

Comunità Terapeutica di Reggio Emilia  
“Bellarosa”



# ATTI

## **Giornata di Lavoro**

sulla Rete di contrasto alla Cocaina della FICT

**26 Gennaio 2007**

Reggio Emilia

Curati da

**Mario Cipressi e**

**Elisabetta Piccioni**

# INDICE

- **4 - Interventi**
- **5 - “L’Anedonia e la ricerca dell’eccesso”**  
Don Giuseppe Dossetti, Pres. CEIS di Reggio Emilia
- **15 - Intervento Gina Pedroni -**  
Ass.re alle politiche sociali del Comune di Reggio Emilia
- **18 - “Monitoraggio RISKY-RE”**  
Dott. C. Colli, dott. G. Montanari, Prof. U. Nizzoli
- **25 - “Le buone prassi - L’apporto della ricerca internazionale ed europea”**  
Prof. Umberto Nizzoli
- **52 - “Presentazione dell’elaborato di previsione del dott. Gatti”**  
a cura di Paolo Fioravanti
- **57 - Sezione Pomeridiana**
- **58 - Intervento Marcello Stecco**  
Ass.re alle politiche sociali della Provincia di Reggio Emilia
- **59 - “Progetto No Cocaina di Reggio Emilia”**  
Mario Cipressi/Eliseo Bertani
- **65 - “Droga on-line: riflessione sull’utilizzo delle nuove tecnologie”**  
Mario Cipressi
- **70 - “La disintossicazione residenziale”**  
Sergio Barile/ Simona Tatini
- **73 - “Il percorso no cocaine”**  
Eliseo Bertani, Roberto Casotti, Mario Cipressi, Antonio Lanzoni
- **80 - “Il lavoro con le famiglie”**  
Roberta Rossi
- **87 - Foto**
- **90 - Campagna Informativa e di Prevenzione CEIS di Reggio Emilia**



26 Gennaio 2007

GIORNATA DI LAVORO  
*Rete Cocaina FICT*

Ore **10.00 - 16.00**  
Oratorio Cittadino Via Adua - Reggio Emilia

PROGRAMMA

**10/10.30**

*SALUTI*

*Don Giuseppe Dossetti*: Presidente del CEIS di Reggio Emilia  
*Gina Pedroni*: Assessore alle Politiche sociali del Comune di Reggio Emilia

Apertura dei lavori

*Dr. Alessandro Dionigi*: Coordinatore della Rete Cocaina FICT

**10.30/12.30**: Le buone prassi nel contesto europeo – discussione/ confronto con la sala prof. *Umberto Nizzoli*

**12.30/13.30**: Discussione condotta dal Dr. *Paolo Fioravanti* sull'elaborato di previsione del dott. R. Gatti

**13.30/14.00** Pausa Buffet

**14.00**: Apertura dei lavori

*SALUTI*

*Marcello Stecco*, Ass.re alle politiche sociali della Provincia di Reggio Emilia  
*Sac. Mimmo Battaglia*, Presidente FICT

**14.30/16.00**: Presentazione Progetto NO COCAINE di Reggio Emilia  
Il contesto di rete territoriale e il contributo delle realtà di auto-mutuo aiuto

*Mario Cipressi/Eliseo Bertani*  
La disintossicazione residenziale  
*Sergio Barile*  
Progetto di gruppi No Cocaine  
*Roberto Casotti*  
Il lavoro con le famiglie  
*Roberta Rossi*



Provincia di  
Reggio Emilia



Comune di  
Reggio Emilia



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

---

# INTERVENTI

---

# **L'anedonia e la ricerca dell'eccesso**

*Don Giuseppe Dossetti*

Presidente CEIS di Reggio Emilia



## L'anedonia e la ricerca dell'eccesso

*Don Giuseppe Dossetti*

Reggio Emilia, 26 gennaio 2007

### 1. Eccesso e dipendenza.

Da tempo, chi lavora nelle dipendenze, ha osservato il loro carattere progressivo. L'illusione della persona dipendente è quella di poter gestire la propria dipendenza, di poter controllare l'uso delle sostanze o certi comportamenti come il gioco d'azzardo e le dipendenze a carattere sessuale. Tutti però sappiamo che così non è: gli equilibri che talvolta si raggiungono sono molto fragili e comunque insoddisfacenti e accompagnati da una forte dose di ansia. Si è d'accordo che la via più sicura è l'astinenza completa, ma questa viene spesso sentita come un'amputazione. La decisione di rinunciare al comportamento dipendente viene presa, di norma, dopo una crisi, che interrompe la fase euforica e questo sentimento di sconfitta accompagna spesso la sobrietà, alimentando un rimpianto che espone alla ricaduta.

La dipendenza acquista così un aspetto magico: la sostanza viene personificata, diventa un interlocutore, maledetto e desiderato; le si attribuiscono proprietà appunto magiche e questo alone di sacralità e di magia si riverbera sugli operatori del settore, che talvolta se ne lasciano sedurre al punto di compiacersene.

Dobbiamo dunque cercare di capire come mai un essere umano diventi dipendente da una sostanza o da un comportamento, senza saziarsi mai, senza riuscire a porre limiti, anzi, cercando di spostare sempre oltre i confini di un'esperienza, che, pure, viene riconosciuta come distruttiva.

Il termine "anedonia" esprime bene questa situazione. Viene ricercato il piacere (*edonè*), ma esso non basta mai; tuttavia, più si avanza oltre i limiti dell'esperienza, più il piacere diminuisce; o meglio, mentre in un primo tempo viene ricercato per se stesso, alla fine acquista un valore "medicinale", quasi a sedare, almeno per breve tempo, un'angoscia che non può essere gestita altrimenti.

In una prima parte del mio intervento cercherò di descrivere i meccanismi dell'eccesso e le loro conseguenze sociali. Successivamente, cercherò di indagare le cause storiche e culturali di questi comportamenti. Infine, intendo mostrare che la malattia contiene in sé anche i codici per immaginare un percorso che restituisca la salute.

2. Il termine “eccesso” fa parte di un gruppo di termini che indicano il superamento di un limite. “Eccedere” vuol dire “andare fuori”, come “esagerato” è colui che esce dall’*agger*, dall’ argine, e “enorme” è ciò che esce dalla norma, dalla misura.

In effetti, la cosa più interessante per chi riflette su queste cose è la mutazione intervenuta in Occidente negli ultimi due secoli e che si è accelerata negli ultimi decenni. Ormai, è molto difficile che il piacere venga considerato compatibile con la norma, con la misura. Esse vengono considerate come un limite che amputa e rende meno intenso, meno attraente il piacere. Qui però c’è un cambiamento davvero radicale rispetto al passato, al mondo antico e alla cultura classica. Basta fare un nome: Epicuro. Questo filosofo ellenistico del primo secolo della nostra era associava piacere e misura. Il vero piacere era quello che sapeva darsi un limite e rientrare in un’ armonia della quale l’uomo rimaneva padrone. Anche il libro del Qohelet, l’Ecclesiaste, proprio perché convinto della vanità di tutte le cose, suggeriva come la via migliore per l’uomo il trarre dal tempo presente il massimo della gioia, ma conservando un atteggiamento di “sapienza”, cioè accettando serenamente che nulla dura per sempre:

*“ Sta’ lieto, o giovane, nella tua giovinezza,  
e si rallegri il tuo cuore nei giorni della tua gioventù.  
Segui pure le vie del tuo cuore  
e i desideri dei tuoi occhi.  
Sappi però che su tutto questo  
Dio ti convocherà in giudizio.*

(non il giudizio oltre la morte, poiché oltre la morte non c’è nulla, ma un giudizio qui, nella storia).

*Caccia la malinconia dal tuo cuore,  
allontana dal tuo corpo il dolore,  
perché la giovinezza e i capelli neri sono un soffio”.*

*(Qo 11,9-10)*

Qualche anno fa, Alberto Moravia sostenne la liberalizzazione delle droghe con un argomento originale:

*“ Il drogato ha pur sempre ragione di rispondere a chi lo esorta ad abbandonare la droga; “Sì, va bene, ma io che cosa otterrò in cambio?”. E infatti noi non possiamo che rispondere: “Nient’altro che la normalità del vivere quotidiano, nell’era dell’edonismo e del consumismo di massa. Cioè, nulla”.*

*..... Allora, a questo punto , visto che in luogo della droga non possiamo offrire al drogato che quella stessa disperazione dalla quale nasce il ricorso alla droga, sembrano più importanti i vantaggi della liberalizzazione e della legalizzazione” (Il Corriere della Sera, 2-3.08.1989).*

Tuttavia, anche Moravia aveva una formazione umanistica classica e il suo ragionamento non tiene conto del fenomeno dell’eccesso. La droga può sembrare un anestetico della sofferenza esistenziale, ma progressivamente diventa essa stessa causa di una sofferenza sempre crescente.

Ma dobbiamo dire anche un’altra cosa: l’eccesso è incompatibile con la cultura e distrugge progressivamente la dimensione sociale dell’uomo.

Noi sappiamo che la cultura è quel patrimonio di conoscenze, di tradizioni, di istituzioni, di comportamenti, che formano la materia della quale è costituita la nostra identità. Su questa materia, l’io singolo esercita una funzione critica, con una dose maggiore o minore di accettazione. Ma anche colui che ha un atteggiamento eversivo verso la cultura nella quale è nato non ne può prescindere: lui è quella cultura e il cambiamento sarà tanto più efficace quanto più egli si sentirà responsabile nei suoi confronti.

Ora, cultura vuol dire limite. Banalmente, se io circolo in Gran Bretagna tenendo la destra, causerò un incidente, avrò conseguenze disfunzionali al mio appartenere al gruppo sociale britannico. Ogni cultura ha una sua *paidéia*, ossia un sistema formativo. Non ci può essere però formazione senza una regola, una disciplina.

E’ la cultura che permette l’esistenza di una comunità. Essa è la grammatica, il linguaggio, che permette a un determinato gruppo umano di comunicare, di appartenersi.

Si è detto tante volte che le droghe fanno parte di culture alternative. Lo si dice almeno dal tempo dei figli dei fiori. Di fatto, noi sappiamo che la pressione del gruppo è importante nell’iniziazione all’uso. Ma proprio il fenomeno dell’eccesso determina nei gruppi dei consumatori di sostanze percorsi di frammentazione e di solitudine.

La promessa di rapporti sociali più liberi, più gratificanti perché meno regolamentati, è in realtà un tragico inganno. Proprio l'identificazione di libertà e di eccesso porta l'uomo a una dolorosa solitudine, anzi, alla rassegnata convinzione dell'impossibilità di appartenere veramente a qualcuno e che siano invece possibili solo rapporti di uso, nel quale l'altro è soltanto un oggetto.

Questo è evidente in particolare nelle dipendenze a carattere sessuale. Assistiamo alla progressiva amputazione della dimensione più propriamente umana della sessualità, cioè il suo carattere di apertura interpersonale. Il rapporto tra due esseri che condividono il proprio corpo è, di per sé, un'affermazione reciproca del carattere assoluto del Tu dell'altro. Vi è una promessa reciproca di stabilità e di esclusività. Il Tu di colei e di colui che vengono chiamati "la mia donna", "il mio uomo", acquista un'evidenza singolare nella multiforme e continuamente cangiante moltitudine dei vari "Tu", che intessono la trama dei rapporti dell'"Io".

Ma in questa apertura al Tu è inclusa una radicale autolimitazione. L'altro non può essere posseduto, ma solo accolto; egli mi è così intimo, che io avverto un'incompletezza, una ferita aperta nel mio fianco, ma di questa ferita io godo. So che questo rapporto non può essere in nessun modo garantito, ma va continuamente rinnovato e richiede un investimento, spesso faticoso. Eppure si ama quella fatica: "*Ubi amatur, non laboratur; et, si laboratur, ipse labor amatur*", scrisse Agostino di Ippona: quando si ama, non c'è fatica; ma, se ve ne fosse, si ama quella fatica.

Se invece l'altro viene visto puramente come lo strumento del piacere, è ben difficile che il rapporto rimanga stabile. La sperimentazione, la ricerca di sensazioni sempre nuove, mi chiude in un narcisismo continuamente preoccupato solo di una cosa: la prestazione. L'altro diventa il limite da oltrepassare, dunque, un oggetto da possedere. L'oggetto è tanto più appetibile, perché riguarda le fonti della vita, eppure io mi trattengo, quasi inorridito, di fronte a un'ipotesi di fecondità. Nel romanzo *Il Padrino*, di Puzo, il sicario del boss getta il bimbo appena nato dalla sua donna nella fornace del palazzo ove abita: da me non può nascere nulla, l'io è ormai chiuso in una disperata e compulsiva affermazione di sé, che conosce solo una strada, il potere e la violenza. Oppure, la lotta tra i sessi diviene più sottile. L'affermazione dell'io può avvenire solo mediante la sottomissione e l'umiliazione dell'altro. In questo gioco, ambedue le parti sono perdenti. Viene in mente il film *L'Angelo azzurro*, con Marlene Dietrich.

Analoghe considerazione potrebbero essere fatte per quella droga che è il potere. La storia recente potrebbe essere letta alla luce di un'insaziabile ricerca dell'eccesso. Ma manca il tempo.

Diciamo invece qualcosa sulle droghe, intese come sostanze stupefacenti. In esse, la progressività e la compulsione a un utilizzo sempre più totalizzante sono particolarmente evidenti. Va soltanto aggiunta un'osservazione.

In ogni eccesso, si è più o meno lucidamente consapevoli che c'è un prezzo da pagare; può trattarsi della competizione o della seduzione, del rischio, della lotta per il potere. Le droghe rappresentano una scorciatoia. La loro promessa è di donare il successo togliendo la fatica (o monetizzandola). Forse, anni fa, la droga, soprattutto l'eroina, era un "viaggio", cioè un'avventura, una sfida. Si cercava proprio *quel* piacere, sperimentando sempre nuove avventure e le stesse difficoltà rendevano il gioco più affascinante.

Ora, invece, le droghe vengono usate come protesi, come strumento per raggiungere con facilità e immediatezza obiettivi, che altrimenti richiederebbero ben altri investimenti. Da questo punto di vista, l'uso di droghe è una strada pusillanime e vile.

### 3. Perché questo rifiuto della misura?

Abbiamo descritto un fenomeno, abbiamo esplorato dei percorsi. Ma non sappiamo ancora nulla del perché tanti uomini e donne li scelgano, pur essendo consapevoli delle loro pericolosità. Soprattutto, non comprendiamo perché, una volta sperimentato il prezzo di tali comportamenti, non si decida di fermarsi, di tornare indietro.

Sorge un'ipotesi interessante: forse è proprio questo rischio, questo pericolo che viene ricercato. Ma, se così fosse, ancora una volta dobbiamo chiederci il perché.

Tentiamo un'interpretazione, partendo da un testo famoso di Blaise Pascal. In un gruppo dei suoi *Pensées*, egli parla della miseria e della grandezza dell'uomo. Descrive, con un'acutezza impressionante, il fenomeno del *divertissement*, tradotto con "distrazione". Egli non è d'accordo con quei moralisti che, dall'alto della loro pretesa nobiltà intellettuale e morale, si fanno beffe delle miserie dell'uomo. Egli ritiene che proprio l'enormità di queste miserie indichi la ricerca di un bene assai superiore a quelle "ghiande dei porci", che l'uomo pare prediligere.

*“C’è chi passa la vita senza annoiarsi, giocando ogni giorno un po’ di denaro. Donategli ogni mattina la somma che può guadagnare ogni giorno, a patto che non giochi più: lo renderete infelice. Si obietterà forse che costui cerca non il guadagno, ma il passatempo. Fatelo allora giocare per niente: non ci prenderà gusto e si annoierà. Dunque, non cerca solo il passatempo: uno svago fiacco e senza passione lo annoierà. Bisogna che ci pigli gusto e frodi se stesso, immaginando che sarebbe felice di vincere quel che non vorrebbe gli fosse donato a patto di non giocare più, in modo che possa foggarsi un motivo di passione, su cui riversare i suoi desideri, i suoi timori, la sua collera ...*

*.... Come mai quell’uomo, che ha perduto da pochi mesi il suo unico figlio e che, oppresso da liti e da processi, era stamane tanto angustiato, ora non ci pensa più? Non stupitevene: è tutto intento a vedere da dove passerà il cinghiale che i suoi cani inseguono con tanto ardore da sei ore. Non occorre altro. L’uomo, per quanto sia pieno di tristezza, se appena si riesca ad attrarlo in qualche divertimento, sarà subito felice, finché esso duri; e, per quanto fortunato sia, se non è distratto e assorbito da qualche passione o da qualche passatempo che impedisca alla noia di diffondersi nel suo animo, non tarderà ad essere scontento e infelice. Senza la distrazione, non c’è gioia; con la distrazione, non c’è tristezza....*

*....La sola cosa che ci consoli delle nostre miserie è la distrazione; tuttavia, essa è la più grande di tutte le miserie, perché essa soprattutto ci impedisce di pensare a noi stessi e fa che ci perdiamo insensibilmente. Senza di lei, saremmo nella noia; e questa ci spingerebbe a cercare un mezzo più sicuro per uscirne. Mentre la distrazione ci svaga e ci fa giungere alla morte senza che ce ne avvediamo ....*

*Noi corriamo spensierati verso il precipizio, dopo esserci messi dinnanzi agli occhi qualcosa che ci impedisce di vederlo” (Pensieri 354;366;367 Serini)*

*“La distrazione ci svaga e ci fa giungere alla morte senza che ce ne avvediamo”.*

Qui, Pascal usa la parola che per l’uomo occidentale è la più scandalosa di tutte, la parola *morte*. L’eccesso (potremmo utilizzare la parola *distrazione*) è il tentativo disperato di rincorrere la vita che sfugge; non si cerca in realtà *quel* piacere, ma si cerca, attraverso quell’esperienza, la conferma che siamo vivi e che siamo in grado di oltrepassare il limite, quel limite rappresentato dal punto al quale eravamo arrivati ieri; ma, soprattutto, cerchiamo di dimenticare, tramite la vittoria di oggi, la sconfitta che incombe in virtù del limite invalicabile della morte.

