo" si accorda con il Modello comportamentale Transteorico di Cambiamento (TTM): concentrandosi sul processo di cambiamento e sull'intera persona invece di limitarsi alla semplice etichetta diagnostica, si è in grado di ampliare le prospettive nei programmi sull'uso di droghe: gli interventi possono avvenire in molte fasi della "carriera" d'uso e in molte circostanze di vita del consumatore, con una vasta gamma di obiettivi diversi, secondo il concetto di cambiamento come un processo graduale e a lungo termine .

Associazione/Ente: ASL Napoli 1 Centro – Dipartimento delle Dipendenze Patologiche /Gesco Gruppo di imprese sociali
Nome del progetto/servizio: Progetto MAMACOCA
Nazione/Regione/Città: Italia, Napoli
Destinatari: consumatori di cocaina e crack che non si rivolgono ai servizi tradizionali di trattamento; loro familiari, amici e altre persone in contatto con consumatori di cocaina/crack socialmente integrati.
Obiettivi: supportare i consumatori nel definire strategie e abilità nelle tecniche di autoregolazione; sviluppare pratiche di sostegno tra pari, riduzione dei rischi correlati all'uso droga e riduzione del danno; facilitare i consumatori a rivolgersi ai servizi pubblici per la promozione della salute

Modello operativo *Approccio:* nel quadro della riduzione del danno, vengono rinforzate competenze e abilità dei consumatori. L'astinenza è considerata come strumento di controllo piuttosto che un obiettivo in sé. Le competenze degli operatori professionali sono orientate a supportare le pratiche di autoregolazione dei consumatori. *Metodologia*: negoziazione tra il cliente e l'operatore professionale per condividere gli obiettivi; counselling breve di sostegno sul processo di apprendimento finalizzato ad esercitare il controllo sul consumo di droghe e all'autoefficacia; consulenza sui pattern di consumo tenendo in considerazione l'interazione tra sostanza, individuo, contesto e strutturazione della vita personale; supporto tra pari finalizzato alla condivisione delle competenze di autoregolazione e alla riduzione dei rischi e del danno; informazioni di tipo sanitario per limitare i rischi e la promozione della salute; in lavoro di rete con altri servizi e interventi. *Ambito:* servizio pubblico ambulatoriale, realizzato in un appartamento privato non identificabile, con orario di apertura flessibile, servizio di counselling anche via email e telefono, informazioni e comunicazione su sito web e pagina Facebook. *Strumenti:* counselling psicologico, gruppi di auto aiuto, consulenza medica ed esami diagnostici, informazioni sugli effetti e rischi delle sostanze, sostegno sociale (lavoro, formazione, ecc), psicoterapia familiare e di coppia.

Sito web e contatti: www.mamacoca.it Chiara Cicala chiara.cicala@fastwebnet.it

4. Dodici punti fondamentali per andare verso un modello operativo innovativo

Riassumendo i diversi input e suggerimenti emersi sia dalla ricerca qualitativa che dallo scambio di pratiche e saperi tra esperti, colleghi e operatori professionali coinvolti nel Seminario per Esperti all'interno del progetto NADPI, elenchiamo di seguito i punti fondamentali più importanti per definire un modello operativo innovativo:

4.1 Offrire sostegno piuttosto che aiuto. Gli interventi devono essere progettati al fine di fornire sostegno alle strategie di autoregolazione

4.2 Assessment e autodefinizione, differenze rispetto alla diagnosi. Definire la carriera di un consumatore è una fase cruciale dell'intervento ed è diverso dal fare diagnosi. L'assessment implica un atteggiamento "esplorativo", al fine di aiutare il consumatore a rivedere la sua esperienza con la sostanze nel corso della sua storia e nel riconsiderarla nel contesto più ampio di tutta la sua esperienza di vita.

4.3 Identificare i vantaggi, cosi come gli svantaggi, derivanti dal consumo di droghe. Entrambi gli aspetti sono essenziali per comprendere la funzione che riveste il consumo di sostanze. Inoltre, il cambiamento è conseguenza dell'" equilibrio

decisionale", soppesando tra costi e benefici del comportamento attuale e i consumatori devono avere la consapevolezza di entrambi gli aspetti per compiere una scelta.

4.4 Essere consapevoli del successo, sottolineare le risorse positive del consumatore. Questo è il punto che presenta maggiori differenze con il modello tradizionale. Si tratta di una questione cruciale per preservare l'autoefficacia. Al fine di comprendere come e perché il consumatore eserciti meno controllo sulle sostanze, è necessario prima capire come e perché avesse precedentemente raggiunto e mantenuto il controllo anche solo per un periodo di tempo.

4.5 Qualsiasi cambiamento positivo è l'obiettivo dell'intervento. Il cambiamento è un processo graduale, e il cambiamento richiede del tempo. E' importante essere pienamente consapevoli dei (piccoli) passi compiuti per un cambiamento (e il sostegno da parte di operatori professionali può aiutare ad identificare il processo)

4.6 Darsi degli obiettivi. È importante avere in mente obiettivi più ampi, che vanno oltre l'area del consumo di droghe. Il cambiamento può essere perseguito in ogni ambito dell'esperienza di vita. Il modello sostanza, individuo e contesto è un sistema utile per valutare la situazione del consumatore in ogni aspetto della sua esperienza

4.7 Un rapporto equilibrato cliente/operatore. Stabilire gli obiettivi di un intervento spetta al cliente, ritenendolo in grado di prendere decisioni. Questa capacità è la base necessaria per far assumere la responsabilità al cliente verso le decisioni adottate. Il ruolo degli operatori professionali è fondamentale nel chiarire e facilitare le scelte, prendere delle decisioni e per fornire aiuto nell'identificazione dei passi successivi a raggiungere gli obiettivi prescelti.

4.8 Sottolineare il ruolo del contesto e dalla strutturazione della propria vita. Deve essere posta particolare attenzione a come è stata struttura la propria vita, poiché questo diventa un fattore essenziale per esercitare il controllo.

4.9 Informazione e lavoro di advocacy per i diritti dei clienti. Questa dovrebbe essere un'azione centrale: essere consapevoli dei propri diritti e rivendicarli è una forma di controllo dei consumatori sulla propria vita.

4.10 Innovare l'intera offerta di intervento. Seguendo l'approccio proattivo, il nuovo modello è destinato a diffondersi anche tra destinatari diversi, così come diventare trasversale ai pilastri della prevenzione e del trattamento. Le modalità di applicazione del nuovo modello in diversi contesti (servizi di bassa soglia, di counselling, di intervento breve, contesti terapeutici) saranno la sfida futura per il lavoro sul modello di autoregolazione.

4.11 Cambiare la finalità dei servizi. Il nuovo modello di autoregolazione non dovrebbe essere visto come l'" ultima spiaggia", da mettere in atto solo dopo che la "missione" dei servizi (ovvero il raggiungimento dell'astinenza) non sia stata conseguita. La prospettiva del controllo, cosi come l'intero approccio di riduzione del danno, dovrebbero essere "tirati fuori dal dimenticatoio".

4.12 Le politiche di Welfare e la rete dei servizi per le dipendenze. Le politiche sociali possono essere più importanti per la "strutturazione della vita " dei consumatori dell'offerta stessa di un trattamento per la dipendenza. Il collegare le politiche in materia di droga con le politiche di welfare dovrebbe essere una questione fondamentale proprio per innovare le politiche sulle droghe.

5. Autoregolazione, Riduzione del Danno e Politiche sulle Droghe: alcune note per i decisori politici[16]

Le politiche sulle droghe e la riforma di tali politiche non sono tra gli argomenti trattati in queste Linee Guida operative[17]. Ciononostante, per andare verso un approccio di riduzione del danno basato sul sostegno all'autoregolazione e per promuovere l'uso controllato di sostanze, con la conseguente ridefinizione delle finalità dei servizi e degli interventi, diventa necessaria anche un'innovazione nel quadro politico. Le legislazioni in materia di droga, le politiche di welfare, le politiche sulle droghe e quelle sociali, diventano variabili fondamentali di quell' "ambiente", che gioca un ruolo cruciale nel ridurre al minimo o, altrimenti, nel massimizzare i rischi e i danni droga correlati e a promuovere, oppure o al contrario a frustrare, le strategie autoregolazione messe in atto dalle persone che utilizzano droghe.
In sintesi, i punti chiave sono:

5.1 La riduzione del danno basata sul sostegno all'autoregolazione porta ad una definizione di "politica sulle droghe" in termini di ambiente favorevole per la riduzione dei rischi e dei danni, che rinforza le competenze e le abilità dei consumatori e, più in generale, pone l'attenzione alle situazioni sociali e sui contesti di cui le persone fanno parte, piuttosto che alla sola dimensione individuale.

5.2 Seguendo un approccio globale alla salute, in una prospettiva proattiva (diversamente da quella preventiva), la salute dei consumatori è fortemente influenzata dalle politiche sanitarie e sociali, che rivestono un ruolo ancor più determinante nel ridurre i rischi rispetto alle sole politiche in materia di droga. Questo sposta l'attenzione a questioni più ampie di quelle strettamente inerenti le politiche sulle droghe, quali la promozione all'autodeterminazione, la responsabilizzazione individuale e sociale, i diritti umani dei consumatori. La vulnerabilità è strettamente legata alle disuguaglianze più generali nelle condizioni sanitarie e sociali. Da questo punto di vista, sarebbe necessario un doppio movimento: da un lato, rimuovere i fattori ambientali primari dei danni drogacorrelati (cioè la criminalizzazione, lo stigma), e dall'altro, garantire alle persone che usano sostanze un completo e facile accesso alle prestazioni sociali e ai servizi socio-sanitari.

5.3 La prospettiva proattiva sottolinea l'efficacia dei controlli informali, dei rituali sociali, delle norme per l'uso di sostanze, condivise tra le persone che consumano, nell'autoregolazione e nell'esercizio di controllo nell'uso di sostanze. Le attuali politiche sul controllo dell'uso di sostanze non solo sono basate sui controlli di tipo formale (sanzioni penali, amministrative, legali), ma sembrano anche giocare un ruolo controproducente, indebolendo e ostacolando la socializzazione del controllo di tipo informale, nonché aumentando l'" impotenza indotta" nei consumatori e indebolendo il loro atteggiamento verso l'autocontrollo. Diventa necessario lavorare sia sul controllo formale di tipo legale, promuovendo la depenalizzazione del consumo di droga, sia sul controllo di tipo informale, individuando adeguate politiche sociali a sostegno.

[16]Cfr bibliografia pag. 34
[17]A questi scopo vedi il documento: Cocaine: towards a self-regulation model New developments in Harm Reduction, a cura di Grazia Zuffa, prodotto sempre nell'ambitodel progetto NAPDI "Programma innovativo di prevenzione per l'abuso di cocaina e il poliabuso"

Bibliografia

Capitolo 1. Accenni epidemiologici sull'uso di stimolanti

Bellis, M., Hughes, K., Bennett, A. and Thomson, R. (2003), 'The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs', Addiction 98, pp. 1713–21.

Borodkina, O. I., Baranova, M. V., Girchenko, P. V., et al. (2005), 'The correlation between the type of drug use and HIV prevalence of IDU in different Russian cities', Russian Journal of HIV/AIDS and Related Problems 9 (3), pp. 74–5.

Cohen, P. and Sas, A. (1993), Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam, Amsterdam, Department of Human Geography, Universiteit van Amsterdam. pp. 1-126.

Cohen, P., and Sas, A. (1994), 'Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures', Addiction Research Vol. 2 No. 1, pp. 71-94.

Degenhardt, L., Mathers, B., Guarinieri, M. et al. On behalf of the Reference Group to the United Nations on HIV and injecting drug use (2009), 'Meth/amphetamine use and associated HIV: Implications for global policy and public health', IJDP (under review)

EMCDDA. 2008 Annual Report (http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008; accesso al sito in data 19-07-2009)

EMCDDA. Statistical bulletin 2009. (http://www.emcdda.europa.eu/stats09/gps; accesso al sito in data 19-07-2012)

EMCDDA. Statistical bulletin 2007. (http://www.emcdda.europa.eu/stats07/GPS; accesso al sito in data 19-07-2009)

Fletcher, A., Pirona, A., Calafat, A. Young people, recreational drug use and harm reduction (XXX EMCDDA HR volume)

Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D., and Klempova, D. (2008), 'Quite a lot of smoke but very limited fire--the use of methamphetamine in Europe', Drug Alcohol Rev. 27 (3), pp. 236-242.