L'uomo della cultura classica greco-romana aveva rinunciato all'eternità. Egli è rappresentato più da Seneca che da Socrate. Morire con eleganza, questo è il massimo al quale l'uomo può aspirare, confermando con la morte la vita. C'è certamente una tristezza nell'uomo antico, talvolta il lamento e la protesta. ma la morte fa parte della vita e il saggio sa accettare il limite. Volervi sfuggire è vano e fonte di maggiore sofferenza.

Anche nella tradizione ebraica troviamo l'esortazione a limitare l'orizzonte dell'uomo alla vita terrena. Il testo più impressionante, per la sua onestà e nello stesso tempo per il suo tentativo di ridurre entro termini razionali ciò che ripugna alla ragione, è il libro già citato del Qohelet, l'Ecclesiaste:

*“Ho considerato l'occupazione che Dio ha dato agli uomini, perché si occupino in essa. Egli ha fatto bella ogni cosa a suo tempo, ma egli ha messo la nozione dell'eternità nel loro cuore, senza però che gli uomini possano capire l'opera compiuta da Dio dal principio alla fine “ (Qo 3,9-11)*

Ancora: l'incontro con le religioni orientali ha spinto alcuni uomini dell'Occidente (un nome fra tutti, quello del grande volgarizzatore di questa spiritualità, Hermann Hesse) a vedere la radice dell'angoscia e della violenza nell'esagerata importanza data all'io singolo. Esso dovrebbe sentirsi parte di un tutto armonioso, nel quale vita e morte sono momenti di una realtà più grande, della quale tutto e tutti sono parte, come una singola nota ha il suo senso non in sé, ma nella totalità della musica.

Come mai, allora, l'Occidente dà tanta importanza all'io singolo, così da considerarlo un valore assoluto, così da ritenere la morte una realtà irriducibile a un senso? Come mai, nonostante le smentite dell'esperienza, l'uomo occidentale continua a credere in una possibile felicità?

Personalmente, ritengo che ci troviamo di fronte all'eredità della tradizione ebraico-cristiana, che ha plasmato così profondamente la cultura europea. In questa tradizione, l'uomo esiste all'interno di un patto, di un'alleanza, che lo fa interlocutore del Tu assoluto di Dio. Nel momento in cui Abramo viene chiamato per nome, egli emerge dal fluire indistinto della storia: egli e non altri, egli nella sua insostituibile singolarità sta di fronte all'Eterno. Il patto diventa così l'origine, ma anche il termine, la prospettiva dell'esistenza umana: esso è il futuro dell'uomo: è sul patto che si fonda la coscienza irriducibile di essere il portatore di una promessa che va oltre la morte.

Tale idea che l'uomo occidentale ha di sé è talmente universale, che un filosofo come Kant, che nega alla teologia ogni valore scientifico, fa del valore del singolo un a-priori, cioè un principio formale, universale, che non ha bisogno di dimostrazione, secondo il quale spontaneamente ogni uomo si pone di fronte alle richieste di una risposta etica alle grandi domande dell'esistenza.

4. E' dunque difficile sollevare l'uomo moderno dalla sua sofferenza, né gli si può proporre come soluzione puramente e semplicemente la misura. Una prospettiva stoica o epicurea non gli interessa: egli rimane "il perennemente insoddisfatto", secondo l'espressione di Goethe. Ancora una volta ha ragione Pascal, che vede nella miseria dell'uomo la traccia della sua grandezza:

*"Tutte queste stesse miserie provano la grandezza dell'uomo: sono miserie di gran signore, di re spodestato"* (*Pensieri*, 369 Serini).

Anche l'eccesso prova questa grandezza. L'uomo non si ferma di fronte al limite: egli porta in sé, oscuramente, "la nozione dell'eternità". Ci deve accomunare al Buddha la compassione per il dolore dell'uomo; ma possiamo condividere la sua diagnosi, che ogni sofferenza venga dal desiderio, e il suo insegnamento, che il desiderio debba essere superato in una sublime indifferenza?

Ma è possibile un'altra via, una via che porti ad accettare il limite come qualcosa di positivo, di bello, di vitale? E' possibile, senza mentirgli, dire all'uomo che può aspirare alla felicità o, almeno, a intravederla?

Probabilmente, la via va cercata, considerando la natura e le condizioni della relazione tra l'io e il Tu. La grande intuizione di Martin Buber sta nell'aver affermato che l'io non esiste fuori della relazione, anzi, che l'evento di relazione è, esso solo, l'evento originario. E' dall'esperienza della relazione che nasce la autocoscienza dell'io. Ma questo evento è necessariamente un evento donato, che può essere invocato e atteso, ma in nessun modo costruito e posseduto.

Che cosa esiste prima della relazione? il nulla, l'impotenza. E' spesso nei giorni del dolore che emerge il dono di un Tu, che ti viene incontro, che ti si offre, al quale tu puoi consegnarti e nella consegna avvertire che tu sei, che tu esisti, perché sei di qualcuno, per qualcuno. Proprio per questo, paradossalmente, l'esperienza dell'eccesso può essere utile. Essa smaschera l'illusione di poter raggiungere un "oltre" che soddisfi i desideri dell'uomo.

La dolorosa impotenza di chi ha sperimentato una ricerca, al termine della quale egli si sente ancora più lontano dalla meta rispetto a quando ha cominciato, può orientare l'uomo a una diversa considerazione del limite. Infatti, nella relazione interpersonale, il limite è costituito dalla soggettività dell'altro, dal Tu, che è irriducibile a un oggetto che io posso possedere. Il limite è allora accettato: esso non è più la porta di ferro che mi impedisce di gettare lo sguardo in un'immaginaria camera del tesoro; esso è piuttosto il territorio dal quale escano parole e atti che mi sorprendono, poiché sono parole di grazia e di perdono. Tuttavia, questa esperienza donata può essere conservata solo se si accettano le leggi della relazione interpersonale. La prima e fondamentale è che le norme vengono dettate non dall'Io, né dal Tu, ma dalla relazione stessa. Essa esige che ogni giorno io mi chieda non che cosa serve a me, ma cosa serve a mantenere e a far crescere quelle relazioni che fondano la mia identità. Per tale obiettivo, devo essere pronto a pagare il prezzo richiesto e a pagarlo con gioia.

**5.** E' ora di tornare al nostro tema. La compulsione all'uso di sostanze può essere veramente vinta, solo quando le viene data un'alternativa che contenga una promessa e una sfida. Quest'alternativa, secondo noi, non può essere altro che la gioia dell'incontro e l'ingaggio in un sistema di relazioni forti. Ecco perché, a nostro parere, il fattore comunitario è ancora lo strumento principe per la cura delle dipendenze.

Certo, quest'ingaggio non è facile. Prima, è necessario sgombrare il campo da tutto ciò che rappresenta il surrogato di una vera relazione. Questo è spesso molto difficile, molto costoso, soprattutto per chi condivide la vita di una persona dipendente: è necessario sciogliere tutti i nodi che rendono dipendenti dal dipendente, nodi affettivi, frutto di manipolazioni e ricatti raffinati. Inoltre, è necessario insegnare una grammatica della relazione e un linguaggio. E' necessario prevedere un lungo accompagnamento: infatti, bisogna aiutare a divenire compatibili con la cultura del gruppo sociale al quale si vuole appartenere, a vedere nella disciplina non un'imposizione esterna, ma il prezzo necessario della libertà. Bisogna ricercare insieme il difficile equilibrio tra la sottomissione alla realtà e alle sue regole e, d'altra parte, il desiderio di sentirsi protagonisti e di dare un proprio originale contributo.

Tutto questo è molto costoso. Ma noi riteniamo che ne valga la pena. La nostra ricompensa è la percezione, che ci sembra di avere, di essere portati molto vicini al centro di quel mistero che è l'uomo.

Ringrazio della pazienza e auguro a tutti buon lavoro.



**Intervento Gina Pedroni,  
Assessore diritti di cittadinanza, pari opportunità e centri sociali del  
Comune di Reggio Emilia.**

Il fenomeno della tossicodipendenza sta cambiando radicalmente.

Dalla persona in forte disagio sociale e in stato di emarginazione, con un rapporto di dipendenza da una sostanza, per cui tutte le sue energie e attività erano finalizzate alla ricerca e all'assunzione della dose, si sta passando a un modo diverso di assumere sostanze **lecite** (alcol e psicofarmaci) e **illecite**: dall'uso episodico a quello nei week-end, negli spazi e nei tempi del divertimento, a quello regolare ma in dosi moderate, da non pregiudicare, almeno inizialmente lo svolgimento della vita quotidiana.

Da uso trasgressivo ad "habitus sociale" trasversale socialmente e per età con:

- Prevalenza dell'uso **ricreazionale e prestazionale** (lavoro-studio-relazioni-sport) nei gruppi informali e nei luoghi del divertimento
  - Non più legato al disagio
  - Con scarsa conoscenza e consapevolezza dei rischi del policonsumo, consumo continuativo e frequente
  - **Uso socializzante –non percepito come anti-sociale**, ma addirittura socializzante e come marker di successo
  - **Uso** percepito come "**consumo normale**", bene di consumo come altri, anche se si tratta di sostanze **illegali**
  - Necessità sempre + impellente di uniformarsi al gruppo, ad una cultura dell'apparenza, di una vita mediata dalla chimica
  - Incapacità di affrontare autonomamente dolore, fatica, frustrazione, competizione
  - Incapacità di saper scegliere-mettere a valore-creare- alleanze,
- Incapacità di uscire da "un'ottica di consumo"

I consumatori di questo tipo **non si considerano drogati**, sia che si tratti dell'adulto 'professionista-manager' che del giovane che usa diverse sostanze.

Ma nemmeno chi sta loro intorno, familiari o colleghi, percepisce un 'problema di droga'.

**Questo avviene in particolar modo per la cocaina.**

La nostra città ha assistito ad un drammatico aumento del fenomeno.

I sequestri di cocaina da parte delle forze dell'ordine si sono praticamente decuplicati in un lasso di tempo relativamente breve, così come intravediamo una strategia del mercato particolarmente aggressiva e capace di modulare e allocare l'offerta di polvere bianca in maniera flessibile e pervasiva (sulla piazza reggiana si va dai 30 ai 120 euro a secondo della purezza e qualità della sostanza).

A questo scenario non corrisponde una immediata capacità del sistema, seppur eccellente, ad agire efficaci strategie di contrasto e di presa in carico.

A RE abbiamo costruito una forte alleanza socio-sanitaria, sia per la progettazione che lo svolgimento di servizi finalizzati alla prevenzione e all'inclusione sociale, superando la logica della separazione tra politiche sociali e politiche sanitarie,

Abbiamo ingaggiato un importante lavoro col privato sociale, e, oggi, con la presenza sul territorio dei POLI Sociali Territoriali lavoriamo per costruire alleanze sempre più robuste sui territori e con la comunità per la messa a valore della cittadinanza attiva.

Alleanze che ritroviamo altrettanto motivate al “**Tavolo provinciale contro il consumo di sostanze**” nato nel febbraio scorso, che con la collaborazione della Regione Emilia-Romagna e dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle dipendenze, ha dato vita ad una ricerca-azione che offra strumenti adeguati e aggiornati a chi deve operare in una realtà di non facile lettura.

Ma abbiamo la percezione, noi amministratori insieme ai tecnici, agli operatori del privato sociale, che ci troviamo di fronte ad un punto di svolta.

Dobbiamo, insieme, riflettere sulla necessità di dare vita ad una vera e propria “rivoluzione culturale”.

Dobbiamo saper leggere meglio questo difficile tempo presente dove la presenza di una “mediazione” chimica appare sempre di più ineluttabile.

I dati riguardanti la cocaina redatti dal Laboratorio Previsionale della Regione Lombardia e dell'ASL della città di Milano ci avvertono che in soli tre anni i consumatori aumenteranno del 50% mentre i prezzi potrebbero notevolmente diminuire, incrementando ulteriormente la domanda.

A Reggio abbiamo avvertito con forza la necessità di ribellarci a questo scenario che incomincia a palesarsi come ineluttabile.

Rimettere la lotta alla droga al centro dell'agenda politica per noi significa che l'approccio alla prevenzione e al contrasto delle dipendenze deve basare sulla riduzione dei consumi e non solo sulla riduzione dei danni.

Sappiamo che è una lotta impari, che i nostri nemici sono tanti ed agguerriti, che di fianco alla criminalità organizzata e alle mafie che sanno agire vere e proprie politiche di marketing esiste un nemico più subdolo che paradossalmente si chiama benessere, o feroce e disperata ricerca della felicità.

Oggi siamo quello che consumiamo. Il possesso di merci rappresenta la scala valoriale di riferimento che sostituisce reti e relazioni di solidarietà e fiducia.

La droga, e le dipendenze, non solo mettono a rischio la salute e la vita della nostra gioventù, ma minano alla radice i processi di inclusione sociale, le nostre politiche di comunità e con esse il nostro modello di welfare che da esse si origina.

Ci arrendiamo o abbiamo il coraggio di pensare ad una cultura alternativa?

Che ce ne facciamo di una comunità “drogata” e prestazionale?

Dal confronto col Ceis è nata una collaborazione per affrontare in modo nuovo la questione cocaina.

“**No cocaine per una cultura del limite**”, già dal titolo ci dice che abbiamo cercato un approccio innovativo. Il progetto che meglio di me vi illustreranno il prof. Nizzoli che ne è il supervisore e Mario Cipressi, direttore, prevede come forme di contatto un “help line” e un sito web ([www.drogaonline.it](http://www.drogaonline.it)).

---

L'obiettivo è quello di favorire al massimo l'approccio con tutte quelle persone che tengano alla loro immagine sociale e che mai si rivolgerebbero ai tradizionali servizi.

E' un progetto innovativo che vuole lavorare non solo sulla motivazione , l'orientamento e la prevenzione alla ricaduta,ma sulla disponibilità al cambiamento e sulla crescita sul piano valoriale.

L'innovazione è l'altra sfida che bisogna vincere ma che allo stesso tempo bisogna giocare uniti. Rileggere il territorio, significa anche rileggere la storia dei nostri servizi e con coraggio essere disposti a cambiarli avvicinandoli alle persone e raffinandoli con il loro contributo,costruire patti istituzionali,ma soprattutto di comunità,alleanze territoriali ,attivare sentinelle sociali,ma anche mettere in campo nuovi riti,ingaggiare chi ancora non c'è,lavorare per una responsabilità diffusa.

E' necessaria l'integrazione e la coerenza di tutte le politiche,non solo socio-sanitarie,ma scolastiche,urbanistiche, culturali,di formazioni,commerciali, ricreative....

Vi auguro, quindi, buon lavoro e vi ringrazio per aver trasformato la nostra città per una giornata in una sorta di capitale della lotta alla cocaina e per fare fronte comune.

---

# I giovani e le cocaina a Reggio Emilia

## Monitoraggio RISKY-RE

a cura di

*Prof. Umberto Nizzoli*

*Dr. Claudio Colli*

*Dr. Giampiero Montanari*



*Dott. Umberto Nizzoli*



*Dott. Claudio Colli*

# RISKY-RE

Monitoraggio sui comportamenti rischio giovanili nella provincia di Reggio Emilia  
AUSL di RE

Responsabile Prof. Umberto Nizzoli

## OBIETTIVI DELLA RICERCA:

- Monitorare i comportamenti a rischio giovanili nella provincia reggiana.
- Essere al servizio della Rete di servizi già impegnati sul territorio a promuovere la salute dei giovani.
- Diffondere in tempo reale i dati raccolti contribuendo a promuovere la riflessione sulla salute dei giovani.

Dati 2004-2005

Carotaggio (224 soggetti) nelle scuole superiori della provincia reggiana

Gli esordi

Età	Alcol	Tabacco	Cannabinoidi	Cocaina
<b>FINO a 12</b>	23,9	20,0	1,5	0
<b>13-14</b>	42,9	42,1	23,9	33,3
<b>Oltre</b>	33,1	37,9	74,6	66,7

**Il fenomeno del “muro di gomma”:** nei luoghi istituzionali, la scuola, i ragazzi sembrano mostrare una certa resistenza a rispondere rispetto a domande riguardanti il consumo di sostanze illegali (> dei missing tra il 25 – 30 %)

## Dati 2006: Festa Unità di Reggio Emilia

### Carotaggio (101 soggetti) in collaborazione tra Risky-Re e Progetto UP (Comune di Reggio Emilia – Assessorato Pari Opportunità e Diritti di Cittadinanza e Ass. Papa Giovanni XXIII)

- Hanno consumato cocaina, negli ultimi 12 mesi, il 34% del campione (il 37,5% dei maschi e il 28% delle femmine).

#### Consumo di cocaina per fasce d'età

Hanno consumato	16-21	22-26	27-30
Cocaina	22,9	47,4	30,8

Risky-Re (responsabile: Prof. Umberto Nizzoli; coordinatore: dott. Claudio Colli) è una ricerca promossa dall'AUSL di Reggio Emilia, con finanziamenti ricevuti dal Fondo Nazionale Lotta alla Droga governati dalla Regione Emilia-Romagna, che ha iniziato dal 2004 a monitorare i comportamenti a rischio (es. uso di sostanze, bullismo, comportamenti sessuali) nei giovani residenti nella provincia reggiana.

L'équipe nell'impostare il lavoro di ricerca si è data tre obiettivi:

1. monitorare i comportamenti dei giovani di età compresa tra i 13 e i 30 anni secondo il seguente campionamento: i *giovannissimi* (13-14 anni); i *giovani* (15-21 anni); i *giovani adulti* (27-30 anni). Il monitoraggio viene effettuato sia in ambito *istituzionale* (nelle scuole medie e superiori della provincia reggiana) attraverso la somministrazione di una versione italiana dello "Youth Risk Behavior Surveillance System" (YRBSS) elaborato dal CDC di Atlanta (USA); sia nei *luoghi di aggregazione giovanile* grazie alla collaborazione con il Progetto UP, progetto di prossimità implementato dal Comune di Reggio Emilia – Assessorato Pari Opportunità e Diritti di Cittadinanza e dall'Associazione Papa Giovanni XXIII.
2. Essere al servizio della Rete di servizi già impegnati sul territorio a promuovere la salute dei giovani. In tale ottica l'équipe ha intrapreso rapporti di alleanza e collaborazione interni all'AUSL di Reggio Emilia (ad es. l'Open0-G della Psicologia Clinica) ed esterni (sia con agenzie come il CEIS di Reggio Emilia e il CPS - Società Cooperativa Sociale -, sia con amministrazioni locali della provincia reggiana).

## Consumo di cocaina per condizione professionale

	Studenti	Disoccupati	Lavoratori
Presenti nel campione	34%	10%	56%
Hanno consumato Cocaina	22%	19%	59%

La tabella mostra dati emersi dal carotaggio “istituzionale” effettuato nelle scuole superiori nell’anno accademico 2004-2005 sul campione dei *giovani* (224 soggetti coinvolti) rispetto alla sperimentazione (“*l’aver provato almeno una volta nella vita*”) di 4 sostanze, il cui consumo è particolarmente diffuso nella popolazione giovanile. In particolare, nella tabella, che descrive la distribuzione percentuale di prima sperimentazione dichiarata rispetto alle singole sostanze per le fasce d’età individuate, si enfatizza la quantità di accesso all’uso di sostanza nella fascia “13-14 anni” (classe d’età prevalente per le sostanze legali e particolarmente significativo rispetto all’avvicinamento-sperimentazione alla cocaina).

Rispetto alla cocaina, infatti, emerge che tra gli studenti che hanno dichiarato di aver fatto uso di cocaina nella loro vita, un terzo avrebbe approcciato la sostanza tra i 13 e i 14 anni. E’ però importante rilevare come i dati che emergono nei luoghi istituzionali rispetto al consumo di sostanze illegali (in particolare le “droghe pesanti”) potrebbero essere in realtà una sottostima, in quanto nel corso delle rilevazioni effettuate negli anni si evidenzia la costanza del “*fenomeno del muro di gomma*”. L’aumento dei missing in corrispondenza delle domande riguardanti le sostanze illegali potrebbe essere dovuto alla sfiducia dei ragazzi rispetto all’utilizzo del dato raccolto, secondo loro, eventualmente utilizzato anche per finalità repressive e controllanti.

L’evidenza che tale fenomeno sembrerebbe non riguardare le dichiarazioni d’uso di cannabinoidi, potrebbe essere effetto del processo di normalizzazione del consumo di tali sostanze negli stili di vita giovanili.

**Dati 2006: Festa Unità di Reggio Emilia**  
**Carotaggio (101 soggetti) in collaborazione tra Risky-Re e Progetto UP (Comune di**  
**Reggio Emilia – Assessorato Pari Opportunità e Diritti di Cittadinanza e Ass.**  
**Papa Giovanni XXIII)**

- Hanno consumato cocaina, negli ultimi 12 mesi, il 34% del campione (il 37,5% dei maschi e il 28% delle femmine).

**Consumo di cocaina per fasce d'età**

Hanno consumato	16-21	22-26	27-30
Cocaina	22,9	47,4	30,8

**Consumo di cocaina per condizione professionale**

	studenti	disoccupati	lavoratori
Presenti nel campione	34%	10%	56%
Hanno consumato Cocaina	22%	19%	59%

I dati riportati si riferiscono ad un'azione di carotaggio (101 soggetti) effettuata in collaborazione tra Risky-Re e Progetto UP (Comune di Reggio Emilia – Assessorato Pari Opportunità e Diritti di Cittadinanza e Ass. Papa Giovanni XXIII) durante la Festa dell'Unità di Reggio Emilia svoltasi nell'estate 2006. La rilevazione è stata condotta nel corso di tutto il mese della manifestazione nelle serate in cui erano proposti concerti, che essendo stati di generi musicali differenti, hanno attirato una popolazione giovanile estremamente eterogenea.

La somministrazione del questionario è avvenuta presso la postazione allestita dagli operatori del Progetto UP per le loro consuete attività e si è verificato che le condizioni di corretta compilazioni fossero rispettate.

Rispetto al consumo di cocaina (anche una sola assunzione) negli ultimi 12 mesi, emerge che:

dichiara di averne fatto uso il 34% del campione (il 37,5% dei maschi e il 28% delle femmine).

la fascia d'età che dichiara il maggior uso di cocaina è quella dei "22-26 anni".

Nella tabella che confronta "il peso" delle tre variabili di condizione occupazionale nel campione complessivo e nel sottocampione composto da chi ha dichiarato di aver fatto uso di cocaina negli ultimi 12 mesi, si sottolinea come chi si definisce "disoccupato" sembrerebbe esprimere una maggiore abitudine al consumo di cocaina.

## Combinazioni di consumi

Hanno consumato	16-21	22-26	27-30
Mai nulla	8,6	7,9	0
Alcol	17,1	5,3	26,9
Hashish/ marijuana	0	0	0
<b>Cocaina</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Solo altro	0	0	0
Alcol+ hashish	45,7	21,1	30,8
<b>Alcol+ hashish+coca</b>	<b>0</b>	<b>21,1</b>	<b>19,2</b>
Alcol+ hashish+altro	5,7	13,2	3,8
<b>Alcol+ hashish+coca+altro</b>	<b>17,1</b>	<b>18,4</b>	<b>15,5</b>
Alcol+coca	0	0	0
Alcol+altro	2,9	5,3	3,8
<b>Hashish+coca</b>	<b>0</b>	<b>5,3</b>	<b>0</b>
Hashish+altro	0	2,6	0
Hashish+coca+altro	0	0	0

Se la prima riga della tabella riporta le percentuali, presentate prima, del consumo di cocaina dichiarato nelle diverse fasce d'età, nelle righe successive ci si riferisce a giovani che dichiarano di avere consumato più sostanze, non esclusivamente nella medesima occasione di assunzione ma nel corso degli ultimi 12 mesi (dove con la voce "Altro" si intende l'uso di almeno un'altra sostanza illegale, presente nell'elenco presentato nel questionario, differente dall'hashish e dalla cocaina stessa).

Si evidenzia come non vi sia stato nel campione un uso esclusivo di cocaina nel corso dell'ultimo anno.

L'inserimento della cocaina tra i consumi che già includono hashish (con cui è presente una fortissima associazione) e alcol non fa emergere differenze tra le tre età considerate.

Prendendo in considerazione le dichiarazioni di consumo delle altre diverse sostanze (es. eroina, allucinogeni, anfetamina e ketamina), si evidenzia invece una maggiore propensione della fascia d'età più giovane ad inserire il consumo di cocaina nell'insieme di consumi di altre sostanze. Nelle classi d'età successive è meno consistente l'associazione tra la dichiarazione d'uso di cocaina e quella di altre sostanze.

Sembrerebbe che la fascia d'età più giovane, anche secondo le caratteristiche della fase di vita a cui corrisponde, si caratterizzi con uno stile di approccio alle sostanze più connotato come sperimentale rispetto ai più grandi. In particolare, questa tendenza a sperimentare sostanze illegali sembrerebbe essere più forte nelle femmine del campione "16-21" che nei maschi pari età.

## Conclusioni

A Reggio Emilia:

- sembra esservi una rilevante sperimentazione precocizzata di cocaina
- sembra esservi un'importante consumo di cocaina nella fascia dei 22-26 anni che dovrebbe far riflettere su un miglior bilanciamento negli investimenti delle risorse in materia di prevenzione (dalle scuole ad altri contesti)
- si ipotizza che si possano ottenere dichiarazioni sul consumo di cocaina più attendibili nei luoghi di aggregazione e di divertimento che nei luoghi istituzionali (scuola).

Venite a visitarci: <http://risky-re.splinder.com>

---

*“Le buone prassi. L'apporto della  
ricerca Internazionale ed Europea”*

**Prof. Umberto Nizzoli**  
**AUSL di Reggio Emilia**



L'intervento del Prof. Nizzoli si colloca nel campo della ricerca scientifica per la quantità dei contributi raccolti attraverso gli studi di maggior avanguardia nel campo delle dipendenze.

Inoltre la decennale esperienza trattamentale del professore rende facilmente assimilabile e contestualizzabile il contenuto dell'esposizione "magistrale" che per ovvi motivi di sintesi troverete di seguito.

## **Nell'ambito della salute mentale oggi giorno ci misuriamo con nuovi fatti e nuove esperienze. I fatti salienti**

- l'insufficiente esplorazione dei carichi di sofferenza mentale e relazionale, ancora troppo spesso avvolti da negativi connotati morali,
- la loro pervasività ed il loro quadro molto spesso misconosciuto,
- il differenziale piuttosto consistente che, in modo differente per i diversi quadri patologici e per la loro intensità, separa il numero delle persone conosciute e seguite da quelle attese (es: 2% popolazione psichiatrica assistita in E-R),
- il diffondersi delle dipendenze, minacce all'integrità individuale e familiare ed alla coesione sociale, con sostanze legali o illegali e/o senza di esse.
- L'aumento esponenziale di uso di sostanze legali ed illegali
- L'accrescersi dell'aggressività e degli episodi violenti (tra i giovani, abuso e maltrattamento ai minori, violenza intrafamiliare, violenza sessuale ....).
- L'accelerazione della comunicazione e il suo disturbo
- La spasmodica frenesia e l'incontenibile espressione dei desideri
- Le accresciute competitività ed isolamento individuale.

### **Cresce l'aggressività**

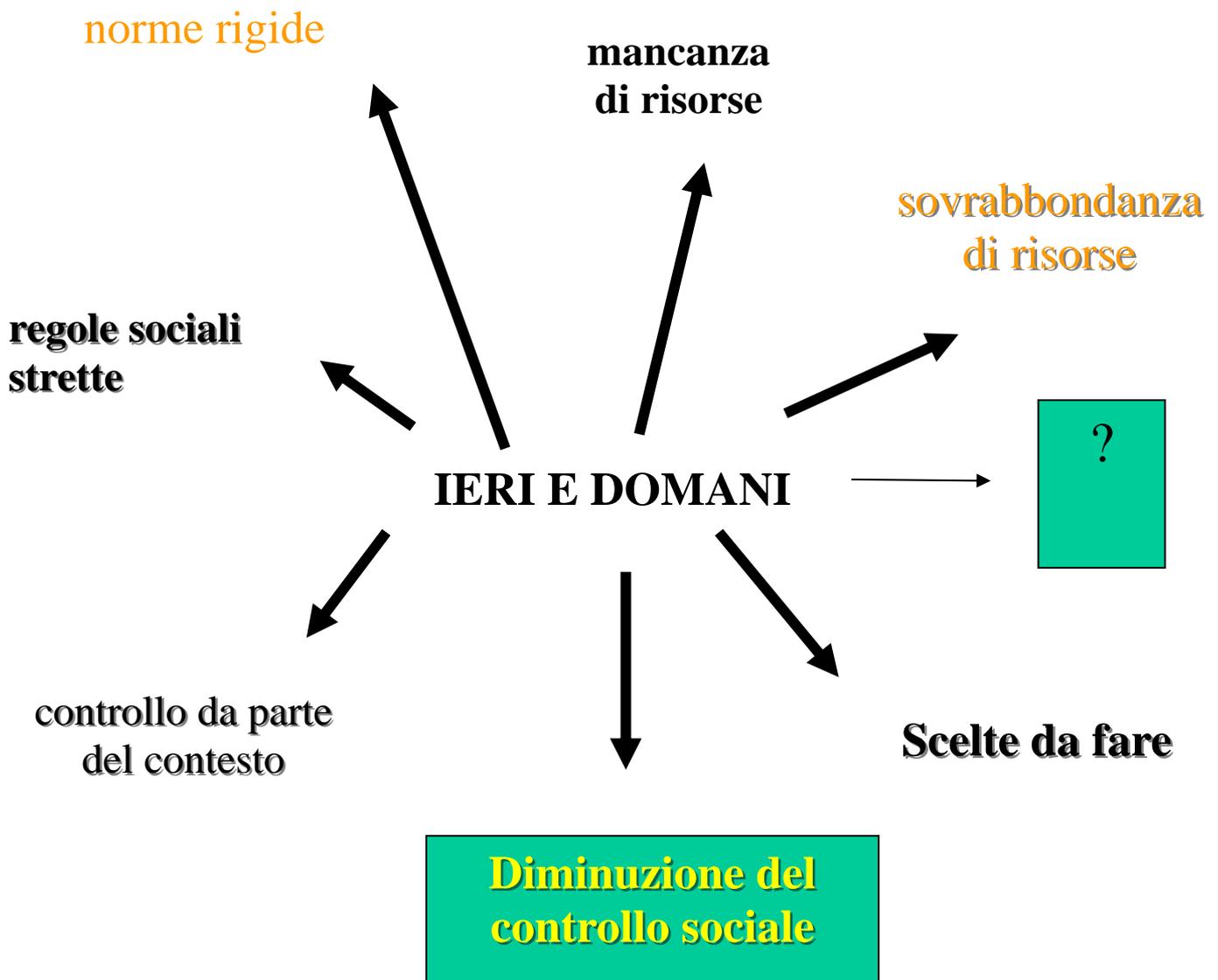
- Immersa nella sofferenza a volte difficile da comunicare (adolescenti...famiglie)
- degli stati di frustrazione e di rabbia
- dei quadri di depressione più o meno strisciante (l'OMS prevede la prevalenza della depressione al 2020)
- nelle invidie rabbiose
- nelle condotte auto-lesionistiche
- delle condotte anti-sociali

Il consumo di sostanze stupefacenti ha assunto nel tempo recente proporzioni vastissime e talmente differenziate (trasversali) rispetto alle tradizionali (vecchie) categorie di lettura della tossicodipendenza da richiedere un grande aggiornamento nei criteri di lettura ed interpretazione.

Più che mai oggi occorre rinnovare sorpassati stereotipi.

Tra Scilla e Cariddi:

Evitare le inutili drammatizzazioni e le, speculari, banalizzazioni.



Probabilmente c'è meno sostegno sociale che nelle società tradizionali, c'è più solitudine e più persone vivono isolate (v. Putnam, Welfare emiliano).

La scena del consumo di sostanze è cambiata e con essa sono cambiati i significati e la percezione del termine “comportamento a rischio” Lo dicono diverse fonti: non tanto i Sert o le Comunità, ma i dati dei sequestri, la ricerca epidemiologica (purtroppo straniera), i servizi a Bassa Soglia, i NOT delle Prefetture, i Pronto soccorso ospedalieri, gli SPDC (andamento dei ricoveri), il Carcere (percentuale dei consumatori di psicostimolanti), i servizi dei Comuni, i Servizi di prossimità.