Grund J-P. C., Reinerie P, Smits M, Albert G: Uitgaan en genotmiddelengebruik in Den Haag: gegevens over 2006-2007 uit de panelstudie. Epidemiologisch Bulletin, 2007, 42 (4): 2-10. (http://www.awpgnzh.nl/assets/awp/upload/epibul_2007_04_1314355162.pdf

Grund, J-P.C. (2001), A Candle Lit From Both Sides: The Epidemic of HIV Infection in Central And Eastern Europe, in :McElrath, K. (ed), HIV and AIDS: A Global View, Westport, Ct. USA: Greenwood Press, (ISBN 0-313-31403-9).

Grund, J-P.C. and Merkinaite, S. (2009), Young PWID working group.Young people and injecting drug use in selected countries of Central and Eastern Europe, Vilnius, [ISBN 978-609-8010-02-2].

Grund, J-P.C., Zabransky, T., Irwin, K. and Heimer R. (2009), Stimulant use in Central and Eastern Europe: How Recent Social History Shaped Current Drug Consumption Patterns, in: Pates, R. and Riley, D. (eds.), Interventions for Amphetamine Misuse, Wiley Blackwell, Oxford.

Haasen, C., Prinzleve, M., Zurhold, H., et al. (2004), 'Cocaine use in Europe: a multi-centre study', European Addiction Research, 10 (4), pp. 139–46.

Hando, J., Flaherty, B. and Rutter, S. (1991), 'An Australian profile on the use of cocaine', Addiction 92, pp. 173–82.

Heimer, R., Booth, R.E., Irwin, K.S. and Merson, M.H. (2007), 'HIV and Drug Use in Eurasia', in :Twigg, J.L. (ed), HIV/AIDS in Russia and Eurasia, Basingstoke, Hampshire, UK: Palgrave Macmillan.

Nabben, T., Benschop, A. and Korf, D. J. (2007), Antenna 2006. Trends in alcohol, tabak en drugs bijjongeAmsterdammers, Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), 'Cocaine use in Europe — a multi-centre study: patterns of use in different groups', European Addiction Research 10 (4), pp. 147–55.

Sughondhabirom, A., Jain, D., Gueorguieva, R. et al. (2005), 'A paradigm to investigate the self-regulation of cocaine administration in humans', Psychopharmacology 180(3), pp. 436-446.

TerBogt, T. F. M., Gabhainn, S. N., Simons-Morton, B. G., Ferreira, M., Hublet, A., Godeau, E., …

Richter, M. (2012). Dance is the new metal: adolescent music preferences and substance use across Europe. Substance use & misuse, 47(2), 130–42. doi:10.3109/10826084.2012.637438

Van Havere, T., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., Broekaert, E., &Bellis, M. (2011). Drug use and nightlife: more than just dance music. Substance abuse treatment, prevention, and policy, 6, 18.doi:10.1186/1747-597X-6-18

Capitolo 2. Oltre la ricerca epidemiologica. Tre elementi chiave emersi dalla ricerca qualitativa

Discussione sul modello "malattia" della dipendenza

Becker H.S. (1953), Becoming a marijuana user, American Journal of Sociology, 59, 235-243

Becker, H. S. (1967). History, culture and subjective experience: an exploration of the social bases of drug-induced experiences. Journal of health and social behavior, 8(3), 163–76. Ripreso da: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6073200

Cohen P. (1990), Drugs as a social construct, Dissertation, University of Amsterdam (www.cedro-uva.org)

Cohen P. (1991), Junky Elend. Some ways of explaining and dealing with it, Wiener ZeitschriftfurSuchtforschung, 14, 59-64

Davies J.B. (1992), The myth of addiction, Harwood Academic Publishers, Reading

Duff, C. (2007). Towards a theory of drug use contexts: Space, embodiment and practice. Addiction Research and Theory, 15, 503–519.

Denning P., Little J.& Glickman A. (2004), Over the influence. The Harm Reduction Guide for managing drugs and alcohol, The Guilford Press, New York

Grund, J.-P. C. (1993, March 16). Drug use as a social ritual: functionality, symbolism and determinants of self-regulation. Erasmus University Rotterdam. Retrieved from (http://repub.eur.nl/res/pub/39132/).

Heather, N., Miller W.R.& Greely J. (1991) (eds), Self control and addictive behaviours, New York, Pergamon

Levy, N. (2013). Addiction is Not a Brain Disease (and it Matters). Frontiers in Psychiatry, 4, 24.doi:10.3389/fpsyt.2013.00024

Lewis, M. (2013). Why Addiction is NOT a Brain Disease | Mind the Brain. Ripreso il 23 Aprile 2013, da: http://blogs.plos.org/mindthebrain/2012/11/12/why-addiction-is-not-a-brain-disease/

Peele S. (1985), The Meaning of Addiction, Lexington Books, Lexington and Toronto

Peele, S. (2007), Addiction as Disease.Policy, Epidemiology, and Treatment Consequences of a Bad Idea. In:J. Henningfield, W. Bickel, and P. Santora (Eds.),Addiction Treatment in the 21st Century: Science and Policy Issues. Baltimore: Johns Hopkins. pp. 153-163.

Reinerman C., Murphy S. &Waldorf D.(1989), Pharmacology is not destiny: the contingent character of cocaineabuseandaddiction, Addiction Research, 2 (1), 21-36

Rhodes, T. (2009), 'Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach', International Journal of Drug Policy 20(3), pp. 193-201.

Zinberg, N. E.(1984), Drug, set andsetting, Yale University Press, New Haven and London.

Controllo e Autoregolazione nel consumo di sostanze legali e illegali

Sostanze legali

Heather, N, Robertson, I (1981), Controlled drinking, London, Methuen

Humphreys, K., Moos, R.H.&Finney J.W. (1995), Two pathways out of drinking problems without professional treatment, Addictive Behaviors, 4, 427-441

Sobell L.C., Sobell M.B.&Toneatto T. (1991), Recovery from alcohol problems without treatment, in Heather et al (1991) cit.

Sostanze illegali

Blackwell J.S. (1983), Drifting, controlling and overcoming: opiate users who avoid becoming chronically dependent, Journal of Drug Issues, 13, 2, 219-235

Decorte T. (2000). The taming of cocaine. Brussels, VUB University Press.

Grund JP, Kaplan C.& De Vries M., Rituals of regulation: controlled and uncontrolled use in natural settings, in Heather N., Wodak A., Nadelmann E., O'Hare Pat (eds) (1993), Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science, Whurr Publishers, London

Harding WM&Zinberg NE: The effectiveness of the subculture in developing rituals and social sanctions for controlled drug use. In: Du Toit BM (ed.): Drugs, rituals and altered states of consciousness. Rotterdam:

Balkema, 1977: 111-133. (http://www.druglibrary.org/schaffer/lsd/zinsubcl.htm)

Robins L.N., Davis D.H.&Goodwin D.W. (1974), Drug use in US Army enlisted men in Vietnam: a follow up on their return home, in American Journal of Epidemiology, 99, 235-249

Waldorf D., Reinarman C.& Murphy S. (1991), Cocaine changes. The experience of using and quitting, Philadelphia, Temple University Press

Warburton H, Turnbull PJ & Hough M. (2005). Occasional and controlled heroin use: not a problem? York, The Joseph Rowntree Foundation's Drug and Alcohol series (ISBN 1 85935 424 6).

Zinberg N.E.& Harding W.M. (1979), Control and Intoxicant Use: a Theoretical and Practical Overview. Introduction, in Journal of Drug Issues, 9, 121-143

Zinberg N.E.& Harding, W.M. (eds)(1982), Control over intoxicant use. Pharmacological, Psychological and social considerations, New York, Human Sciences Press

Cocaina e altri stimolanti

Chitwood D.D &Morningstar P. (1985), Factors that differentiate cocaine users in treatment from non treatment users, The International Journal of the Addictions, 20 (3), 449-459

Cohen P. (1989), Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures, Amsterdam, InstituutvoorSocialeGeografie

Cohen, Peter, &ArjanSas (1992), Loss of control over cocaine: Rule or exception? Paper presentedat the American Society of Criminology, New Orleans 3-7 November, 1992. Amsterdam, CEDRO

CentrumvoorDrugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam. (http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.loss.html)

Decorte T. (2000). The taming of cocaine Brussels, VUB University Press.

Decorte T.&Slock S. (2005). The taming of cocaine II. VUB Brussels University Press

Decorte T.&Muys M. (2010), Tipping the balance. A longitudinal study of perceived "pleasures" and "pains" of Cocaine use (1997-2009), in Decorte T., Fountain J., Pleasure, pain and profit, PABST Wolfgang Science, Lengerich

MugfordS.K.&Cohen P. (1989), Drug use, social relations and commodity consumption: a study of recreational cocaine users in Sydney, Camberra and

Melbourne. Report to the National Campaign against drug abuse, Canberra, Australian National University

Mugford S.K. (1994), Recreational cocaine use in three Australian cities, Addiction Research, 2 (1)

Uitermark, Justus, & Peter Cohen (2004), Amphetamine users in Amsterdam.Patterns of use and modes of self-regulation.http://www.cedro-uva.org/lib/uitermark.amphetamine.html

Controllo e Autoregolazione tra le persone non marginalizzate che consumano sostanze

Cohen P., Sas A. (1994). Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures, Addiction Researc&, 2, 1, 7194)

Cohen P.&Sas A. (1995), Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986, Department of Human Geography, University of Amsterdam (www.cedro-uva.org)

Erickson, P.G., Adlaf E.M.& Smart R.G., Murray G.F. (1994), The steel drug. Cocaine and crack in perspective, Lexington Books. New York

Capitolo 3. Oltre il modello malattia: cambiamento nelle finalità dei servizi

Guide a gestire a moderazione dell'uso

Moderate drinking guidelines (Lettura suggerita: Moderation Management meetings) (www.moderation.org)

Rotgers F., Kern M.F.&Hoetzel R. (2002), Responsible drinking. A moderation management approach for problem drinkers, New Harbinger, Oakland, California

Modello transteorico sul cambiamento

Prochaska, J. Q, &DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20, 161-173.

Prochaska, J. Q, &DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Press.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C, &DiClemente, C. C. (1995).Changing for good. New York: Avon.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2010). Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis (7th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

DiClemente, C. C, Prochaska, J. Q, &Gilbertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. Cognitive Therapy and Research, 9, 181-200.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C, & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1102–1114.

DiClemente, C. C. (2003).Addiction and change. New York: Guilford Press. Self-efficacy and addiction

Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review;84(2):191–215.

Bandura A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

KaddenR.M&Litt M.D (2011),The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders, Addictive Behaviors; 36(12): 1120–1126.

Litt M.D, Kadden R.M& Stephens R.S (2005), Marijuana Treatment Project Research Group. Coping and self-efficacy in marijuana treatment: Results from the Marijuana Treatment Project, Journal of Consulting and Clinical Psychology,73:1015–25.

Stephens R.S, Wertz J.S&Roffman R.A (1995), Self-efficacy and marijuana cessation: A construct validity analysis, Journal of Consulting and Clinical Psychology,63(6),1022–1031.

Martinez E, Tatum KL, Glass M, Bernath A, Ferris D, Reynolds P&Schnoll R.A (2010), Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers, Addictive Behaviors, 35,175–178.

Marlatt G.A& Gordon J.R(1980), Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change, in Davidson P.O, Davidson S. M(eds),Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles, New York, Brunner/Mazel, pp. 410–452.

Moos R.H& Moos B.S (2006), Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders,Addiction,101(2),212–222.

Warren J.I, Stein J.A &Grella C.E (2007), Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders,Drug and Alcohol Dependence,89(2–3), 267–274.

Approccio proattivo

McGinnis J.M., Williams-Russo P.&Knickman, J.R. (2001), The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion, Health Affairs, 21(2), 78-93, doi: 10.1377/hlthaff.21.2.78

Maciocco, G. (2009). I determinanti della salute: alla ricerca di un conceptual framework. Salute e Società, 1, doi: 10.3280/SES2009-001004.

Schwartz S.J, Pantin H, Coatsworth, J.D&Szapocznik, J. (2007), Addressing the challenges and opportunities for today's youth. Toward an integrative model and its implication for research and interventions, The Journal of Primary Prevention, 28(2), 117-144.