Sono i consumi di psicostimolanti e di cocaina ad essere in forte aumento.

Il loro consumo spesso avviene in forma di cocktail e di policonsumo.

La scena del consumo è diversa da quella della tossicodipendenza (pochi usano droghe per sofferenza, un po' di più lo fa per disagio, ma la stragrande maggioranza lo fa o per essere più prestante o per divertirsi e godere):

Il consumo di sostanze non è percepito come antisociale, ma addirittura come socializzante e anche come marker di successo.

E' possibile intuire che ci si sta incamminando verso la chimica delle emozioni modulata sulla variabilità e vulnerabilità dei desideri dei sogni e delle paure individuali e collettive. Droghe come sostitutivi dei legami sociali

**TUTTO CIO' GENERA UNA GRAVE MINACCIA ALLA TRADIZIONALE COESIONE SOCIALE.**

### **Previsione**

Secondo le statistiche statunitensi, vediamo che gli americani imbottiti di anfetamine, pillole anoressizzanti e sostanze eccitanti senza alcuna indicazione medica sono in continuo aumento

Gia' a 12 anni. Spesso si tratta di una vera e propria dipendenza. Tra le sostanze più abusate ci sono metanfetamina, pillole dimagranti, metilfenidato (il principio attivo del Ritalin\*, usato contro i disturbi dell'attenzione) e dexedrina, una sostanza ad azione anfetamino-simile.

Queste persone vivono nell'anonimato (sommerso) ma vengono intercettate più frequentemente nei momenti di crisi, di emergenza sanitaria, di eventi traumatici o a causa dei rischi collegati al consumo ma non sempre vengono identificate per le cause che le hanno portate in situazione di emergenza né per i loro bisogni (problema: la sotto diagnosi). Enormi costi sociali e sanitari.

Se utilizziamo questi dati in una proiezione di previsioni verso il nostro sistema a breve e a lungo termine possiamo attenderci che:

I servizi sia quelli ambulatoriali come quelli comunitari troppo centrati sul controllo del comportamento deviante e non abbastanza sul modo di aiutare la persona a trovare maggiore piacere nelle normali situazioni della vita si troveranno spiazzati.

Inoltre, è possibile intuire che "dall'altra parte della barricata" c'è chi costruisce brand identitari da "vendere" per ragioni economiche e di potere politico e militare. Droghe come prodotti del mercato globale

Dal punto di vista del marketing l'eroina finì con l'esplosione dell'Aids: sostanza per marginali e a rischio. Differenziarono i consumi: consumo ricreazionale (non più di lotta o alternativi) assieme alla musica techno. Il successo delle "nuove droghe": sono empatogene, stimolano e senza siringhe!

Oggi il panorama delle dipendenze assume un quadro complesso dove si passa dalle condotte di addiction **CON sostanze**

**1.alcol**

**2.droghe**

**4.cibo**

**3.tabacco**

A CONDOTTE DI ADDICTION  
**SENZA sostanze (M. Valleur)**

**1.Gioco patologico**

**2.Bulimia e BED**

**3.Dipendenza da internet**

**4.Dipendenza dal sesso**

**5.Dipendenza dal crimine (?), dallo sport (?)**

**6.e..tante altre verranno.**

La psicopatologia nasce dai linguaggi dai contesti e dalle mode non dalla genetica che è solo un'opportunità.

Anche in questa varietà di condotte esistono meccanismi comuni alle addiction.  
(Goodman)

- incapacità ad astenersi
- craving
- sentimento intimo di perdita di libertà
- paura della sofferenza psichica in caso di stop dell'uso di sostanze

Se questo è il contesto odierno, da un altro punto di vista i nostri servizi dovrebbero strumentarsi per:



Freud aveva ragione: le esperienze precoci influenzano profondamente la modulazione del funzionamento cerebrale (ma non per via della memoria, errore freudiano; ma per il modo in cui operano, si attivano, i geni).

Le istruzioni contenute nei geni non si attivano se non stimolate nel modo adeguato. Le cellule contengono un sistema per leggere i geni, regolare la loro lettura e convertire quei risultati in proteine che veicolano varie funzioni nel corpo.

Learning without learning

Effetti delle cure materne sul processo epigenetico: l'imprinting è un meccanismo generale per cui le esperienze sono tradotte in comportamenti, Szyf, McGill, 2006;

le cure materne possono correggere le potenziali informazioni genetiche o .....attivarle

Alcune indicazioni per rispondere alle nuove esigenze

Fattori di Rischio e Fattori di Protezione

Individuare i fattori di rischio

attivare metodi per arginare l'azione dei fattori di rischio

Individuare i fattori di protezione

attivare metodi e pratiche per accrescere i fattori di protezione

Costruire resilienza:

“abilità di una persona di riemergere dalle avversità e di perseverare nel tempo pur tra le difficoltà.”

In questo caso occorre trovare strategie trattamentali utili a rinforzare:

**autostima,  
assertività,  
autoefficacia,  
capacità critica,  
resistenza alle pressioni ambientali,  
positiva percezione del proprio corpo.**

Chi ha Resilienza:

- **ha fiducia nelle capacità del gruppo di appartenenza di proteggere dalle difficoltà;**
- **ha buon senso di sé;**
- **ha fede e speranza;**
- **ha profondo insight;**
- **sa guardare oltre sé stesso.**

Tratti di personalità che agevolano la Resilienza;  
i Big Five del NIMH 1999

- Estroversione: socievole, coraggioso, entusiasta
- Disponibile: amichevole, empatico, collaborativo
- Coscientosità: organizzato, affidabile, puntuale
- Stabilità emozionale: calmo, imperturbabile, privo di invidia
- Intelletto: intelligente, immaginativo, maturo

Tuttavia “per comprendere e incoraggiare la resilienza dobbiamo osservare il gioco inter-dipendente fra individuo e quanto avviene all’interno delle famiglie e nel clima politico, economico, sociale e razziale in cui gli individui periscono o prosperano”, Rutter 1987

## **CHE COS'E' LA SALUTE MENTALE ?**

- È un concetto complesso.
- Da un punto di vista clinico è inteso come l'assenza di disturbi mentali.
- Ma la salute mentale è quello stato della mente che ci permette di stare bene con noi stessi e con gli altri

## **Lo sviluppo delle competenze, tra piacere e desiderio**

Il mondo in cui viviamo è in continuo cambiamento, sia a livello naturale che sociale e a livello interno.

L'organismo coordinato dal S.N. è alla ricerca continua del migliore equilibrio possibile o del modo più adeguato di configurarsi in funzione dei suoi bisogni e delle condizioni esterne. È tale ricerca che ci spinge verso l'esterno.

Il piacere è la sensazione legata ad un miglioramento delle condizioni fisiologiche o ad un risultato superiore alle attese, contrassegnata con un'attivazione dopaminergica nel Nucleo Accumbens.

L'obiettivo "salute mentale" appartiene ad una rete di agenti sociali

E' inefficace affrontare i problemi soltanto con gli interventi sanitari

Occorre promuovere Sistemi curanti (servizi sociali e sanitari, famiglie, auto-aiuto, volontariato, agenzie formative, altre istituzioni) e favorire gli interventi precoci.

Nell'epoca moderna vi è un proliferare dei Disturbi del comportamento (e delle condotte a rischio). Essi sono la grande sfida alla medicina (delega dal "politico" sociale), alla psichiatria (ma ha un peccato originario), alle psicoterapie (l'agire vs il pensare).

### **Malessere sociale e psicopatologia.**

Mancanza di casa, lavoro, amicizie, relazioni, fiducia, opportunità..... Lì nasce la sofferenza. Più si è insicuri più si ha bisogno dell'esterno: si dipende dal contesto; se ne diventa più vulnerabili. Mettere sotto controllo l'oggetto da cui si dipende; si perde il piacere dello scambio (prevede la parità e l'in-ter-dipendenza; si impone la dittatorialità: modo privilegiato per controllare il proprio territorio).

L'evoluzione sociale aumenta le esigenze di riuscita. Le conquiste (scientifiche, economiche, immaginarie...) fanno sentire che tutto è possibile.

La scelta è (vissuta come) ingiusta tiranna. Si vogliono ottenere entrambi i desideri dell'-ambivalenza.

In più c'è il crollo dell'interdetto.

Impossibilità della perversione.

Sollecitazione accresciuta del narcisismo: "fai ciò che vuoi, ma sii il migliore!".

Adultomorfismo: si "ruba l'infanzia" = partecipano a tutte le questioni degli adulti.

Depressività degli adulti: abbandonarsi alla nostalgia perenne = disturbo della modernità.

Non c'è più il conflitto fra desiderio ed interdetto (e relativo senso di colpa), ma dipendenza dall'oggetto (dal contesto) che minaccia il Sé: il narcisismo.

Non si sa più cosa attendersi dall'altro. Patologia del limite, mancanza.

Paradossalmente è la sofferenza che delimita, che pone i limiti.

Il sintomo non accade per caso: ha una storia ed una sua economia; è un atto "creativo" auto-lesivo (una finta soluzione, ma comunque una soluzione che aiuta a vivere).

Le patologie sono sfuggenti vivono nei contesti che mutano in fretta sono precarie...e le classificazioni le inseguono (continuo aumento dei quadri: es. la BN, il GB)

La libertà si espande in uno spazio virtuale. Si appartiene a due mondi?

Cambia la qualità delle relazioni umane: si e' amici in chat?

Ci si dissocia o ci si arricchisce?

La vera prevenzione diventa quella di aiutare ogni essere umano a formarsi una base sicura (Bowlby) e dei limiti stabili in modo da svuotare in anticipo gli attacchi che possono derivargli dall'esterno e le reazioni che possono scatenarsi dall'interno sia che si rivoltino sull'esterno che su lui medesimo.

Importanza del riacquistare stabilità e controllo: l'utilità del pensiero critico.

Il meccanismo finale di azione di tutte le sostanze psicoattive è identico aumenta la dopamina nel sistema dopaminergico mesolimbico. Alcune sostanze agiscono direttamente sul rilascio di dopamina (cocaina) altre indirettamente (eroina, cannabis). Anche cibo e sesso attivano il rilascio di dopamina, ma le droghe di più (e non interrompono il rilascio dopo un po' di pratica! "one trial habituation").

La politica del piacere. Il contrario del piacere non è il dolore, ma la noia

Nature vs. Nurture ?

si scoprono sempre più geni che influenzano il comportamento, ma essi operano attraverso l'ambiente. Es. l'apprendimento del linguaggio avviene grazie ai geni, ma che si manifestano (e si attivano) grazie all'ambiente.

I geni quindi non contengono un progetto, ma le indicazioni di ricetta; Matt Ridley, Il gene agile, 2005

Alcune caratteristiche che distinguono i soggetti che utilizzano sostanze sono collocate in una cornice generale di **disregolazione affettiva e soprattutto di impulsività patologica**, tratto comune sia al disturbo borderline che all'antisociale, che può essere intesa come una sorta di matrice condivisa tra le due aree psicopatologiche delle quali è noto l'*overlapping*. come *novelty seeking* sembra in parte sovrapporsi all'uso patologico di sostanze, risultando un fattore predittivo per le condotte d'abuso e in grado di discriminare gli abusatori con esordio precoce e con tratti antisociali.

Analogo alla *novelty seeking*, è il tratto temperamentale a sostegno della ricerca di sensazioni forti ed insolite e di comportamenti trasgressivi accompagnata all'esposizione a rischi per soddisfare tale desiderio e dell'intolleranza alla noia che Zuckerman ha definito come *sensation seeking* e identificato come *marker* personologico di rischio per le condotte sociopatiche e per l'abuso di sostanze (Zuckerman & Neeb, 1979, 1988).

### **gli obiettivi e le azioni da perseguire**

- campagne di comunicazione e informazione capillari, ma differenziate e mirate
- creare relazioni stabili con insegnanti e studenti
- sviluppare in tutti i Distretti le funzioni di prossimità
- i servizi devono essere in grado di intervenire con le persone giuste, nel momento giusto e nel posto giusto.
- ripensare le offerte di valutazione diagnostica e di trattamento in modo che risultino flessibili, destigmatizzate, accoglienti e prossime alla domanda per tutte le tipologie di consumo,
- massiccio investimento nella riorganizzazione del sistema dei servizi
- il sistema della cura deve avere un atteggiamento attivo
- la formazione è uno degli strumenti primari per favorire ed accompagnare la strutturazione della rete dei servizi.
- La programmazione dei servizi va collocato nell'ambito della pianificazione socio-sanitari: nei Piani sociali di Zona e nei PAT.
- fare il sistema a rete, che responsabilizzi la Ausl attraverso i Sert e gli altri servizi sanitari e i Comuni, e valorizzi adeguatamente il Privato sociale nella sua funzione pubblica.

## **Uso di Cocaina**

### **Principali emergenze mediche**

- Eventi traumatici
- Paziente agitato
- Emergenze cardiovascolari
- Emergenze cerebrovascolari
- Emergenze-urgenze neurologiche
- Emergenze psichiatriche
- Abuso ai minori

Infatti ci sono seri rischi nell'uso di cocaina

- Dipendenza
- Ipertensione arteriosa e problemi cardiaci
- Ipertermia maligna (“colpo di calore”)
- Paranoia, insonnia, allucinazioni
- Crisi depressive nel “down”
- Problemi legati alla sostanza da taglio (lidocaina, atropina)
- Mix cocaina e alcol particolarmente tossico per il cuore e induttore di dipendenza
- Tutti questi problemi sono aggravati dall'assunzione di cocaina free-base fumata, o di cocaina i.v.

### **I problemi legati alle combinazioni di alcol, droghe e farmaci dominate dalle cocaina/e:**

Peggiora il quadro sanitario non solamente se l'assunzione avviene per via iniettiva (ad es. aumento dei fuori vena - delle flebiti – siero conversioni più frequenti – aumento delle MTS)

Si acquiscono o vengono evidenziati disturbi mentali latenti

Maggiore inclinazione a delinquere\*\*

Alta difficoltà di aggancio per i servizi

Bassa adesione ai trattamenti

Indisponibilità di farmaci anti-overdose

Relazioni conflittuali operatori/utenti, con frequenti acting-out

(\*\*Quando si considerino i dati dei Sert in carcere, si evidenziano percentuali di cocainomani tra il 30 e il 40% delle persone prese in carico per problemi di dipendenza.)

## La situazione italiana all'interno del sistema dei Servizi

Non solo la farmacoterapia utilizzata per la disintossicazione degli eroinomani è inefficace con i cocainomani, ma si tratta di soggetti che non si riconoscono nella figura del tossicodipendente e la loro presa in carico, di conseguenza, risulta più impegnativa, labile e difficoltosa. E' necessario pensare per questi soggetti nuovi percorsi, che non li obblighino alla convivenza con le altre e vecchie tipologie di tossicodipendenti in quanto si tratta di soggetti con profili diversi dai precedenti: non provengono dai luoghi più disagiati e marginali della società, come eravamo soliti osservare, ma sono ben inseriti in società e non hanno particolari difficoltà economiche

In assenza dell'offerta di strumenti di induzione equivalenti al metadone, gli obiettivi che si deve porre la committenza sono fondamentalmente due:

- promuovere servizi attraenti (non stigmatizzanti e specificamente adattati) relativi ai consumatori di crack/cocaina in modo da saperli trattenere abbastanza a lungo per avviare un cambiamento che persista nel tempo;
- sviluppare un creativo ed ingegnoso sistema di punti di accesso a questi servizi che agiscano in modo proattivo per ingaggiare i potenziali clienti.

### Risultati della ricerca scientifica

in alcuni territori, la diffusione del consumo di cocaina è avvenuto agli inizi fra i consumatori di eroina. Tuttavia, mentre l'uso congiunto rimane piuttosto diffuso, sta accadendo l'aumento progressivo dei problemi connessi con l'uso di cocaina/e senza né un progresso né un corrente uso di oppiacei;

Il sistema penale fa spesso emergere chi consuma in modo davvero grave cocaina o crack/eroina;

Il livello e la natura delle problematiche legate all'uso di cocaina differisce anche in modo molto consistente da un'area territoriale all'altra;

I consumatori di cocaina asseriscono che si sentono molto più agevolati a rivolgere domanda di aiuto a servizi informali seppur dotati di personale adeguatamente formato e, perché no?, composto anche con ex-consumatori. I drop-in services, le reti di pari e le help-line telefoniche attive 24 ore su 24 sono servizi che hanno avuto contatti efficaci con i consumatori di crack;

## Risultati della ricerca

- I consumatori di cocaina sono una popolazione trattabile con efficacia. Anziché supporre che nulla di quanto finora offerto vada bene, va riconosciuto che molti approcci diventati ormai tecnologia comune in essere nei servizi delle dipendenze inglesi possono operare ragionevolmente (tutto lascia supporre che in Italia si potrebbero fare le medesime considerazioni- LA RICERCA REGIONALE). Nonostante quindi una certa efficacia degli approcci tradizionali, si necessita comunque di trattamenti più specifici per i consumatori di crack;
- Gli interventi psicologici e sociali drug-free come per esempio il counselling, offerto in condizioni non residenziali, sono i trattamenti a miglior rapporto costo/efficacia per i soggetti che presentano problemi con minori complicazioni;
- Mentre per i soggetti con un maggior livello di severità di abuso o di dipendenza dalla sostanza, le terapie cognitivo- comportamentali hanno dato risultati soddisfacenti basati su piuttosto larghe evidenze. La terapia di gruppo è risultata ottenere la medesima efficacia della psicoterapia individuale;
- I clienti multiproblematici (e di stato severo) rispondono meglio in servizi che dispongono sia di gruppi di auto-aiuto che di interventi che si articolano lungo il corso dell'intera giornata alternando sessioni terapeutiche e di attività pratiche. Per i pazienti senza legami sociali o con gravi disturbi psichici sono più adeguate le cure residenziali.
- Non esiste ancora una valida farmacoterapia per trattare la dipendenza da cocaina. Il Disulfiram (Antabuse), che è solitamente utilizzato per trattare l'alcolismo, si dimostra promettente specie allorché la dipendenza da alcol è connaturata al simultaneo abuso di cocaina, ed è particolarmente opportuno per completare i programmi a metadone.
- Una volta intrapreso il trattamento, i pazienti tendono a rispondere meglio e starvi più a lungo se sentono di essersi affidati a professionisti che agiscono con empatia e sono desiderosi di capirli per cogliere e indirizzare nel modo più adatto le loro preoccupazioni.
- Più precoce sarà l'astinenza in trattamento e più a lungo si manterrà (più basse le possibilità di ricaduta).

E' assolutamente necessario Rilevare e valutare i problemi locali

Tendenze di consumo in UK, NTA, NHS

- Attualmente il 24% dei soggetti nuovi o riammessi che sono in cura a servizi specialistici o dal medico di medicina generale (si rammenti il rilevante contributo dato dai GPs al trattamento delle dipendenze) sta usando cocaina e per il 7% è la sostanza di abuso primaria. Queste prevalenze sono raddoppiate dal 1993. Si può prevedere che il carico sui servizi di problemi relativi al consumo di cocaina continuerà a crescere in termini assoluti fino a divenire prevalente (stante che l'abuso di eroina non aumenta affatto in modo simile).
- La percentuale di popolazione con consumo primario di cocaina in carico ai servizi varia dal 30% a praticamente nessuno, in parte riflettendo le condizioni locali in merito alla prevalenza dei consumi. Ciò evidenzia che su scala regionale i problemi connessi al consumo di cocaina è il più grande o al più il secondo laddove primeggiano i problemi eroina-correlati.

#### Problematiche riguardanti il policonsumo

- Le statistiche attuali rilevano che la maggioranza dei soggetti seguiti precedentemente erano già gravi dipendenti da oppiacei. Anche per soggetti che abusano di crack in modo primario, si evidenzia spesso che il loro abuso serve per maneggiare gli effetti spiacevoli del metadone o dell'eroina

#### Problematiche riguardanti il policonsumo

- Sebbene i servizi focalizzati sugli oppiacei stiano assistendo ad un aumento del numero di consumatori di cocaina/eroina, il legame tra queste due droghe si sta assottigliando in quanto molti consumatori arrivano alla cocaina senza passare prima dalla eroina. Nonostante la quantità di problemi i consumatori di cocaina che non presentano problematiche relative all'uso di eroina, difficilmente chiedono aiuto ai servizi e raramente, se lo hanno, lo ricevono. Questi limiti si amplificano se pensiamo che la valutazione dei bisogni continua ad essere fatta solo riferendosi ai soggetti in carico.

#### Il sistema penale

- il sistema penale è un'importante fonte di informazioni sui bisogni locali. Una percentuale molto più alta di consumatori problematici di cocaina di quella conosciuta dai servizi per il trattamento delle tossicodipendenze è incontrata dagli operatori in ambito penale e giudiziario.

## La cocaina e l'alcol

- Le patologie correlate al bere ed alla cocaina sono molto diffuse poiché il bere problematico è particolarmente collegato negli Stati Uniti, e in modo più labile in Gran Bretagna al significativo consumo di cocaina. Per molti consumatori, l'alcol è il modo necessario per maneggiare gli acuti sbalzi d'umore determinati dal consumo di cocaina; gli stessi sbalzi d'umore che danneggiano gravemente la rete familiare e sociale e che sono correlati a comportamenti delinquenti. Per questi soggetti sono comuni e perfino maggiori di quanto non accada nei consumatori di altre droghe sia la mancanza di rete sociale sia gravi problemi fisici e, specialmente, psicologici.

### I gruppi appartenenti alle minoranze etniche

- Per avere un quadro completo delle esigenze della popolazione locale, sarà opportuno riferirsi anche a quella fetta di popolazione più emarginata appartenente a minoranze etniche. E' probabile che anche servizi aventi l'obiettivo di ingaggiare questo tipo di popolazione non riescano effettivamente a raggiungerla e che buona parte degli aventi bisogno sia invisibile poiché impercettibile tramite le vie convenzionali di accesso. In assenza di accessi facilitati i servizi farebbero ugualmente un grande passo avanti trovando percorsi non convenzionali con cui contattare questi soggetti e garantirne le possibilità di accesso.

### Uno spettro dei servizi

- Studi provenienti da ricerche inglesi e statunitensi dimostrano che anche i trattamenti tipici offerti dai tradizionali servizi per le dipendenze ottengono una sostanziale riduzione di atti illegali e di condotte di dipendenza tra i consumatori di crack; riduzioni che permangono almeno fino a cinque anni dopo la conclusione del trattamento (investire in servizi produce miglioramento della qualità della vita sociale e risparmi in repressione).
- Offrire servizi efficaci e a valido rapporto costi/benefici con diversi tipi di pazienti appropriatamente identificati attraverso un assessment sistematico richiede la disponibilità di un range di servizi che comprende il counselling non-residenziale, terapia strutturata non-residenziale, cure intensive diurne e residenza lungo-assistenziali. Alcuni clienti richiedono un trattamento in condizioni di ricovero per il periodo della detossificazione, specie se vivono idee suicidarie o se sono gravemente depressi. Una vasta serie di dimostrazioni permette di affermare che servizi più intensivi e quindi più costosi vanno riservati a coloro con cui si è già visto che non beneficiano di trattamenti meno intensi.

- **Counselling:** Lavori americani evidenziano che il counselling strutturato drug-free non-residenziale se ben organizzato è la scelta a miglior rapporto costi/benefici per i clienti che non abusano intensamente di cocaina e che non hanno ulteriori e gravi problematiche, come per esempio comportamenti criminali, dipendenze multiple e basso supporto sociale.
- Le **terapie psicosociali strutturate** ma non residenziali saranno invece maggiormente utili per i soggetti più gravi e con un più elevato grado di dipendenza. **La terapia cognitivo-comportamentale** comprese le strategie di prevenzione della ricaduta ha le prove di efficacia più convincenti. In confronto è stato rilevato che le terapie psicodinamiche che analizzano le emozioni ed i pensieri del paziente non apportano niente al counselling e sono meno efficaci della terapia cognitivo-comportamentale.
- Alcuni studi americani hanno dimostrato che la **terapia di gruppo** che comprende elementi cognitivo-comportamentali ottiene gli stessi benefici della terapia individuale ed a un costo più basso. Tuttavia la terapia individuale è necessaria allorché il paziente è incapace di accettare la terapia in gruppo oppure allorché particolari questioni di timing organizzativo o l'organizzazione dei trasporti necessari per raggiungere la sede rendono la terapia di gruppo impraticabile.
- **Servizi Intensivi di Riabilitazione:** i pazienti cocaina dipendenti con numerosi e aggraviati fattori problematici come le condotte criminali, la dipendenza da sostanze multiple e con un supporto sociale basso, rispondono meglio alle cure intensive diurne effettuate in piccole comunità di pazienti, come per esempio nei centri diurni, dove vengono svolte un'ampia gamma di attività pratiche e terapeutiche.
- Questi servizi hanno essenzialmente le stesse caratteristiche e opzioni terapeutiche delle comunità terapeutiche residenziali, per cui alle volte vengono utilizzate per sostituire queste ultime, nel caso in cui il soggetto presenti difficoltà familiari o lavorative che gli precludono per un lungo periodo di uscire dall'assistenza residenziale
- **Cure residenziali:** davvero molti pazienti necessitano di cure residenziali. Fra costoro vi sono coloro che hanno problemi di housing o coloro particolarmente vulnerabili e/o che hanno personalità gravemente antisociali o criminali che sarebbe poco sicuro assistere in forma diurna.
- Molti altri presentano severe problematiche di ordine psichico ed emozionale o bassissimi livelli di supporto sociale ed a cui la residenzialità permette di ottenere outcome più significativi.

- Per chi fa uso di cocaina è importante disporre di strutture, che permettono al soggetto di allontanarsi per un periodo dall'ambiente quotidiano (in cui si sentono più vulnerabili e dove la sostanza è di facile reperibilità per cui la tentazione di riprendere l'abuso è più probabile). I miglioramenti sono più marcati allorché il paziente vi resti almeno tre mesi. L'aiuto al reinserimento sociale in combinazione all'attività di riabilitazione o le cure in centro-diurno possono rappresentare un'opzione alternativa di cura

### **Supporto e continuità assistenziale**

- Qualsiasi sia il trattamento iniziale, la continuità assistenziale è importante soprattutto per evitare le ricadute e la sua efficacia aumenta se viene utilizzata per rinforzare i trattamenti precoci. C'è un bisogno sempre maggiore di servizi che accolgano i consumatori di cocaina nei periodi di detossificazione, specialmente se stanno sperimentando una depressione severa o hanno pensieri suicidiari.
- Non ci sono sufficienti dati di evidenza a favore della prescrizione routinaria di farmaci, salvo in pochi studi per il disulfiram (antabuse) che ha ridotto l'uso problematico di cocaina particolarmente in quei pazienti il cui bere in modo grave è parte integrante della loro dipendenza dalla cocaina.

### **Staff e servizi competenti**

#### **Ingaggiare e trattenere i pazienti**

- Le ricerche hanno evidenziato che i consumatori di cocaina sono ambivalenti relativamente al consumo problematico e che la maggior parte vuole solo interrompere l'abuso (fare uno stop). Avvertono di avere perso il controllo e sono preoccupati delle conseguenze alla loro salute, alle loro finanze, alle loro relazioni; sono convinti di non potere proseguire l'intensità dei crimini che sarebbero richiesti per finanziare il loro abuso. Nonostante ciò pochissimi avvicinano un servizio tossicodipendenze per chiedere aiuto. Il messaggio contenuto in questo loro modo di fare è che, per colmare il fossato che li trattiene dal chiedere aiuto, vogliono servizi che dal loro punto di vista sono "per loro".
- I consumatori di cocaina asseriscono di preferire un servizio di aiuto informale ritagliato sui loro bisogni che preveda al suo interno operatori adeguatamente preparati sulla cocaina ed i bisogni dei consumatori tra cui, idealmente, ex-consumatori. I professionisti operanti in questo servizio avranno a che fare con diverse popolazioni e generi di persone. Molti tossicodipendenti da crack/cocaina hanno storie di vita difficili, in gran parte segnate da crimini e tanti di loro si caratterizzano per una manifesta sfiducia nell'autorità. Di conseguenza, è di fondamentale importanza che lo stile, la posizione e l'immagine del drop-in service non trasmetta formalità, né pregiudizi etici o legali e assicuri la tutela della privacy.

- L'inserimento dell'agopuntura nei propri programmi terapeutici può risultare utile per attrarre e trattenere i pazienti, nonostante non ci siano evidenze scientifiche che ne dimostrino la reale efficacia.

### **Accesso immediato**

- I consumatori di cocaina spesso cercano aiuto solo nei momenti di maggiore crisi. Per questo sarà utile un punto di accesso facile e immediato che funga da riferimento e da supporto.
- Una **rete di pari** che dispensi consigli e informazioni tramite una **help-line telefonica** attiva 24 ore su 24 possono essere fra le migliori e più efficaci soluzioni al problema. Il contatto iniziale è inevitabilmente seguito da una percentuale di drop-out, in quanto per questi soggetti i servizi rappresentano l'ultima risorsa a cui rivolgersi in caso di seria crisi. Solo con un lavoro graduale (e durevole alcuni anni) i servizi possono dissuadere i clienti da uno stile di vita votato all'uso di sostanze.

### **Procedura di valutazione attenta agli stimolanti per soggetti coinvolti nel sistema penale**

- Tra le cause che rendono i consumatori di cocaina visibili ai servizi e a cercare da questi aiuto, vi sono l'arresto e la detenzione. Per i soggetti pesantemente coinvolti nei crimini sarebbe utile applicare procedure di valutazione attente agli stimolanti durante i processi penali in itinere, per così costringere o incoraggiare l'inizio dei trattamenti di detossificazione.

### **Risposte rapide**

- Dopo l'attuazione del primo contatto, una rapida risposta è la chiave per stimolare i soggetti ad essere ingaggiati. Sebbene i dati provenienti da ricerche sistematiche valutanti gli effetti dell'applicazione delle diverse procedure di presa in carico siano scarsi, uno studio statunitense ha mostrato che i clienti con cui si fissava il colloquio il giorno dopo il primo contatto (ma non lo stesso giorno), si presentavano al suddetto appuntamento con una percentuale quattro volte superiore rispetto ai soggetti che venivano richiamati molti giorni dopo.
- In altri gruppi si è osservato che organizzando i trasporti direttamente e presentando un promemoria telefonico ai pazienti, le probabilità che questi rispettassero sia il primo appuntamento che i seguenti aumentavano sensibilmente.

## Relazioni tra clienti e counsellor

Il tipo di relazione che si instaura tra paziente e counsellor ha una grande influenza sul trattamento. I counsellor e gli operatori che immediatamente stabiliscono con il paziente una relazione empatica, comprensiva, e che rispondono positivamente alle loro preoccupazioni (come quelle economiche, relazionali e riguardanti la salute, allo stesso modo con cui si interessano ai loro problemi riguardanti la loro tossicodipendenza), avranno dei pazienti più tolleranti verso i tempi d'attesa, che staranno più a lungo e risponderanno meglio al trattamento.

## Relazioni tra clienti e counsellor

- Empatia, flessibilità, uno stile non giudicante e una certa abilità nell'accogliere questi soggetti deprivati, problematici, vulnerabili ed emarginati, sono alcune delle caratteristiche che idealmente dovrebbero avere gli operatori.