Cook, J.R& Kilmer, R.P (2012), Systems of Care: New Partnerships for Community Psychology, American Journal of Community Psychology, 49(3-4), 393-403.

Fagan A.A, Hanson K, Briney J.S, Hawkins J.D (2012), Sustaining the Utilization and High Quality Implementation of Tested and Effective Prevention Programs Using the Communities That Care Prevention System, American Journal of Community Psychology, 49(3-4), 365-377.

Lorig, K.& Holman H.R (2003), Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms,Annals of Behavioral Medicine, 26 (1), http://link.springer.com/article/10.1207/S15324796ABM2601_01#page-1

Lorig, K. (2012), Patient-Centered Care,Health Education Behavior, 39 (5), 523-525.

Capitolo 5. Autoregolazione, Riduzione del danno e Politiche sulle droghe: alcune note per i decisori politici

Cohen, P. (1999), Shifting the main purposes of drug control: From suppression to regulation of use. Reduction of risks as the new focus for drug policy. International Journal of Drug Policy, 10 (1999), 223-234.http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.shifting.html

Grund, J.-P. C. (1993, March 16). Drug use as a social ritual: functionality, symbolism and determinants of self-regulation. Erasmus University Rotterdam. Retrieved from (http://repub.eur.nl/res/pub/39132/).

Rhodes, T. (2002), 'The `risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm', International Journal of Drug Policy 13(2), pp. 85-94

Il modello proattivo

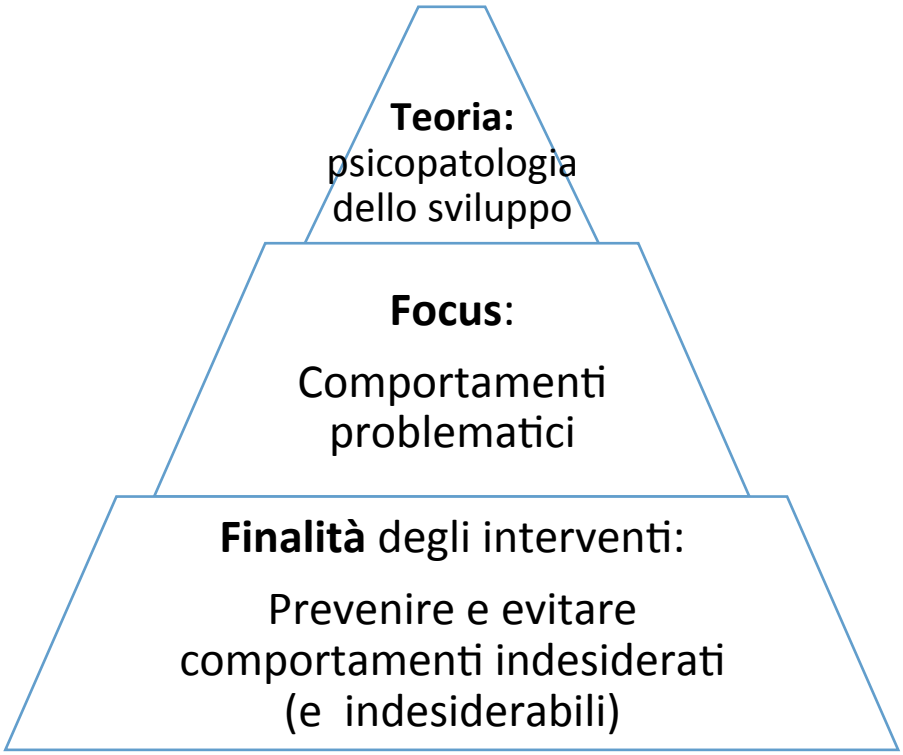
Brevi cenni sull'importanza del *proactive approach*, o approccio proattivo, nella promozione della salute *[P. Meringolo]*

Prevenzione e promozione della salute: nonostante i due termini siano talvolta usati come sinonimi, la differenza è significativa.
La **prevenzione** è:
- centrata sulla malattia
- centrata sulla valutazione dei fattori di rischio e (talvolta, non sempre) su quella dei fattori protettivi
- derivante sostanzialmente dall'approccio medico (con la distinzione in primaria/secondaria/terziaria.

La **promozione della salute** è invece:
- centrata sulle persone (*people centered*)
- *community based* (cioè basata sul contesto, e non - o non solo - sugli individui)
- centrata sulle risorse (individuali/sociali/collettive). Sociali e collettive non sono la stessa cosa, perché con collettive si intendono anche le risorse derivanti da istituzioni e organizzazioni, da un sistema normativo e legislativo, da sistemi di protezione delle fragilità sociali…
- basata sulla valorizzazione anche delle espressioni emergenti a livello di comunità locale (gruppi di utenti, gruppi di self-help, esperienze dei servizi per facilitare l'accessibilità….).

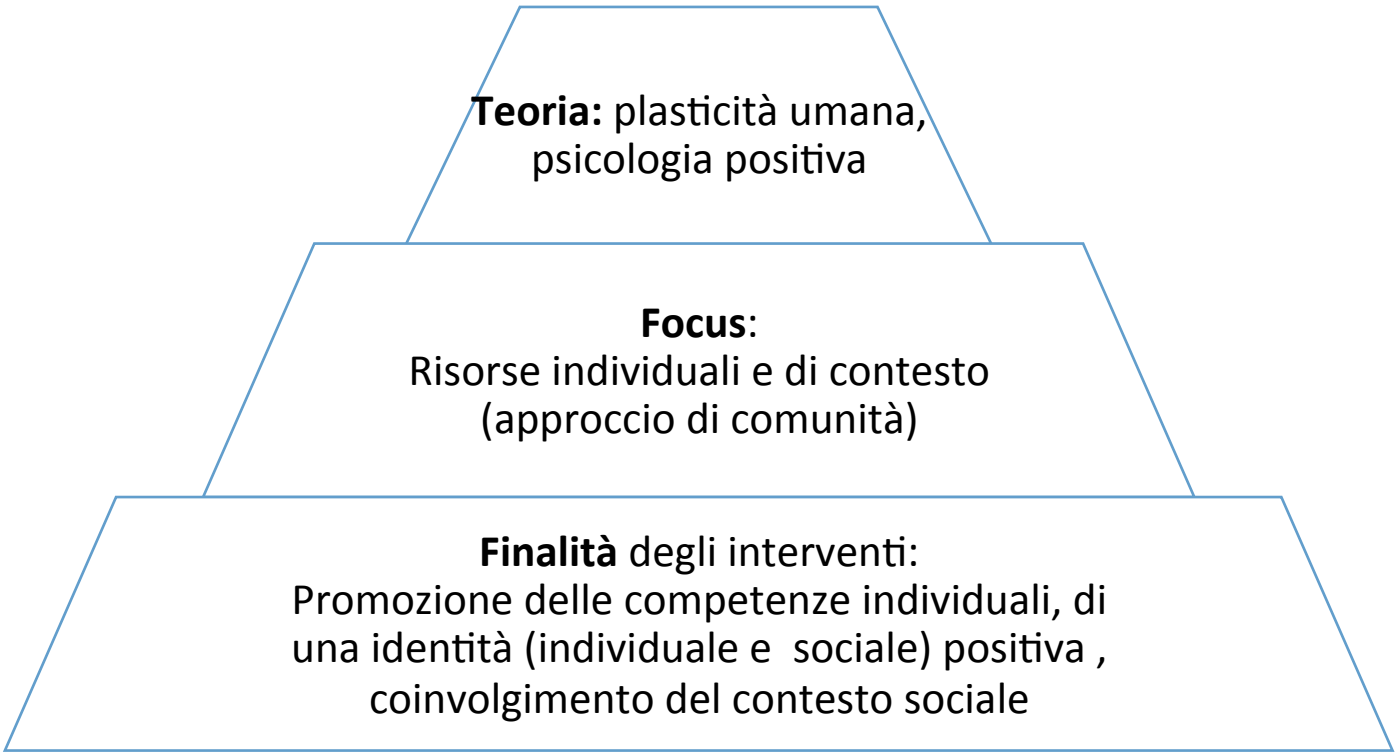
Facendo un'ulteriore distinzione, possiamo vedere la differenza tra le teorie basate sull'individuazione dei fattori di rischio e di protezione e quelle focalizzate invece sullo sviluppo positivo. In tal modo emergono altre importanti differenze.

Figure 1 Approccio dei fattori di rischio e di protezione



Come si può vedere dalla figura, tale approccio si basa fondamentalmente sulla distinzione tra comportamenti "normali" e patologici nel ciclo di vita individuale (si parla di sviluppo tipico e atipico), focalizzandosi sui comportamenti problematici con la finalità di evitare i comportamenti indesiderabili.
Esiste indubbiamente anche la valorizzazione della risorse (anche se nella maggior parte degli studi sono di tipo individuale o familiare), che tuttavia compaiono come fattori che possono "moderare" l'effetto del rischio, allontanandolo o diminuendone l'intensità.
Il fatto che alcuni comportamenti rischiosi siano, oltre che dannosi per la salute, ritenuti indesiderabili come condotte interpersonali, e identificabili o identificati a priori, fa sì che i modelli siano spesso connotati in senso *moralistico* e indirizzati in primo luogo al cambiamento di comportamento verso uno stile di vita più "sano".

Figure 2 Approccio dello sviluppo positivo



In questo secondo approccio due aspetti sono da notare: la centratura sulle **risorse** e sulla costruzione-ricostruzione di una **identità positiva** (il che significa anche impegnarsi contro lo *stigma sciale*), e il **coinvolgimento attivo del contesto sociale** e della comunità di riferimento.

Possiamo pertanto delineare un approccio teorico e operativo che segue una linea del tipo: promozione della salute – approccio proattivo – ipotesi di una autogestione/autoregolazione del disagio o comportamento problematico (*self-management*) – concetto di **paziente esperto** (*expert patient*).

Il **paziente esperto** (***expert patient***, http://patienteducation.stanford.edu, Kate Lorig)

- Il concetto nasce nel campo della Salute Pubblica.
- Il luogo: *Stanford Patient Education Research Center*, chef a parte del Dipartimento di Medicina della Stanford University School of Medicine, Palo Alto, California, U.S.A.

- Per più di trent'anni il gruppo di ricerca e di intervento su questi temi ha sviluppato, testato e valutato i programmi di self-management con pazienti di lingua inglese e spagnola, che presentavano problemi di malattie croniche.
- Tutti i loro programmi erano finalizzati a supportare i pazienti nell'avere fiducia nella loro possibilità e capacità di controllare i sintomi e le conseguenze che la loro malattia/disagio aveva nella vita quotidiana.

Le sperimentazioni più numerose si sono avute con pazienti diabetici. Tuttavia è importante osservarne gli effetti in termini più generali, come modello per un sistema di servizi.

Un sistema di presa in carico (***to care***), e non semplicemente di cura e trattamento (***to cure***) può rendere possibile:

a. supportare il paziente/utente nel self-management della propria difficoltà/malattia/disagio
b. attivare le risorse a livello di comunità
c. promuovere *policies* adeguate per rendere possibili questi indirizzi e garantirli in un tempo sufficientemente ampio per valutarne i risultati.

Alcune considerazioni:
- che differenza esiste tra il Modello Transteorico di Prochanska e DiClemente (che prevede un cambiamento del comportamento a *fasi* e che è stato usato efficacemente anche per i comportamenti di abuso, anche per le sue caratteristiche di non procedere per dicotomie assolute, ma prevedere momenti di evoluzione del comportamento, in cui anche le *ricadute* possono essere rilette come *step* di un percorso) e un Modello di Self -Management?

Da notare in primo luogo che entrambi sono modelli proattivi.

Tuttavia il primo (Prochanska e DiClemente) sottolinea maggiormente il **processo** e la **decisione** (e quindi la scelta dell'individuo), mentre il secondo (Self-Management) sottolinea l'***expertise*** dell'individuo [*"il mio paziente ne sa sulla sua malattia più di quanto possa saperne io"*] e l'**empowerment** individuale e sociale, dichiarando anche che *"la presa in carico da parte del professionista è solo una parte del lavoro"* [*professional care is only a part*].