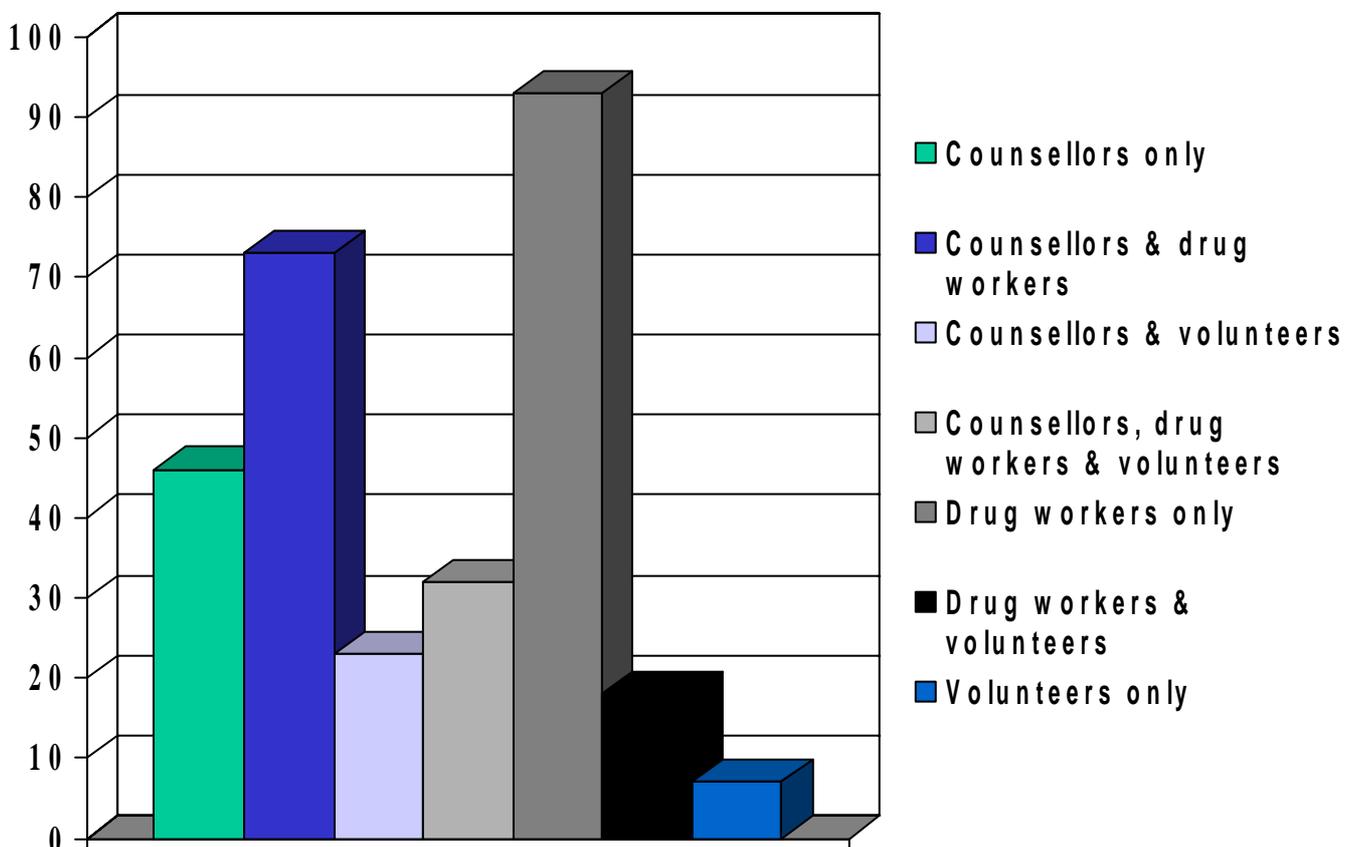
### Counselling in drug treatment. The Counselling Project

3-year National Health Service-funded cohort study examining

**“Effects of pre-treatment and treatment process factors on retention and outcome”.**

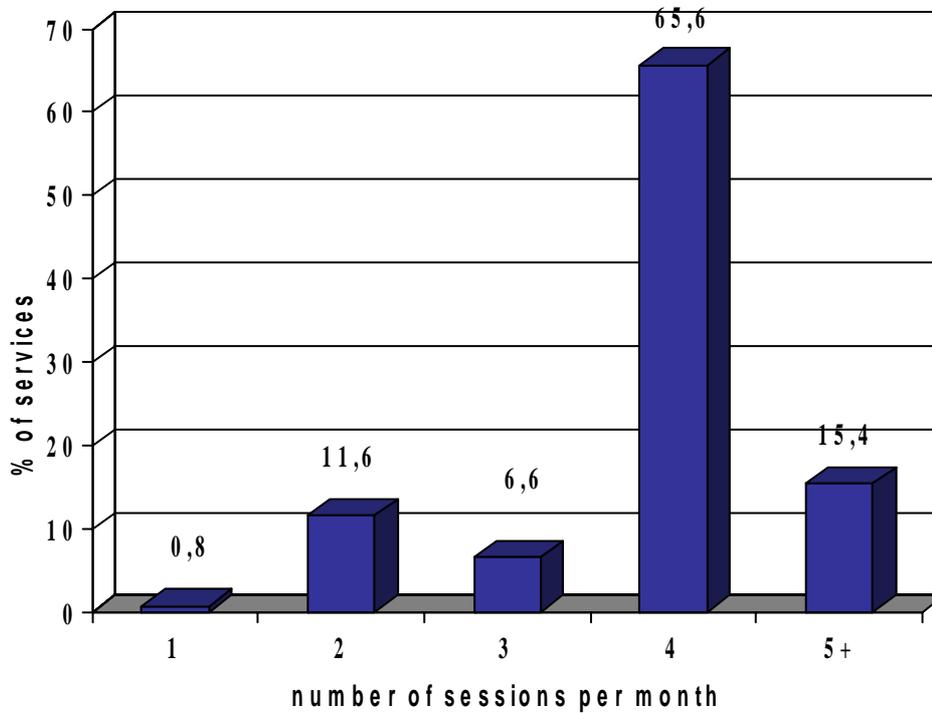
**Dr Petra Meier**, Department of Psychology, Manchester Metropolitan University, UK

#### Who provides counselling?

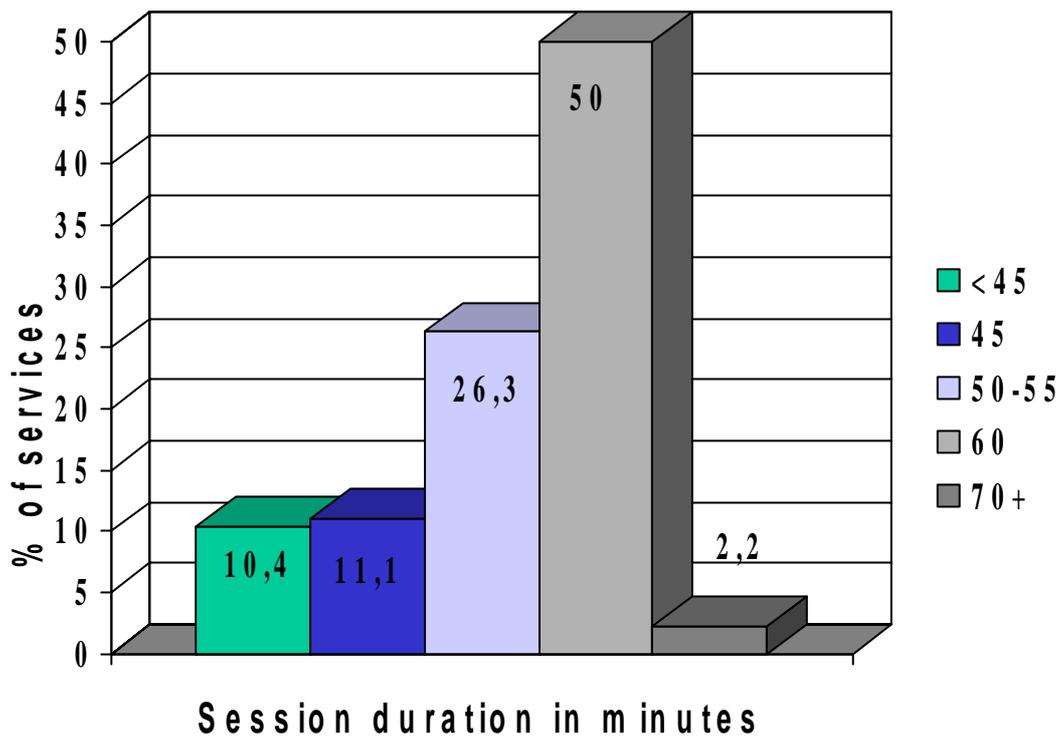


- Drug workers (without counselling accreditation) provide counselling in 74% of services.
- Accredited counsellors provide counselling in 53% of services.
- Volunteers provide counselling in 23% of services.

**How many counselling sessions are offered each month?**



**Length of average counselling session**



## Discussion: Survey

US research has shown that monthly counselling is not effective but clients attending 2-5 sessions each week had good outcomes. In the UK, almost all services offer fortnightly or weekly counselling but we need to investigate whether this is effective.

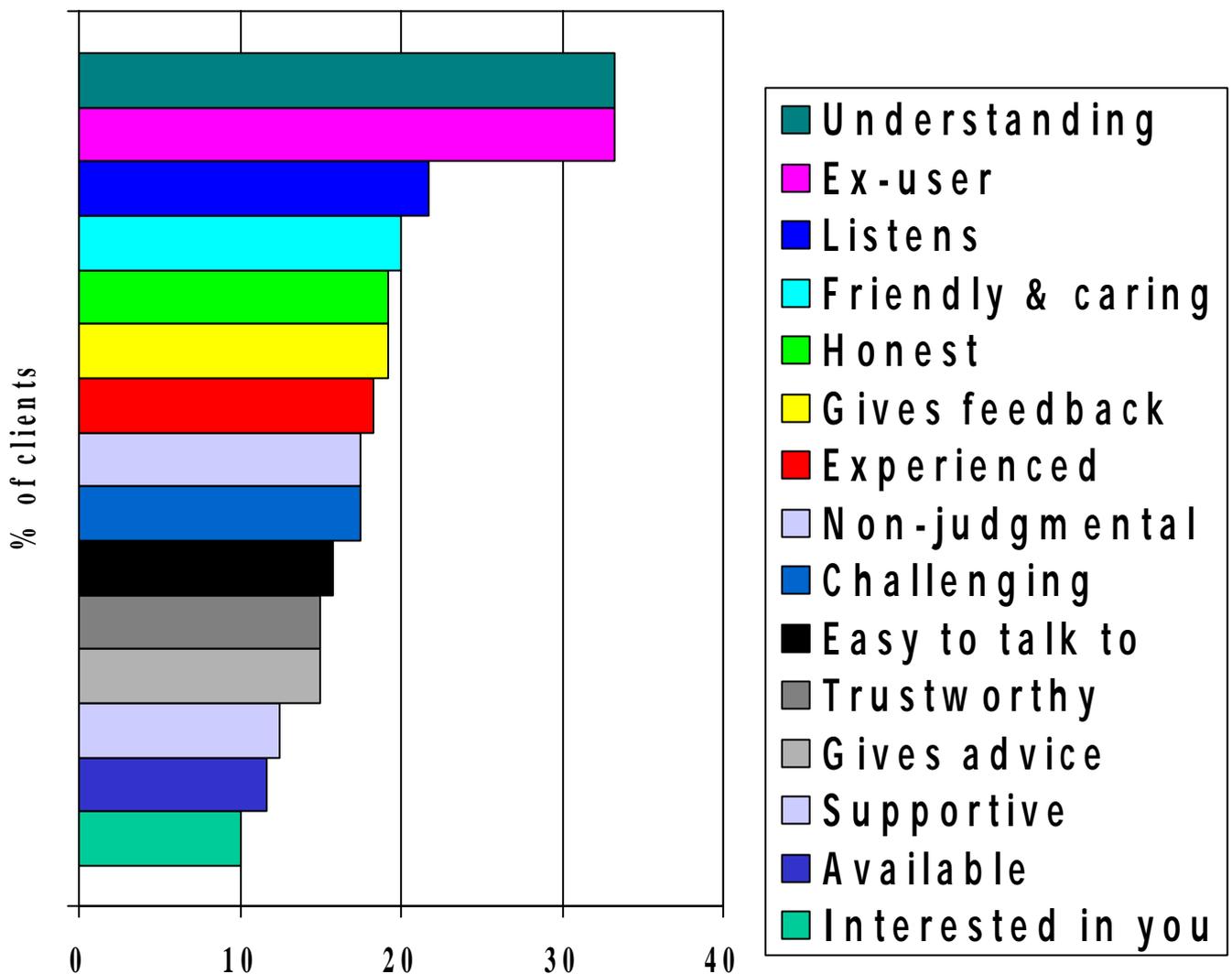
Not many qualified counsellors – a problem or not?

**US studies demonstrating counselling effectiveness ALL used highly qualified, degree-level addiction counsellors with an average of 5-10 years experience, so we just do not know who does the better job.**

What do clients expect of their counsellors and what are their first impressions?

Meier & Donmall, Druglink July/August 2004

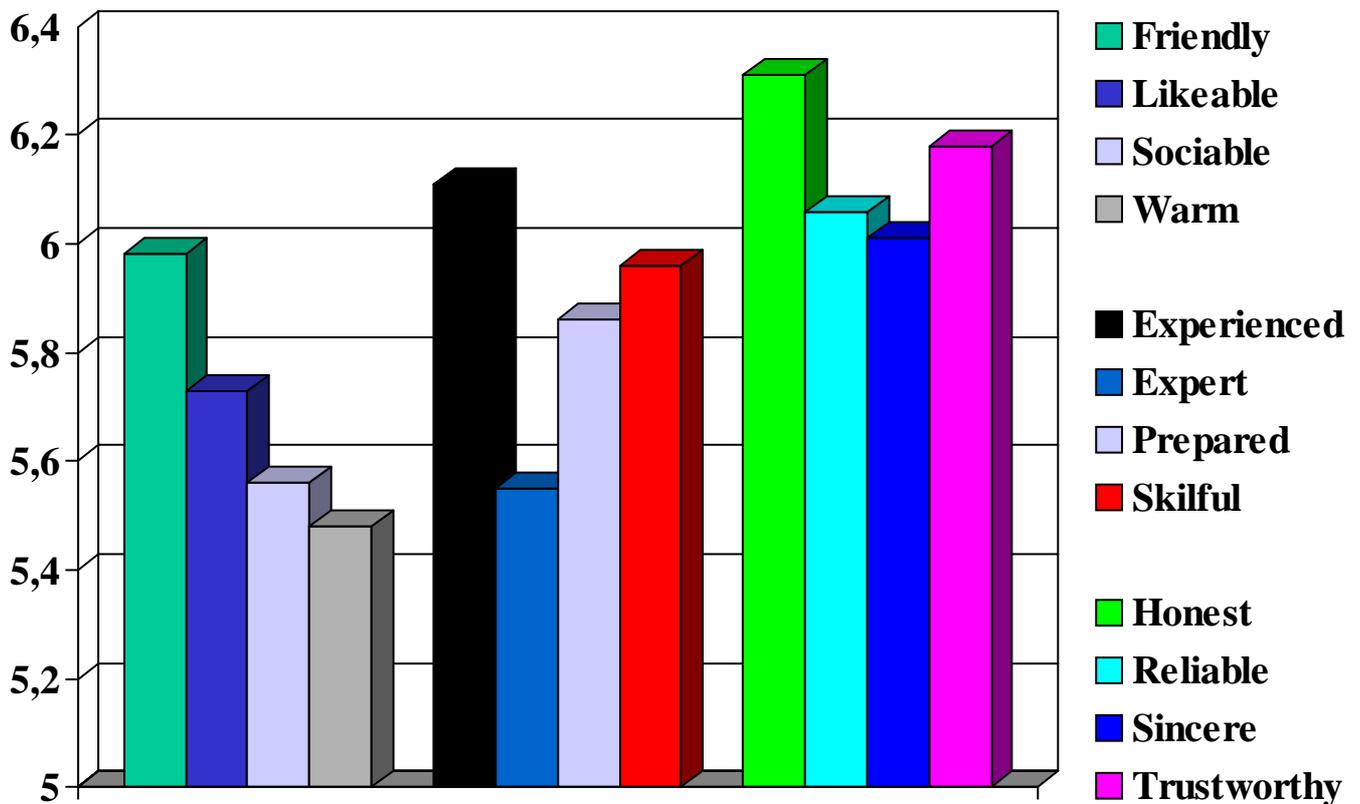
### Qualities of the Ideal Counsellor



## Preferred Qualities

- There were no differences between male and female clients with regard to preferred counsellor qualities.
- Only very few clients mentioned a preference for a counsellor of a particular **gender**, **age** or **ethnic background**.

**Client Perception of Counsellor  
after First Session (1 lowest, 7 highest rating)**



## Conclusions

- **Consistent list** of criteria important in a counsellor.
- Most important: convey a feeling of **understanding** and **genuine interest**. A third of clients felt it would be easier to engage with an **ex-user**.
- **Typical matching factors** (gender, ethnicity) were **not considered important**.
- First impressions are very positive, especially **trustworthiness** and **reliability**.
- **Ex-user** and **male** counsellors appear to be especially good at quickly establishing a good relationship.

## Counsellor determinants of good alliances

- **Gender** (male counsellors report better alliances)
- **Ex-users** (clients got on better with ex-user counsellors)
- **Professional experience** (clients preferred experienced counsellors, but experienced counsellors rated their alliances as poorer)

### Variables unrelated to the alliance

- Formal qualifications
- Job satisfaction

### Scoperte chiave. NHS, 2006

Oggi esistono prove di efficacia di un *range* di interventi psicologici volti a modificare il comportamento della persona che fa uso di droga. Alcuni interventi, come l'intervista motivazionale (*Motivational Interviewing, MI*) e la prevenzione dalla ricaduta (*Relapse Prevention, RP*), sembrano essere efficaci per un ampio *range* di sostanze. Le variabili associate al cliente, al terapeuta e al processo psicologico danno un ulteriore contributo significativo all'esito dei trattamenti psicologici.

I trattamenti psicologici con i clienti che abusano di sostanze hanno due scopi diversi e ben distinti.

- 1) assistere gli individui nel fare cambiamenti nel loro comportamento di consumo di sostanze;
- 2) assistere gli individui con comorbilità tra psicopatologia ed abuso di sostanze.

La ricerca ha dimostrato che le terapie psicologiche possono avere un effetto significativo sull'abuso di sostanze. Il principale criterio di valutazione dell'efficacia è che la terapia psicologica porti ad una significativa diminuzione o astinenza dalla sostanza.

I principali ambiti di funzionamento dove è stato riscontrato un miglioramento significativo sono la salute fisica, la salute psicologica, il rischio di contrarre HIV ed epatite tramite comportamenti a rischio, relazioni interpersonali, impiego e comportamenti devianti (Spertinger, Davis e Wanigaratne, 2003).

I dati disponibili possono essere sintetizzati come segu

1. Esiste una buona prova di efficacia dei trattamenti psicologici per l'abuso di sostanze.
2. Una combinazione di sostitutivi e di trattamento psicologico è di norma più efficace della sola prescrizione medica.
3. Quando non sono disponibili trattamenti con sostitutivi, come per la *cannabis* e la *cocaina*, esistono prove che dimostrano che il solo trattamento psicologico può essere efficace per modificare il comportamento di abuso di sostanze.

Alcuni interventi, come le interviste motivazionali e la prevenzione dalle ricadute, appaiono essere efficaci per un ampio range di sostanze.

## **I dati disponibili possono essere sintetizzati in 9 evidenze**

1. Esiste una buona prova di efficacia dei trattamenti psicologici per l'abuso di sostanze.
2. Una combinazione di sostitutivi e di trattamento psicologico è di norma più efficace della sola prescrizione medica.
3. Quando non sono disponibili trattamenti con sostitutivi, come per la *cannabis* e la *cocaina*, esistono prove che dimostrano che il solo trattamento psicologico può essere efficace per modificare il comportamento di abuso di sostanze.
4. Alcuni interventi, come le interviste motivazionali e la prevenzione dalle ricadute, paiono essere efficaci per un ampio range di sostanze.
5. Ogni tipo di trattamento psicologico porta a risultati migliori rispetto a forme di trattamento non psicologico.
6. Esistono prove che i trattamenti psicologici varino nella loro efficacia tra diversi gruppi di clienti:

**Per i consumatori di oppiacei, qualsiasi trattamento psicologico è meglio dell'assenza di trattamento psicologico**

**Per i consumatori di psicostimolanti ogni trattamento psicologico è migliore dell'assenza di trattamento psicologico (sebbene prove più forti provengano a favore dell'approccio cognitivo – comportamentale (CMB), l'intervista motivazionale (MI), la prevenzione dalle ricadute, l'approccio di rinforzo/controllo comunitario)**

**Per i consumatori di *cannabis*, l'intervista motivazionale (MI), la terapia cognitivo – comportamentale (CBT) e le terapie familiari sembrano essere più efficaci**

**Per i consumatori di alcool, la terapia cognitivo – comportamentale (che comprende un lavoro di miglioramento sugli aspetti motivazionali), il programma basato sui 12 passi e la terapia familiare sono gli approcci che sembrano essere più efficaci**

7. La terapia familiare è efficace per il bere, ma il suo impatto è influenzato da tre ulteriori fattori: il “genere” del bevitore, la compliance ed il supporto durante la fase di astinenza da parte della famiglia.
8. La terapia familiare è più efficace rispetto ad altri trattamenti nel determinare l'impegno ed il mantenimento degli adolescenti,.
9. Per i consumatori di *cocktail* di droghe l'intervento familiare e il rinforzo comunitario si sono rivelati più efficaci

## Elenco dei più efficaci approcci

- *Terapia cognitivo – comportamentale*
- *Abilità di coping,*
- *Il colloquio motivazionale.*
- *La prevenzione delle ricadute,*
- *Il rinforzo comunitario,*
- *Il controllo premio – punizione,*
- *Counselling*
- *Terapia supportivo – espressiva,*
- *La terapia familiare,*
- *La terapia basata sul comportamento sociale di rete,*
- *Gli approcci dei 12 passi*

### Fattori non – specifici

Il cliente, il terapeuta e le variabili di processo possono contribuire alla riuscita de trattamenti psicologici – chi si occupa del trattamento, chi invia al trattamento psicologico e come avviene l’invio possono essere fattori importanti quanto il modello ed il contenuto della terapia.

Dalla letteratura emergono ulteriori principi fondamentali per un trattamento efficace (Raistrick e Tober, 2004):

- Rapidità ad iniziare il trattamento.
- Un trattamento più corto o più lungo portano all’astinenza allo stesso modo;
- Il risultato positivo nel tempo è direttamente proporzionale alla durata del trattamento;
- Le persone che hanno bisogni complessi traggono beneficio da trattamenti di maggiore intensità e di spettro più ampio

Disturbi da uso di Cocaina:  
principi del trattamento e alternative  
- American Psychiatric Association - Practice guidelines –  
Second edition, august 2006

1. L'intossicazione da cocaina è tipicamente auto limitata e di norma richiede solo cure supportive.

Tuttavia l'ipertensione, la tachicardia, l'esagerazione e i deliri persecutori possono accadere durante l'intossicazione e richiedere interventi specifici.

Pazienti agitati acuti possono beneficiare di sedazione anche con benzodiazepine.

2. Il trattamento con farmaci non è di norma indicato come trattamento iniziale con cocaina dipendenti. Inoltre non esistono farmaci la cui indicazione sia il trattamento della dipendenza da cocaina. Tuttavia per i pazienti che non rispondono in alcun modo al solo trattamento psico-sociale, alcuni farmaci (topiramato, disulfiram o modafinil) possono forse dare qualche prospettiva purchè ben integrati in un trattamento psicologico e sociale.

3. Per la maggior parte dei pazienti con disturbi da uso di cocaina sono efficaci gli interventi psicologici e sociali focalizzati sull'astinenza. In particolare sono indicate la CBT, le terapie del comportamento, ed il counselling individuale orientato sui 12 passi; benché il loro indice di efficacia vari a seconda dei sotto-gruppi di pazienti. (si tratta allora di tipizzare bene i target). Per alcuni selezionati pazienti con disturbi da uso di cocaina raccomandare la partecipazione regolare ad un gruppo di auto – aiuto può risultare aumentare l'efficacia.

---

**Fict Rete Tematica Cocaina e nuove sostanze**

**Regione Lombardia  
Dipartimento Dipendenze Città di Milano**

**Ricerca-Studio**  
**“Previsione dell’evoluzione dei  
fenomeni di abuso”**  
11-12 Novembre 2006  
**Prevo.Lab** ([www.droga.net](http://www.droga.net))

*Sintesi dell’analisi della diffusione  
di cocaina, eroina e cannabis*

**A cura di  
Paolo Fioravanti  
Ceis di Firenze**



- Il Prevo.lab è la traduzione teorico-operativa di un Osservatorio Previsionale in grado di ipotizzare scenari evolutivi del fenomeno relativo alla diffusione di sostanze illegali nella popolazione nazionale e regionale e di permettere una tempestiva programmazione delle azioni di contrasto con particolare riferimento ai settori dell'intervento socio-sanitario.
- L'impianto metodologico di Prevo.Lab è così strutturato:
  - ❖ la ricerca suddivisa in 5 aree (reperimento e raccolta dati, quadro storico, interviste a testimoni privilegiati, ricerche sul mercato, analisi notizie e comunicazione). condotta dai ricercatori, che hanno il compito di reperire il maggior numero possibile delle informazioni oggetto dello studio;
  - ❖ l'elaborazione e l'applicazione di specifici strumenti di indagine;
  - ❖ Il confronto ricercatori-analisti, quale occasione di individuazione di nuovi input per la ricerca;
  - ❖ l'analisi, attraverso cui le informazioni e i dati raccolti, sono studiati ed elaborati dagli analisti, individuati fra gli esperti di spiccata competenza nei settori della ricerca, dell'economia, dell'organizzazione, del marketing, dell'analisi dei dati e della costruzione di modelli matematici, del contrasto al narcotraffico, dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari e dell'analisi dei sistemi complessi;
  - ❖ Il laboratorio previsionale semestrale in cui è formulata o riformulata la previsione, alla luce degli elementi raccolti, attraverso le altre fasi di ricerca e studio.

## **Cocaina**

### **incremento uso fra il 20% e il 30%**

#### **□ 1. MODALITA' DI COMMERCIALIZZAZIONE**

- ❖ Poli distribuzione: stesso distributore mercato contiguo della cannabis; poli distribuzione e poli consumo stanno divenendo la regola.
- ❖ Prezzo: sul mercato vi sono microdosi 20mg di cocaina suddivisa in sei strisce, abbassamento del prezzo crescita del consumo.
- ❖ Mass market: sviluppo di mercato che segue le regole dei prodotti di massa, fruibile da molti.
- ❖ Marketing diffusione: merchandising (cannule, schede da taglio, annusatori).

#### **□ 2. CONCENTRAZIONE DEL PRINCIPIO ATTIVO**

- ❖ Tendenza al ribasso, ipotizzabili due mercati paralleli:
  - il primo soft per consumatori iniziali,
  - l'altro hard per consumatori storici.

#### **□ 3. ACCETTABILITA' SOCIALE**

##### **(Avvio normalizzazione del consumo)**

Uso normale della sostanza, facilità di inglobamento della cocaina nella vita normale con basso contrasto sociale, fenomeno sdoganato dal punto di vista di pericolosità socio-culturale.

## **Eroina**

### **sensibile incremento dei consumi 1,2%**

- ❑ Sensibile aumento dell'uso come sostanza secondaria (dati Sert). Trend normalizzato. Il numero utenti Sert per cocaina sostanza primaria e eroina come sostanza secondaria dal 1998 al 2009, risultano graficamente quasi sovrapponibili.
- ❑ In base a tale evidenza si potrebbe ipotizzare una correlazione tra i due fenomeni. Una parte degli assuntori di cocaina rischierebbe di entrare in contatto con l'eroina:
  - ❖ cocaina ed eroina possono essere vendute dagli stessi spacciatori (l'assuntore di cocaina entra facilmente in contatto con l'eroina quando acquista);
  - ❖ nella logica del poli consumo vi è desiderio di sperimentare sostanze diverse;
  - ❖ le due sostanze sono antagoniste, l'eroina smorza gli effetti euforizzanti della cocaina;
  - ❖ al Sert hanno accesso i poliassuntori segnalati dalla Prefettura, tali persone non dichiarano l'uso di eroina come sostanza secondaria non rimane che associarlo all'uso di cocaina come sostanza primaria.
- ❑ **1. MODALITA' DI COMMERCIALIZZAZIONE**
  - ❖ Poli distribuzione: l'eroina viene spacciata unitamente ad altre sostanze. Ogni distributore di cannabis potrebbe quindi diventare un distributore di eroina: un mercato potrebbe essere trainante dell'altro.
- ❑ **2. PRINCIPIO ATTIVO PIU BASSO**
  - ❖ Eroina fortemente depotenziata sul mercato (forte abbassamento del principio attivo attorno al 10%);
  - ❖ allargamento del mercato attraverso l'abbassamento del principio attivo, spiegazione probabile dell'aumento uso secondario;
  - ❖ anche con basso principio attivo provoca tolleranza a cui può seguire una dipendenza, associata al consumo di altre sostanze rischio di poli tossicodipendenza.
- ❑ **3. MODALITA' DI CONSUMO**

L'eroina è sempre più spesso fumata e inalata (oltreché iniettata) in associazione con altre sostanze.
- ❑ **4. PRODUZIONE MONDIALE IN AUMENTO**

Il 2006 si è chiuso con un triste primato: grazie alla enorme crescita dell'industria dell'oppio – le terre coltivate a papavero, secondo un rapporto delle Nazioni Unite, sono aumentate del 59 per cento rispetto al 2005 - l'Afghanistan detiene il monopolio pressoché totale della produzione di eroina nel mondo.

"La Dea, l'ente governativo statunitense che si occupa della lotta al narcotraffico, ha dichiarato che l'eroina afgana costituiva nel 2001 il 7 per cento del volume di stupefacenti in commercio negli Usa; tre anni dopo la percentuale era raddoppiata". Così riferisce Cecilia Strada in un suo articolo su Peace Reporter.
- ❑ **5. BASSA ACCETTABILITA' SOCIALE**

A differenza dei cannabinoidi, della cocaina e dell'eroina utilizzata nelle altre forme, l'eroina iniettata "rimane droga", ipotesi mantenimento aree di consumo sommerso.

## **Cannabinoidi**

### **trend di stabilità con tendenza a un possibile aumento 5-10%**

#### **❑ 1. MODALITA' DI COMMERCIALIZZAZIONE**

- ❖ Poli distribuzione: può essere associata a quella di altre sostanze, con allargamento del suo stesso mercato e con possibilità di rappresentare un traino per altre sostanze.
- ❖ Mass market: per il THC è realistico ipotizzare uno sviluppo del mercato che segua le regole dei prodotti di massa (prodotto fruibile da molti, trasversalmente a età, classi sociali ecc.).

#### **❑ 2. PRINCIPIO ATTIVO IN FORTE AUMENTO CHE RIGUARDA UNA NICCHIA DEL MERCATO**

- ❖ Innalzamento del principio attivo, creazione di due mercati paralleli:
- ❖ Il primo per consumatori iniziali, con bassa percentuale di principio attivo;
- ❖ Il secondo per consumatori più consapevoli ed "eruditi" nell'uso, con prezzi e principi attivi differenti, all'interno del mercato biologico o presunto tale.

#### **❑ 3. ALTISSIMA ACCETTABILITA' SOCIALE**

- ❖ I dati raccolti evidenziano una forte tolleranza rispetto all'utilizzo di cannabinoidi, che vengono considerati molto vicini alle sostanze legali di cui si abusa (es. alcol, caffè ecc.).
- ❖ Facilità di inglobamento dei cannabinoidi nella vita normale, con basso contrasto sociale.
- ❖ Il fenomeno appare "normalizzato", da notare che tabaccherie hanno iniziato a puntare sulla vendita di prodotti cannabis-correlati utilizzando strategie di marketing legate all'immagine biologica dei cannabinoidi (vedi cartine trasparenti lanciate sul mercato).

### **Considerazioni**

- ❑ Visto quanto dimostrato dal laboratorio previsionale, unito a quanto ci risulta dalla nostra quotidiana esperienza sul campo, il fenomeno cocaina, negli ultimi anni, da nicchia di elite appannaggio di classi sociali elevate, è ormai diventato un fenomeno sociale di massa.
- ❑ Questo richiede da parte nostra e dei nostri Centri un cambiamento di mentalità, sia da un punto di vista culturale che di pensiero, nonché un'evoluzione nel metodo di cura del problema, flessibile ed eclettico allo stesso tempo.
- ❑ Le diversità metodologiche e di offerte di trattamenti, sul versante della dipendenza da cocaina, dei nostri servizi lo dimostrano ampiamente.
- ❑ Tanti parlano del fenomeno diffusione cocaina, ma pochi fanno riabilitazione rendendo pubblici gli esiti dei trattamenti, secondo criteri di efficacia ed efficienza. (es.: indagine tavolo rete tematica).
- ❑ In questi tre anni di cammino e di lavoro fatto insieme, attraverso l'attività del tavolo della rete tematica, attraverso la formazione e lo scambio delle prassi lavorative dei nostri Centri, abbiamo acquisito un know-how di esperienza notevole.
- ❑ Dobbiamo avere per tanto coscienza che siamo cresciuti, fino a diventare sul versante della riabilitazione, degli interlocutori autorevoli e credibili e, in quanto tali, riconosciuti sia a livello locale che nazionale.
- ❑ Ora siamo chiamati a fare un salto di qualità

- ❑ Dobbiamo imparare, consapevoli delle nostre risorse e potenzialità, ad agire e lavorare su due livelli: uno territoriale (comuni, provincia, regione), ove i nostri servizi sono attivi, l'altro a livello nazionale, con l'aiuto-supporto della FICT, mettendo in atto strategie di convenzioni e/o reperimento di risorse finanziarie per la ricerca.
- ❑ Altro ambito di lavoro, su cui i nostri Centri saranno chiamati a misurarsi, sarà quello delle ipotetiche richieste di aiuto o di formazione da parte di enti o associazioni di categoria privati, bisognosi di trattamenti per i propri dipendenti. (es.: indagine commissionata all'Eurispes Toscana da un Gruppo Bancario)
- ❑ Possibili e future collaborazioni e sponsorizzazioni, con case farmaceutiche per convegni e ricerche.