Figure 3 Self-management e policies

La figura intende evidenziare che il self-management non può essere una scelta episodica o limitata a un singolo intervento. Per avere una funzione e per dotarsi di caratteristiche di efficacia va inserito in un quadro sistemico complesso.
Vediamo, nella parte interna della figura, come il self-management abbia bisogno sia di un **intervento sull'individuo**, per attivarlo nelle sue potenzialità (il che significa, come abbiamo già notato, lavorare sull'identità sociale e contro ogni stigma) e per supportarlo nella decisione di autogestione/autoregolazione del problema, sia di un **intervento sul sistema dei servizi,** per quanto riguarda la loro organizzazione e per quanto riguarda la modalità di offerta e di accessibilità degli stessi.
La parte esterna della figura evidenzia invece il quadro di sfondo entro il quale interventi di questo tipo vanno inseriti: valorizzazione delle **risorse di comunità** e ***policies*** adeguate per dare stabilità, continuità e riconoscimento istituzionale a tale approccio.

Per concludere: riflessioni critiche e interrogativi, a proposito di consumo di sostanze.

- se parliamo di **self-management** e di **paziente esperto** (***expert patient***) in medicina, e perfino nelle malattie croniche, perché non se ne parla – o non se ne parla abbastanza – se il problema riguarda l'uso di sostanze, in particolare illegali?
- possiamo ipotizzare che esista un ostacolo di tipo "morale" nel considerare il self-management se il problema riguarda una sostanza? E ancora di più una sostanza illegale?

Alcuni riferimenti bibliografici

Cook, J.R., Kilmer, R.P. (2012). Systems of Care: New Partnerships for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 49(3-4), 393-403.

Lorig, K., Holman. H.R. (2003).Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1), http://link.springer.com/article/10.1207/S15324796ABM2601_01#page-1

Lorig, K. (2012). Patient-Centered Care. *Health Education Behavior*, 39 (5), 523-525.
McGinnis, J.M., Williams-Russo, P., Knickman, J.R. (2001). The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78-93, doi: 10.1377/hlthaff.21.2.78

Maciocco, G. (2009). I determinanti della salute: alla ricerca di un conceptual framework. *Salute e Società*, 1, doi: 10.3280/SES2009-001004.

Schwartz, S.J., Pantin, H., Coatsworth, J.D., Szapocznik, J. (2007).Addressing the challenges and opportunities for today's youth. Toward an integrative model and its implication for research and interventions. *The Journal of Primary Prevention*, 28(2), 117-144.

Parte III

Nuove sostanze psicoattive

Adam Winstock , Luke Mitcheson (2012), New recreational drugs and the primary care approach to patients who use them,

in *British Medical Journal*, 344; doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e288

Abstract

Adam Winstock, insieme a Luke Mitcheson, in questo articolo, intitolato "Le nuove droghe ricreative e l'approccio di cure di base per i pazienti che le usano", delinea una modalità di primo intervento con consumatori di sostanze ricreative quali ketamina o GHB o stimolanti sintetici, che riscontrano problemi a livello fisico. Partendo dal dato di fatto di come sia difficile per un consumatore – ma anche per un operatore – avere chiaro cosa davvero stia assumendo, data la variabilità delle sostanze stesse in continuo adeguamento a leggi e mercato, e di come pertanto e a maggior ragione ogni consumatore debba puntare su una propria maggiore informazione e capacità di auto osservazione, Winstock e Mitcheson indicano la strada del colloquio motivazionale orientato alla limitazione dei rischi / riduzione del danno e all'accrescimento di conoscenza e consapevolezza. L'articolo mostra – ricorrendo anche a tabelle con esempi di domande e di suggerimenti di autoregolazione - come sia utile adottare "la prospettiva del consumatore" per compiere un vero lavoro di "assessment", e per poter poi passare a un counselling che abbia come obiettivo la gestione (management) del consumo e dei suoi effetti da parte del consumatore stesso.

In recent years, hundreds of new drugs have appeared on the recreational drugs market in Europe.[1] Some of these substances, such as ketamine and γ-hydroxybutyrate (GHB), have legitimate medical purposes. These compounds have been joined by many novel psychoactive substances that, combined with their online marketing, pose a challenge for policy makers and health providers.[2]

The origins of these new drugs vary from synthetic compounds (such as 4-methylmethcathinone, or mephedrone) to traditional herbal products (such as salvia divinorum and kratom). The synthetic compounds are often designed and promoted to avoid contravening drug, medicine, and consumer protection laws. Although mephedrone, other cathinones, and various other synthetic compounds (including several cannabinoids) were classified in the United Kingdom as class B drugs in April 2010, many other new substances with psychoactive potential remain legally available. Rapid changes in legislation, combined with diverse branding and poor quality control, have led to a marked variation in the composition of these products, making it difficult for users and clinicians to identify exactly what is being consumed.

We review some common examples of these new drugs, and provide a framework for conducting an interview in the primary care setting with people who may have problems with their use. Since evidence relating to these substances is inevitably limited, we have based this article on case series, observational studies, consensus guidelines, our own clinical experiences, and those of our colleagues.

What are the characteristics of some of the new drugs?

To summarise the modes of action, routes of use, sought after effects, and possible clinical effects of these new drugs, we focused on three groups: γ-hydroxybutyrate (GHB) and its prodrugs, γ-butyl-lactone (GBL) and 1, 4-butanediol; ketamine; and newer synthetic stimulants such as mephedrone, flephedrone (4-fluoromethcathinone), and

methylenedioxypyrovalerone (MDPV) (tables 1-3⇓⇓⇓). Most of these drugs are consumed with other substances, especially alcohol. Such combined use, along with underlying mental health problems, can greatly increase the risk of harms.

Cathinone stimulants

Mephedrone is a synthetic stimulant that is chemically related to cathinone, the psychoactive compound present in the khat plant.[3] Other synthetic cathinone stimulants include methylone. A recent crime survey in England and Wales reported mephedrone misuse in 4.4% of people aged 16-24 years in 2010-11 (the same proportion as cocaine misuse).[4] Perceived effects of cathinone stimulants are dose related and include euphoria, increased energy, feelings of empathy, increased libido, sweating, tachycardia, headache, and teeth grinding.[5] For mephedrone, the limited research so far suggests that its patterns of use and potential for misuse are similar to those of cocaine,[6] and that excessive consumption can result in emergency presentations characterised by extreme agitation, chest pain, and sweating.[7] Reported deaths, including suicide by hanging, have usually involved the use of other substances or underlying health problems.[8]

GHB, GBL, and 1,4-butanediol

GHB (G, GBH, liquid ecstasy) was originally developed as an anaesthetic and has been used to treat substance withdrawal and insomnia. GBL is found in solvent cleaning products. GHB and its precursors GBL and 1,4-butanediol share broadly similar effect profiles. Dose dependent, subjective effects (including euphoria, disinhibition, and increased sexual arousal) begin within 15 minutes of oral consumption and peak after 30-60 minutes.[9] GHB has a short half-life of 27 minutes—and frequent redosing is common. Users might seem drunk, although agitation and self injurious behaviours have been reported. A steep dose-response curve exists with a narrow margin between euphoria and overdose, which is characterised by a rapid onset of respiratory depression and profound unconsciousness. High risk sexual behaviour might also occur. A retrospective review of emergency department cases found that the probability of presentations associated with their use.

Overdose increased substantially with concomitant alcohol use[10] and that overdoses were typically self limiting, although fatal overdoses are seen. GHB was declared a class C drug in the UK in 2003, followed by GBL and 1,4-butanediol in December 2009.

Although dependence is rare, users of these compounds can develop tolerance, loss of control, and craving, and those who become dependent could dose continually every two hours.[11] Tolerance does not protect users against overdose. From a small case series, dependent users have reported personal and emotional isolation, a considerable loss of relationships, severe insomnia, and deterioration in physical health.[11] Withdrawal symptoms have been described as severe, unpredictable, and potentially life threatening, sharing features with alcohol withdrawal syndrome and starting 2-8 hours after last use of the drug. Evidence for the management of withdrawal symptoms comes from several small case series by specialist centres and consensus guidelines.[10-12] Many patients had persistent insomnia, anxiety, and depression for several weeks after withdrawal. A key principle of withdrawal management includes starting treatment with benzodiazepines before withdrawal begins. Withdrawal from GHB and its precursors should not be managed in primary care.

Ketamine

Ketamine (K, special K, super K, ketalar, green) is a short acting dissociative compound with anaesthetic and analgesic properties,[13] which was classified as a class C drug in the UK in 2006. Ampoules of the liquid anaesthetic form are dried to produce a white or yellowy crystalline powder that is then typically snorted ("bumped"). Illicitly manufactured

formulations of ketamine powder are also available, with varying purity. Ketamine's effects, which last for about 2 hours, are strongly dose related and include feelings of euphoria, dream like hallucinations, and mystical experiences.[13-15] The drug is often used in combination with other substances to modulate its effect.

Major risks related to ketamine use are accidental trauma (often unrecognised while intoxicated), immobilisation, and personal vulnerability.[14-16] Intoxication can be associated with high risk sexual behaviour, but is not typically associated with increased violence. An emergency room case series reported that the most common acute presentations were impaired consciousness, lower urinary tract symptoms, abdominal pain (also known as "K cramps"), and dizziness.[17] Transient and self limiting psychological experiences—for example, panic, paranoia, and frightening hallucinations—might also be seen.[18] Chronic consumption has been linked to severe and persistent urinary problems. In a recent cross sectional study of more than 1000 ketamine users, more than a quarter associated at least one urinary symptom with their use of the drug.[19] Symptoms seem to be dose related, but might persist on abstinence, and could progress to bladder atrophy and hydronephrosis.[19 20] Young people who present with dysuria and do not respond to antibiotic treatment might have urinary abnormalities associated with ketamine use.[19]

Tolerance to the sought after effects of ketamine develops rapidly within a using session. As a result, escalation in both frequency and dose can develop rapidly, with some patients reporting compulsive use and symptoms suggesting dependence (see "A patient's perspective").[19 21 22] Physical symptoms of withdrawal on cessation have not been consistently observed, although small case studies have reported sleep disturbance and irritability.[21 22] Both self report studies of recreational users and lab studies of users suggest that ketamine use leads to acute impairments in mood, memory, and perception.[23 24] A longitudinal study of 30 frequent users identified profound, dose related impairments in memory, although these effects might be reversible with abstinence.[25 26] The same study identified pronounced depressive and prodromal symptoms among current users. More recently, evidence from small clinical trials has suggested that repeated infusions of ketamine could rapidly (albeit temporarily) improve mood in people with treatment refractory depression.[27] Ketamine, in itself, is relatively safe in overdose; users are more likely to die from having accidents while intoxicated than from overdose.[15]

Approaching the question of drug use in primary care

Consultations that address any of these behaviours present an opportunity to ask about a patient's use of these new drugs. In this scenario, we recommend a brief screening procedure, outlined in box 1.

Clinical presentations directly related to drug use could occur in one of two ways. The patient might have clear concerns about their drug use or have a problem that they think is a consequence of drug use (for example, withdrawal on cessation of GBL). Alternatively, the patient might report a problem that could be drug related, but is not recognised as such (for example, urinary symptoms related to ketamine use).

In both scenarios, as with other lifestyle behaviours that can be difficult to discuss, we recommend a guiding communication style based on motivational interviewing.[28] A good starting point is to assume that the patient might be ambivalent about change. The key to motivational interviewing is to ascertain the patient's concerns and respond accordingly; hold back from advocating change until a clearer picture is obtained. This strategy encourages the patient to actively participate in the consultation and favours a positive change in behaviour. Box 2 outlines a recommended approach if the problem of substance use is not immediately apparent but seems pertinent to exclude.

Seek the patient's permission before asking questions about substance use ("is it ok for me to ask you some questions about your GBL use?"); if permission is given, a reminder of the limits of confidentiality might still be needed. In cases where family members have raised concerns about a patient, doctors should explore the relative's concerns, the impact on them, and their coping, with signposting to relevant additional support if appropriate.

What is the approach to assessing patients who admit to problems related to drug use?

A good assessment should capture the key information outlined in table 4⇓, and allow the patient to actively contribute. Open ended questions can achieve this aim as well as obtain relevant information ("Tell me about your drug use?", "What is your drug use over a typical week?"). Asking the patient to explain drug jargon and effects can also help to build rapport. During the assessment, use open questions to elicit and explore the patient's potential concerns ("What concerns do you have?", "You said that you experience discomfort on urination—how might that be related to your drug use?").

Simply providing feedback with specific reference to concerns the patient has identified can help the patient think about their drug use and its consequences in a new way. At this stage, substance use might still be ruled out as a problem, or the patient might deny any problems related to their drug use. If this scenario occurs, end the discussion by seeking permission to review the situation at a later date.

Any further questioning could begin with a simple open question: "Where would you like to go with this next?" If the patient does not know, invite them to consider that your medical expertise may help them; for example, ask: "Is there anything I can specifically help with?" This step could involve further information about the presenting problem or drug use, harm reduction advice, guidance about changing or reducing substance use, managing physical or psychiatric problems, or referring the patient to a specialist service.

If the patient clearly attributes an identified problem to drug use, they will probably begin to ask questions or be receptive to expert information (tables 1-3 and 5⇓ provide substance specific information). A set of principles applies to the exchange of information at this stage, which follows the circular process of eliciting the patient's interest ("Would you like to know a bit more about how mephedrone can affect your mood?"), providing information ("When people use stimulants over a weekend and don't get any sleep, it can lead to a reduction in the chemicals in your brain that help keep our mood stable and feeling happy"), and eliciting the patient's response to that information ("How does that fit with your experience?").[29] These principles of information exchange also apply to the provision of harm reduction information and exploration of risk behaviours related to drug use, such as sex (table 5).[30] This stage of the consultation could lead to a discussion about a possible change in substance use. Do not assume that the patient wants to change or even needs expert help to change. To introduce the idea of change, ask an open question: "We've spoken about some of the concerns you have and how your drug use might be related to this—where do we go from here?" A direct question might be: "Would you like to do something about your drug use?"

If the patient indicates that they wish to change, ask them how they might do this and whether they think they need professional support. If the patient does not know what they should do, this stage might be an opportunity to provide harm reduction advice. Since little is known about these substances, guidance on harm reduction is usually limited to common sense advice, including limiting consumption, reviewing the progression of any health concerns with a period of cessation, and total avoidance of the drug for people in high risk groups, such as those with pre-existing mental health issues.[3] For patients who seek information on internet forums about a drug before procuring it, remind them that although online reports can be useful, they can also be unreliable or irrelevant to a particular substance. Irrespective of

whether the patient expresses an interest in change, end the consultation by asking for permission to review the issue in the future.

Are psychological interventions and specialist referral needed?

The National Institute for Health and Clinical Excellence does not have literature specifically related to these new recreational drugs, but its guidelines for psychosocial interventions for drug misuse[31] and substance misuse among vulnerable young people[32] highlight the value of motivational interviewing.[28] The benefits of a single session of motivational interviewing in addressing substance misuse by young people are supported by findings from a cluster randomised trial, with effect sizes ranging from 0.34 for alcohol to 0.75 for cannabis.[33] The same study showed that this approach can be used to target use of several different substances in a generic fashion. Substance specific interventions have shown broader positive effects, for example, on mood and on the use of other substances, as shown by a randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy in amfetamine dependence.[34] Most users of new recreational drugs will be intermittent temporary users and will not experience any serious harms. We recommend a staged approach to management that begins in the primary care setting with the type of brief intervention outlined in this article. If a clinical problem or accompanying mental health problem is identified and the patient does not respond to a brief motivational intervention, consider referral to a specialist service for substance misuse if the patient is willing. Monitoring the association between drug use, cessation, and the progression of physical and mental health symptoms over time will help to inform the need for specialist referral.

We thank Fergus Law and James Bell for their advice on the sections related to ketamine and GHB, respectively; the anonymous ketamine user who provided his story; and the participants at the Substance Misuse Management in General Practice workshop for their help in the refining of this paper.

Contributors: ARW conceived the review, wrote the initial draft, prepared the final draft, and is the guarantor. LM helped with conception of the review and contributed to the sections on assessment and intervention. Competing interests: All authors have completed the ICMJE uniform disclosure form at www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organisation for the submitted work; no financial relationships with any organisations that might have an interest in the submitted work in the previous three years; ARW is founder and director of the Global Drug Survey, an independent data mapping and exchange hub for drug use data and provider of "drugs meter", a free online and smartphone application for self assessment on drug use that provides comparative and individually adjusted feedback on most commonly used drugs, and launches in March 2012; LM is on the expert advisory group of the Global Drug Survey.

Provenance and peer review: Commissioned; externally peer reviewed. Patient consent obtained.

Box 1: Brief screening procedure for possible users of new recreational drugs
Question 1: "Have you used any drugs in the following list in the past year, such as . . . cocaine, cannabis, ecstasy?" If yes to any, go to question 2
Question 2: "Have you used any other substances, such as GHB, ketamine, or newer drugs such as mephedrone in the last year?" If yes to any, go to question 3
Question 3: "Which of those drugs have you used most recently?"
Go to question 4
Question 4: "How often would you take this [or them]?"
Go to question 5
Question 5: "Have you noticed any link between the problems you are having and your use of these?"

1

Box 2: Recommended approach to exploring problems related to substance use
Ask what the patient wants to talk about first: "What would you like to talk about today?"
Introduce the idea of a substance use assessment and invite the patient to accept it: "I usually ask people about their drug and alcohol use—would it be ok if we can cover that today as well?"
Negotiate time and priorities
For problems likely to be related to substance use, consider talking about substance use generally rather than telling the patient that you think their problem is directly attributable at this stage:
"Often when people are feeling like you do today I like to rule out substance use as a contributing factor—would it be ok if we spend some time with me asking some questions about this?"
"I have seen some patients in which this problem is related to drug or alcohol use—is it ok to explore this with you now?"

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. The state of the drug problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009.

Winstock AR, Ramsey JD. Legal highs and the challenges for policy makers. *Addiction* 2010;105:1685-7.

Winstock AR, Marsden J, Mitcheson L. What should be done about mephedrone? *BMJ* 2010;340:c1605.

UK Home Office Statistical Bulletin. Drug misuse declared: findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales. 2011. www.homeoffice.gov.uk/publications/ science-research-statistics/research-statistics/crime-research/hosb1211/.

Winstock AR, Mitcheson L, Ramsey J, Marsden J. Mephedrone: use, subjective effects and health risks. *Addiction* 2011;106:1991-6.

Winstock AR, Mitcheson L, De Luca P, Davey Z, Schiffano F. Mephedrone, new kid for the chop? *Addiction* 2011;106:154-61.

James D, Adams RD, Spears R, Cooper G, Lupton DJ Thompson JP, et al. Clinical characteristics of mephedrone toxicity reported to the UK National Poisons Information Service. *Emerg Med J* 2011;28:686-9.

Advisory Council on the Misuse of Drugs. Novel psychoactive substances report (2011). Annex C:61-4. 2011. www.homeoffice.gov.uk/publications/agencies-public-bodies/acmd1/ acmdnps2011.

Rodgers J, Ashton H, Gilvarry E, Young AH. Liquid ecstasy on the dance floor. *Br J Psychiatr* 2004;184:104-6.

Munir VL, Hutton JE, Harney JP, Buykx P, Weiland TJ, Dent AW. Gamma-hydroxybutyrate: a 30 month emergency department review. *Emerg Med Australas* 2008;20:521-30.

Bell J, Collins R. Gamma-butyrolactone (GBL) dependence and withdrawal. *Addiction* 2011;106:442-7.

McDonough M, Kennedy N, Glasper A, Bearn J. Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal: a review. *Drug Alcohol Depend* 2004;75:3-9. 13

Lingford-Hughes A, Welch SJ, Peters L, Nutt DJ, on behalf of expert groupfor BAP. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* [forthcoming].

Wolff K, Winstock AR. Ketamine: from medicine to misuse. *CNS Drugs* 2006;20:199-218.

Morgan CA, Curran HV, Independent Scientific Committee on Drugs. Ketamine use: a review. *Addiction* 2012;107:27-38.

Dillon P, Copeland J, Jansen K. Patterns of use and harms associated with non-medical ketamine use. *Drug Alcohol Depend* 2003;69:23-8.

Jansen KL. A review of the nonmedical use of ketamine: use, users and consequences. *J Psychoactive Drugs* 2000;32:419-33.

Ng SH, Tse ML, Ng HW, Lau FL. Emergency department presentation of ketamine abusers in Hong Kong: a review of 233 cases. *Hong Kong Med J* 2010;16:6-11.

Muetzelfeldt L, Kamboj SK, Rees H, Taylor J, Morgan CJ, Curran HV. Journey through the K-hole: phenomenological aspects of ketamine use. *Drug Alcohol Depend* 2008;95:219-29.

Winstock AR, Mitcheson L, Gillatt DA, Cottrell AM. The prevalence and natural history of urinary symptoms among recreational ketamine users. *Br J Urol Int* [forthcoming].

Cottrell AM, Gillatt DA. Ketamine-associated urinary tract pathology: the tip of the iceberg for urologists? *Br J Med Surgical Urol* 2008;1:136-8.

Jansen K, Darracot-Cankovic R. The nonmedical use of ketamine, part two: a review of problem use and dependence. *J Psychoactive Drugs* 2001;33:151-8.

Moore NN, Bostwick JM. Ketamine dependence in anesthesia providers. *Psychosomatics* 1999;40:356-9.

Copeland J, Dillon P. The health and psycho-social consequences of ketamine use. *Int J Drug Policy* 2005;16:122-31.

Curran HV, Morgan C. Cognitive, dissociative and psychotogenic effects of ketamine in recreational users on the night of drug use and 3 days later. *Addiction* 2000;95:575-90.

Morgan CJ, Muetzelfeldt L, Curran HV. Consequences of chronic ketamine self-administration upon neurocognitive function and psychological wellbeing: a 1-year longitudinal study. *Addiction* 2010;105:121-33.

Aan het Rot M, Collins KA, Murrough JW, Perez AM, Reich DL, Charney DS, et al. Safety and efficacy of repeated-dose intravenous ketamine for treatment resistant depression. *Biol Psychiatry* 2010;67:139-45.

Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. Guilford Press, 2008.

Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ* 2010;340:c1900.

Mitcheson L, McCambridge J, Bryne A, Hunt N, Winstock AR. Sexual health risk among dance drug users: cross-sectional comparisons with nationally representative data. *Int J Drug Policy* 2008;19:304-10.

National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 51. Drug misuse: psychosocial interventions. NICE, 2007.

National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health intervention guidance 4. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people. NICE, 2007.

McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 2006;101:1014-26.

Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S, et al. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction* 2005;100:367-78.

A patient's perspective:
A user's account of urinary symptoms associated with using ketamine

My ketamine misuse started off recreationally but escalated. The first time I visited a doctor because of problems with my bladder I was given antibiotics and sent on my way. I urinated what looked like a thick jelly, sometimes with blood in it, and had nasty involuntary bladder spasms that left me unable to walk upright. I even told the doctor about my ketamine use, but he just said I was a silly boy for taking drugs. The antibiotics did not work so I went back to the doctor and was told just to drink lots of water and cranberry juice to flush out what was left of the infection. My symptoms did not resolve so I self medicated with ketamine because it seemed to be the only thing that helped to alleviate the terrible pain, and I stopped seeing doctors for a while.

After about a year of constant ketamine misuse, I became really ill for the first time. I had intense bladder and abdominal pain and I was admitted to hospital. I managed to do about a month clean without ketamine after this, while taking the painkillers (diclofenac) that I was prescribed from the doctor at the hospital, but I started using ketamine again.

Over the next six months, I made three more attempts to stop using ketamine, all of which failed. None of the services I accessed at the time seemed to help. During this time, I passed a clot that was about the thickness of my little finger, and from this point on, I was incontinent of urine. The painkillers had stopped working. As I was a drug user, my doctor would not prescribe me anything stronger for pain. So I just continued using the one thing that helped—ketamine—knowing that every time I took it I was doing more damage. At least if I took ketamine I could walk to the shops in no pain and just about get on with things. As time went on, my bladder pain got worse. I started to get scared of eating meals because defecating was even more painful than when I was just urinating, because of contraction of the abdominal muscles, and afterwards I might urinate blood for days. Ketamine also affected my mind. I could not remember what had happened a couple of days earlier. I started to forget passwords, PIN numbers, even people's names.

I made a few attempts to kill myself and an old friend of mine, who had observed the change in me, made me register at a local general practitioner. My friend had done some investigation and found out about the specialist drug and alcohol service and the inpatient unit in the city. I asked the doctor that I was assigned to for the referrals I needed and for help.

I needed strong pain relief if I was to stop taking the ketamine completely. My doctor helped me to try different painkillers to see what worked. I tried tramadol, diclofenac, and Buscopan [hyoscine], but they did nothing. Oromorph [morphine solution] stopped the pain, but was not ideal; my doctor was not happy with my having a big bottle of morphine in the house—since my memory was not very good and because of my previous suicide attempts. I then moved on to Zomorph [morphine capsules], 10 mg twice daily with a daily collection from the chemist. I started to notice a dramatic reduction in pain lasting for roughly 6 hours after taking the first pill in the morning. This would then wear off and leave me feeling uncomfortable for the hours leading up until my next dose. From this point my ketamine intake started to decrease, as I wanted to use ketamine only when I was in pain. I explained this to my doctor, and she increased my dose of Zomorph until my admission to an inpatient addiction unit in Bristol.

After the first couple of days at the detox unit, I started to come out of my shell and participate in inpatient discussion groups.

In the inpatient unit, I was put on a benzo reducing regimen to help the ketamine detox—a reducing dose of Librium [chlordiazepoxide] for a week along with my other painkillers, followed by Phenergan [promethazine hydrochloride] when needed as I came off the Librium.

I came out of the inpatient addiction unit and started to change my life. The first six months were a really slow process with regard to my bladder healing itself. It started becoming manageable six months after my last ketamine use, but it continued to be very sore and painful at times. I have to drink plenty of fluid and avoid caffeine. My bladder capacity is slowly improving but I had to wear absorbent pads at work for a long time and struggled with waking frequently in the night to go to the toilet. I am now two years clean from ketamine. My bladder and urinary functions are at about 80% of what I remember them to have been. I have not used any drugs since 10 months after my detox. I still have to drink a lot. If I do think about using ketamine, it doesn't take long to remember what it did to me.

Additional educational resources

Talk to Frank (www.talktofrank.com)—self help website with telephone helpline providing confidential advice on drug misuse

Erowid (www.erowid.org)—extensive database of expert and user opinions on various legal, prescribed, and illegal substances Substance Misuse Management in General Practice (www.smmgp.org.uk)—special interest website for general practitioners regarding drug and alcohol misuse

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (www.emcdda.europa.eu)—the drug monitoring agency of the European Union has many up to date and useful risk assessments and monographs

The Party Drug Clinic (www.national.slam.nhs.uk/services/adult-services/partydrugs) at South London and Maudsley NHS Trust and the Club Drug Clinic (www.clubdrugclinic.com) at Central North West London NHS Trust—medically led specialist services providing assessment and withdrawal support for substance users

Helpfinder at DrugScope (helpfinder.drugscope.org.uk/)—DrugScope's database of drug treatment services

Tables

Table 1| **Mode of action, routes of use, and sought after effects of new recreational drugs**

	Neurobiological basis for action	Typical route and single dose amounts	Common routes of use	Sought after effects	Duration of effect
GHB, GBL, or 1,4-butanediol	Dopamine release and action at γ-amino-butyric acid (GABA) A and B receptor; primary effect as agonist at GABA B receptor	Colourless, odourless liquid of variable potency (GHB 2.5-5 mL, GBL 1-2 mL)	Oral*	Euphoria and stimulation*, prosocial effects, talkativeness disinhibition, increased libido, sedation	1-4 h
Ketamine	Antagonist at N-methyl-D-aspartate receptors, μ and σ agonist at opioid receptors, and enhances monoaminergic transmission (resulting in pronounced sympathomimetic effects)	White crystalline powder (1/20-1/4 g)	Intranasal*, by injection, oral	Euphoria and stimulation*; synaesthesia; dissociation; floating sensations; tactile and visual distortion; hallucinations; intense psychedelic experiences; spiritual, out of body, and near death experiences (the "K hole")	1-2 h
New synthetic stimulants	Elevation in monoamine neurotransmitters through enhanced vesicular release, reuptake blockade, and reduced synaptic degradation	Powder, pills, and capsules of widely variable potency (1/20-1/4 g)	Intranasal*, oral*, by injection, transbuccal, by smoking, rectal	Euphoria and stimulation*, increased alertness, increased sexual desire, prosocial effects	1-12 h

*Primary route of use or primary sought after effect.

Table 2| **Signs of intoxication and harms from drug use**

	Signs and symptoms of intoxication and overdose	Acute harms and other associated presentations	Chronic harms
GHB, GBL, or 1,4-butanediol	Initial arousal gives way to predominantly depressant effects: rambling incoherent speech, weakness, excessive sedation, ataxia, nausea, vomiting, agitation, involuntary jerking movements, nystagmus, urinary incontinence, ataxia, profound unconsciousness, respiratory depression, aggression and disorientation (especially on waking from an overdose)	Amnesia, agitation (rhabdomyolysis), hypothermia, respiratory depression, loss of gag reflex, bradycardia, hypotension, aspiration, seizures	Loss of relationships, psychological emotional deterioration, dependence, withdrawal risks
Ketamine	Predominantly stimulant and psychedelic effects: raised pulse and blood pressure; arrhythmia; dilated pupils, blurred vision, and diplopia; ataxia; nausea and vomiting; anxiety; dizziness; excitability; insomnia; immobility; inability to speak; abdominal tenderness; frequency of micturition; white powder in nostrils	Palpitations; chest pain; anxiety; agitation; disorientation; confusion; psychotic symptoms; reduced consciousness and immobilisation can place users vulnerable to assault and theft, accidental trauma, and unawareness of injury; urinary symptoms; frequency of micturition; dysuria; haematuria; epigastric pain	Psychological wellbeing, mood related harms (anxiety, depression, chronic dissociation, and flashbacks), dependence, cognitive impairment, urinary tract symptoms with toxic cystis and renal pathology, gastritis, dilated biliary ducts
New synthetic stimulants	Predominantly stimulant effects: dilated pupils, raised pulse and blood pressure, cold peripheries, bruxism, trismus, hyperthermia, excessive sweating, tremor, hyperarousal, nausea, psychotic episodes, white powder in nostrils	Tachyarrhythmias, anxiety, agitation, chest pain, overheating, dehydration, seizures, disorientation confusion, psychotic symptoms	Dependence, withdrawal, possible long term psychiatric sequelae (for example, depression)

Table 3| **Withdrawal symptoms and basic management of potential drug users**

	Withdrawal symptoms	Recommended management
GHB, GBL, or 1,4-butanediol	Occurs within a few hours of last dose and resembles alcohol withdrawal; includes anxiety, tremor, nausea, vomiting, sweating, insomnia, elevated pulse and blood pressure, hallucinations, confusion, disorientation, self harming, paranoia, delirium, seizures, rhabdomyolysis, acute renal failure, death	Start benzodiazepine treatment (10-20 mg diazepam or 30 mg chlordiazepoxide) 1-2 hours before onset of withdrawal; 10-20 mg baclofen (three times daily) might also act as antispasmodic agent and reduce the need for benzodiazepines; specialist or inpatient advice might be needed to manage health risks, high doses of benzodiazepines, and close monitoring, treatment might be fatal with risk of seizures and traumatic injury; intravenous benzodiazepine doses with increased potency might also be needed. See patients daily, with gradual reduction in drug treatment titrated against symptom over 5-14 days; management in primary care not recommended
Ketamine	Poorly described and predominantly psychological symptoms, including agitation and anxiety; loss of analgesia could unmask underlying pain (for example, in the bladder) and be a motivator for continued use	Symptomatic treatment only. Use of benzodiazepines could help ease anxiety and provide adequate analgesia. If underlying urinary symptoms are identified, consider referral to specialist services for advice and inclusion of urologist services
New synthetic stimulants	Includes irritability, craving, lethargy, poor mood, increased appetite and fatigue	Avoidance of drug. Symptomatic treatment only. Education about the time limited duration and nature of withdrawal can help reduce patient anxiety and assist in accurate diagnosis of affective disorder

Table 4| **Key considerations for assessing drug use and identifying associated risks**

Key parameters of assessment	Descriptor	Function
Amount and change over time	Determine amount consumed per dose and total amount consumed per day	Increasing amounts per dose or per day suggest tolerance
Frequency	Determine dosing interval (number of days per week or per month) and average daily use	Increasing frequency is consistent with tolerance and could indicate physical dependence
Duration of use	Time since first ever use of drug and duration of current episode of use	Extended duration of use is associated with increased risk of harms and dependence
Route of use	Oral, intranasal, or by injection	Identify associated risks
Consumption in combination with other substances (especially alcohol and prescribed drugs)	Types of other substance taken, function, and consequence	Identify risks related to intoxication, toxicological harms, and behavioural changes
Function	Mood state sought or enhanced	Identify clues to underlying psychopathology or existence of physical dependence
Risk behaviours related to intoxication (for example, sex, driving, violence)	Determine activity and whether use of drug is in isolation or in public places	-
Major perceived health concerns (including exacerbation of underlying conditions of physical or mental health)	Describe psychological, physical, relationship, and behavioural consequences of use	Identify risks related to intoxication, as basis for advice on harm reduction, motivational interventions, referral guidance, and monitoring
Attempts to control or reduce misuse	Determine whether patient tried to stop and how many days spent recently without use	Identify loss of control, compulsive use, and withdrawal discomfort and risks on the reduction or cessation of use
Withdrawal discomfort on cessation of use	Determine psychological and physical consequences after marked reduction or cessation of use	Identify negative reinforcement of withdrawal relief and existence of high risk withdrawal symptoms (such as delirium and seizures)
Urine analysis	The new recreational drugs are not usually detected by routine drug screens, although most can be detected (if specifically requested) by specialist toxicology laboratories	

Table 5| **Harm reduction advice for drug users**

	Specific advice on harm reduction	General harm reduction advice
GHB, GBL, or 1,4-butanediol	Avoid drug use with alcohol. If patient is dependent on the drug, avoid sudden cessation	Avoid the development of tolerance by using infrequent dosing and reduced amounts of drug Avoid drug consumption in combination with other substances (such as CNS depressants, alcohol, or stimulants) Plan ahead to minimise the probability of behaviours related to high risk intoxication Avoid use if patient is already on prescribed drugs, particularly for psychiatric, neurological, cardiovascular, or chronic pain conditions Use of a drug for the first time should be avoided if the person is alone or already intoxicated with another substance; recommend that having a non-using trusted person present can be helpful if adverse reactions occur Explain what is expected on cessation of drug use and outline when help should be sought
Ketamine	Reduced risks are associated with routes of use other than injection Remain well hydrated and seek medical assistance early if patient has urinary symptoms Users should not be left alone because of the risk of accidental harm, or be left in situations in which drug use could increase personal vulnerability; ideally, a non-drug affected person should be present	
New synthetic stimulants	If patient has never taken stimulant before, be wary of variable potencies of different compounds Reduced risks are associated with routes of use other than injection Avoid overheating and dehydration Remind patient that what they think is legal might not be Internet purchases do not have quality control or consumer protection; remind patients that labelling on the packet might have little relation to the composition of the enclosed substance	

Appendice

La letteratura sui controlli del consumo: bibliografia ragionata

From Diseased to In-Control?

Towards an Ecological Model of Self-Regulation & Community-Based Control in the Use of Psychoactive Drugs

Repertoire of Scientific Literature

Compiled by Grazia Zuffa, Jean Paul Grund, Patrizia Meringolo
[August 26th 2013]

Part 1-Theoretical overview

1) Challenging the "disease model" of addiction

Becker H.S. (1953), Becoming a marijuana user, *American Journal of Sociology*, 59, 235-243

Becker, H. S. (1967). History, culture and subjective experience: an exploration of the social bases of drug-induced experiences. *Journal of health and social behavior*, 8(3), 163–76. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6073200

Bellis, M. A., Hughes, K., & Lowey, H. (2002). Healthy nightclubs and recreational substance use. From a harm minimisation to a healthy settings approach. *Addictive behaviors*, 27(6), 1025–35. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12369470

Cohen P. (1990), *Drugs as a social construct*, Dissertation, University of Amsterdam (www.cedro-uva.org)

Cohen P. (1991), Junky Elend. Some ways of explaining and dealing with it, *Wiener Zeitschrift fur Suchtforschung*, 14, 59-64

Davies J.B. (1992), *The myth of addiction*, Harwood Academic Publishers, Reading

Duff, C. (2005). Party drugs and party people: examining the "normalization" of recreational drug use in Melbourne, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 16(3), 161–170. doi:10.1016/j.drugpo.2005.02.001

Duff, C. (2007). Towards a theory of drug use contexts: Space, embodiment and practice. *Addiction Research and Theory*, *15*, 503–519.

Grund, J.-P. C. (1993, March 16). *Drug use as a social ritual : functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Erasmus University Rotterdam. Retrieved from (http://repub.eur.nl/res/pub/39132/).
(*Based on ethnographic fieldwork among regular heroin and cocaine users, this study builds on Zinberg's theory of Drug, Set & Setting, providing a more detailed conceptualization of the setting of drug use.*)

Heather, N., Miller W.R.& Greely J. (1991) (eds), *Self control and addictive behaviours*, New York, Pergamon

Levy, N. (2013). Addiction is Not a Brain Disease (and it Matters). *Frontiers in Psychiatry*, 4, 24. doi:10.3389/fpsyt.2013.00024
(*Argues that neural dysfunction is not sufficient for disease: something is a brain disease only when neural dysfunction is sufficient for impairment. Claims that the neural dysfunction that is*

characteristic of addiction is not sufficient for impairment, because people who suffer from that dysfunction are impaired, sufficiently to count as diseased, only given certain features of their context.)

Lewis, M. (2013). Why Addiction is NOT a Brain Disease | Mind the Brain. Retrieved April 23, 2013, from http://blogs.plos.org/mindthebrain/2012/11/12/why-addiction-is-not-a-brain-disease/

Peele S. (1985), *The Meaning of Addiction*, Lexington Books, Lexington and Toronto

Peele, S. (2007), Addiction as Disease. Policy, Epidemiology, and Treatment Consequences of a Bad Idea. In: J. Henningfield, W. Bickel, and P. Santora (Eds.),*Addiction Treatment in the 21st Century: Science and Policy Issues*. Baltimore: Johns Hopkins. pp. 153-163.

Reinerman C., Murphy S. &Waldorf D.(1989), Pharmacology is not destiny: the contingent character of cocaine abuse and addiction, *Addiction Research,* 2 (1), 21-36

Rhodes, T. (2002), 'The `risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm', *International Journal of Drug Policy* 13(2), pp. 85-94.
(*Although formulated in the context of HIV, Risk Environment theory addresses the multiple factors that impact on drug use and addictive behaviours and the associated harms, as well as their management and reduction.*)

Rhodes, T. (2009), 'Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach', *International Journal of Drug Policy* 20(3), pp. 193-201.
(*An expanded discussion of the Risk Environment of drug use. The focus is not necessarily on direct cause and effect relationships but on factors contingent upon social context, subject to an environment where multiple biological, psychological and social factors meet and exercise mutual influence.*)

Robins, L. N. (1993). The sixth Thomas James Okey Memorial Lecture. Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction (Abingdon, England)*, *88*(8), 1041–54. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8401158

Robins, L. N., Helzer, J. E., & Davis, D. H. (1975). Narcotic use in southeast Asia and afterward. An interview study of 898 Vietnam returnees. *Archives of general psychiatry*, *32*(8), 955–61. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1156114
(This paper is one of the first to present data raising doubts about the disease model of addiction, showing the spontaneous recovery from heroin addiction among US GIs, returning from Vien Nam, where they were initiated to the drug.)

Zinberg, N. E.(1984), *Drug, set and setting*, Yale University Press, New Haven and London.
(*Following a social learning perspective, Zinberg focuses on set, and setting variables -in addition to the drug factor- to explain the variety of drug use patterns. The use of any drug involves rules of conduct (social sanctions) and patterns of behaviour (social rituals), known as "informal social controls": they influence many people to prevent problems in drug use*)

2) Control & Self-Regulation in use of licit drugs

Heather, N, Robertson, I (1981), *Controlled drinking*, London, Methuen

Humphreys, K., Moos, R.H.&Finney J.W. (1995), Two pathways out of drinking problems without professional treatment, *Addictive Behaviors*, 4, 427-441

Sobell L.C., Sobell M.B.& Toneatto T. (1991), Recovery from alcohol problems without treatment, in Heather et al (1991) cit.

3) Control & Self-Regulation in use of illicit drugs

Blackwell J.S. (1983), Drifting, controlling and overcoming: opiate users who avoid becoming chronically dependent, *Journal of Drug Issues*, 13, 2, 219-235
(*About the characteristics of long term recreational non dependent opiate users*)

Decorte T. (2000). *The taming of cocaine*. Brussels, VUB University Press.

Grund JP, Kaplan C.& De Vries M., Rituals of regulation: controlled and uncontrolled use in natural settings, in Heather N., Wodak A., Nadelmann E., O'Hare Pat (eds) (1993), *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*, Whurr Publishers, London
(*Self regulation and control is more than "moderate" use. In addition to rituals and rules, more factors are introduced as determinants of drug use: drug availability and life structure*)

Harding WM& Zinberg NE: The effectiveness of the subculture in developing rituals and social sanctions for controlled drug use. In: Du Toit BM (ed.): *Drugs, rituals and altered states of consciousness*. Rotterdam: Balkema, 1977: 111-133.
(http://www.druglibrary.org/schaffer/lsd/zinsubcl.htm)

Robins L.N., Davis D.H.&Goodwin D.W. (1974), Drug use in US Army enlisted men in Vietnam: a follow up on their return home, in *American Journal of Epidemiology*, 99, 235-249
(*Showing 12% recidivism among veterans after three years: the pharmacological properties of heroin does not by itself lead to permanent addiction*)

Waldorf D., Reinarman C.& Murphy S. (1991), *Cocaine changes. The experience of using and quitting,* Philadelphia, Temple University Press
(*The largest ethnographic study, with interviews to 267 heavy cocaine users. Controlled use is defined as "regularly ingestion without escalation to abuse or addiction, and without disruption of daily social functioning"*).

Warburton H, Turnbull PJ & Hough M. (2005). *Occasional and controlled heroin use: not a problem?* York, The Joseph Rowntree Foundation's Drug and Alcohol series (ISBN 1 85935 424 6).
(*This report explores the patterns of heroin use among a population of non-dependent and controlled dependent heroin users who saw their use as relatively problem-free. the report shows, some people, in some circumstances, can effectively manage and regulate their use, raising important issues for treatment. The report deconstructs some of the myths surrounding heroin use and heroin dependence.*)

Zinberg N.E.& Harding W.M. (1979), Control and Intoxicant Use: a Theoretical and Practical Overview. Introduction, in *Journal of Drug Issues*, 9, 121-143

Zinberg N.E.& Harding, W.M. (eds)(1982), *Control over intoxicant use. Pharmacological, Psychological and social considerations*, New York, Human Sciences Press

4) Control & Self-Regulation in non marginalized PWUD

Cohen P., Sas A. (1994). Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures, *Addiction Researc&*, 2, 1, 71-94)
(*A study on 160 "experienced" users showing mechanisms for controlling cocaine assumption - such as choosing the route of ingestion, keeping use at a moderate level, associating consumption to a limited number of social circumstances and emotional states*).

Cohen P.& Sas A. (1995), Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986, Department of Human Geography, University of Amsterdam (www.cedro-uva.org)

(*A sample of 108 persons. External controls – such as low availability and heavy risk in purchasing- seem to play a smaller role in controlling use)*.

Erickson, P.G., Adlaf E.M.& Smart R.G., Murray G.F. (1994), *The steel drug. Cocaine and crack in perspective*, Lexington Books. New York
(A study of 111 cocaine users)

5) On cessation of drug use: the concept of maturing out

Anglin, D.M.& McGlothlin, W.H. (1984), Outcome of narcotics addict treatment in California, in Tims, F., Ruchman N. (eds), *Drug abuse treatment evaluation: strategies, progress and prospects*, NIDA Research Monograph Series, Washington, US Government Printing Office
(*The authors develop a theoretical model for assessing the complex relationship among variables to explain maturing out over time*)

Prins, E.H. (1995), *Maturing out. An empirical study of personal histories and processes in hard drug addiction*, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, The Netherlands.
(http://repub.eur.nl/res/pub/21449/)
(*Building a conceptual framework of drug addiction trajectories: an adequate level of personal and social identity will allow about two thirds of all addicted people to "mature out"of addiction*)

Winick, C. (1962), Maturing out of narcotic addiction, *U.S. Bulletin on Narcotics*, 14, 1-17
(*Introducing the concept of "maturing out" as kicking the habit in a "natural" way, in opposition to the dominant view of addiction as a lifetime disease*)

Winick, C. (1964), The life cycle of the narcotic addict and addiction, *U.S. Bulletin on Narcotics*, 16
(*Analysing the records of Federal Bureau of Narcotics, the author concludes that most of the addicts became abstinent between the ages of 23 and 37*)

6) On cessation of (legal and illegal) substances' use: the concepts of "spontaneous remission" and "natural recovery"

Biernacki P. (1986), *Pathways from heroin addiction: recovery without addiction*, Philadelphia, Temple University Press
(*Focusing on identification in the addict life-style as a variable in recovery: street addicts find it difficult to overcome their addiction because of their immersion in the addict life-style and because they are excluded from conventional society*)

Humphreys, K., Moos, R.H.& Finney J.W. (1995), Two pathways out of drinking problems without professional treatment, *Addictive Behaviors*, 20, 427-441
(*A prospective study of natural resolutions, highlighting the relationship with the behaviour change process*)

Marlatt, G.A., Baer J.S., Donovan D.M.&Kivlahan, D.R. (1988), Addictive behaviors: etiology and treatment, *Annual Review of Psychology*, 39, 8, 223-252
(*Challenging the concept of "spontaneous" remission: cessation without any professional intervention is associated to a number of psychological and environmental factors related to the initiation of behaviour change*)

Shaffer, H.J.& Jones S.B. (1989), *Quitting cocaine. The struggle against impulse*, Lexington, Lexington Books
(*Investigating the reasons to quit and grouping them in "interpersonal reasons", "physical reasons", "social reasons", "illicit character of drugs")*

Tucker, J.A., Vuchinich, R.E.& Gladsjo, J.A. (1994), Environmental events surrounding natural recovery from alcohol related problems, in *Journal of studies on alcohol*, 55, 401-411
(*A controlled study investigating the role of "positive" and "negative life events" in the resolution process: the non resolved participants reported increased negative events and no change over time in positive events*)

Waldorf et al. (1991) (cit.)
(*Negative effects of cocaine use combined with the interaction of such effects with their lives and identities were found as the main reasons to quit*)

Waldorf, D.& Biernacki, P. (1982), Natural recovery from opiate addiction: a review of the incidence literature, in Zinberg, N.E., Harding, W.M. (eds), *Control over intoxicant use* (cit.)
(*The first systematic review of literature related to the incidence of natural recovery from heroin addiction, leading to the conclusion that spontaneous recovery is not a rare phenomenon and that untreated addicts have equal possibilities to recover as those professionally treated*)

7) On cessation of drug use: the concept of drifting out

Blackwell, J.S. (1983), Drifting, controlling and overcoming: opiate users who avoid becoming chronically dependent, *Journal of Drug Issues*, 13, 2, 219-235
("Drifters" identified as casual users who were able to control their drug consumption, with other aspects of their life strongly competing with use)

Brown, J, W., Glaser D.&Ward, E., Geis G. (1974), Turning off: cessation of marijuana use after college, *Social Problems*, 21, 4, 526-538

(*Cessation of marijuana as a result of acquiring commitment to non student roles*)

Waldorf, D. (1983), Natural recovery from opiate addiction. Some social-psychological processes of untreated recovery, *Journal of Drug Issues*, 13, 2, 237-280
(*The author found that many, apparently not committed to the life style of an addict, seemed to simply drift away from heroin without conscious effort*)

Part 2- Studies on controls over different substances

Marijuana

Cohen, Peter, & Arjan Sas (1998), *Cannabis use in Amsterdam*. Amsterdam, Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam. http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.canasd.html

(*A wide and multisided range of data – positive and negative effects, consequences, disadvantages and advantages- from a large sample of experienced cannabis users)*

Reinarman, Craig, Peter D.A. Cohen & Hendrien L. Kaal (2004), The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 2004;94:836–842. http://www.cedro-uva.org/lib/reinarman.limited.html

(*Showing strong similarities across both cities and finding no evidence to support claims that criminalization reduces use or that decriminalization increases use)*

Sifaneck S. (1995). Keeping off, stepping on, and stepping off: The stepping-stone theory reevaluated in the context of the Dutch cannabis experience. *Contemporary Drug Problems, 22*.

483-512.
(*Discusses shifts in patterns of cannabis use in the Netherlands*.)

Opiates

Shewan D.& Dalgarno P. (2005), Low levels of negative health and social outcomes among non treatment heroin users in Glasgow (Scotland): evidence for controlled heroin use), *British Journal of Health Psychology*, 10, 1-17
(A longitudinal study focused on 126 long-term heroin users who had never been in specialist treatment for use of any drug. While there was evidence of intensive risky patterns of drug use among the sample, there was equal evidence for planned, controlled patterns of use)

Snow M. (1973), Maturing out of narcotic addiction in New York City, International Journal of the Addictions, 8 (6), 921-938
(How people limit or stop their heroin use because of change in life circumstances and the adoption of certain adult roles)

Warburton H. (2005) et al., above quoted

Cocaine and other stimulants

Chitwood D.D &Morningstar P. (1985), Factors that differentiate cocaine users in treatment from non treatment users, *The International Journal of the Addictions,* 20 (3), 449-459

Cohen P. (1989), *Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures,* Amsterdam, Instituut voor Sociale Geografie

Cohen, Peter, & Arjan Sas (1992), *Loss of control over cocaine: Rule or exception?* Paper presented at the American Society of Criminology, New Orleans 3-7 November, 1992. Amsterdam, CEDRO Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam.

(*Data on 268 experienced cocaine users show that loss of control as a function of heavy cocaine use is a rare phenomenon*) http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.loss.html

Cohen P., Sas A. (1994) (above quoted)

Decorte T. (2000). *The taming of cocaine*
(*above quoted*)

Decorte T.& Slock S. (2005). *The taming of cocaine II*. VUB Brussels University Press

(*A six years follow up study of 77 cocaine and crack users from the original ethnographic study carried out in 1996/7 on 111 users*)

Decorte T.&Muys M. (2010), Tipping the balance. A longitudinal study of perceived "pleasures" and "pains" of cocaine use (1997-2009), in Decorte T., Fountain J., *Pleasure, pain and profit*, PABST Wolfgang Science, Lengerich (Chapter 3)

(*A twelve year follow up study of 56 cocaine users from the original ethnographic study in 1996/7: most users prevent their use from escalating when the balance between the perceived advantages and disadvantages tips towards the latter*)

Erickson et al., 1994 (above quoted)

Mugford S.K.&Cohen P. (1989), *Drug use, social relations and commodity consumption: a study of recreational cocaine users in Sydney, Camberra and Melbourne. Report to the National Campaign against drug abuse*, Camberra, Australian National University

Mugford S.K. (1994), Recreational cocaine use in three Australian cities, *Addiction Research,* 2 (1), 95-108

Uitermark, Justus, & Peter Cohen (2004), *Amphetamine users in Amsterdam. Patterns of use and modes of self-regulation*. http://www.cedro-uva.org/lib/uitermark.amphetamine.html

(this paper sets forth to answer some questions with respect to use patterns, the formal and informal modes of control that users employ, the role of context variables in fostering in facilitating these modes of control. Some drug policy implications are discussed)

Part 3- Alternatives to the disease model in drug policies and interventions

Harm Reduction as an alternative policy

Cohen, P. (1999), Shifting the main purposes of drug control: From suppression to regulation of use. Reduction of risks as the new focus for drug policy. *International Journal of Drug Policy*, 10 (1999), 223-234. http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.shifting.html
(*Ten years of drug use data in the population of Amsterdam are presented. They show a remarkable level of control and stability in drug use patterns in a policy environment that allows relatively easy access to drugs. Internal controls on drug use can be expected to play a much larger part in structuring these patterns than classic drug policy theory allows for)*

Marlatt G.A. (1996), Harm Reduction: come as you are, *Addictive Behaviors*, 21(6), 777-788
(*Some basic assumptions are illustrated: 1) harm reduction is a public health alternative to the moral/criminal and disease models of drug use and addiction; 2) it has emerged primarily as a "bottom-up" approach based on addict advocacy, rather than a "top-down" policy established by addiction professionals; 3) it promotes low threshold access to services as an alternative to traditional high threshold approaches*)

Marlatt G.A. (ed.)(1998), *Harm Reduction. Pragmatic strategies for managing high risk behaviors*, The Guilford Press, New York
(*The first part of the book gives an overview on basic principles of Harm Reduction in drug policies, while the second part shows applications for alcohol problems, nicotine, illicit drugs*)

Reinermann et al. (2004), *The limited relevance of drug policy*
(*above quoted*)

Harm Reduction as an alternative model of intervention

Denning P., Little J.& Glickman A. (2004), *Over the influence. The Harm Reduction Guide for managing drugs and alcoho*l, The Guilford Press, New York
(*The book presents HR as a new approach to problems with alcohol and illicit drugs in alternative to the disease model. The basic principle of the disease model - the "all or nothing" hypothesis (either abstinent or addict) - is challenged from the theoretical perspective of the social learning model (drug, set, setting) and of the process of change. Change is as a step by step process, involving all areas of users'life experience. The book has both a theoretical and a practical value*)

Peele S. (1991), *The truth about addiction and recovery*, Simon&Schuster, New York
(*The book presents an alternative theory to the addiction as a disease. Addiction is an "addictive habit", which may occur for many human experiences, from substances to activities. Addiction is easier to beat than usually believed and most people recover without treatment, as addiction is changeable along with the change in life circumstances*)

Peele S. (2004), *Seven tools to beat addiction*, Three Rivers Press, New York
(*A practical guide to overcoming addiction of any kind, by providing basic building blocks for non addictive lives: values, motivation, rewards, resources, support, a mature identity and higher goals*)

Tatarsky A. (2002), *Harm Reduction psychotherapy. A new treatment for drug and alcohol problems,* Rowman&Littlefield Publishers, Lanham, Maryland
(*The book presents Harm Reduction psychotherapy as treatment that works psychotherapeutically, and demostrates how it is rooted in the basic principles of good psychotherapy practice and it is consistent with psychodynamic and cognitive-behavioral models*)

Tucker J.A., Donovan D.M.& Marlatt G.A. (1999), *Changing addictive behavior*. *Bridging clinical and public health startegies*, The Guilford Press, New York
(*The aim of the book is to move beyond the familiar clinical model and to consider public health approaches to addictive behavior change, both for alcohol and illicit drugs problems. The present clinical approach is best suited to a minority of population. Learning from natural resolution pathways, innovative interventions aimed at reducing risks can be implemented. These interventions allow to reach a wider target of users*).

Psychosocial constructs as building blocks for alternative models of intervention: stages of change, self efficacy, proactive approach

Guides to moderation management

Moderate drinking guidelines (Suggested readings at Moderation Management meetings) (www.moderation.org)

Rotgers F., Kern M.F.&Hoetzel R. (2002), *Responsible drinking. A moderation management approach for problem drinkers*, New Harbinger, Oakland, California

(*The book shows moderation as a viable alternative to abstinence for problem drinkers, bridging the gap between alcohol research and practice. "Moderation"- step down strategies, such as "temporary abstinence" – or "taking a break from drinking"- are thoroughly examined*)

Trans theoretical model of change

Main references:

Prochaska, J. Q, & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.

Prochaska, J. Q, & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Press.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C, & DiClemente, C. C. (1995). *Changing for good*. New York: Avon.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (7th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

(*Studies since the eighties until the latest editions are shown in this paper about the Transtheoretical Model of Change that involves five stages: precontemplation, contemplation, preparation, action and maintenance*).

DiClemente, C. C, & Hughes, S. L. (1990). Stages of change profiles in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.

(*In this paper Transtheoretical Model of Change is applied to alcoholism*).

DiClemente, C. C, & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.

DiClemente, C. C, Prochaska, J. Q, & Gilbertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.

Prochaska, J. O, Velicer, W. F., DiClemente, C. C, & Fava, J. S. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.

Prochaska, J. Q, & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.

Prochaska, J. Q, DiClemente, C. C, Velicer, W. F., Ginpil, S., & Norcross, J. C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers*. Addictive Behaviors*, 10, 395-406.

(*The majority of studies about change is related to smoking cessation*).

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C, & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.

DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change*. New York: Guilford Press.

(*How people intentionally change addictive behaviors with and without treatment is not well understood by behavioral scientists. These articles summarize research on self-initiated and professionally facilitated change of addictive behaviors using the key trans theoretical constructs of stages and processes of change. Individuals typically recycle through these stages several times before termination of the addiction.*

Multiple studies provide strong support for this model of change that systematically integrates the stages with processes of change from diverse theories of psychotherapy).

Self-efficacy and addiction

Main references:

Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*;84(2):191–215.

Bandura A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

(*These papers are related to the psychological construct of self-efficacy*).

Kadden R.M& Litt M.D (2011),The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders, *Addictive Behaviors*; 36(12): 1120–1126.

(*Self-efficacy and Substance Use Disorders*).

Litt M.D, Kadden R.M& Stephens R.S (2005), Marijuana Treatment Project Research Group. Coping and self-efficacy in marijuana treatment: Results from the Marijuana Treatment Project, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,73:1015–25.

Stephens R.S, Wertz J.S& Roffman R.A (1995), Self-efficacy and marijuana cessation: A construct validity analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,63(6),1022–1031.

(*Use of Marijuana and the effect of coping strategies and self-efficacy*).

Martinez E, Tatum KL, Glass M, Bernath A, Ferris D, Reynolds P& Schnoll R.A (2010), Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers, *Addictive Behaviors*, 35,175–178.
(*Self-efficacy and smoking*).

Marlatt G.A& Gordon J.R(1980), Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change, in Davidson P.O, Davidson S. M(eds), *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*, New York, Brunner/Mazel, pp. 410–452.

Moos R.H& Moos B.S (2006), Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders, *Addiction*,101(2),212–222.

(*Predictors of relapses*).

Warren J.I, Stein J.A &Grella C.E (2007), Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders, *Drug and Alcohol Dependence*,89(2–3), 267–274.

(*Dependences and co-occurring disorders, the role of self-efficacy*).

Proactive approach

Main references

McGinnis J.M., Williams-Russo P.& Knickman, J.R. (2001), The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion, *Health Affairs*, 21(2), 78-93, doi: 10.1377/hlthaff.21.2.78

Maciocco, G. (2009). I determinanti della salute: alla ricerca di un conceptual framework. *Salute e Società*, 1, doi: 10.3280/SES2009-001004.

Schwartz S.J, Pantin H, Coatsworth, J.D& Szapocznik, J. (2007), Addressing the challenges and opportunities for today's youth. Toward an integrative model and its implication for research and interventions, *The Journal of Primary Prevention*, 28(2), 117-144.

(*The proactive approach, unlike the risk and protective factors approach, is focused on a theory based on human plasticity, and on individual competences and skills*).

Cook, J.R& Kilmer, R.P (2012), Systems of Care: New Partnerships for Community Psychology, *American Journal of Community Psychology*, 49(3-4), 393-403.

Fagan A.A, Hanson K, Briney J.S, Hawkins J.D (2012), Sustaining the Utilization and High Quality Implementation of Tested and Effective Prevention Programs Using the Communities That Care Prevention System, *American Journal of Community Psychology*, 49(3-4), 365-377.

(*The interventions are aimed to promote community and social resources and the involvement of environment*).

Lorig, K.& Holman H.R (2003), Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms, *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1), http://link.springer.com/article/10.1207/S15324796ABM2601_01#page-1

Lorig, K. (2012), Patient-Centered Care, *Health Education Behavior*, 39 (5), 523-525.

(*Rooted in the proactive approach, the Self-Management Model enhances the patients' expertise, psychological and social empowerment. The professional care is only a part in a complex system of formal and informal care.*

Both the Trans theoretical and the Self Management models are proactive, though with differences: while the former is focused on the process of change and the role of choice and decision, the latter underlines the expertise of individuals and the patient's skills.)

See also studies on community-based prevention systems, e.g. Communities That Care, that result effective in reducing adolescent drug use, delinquency, and other problem behaviors.