### **Interrogativi**

- ❑ Come far conoscere i nostri servizi sul territorio e con quali strumenti di marketing?
- ❑ Come fare per raggiungere ed intercettare la nuova utenza di consumatori-assuntori di cocaina, che in gran parte si rifiuta di passare attraverso i Sert?
- ❑ Come entrare in relazione con "i nuovi referenti" (es.: medici di base, avvocati) ai quali gli assuntori di cocaina potrebbero rivolgere le loro richieste d'aiuto?
- ❑ Quali tipi di collaborazione tra i nostri servizi e quelli delle strutture ospedaliere pubbliche? (vedi esperienze dei Centri di Firenze e Mestre)

# Sezione Pomeridiana



## Marcello Stecco

Ass.re alle politiche sociali della Provincia di Reggio Emilia

L'intervento dell'Ass.re alle politiche sociali della Provincia di Reggio Emilia, Marcello Stecco, si è basato sui seguenti punti:

- sulle motivazioni che sembrano favorire i nuovi stili di consumo: non più tanto l'isolamento, l'antisocialità e la sofferenza psichica quanto il desiderio di primeggiare, di entrare meglio in relazione con gli altri, di piacere e divertirsi di più, di favorire le proprie prestazioni lavorative, sportive e sessuali
- sul dare la giusta importanza e considerazione all'estensione di questa "tendenza" sociale e culturale non solo per i suoi aspetti quantitativi ma anche perché attraversa generazioni e diversi strati sociali
- sull'assunzione di responsabilità e di iniziative per fronteggiare questi nuovi stili di consumo che non può essere in capo solamente al Sistema dei Servizi Pubblici e del Privato Sociale, ma afferisce alle responsabilità istituzionali ed educative, a partire dai Comuni, dalla Scuola, dai servizi di prossimità e dalle Famiglie
- sull'appoggio dato dalla Conferenza dei Sindaci alla costituzione del Tavolo Provinciale "Dipendenze e Coesione Sociale" in quanto le sue finalità e la sua composizione (Provincia, Comuni sede di Distretto, ANCI, AUSL SERT, Comunità Terapeutiche, Questura, Ufficio Scolastico Provinciale, Osservatorio Provinciale per la Sicurezza Stradale) può costituire una risposta efficace per conoscere e affrontare questa nuova sfida sociale e culturale sia sul piano del consumo che su quello dello spaccio
- sull'avvio di una Ricerca/Azione per conoscere tale fenomeno sul territorio reggiano in grado di promuovere una forte alleanza territoriale. Cammino che si articolerà nel biennio 2007/2008 con il sostegno della Regione Emilia Romagna e collaborazione dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Dipendenze con sede a Lisbona.

---

**CEIS di Reggio Emilia**  
**Progetto "No Cocaine"**

**Mario Cipressi**



**Eliseo Bertani**



## “PROGETTO NO COCAINE”

Lo sviluppo del “Progetto No Cocaine” è determinato da due fattori per noi fondamentali. Il primo riguarda la valenza culturale che l’uso di cocaina porta con se: “dall’eccesso delle prestazioni alla normalizzazione dei consumi”.

Abbiamo trovato conferma di questa convinzione nei consumatori e dei loro contesti più intimi, nel lavoro di contatti effettuati attraverso la rete informatica grazie al Sito Droga on line (di cui si troverà una sintesi di seguito).

Il secondo fattore che ci ha convinto nello sperimentare il progetto “No Cocaine”, risiede nella naturale collaborazione che nel nostro territorio esiste tra servizi, Enti locali e Privato sociale.

La cooperazione, i movimenti di carattere culturale caratterizzano il nostro territorio.

Grazie a ciò abbiamo pensato che una azione efficiente di contrasto all’uso di cocaina non potesse prescindere da tali caratteristiche.

I nostri pensieri e i nostri sforzi si sono rivolti soprattutto sulla valorizzazione delle risorse e dei servizi esistenti e in un secondo tempo (come si capirà dal proseguio della lettura) abbiamo cercato di aggiungere strumenti e percorsi che facilitassero l’avvicinamento sì dei consumatori di cocaina ma anche e soprattutto dei loro famigliari.

La rete informatica, l’uso del culturale, i percorsi serali si sono dimostrate porte d’accesso al sistema dei servizi molto interessanti.

La sperimentazione di queste attività durante l’anno passato e gl’esiti che descriveremo di seguito ci fanno pensare che la strada intrapresa ci porterà certamente in nuovi lidi e verso nuovi incontri.

Questi nuovi incontri ci aiuteranno e “obbligheranno” a riordinare abitudini e, conoscenze e per certi versi anche modalità di relazione.

Una ventata nuova d’energia che alimenta il senso di speranza delle persone che fino ad oggi abbiamo incontrato.

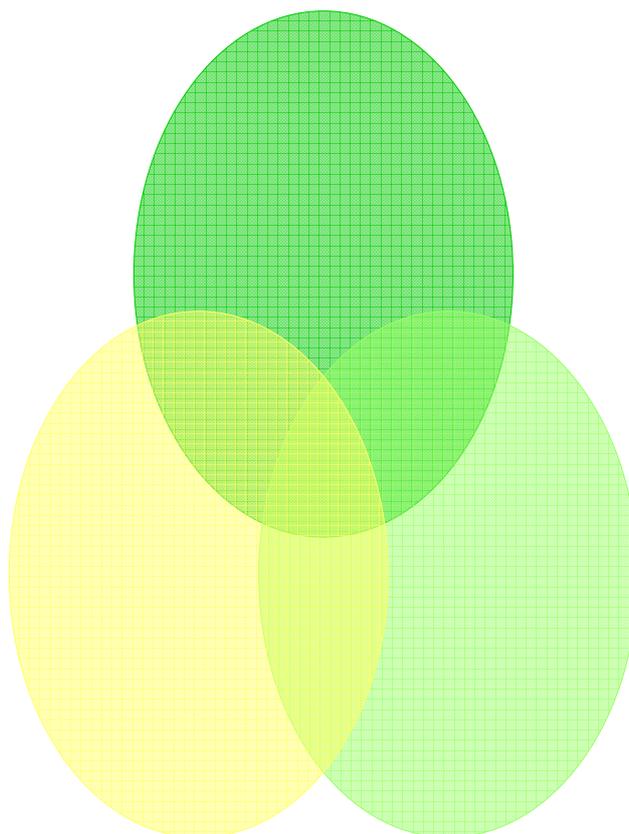
# Progetto "No cocaine"

## scenario da cui è nato e in cui continua a crescere



# Il percorso NO Cocaine

Adattamenti dei  
percorsi tradizionali



Percorsi serali  
e counseling

Le incursioni  
nel mondo di internet

## Cocaina tra innovazione e tradizioni

La disintossicazione in ambiente protetto  
I percorsi di accoglienza diurna

### ❖ I moduli brevi della comunità

I percorsi tradizionali di reinserimenti

❖ **Percorsi di counseling**  
di motivazione  
di accompagnamento

❖ **I percorsi serali**  
gruppi psico educativi  
gruppi familiari  
esami delle urine

## Le incursioni nel mondo di internet

**DRUGAONLINE.IT**

■ Il cellulare dedicato  
**55 telefonate**

■ Domande e risposte  
**2002 domande**

**575 risposte**

( 1/3 riguardano tematiche legate alla cocaina )

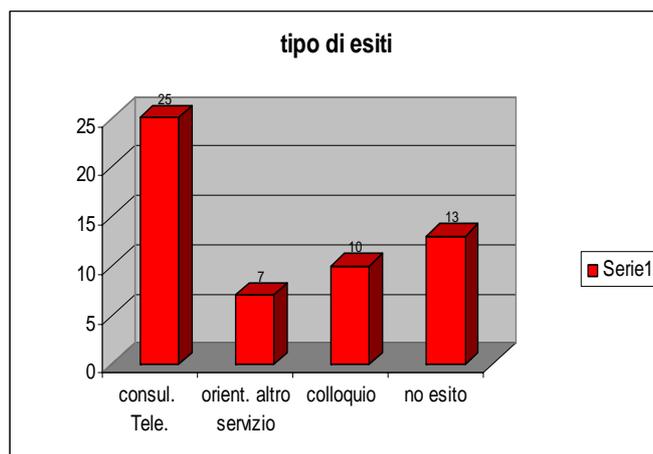
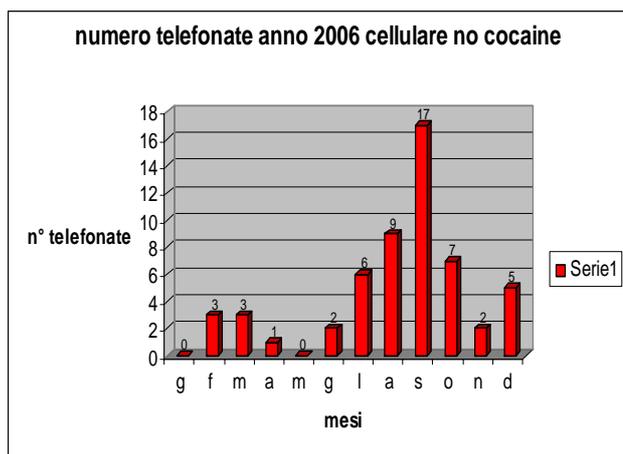
■ Il servizio di E-Mail

**370 scambi di corrispondenza**

■ Droga on line under 27

( prossima apertura con l'obiettivo di concentrarsi maggiormente sul territorio provinciale )

## Un primo punto sul cellulare



Alcune possibili interpretazioni dei picchi del periodo luglio/ottobre possono emergere dall'incrocio delle telefonate con le attività d'informazione e sensibilizzazione del territorio provinciale e nazionale.

- **Giugno: Convegni della Fict e di Verona** ( oltre alla presentazione del manuale **Cocaina** in cui il percorso viene citato tra le pratiche degne di attenzione, grazie all'ufficio comunicazione della fict molti sono stati i passaggi sulla stampa e sulla rete).
- **Luglio: conferenza stampa fatta con il Comune, per la partenza del Progetto No Cocaina**
- **Settembre: trasmissione Radio e distribuzione materiale alla Giareda.**

## La campagna informativa organizzata nel 2006

### **Giornali**

#### **Dicembre 2005**

Stampa nazionale per convegno di Nazionale di Palermo Sulle dipendenze

( Repubblica e La Stampa)

#### **Luglio :**

Stampa locale per conferenza di lancio del progetto No Cocaine

#### **Dicembre 2006: Intervista a**

La Libertà ( stampa locale )

### **Televisioni e radio**

#### **Febbraio**

Trasmissione televisiva "Habitat"  
Tele Reggio

#### **Maggio**

due servizi per RAI 1( andato in onda) e Rai 3

#### **Settembre**

Key RokSpazio alla festa dell'unità provinciale Diretta radio

#### **Dicembre**

Partecipazione al programma di teleggiornale " Il medico e i cittadini"

## La campagna informativa organizzata nel 2006

### **Convegni seminari**

#### **Giugno**

convegno di Verona e presentazione del contributo per il manuale sulla cocaina

#### **Giugno**

Roma Seminario nazionale della fict sulla cocaina

**Dicembre** Incontro con centro studi EURI-SPE Toscana

### **Feste e piazze**

#### **Aprile**

Fiera Homo meeting

#### **Settembre**

Intervento al concerto della Giareda

## **Droga on-line: riflessione sull'utilizzo delle nuove tecnologie**

### **Intervento di Mario Cipressi (Educatore e Coordinatore Ceis di Reggio Emilia)**

#### **Premessa**

Il Centro di Solidarietà di Reggio Emilia, sei anni fa, ha adottato come modalità di comunicazione la "rete informatica": "Drogaonline.it per offrire risposte a chiunque abbia domande da porre su droghe e dintorni.

Sperimentazione che in alcune occasioni ha messo in crisi certezze costruite in anni d'esperienza lavorativa. **Alcuni dati di sfondo:**

**Il numero di accessi al sito è quadruplicato dal 2001 (27.770) al 2005 (103.536); così anche il numero dei visitatori (nel 2001: 24443 mentre nel 2005: 84493)**

#### **L'ambiguità come modalità originale di agganci.**

Il titolo "Drogaonline" si presta ad alcune interpretazioni, talvolta "ambigue", quali: il possibile e facile acquisto di sostanze attraverso internet.

La ricerca di consulenza o d'eventuali forme d'aiuto si scoprono solo in un secondo momento all'apertura della pagina iniziale

#### **L'informazione**

Nell'anno 2005 sono state visitate le pagine: *Home* da **25.095** persone; "*Leggi domande e risposte*" da **32.590** persone; la pagina "Info su sostanze" da **16.820**.

Nel mese d'aprile 2006, come segnalatore di dati medi, i navigatori si sono soffermati su due argomenti principali: le droghe e gli esami delle urine (più precisamente quali effetti delle droghe e come evitare d'incappare nell'esito positivo di eventuali accertamenti di esami obiettivi sull'uso di sostanze). Sempre nel mese di aprile 2006 il *popper* è stato "cliccato" da **115 soggetti**; la *cocaina* è al **terzo posto** con **26 click**; mentre *l'eroina* è al **17° posto** con **6 cliccate**.

*Si può ipotizzare, con questo strumento, una ricerca d'informazioni più legato agli effetti delle sostanze che alla necessità di smettere con le sostanze.*

#### **L'orientamento alla risposta dei bisogni**

**11.096** sono entrati nella sezione di **domande/risposte**: incursioni o visite che hanno prodotto **216** domande agli operatori del sito, di queste **33** sono specifiche **sulla cocaina**.

#### **Durata della relazione**

Nell'aprile 2006, **1.644** visitatori hanno trascorso dai **5 ai 29 minuti** (che in rete risulta essere un periodo di contatto abbastanza lungo). La seconda valutazione è quella legata alla ripetizione dei contatti dalle 2 alle 9 volte sono stati **1.152**.

Altro indicatore interessante per valutare questa nuova modalità di relazione è l'utilizzo della posta elettronica: nel mese di riferimento **11 persone** hanno usato la Mail elettronica. Usualmente si misura la quantità di colloqui fatti e il numero della persone inserite nei percorsi: non che oggi tali misurazioni "dell'aggancio" siano sparite, ma si può affermare con tranquillità che esiste anche altro.

#### **Un tentativo di profilo del navigatore.**

grazie all'utilizzo della rete oggi siamo entrati in contatto con la generazione di chi vive "**di relazioni c l i c k**": - **I giovani**: dal contatto rapido e di poche parole (chiedono come depistare i controlli e provano ad informarsi degli effetti delle diverse sostanze) - **Dai 30 anni in su** con richieste e contenuti comunicativi differenti. Con questi s'instaurano relazioni più durature ( dai 2 a 5 contatti) e le domande riguardano come aiutare amici, familiari, o loro stessi. Se le risposte colgono il segno, le persone che trovano beneficio ( anche solo attraverso un numero di telefono dato in modo pertinente ) riescono a passare dal monitor alla relazione **face to face**.

## **Quale impatto delle nuove tecnologie sul sistema Droga e sul sistema dei servizi.**

**Sul sistema Droga:** il proliferare di siti d'informazione, di tendenza, di commercio e di contrasto, sembra concorrere alla formazione del "**consumatore consapevole**" e per certi aspetti "culturalmente lecito" e lontano dalle vecchie dinamiche di rapporto con il mondo della malavita.

Ma è proprio così?

**Sui servizi:** la sensazione che si coglie tra gli operatori del pubblico e privato sociale di essere obsoleti e fuori tempo è all'ordine di giorno. La cocaina e i nuovi stili di consumo ci dicono che sempre più i servizi, consolidati intorno alle tematiche legate all'uso problematico dell'eroina, si stanno marginalizzando e i luoghi di accesso del "consumatore consapevole" non sono i Sert o le comunità del privato sociale ma: Internet, i reparti di pronto soccorso, le prefetture, i reparti d'urgenza della psichiatria, le carceri.

A queste condizioni diventa automatico rispondere dicendo facciamo "rete". ***Internet ha introdotto la rete a maglie mobili e cangianti, attivabili con un click di mouse e produttrice di risorse, non solo relazionali ma anche economiche.***

L'appartenenze a diverse "scuderie" ( non solo pubblico e privato ma anche tra privato e privato e tra pubblico e pubblico) rendono complicato e in alcuni casi impossibile annodare i fili di questa rete. Questo non aiuta ad essere efficaci, efficienti ed attuali.

Altro problema del CIBERSPAZIO, citando U. Eco (cfr. art. dell'Espresso del 19/01/2001, "Come copiare da Internet") si evidenzia un risultato educativo drammatico, dato dalla velocità e dall'approssimazione nel reperire informazioni, ovvero la veridicità dell'informazione, compromettendo il "senso di fiducia" e confondendo altri contenuti, quali: locale/globale, lecito/illecito, presente/assente, responsabile/irresponsabile, tutte facce della stessa medaglia e cioè quella della relazione costruita attraverso la rete informatica.

### **Ricominciamo**

Superata la fase storica di dover insegnare ad utilizzare lo strumento, oggi lo sforzo non solo per i giovani ma anche per noi tecnici e adulti è aiutare a scoprire i valori che lo strumento internet, può far crescere e rafforzare.

Il disorientamento è ampio nei tecnici e nei professionisti dei servizi, come sarà negli insegnanti e nei genitori? Perché non chiedere ai giovani che non usano droghe quali sono i fattori di protezione che hanno sostenuto questa scelta che oggi sembra quasi anacronistica? E' possibile oggi recuperare uno stile di vita più gentile, inclusivo e anche sorridente ? se così è, da chi iniziamo, dai giovani o dagli adulti?

Se la rete funziona ed inizia a configurarsi come una nuova porta d'accesso saremo in grado di valorizzare questo sviluppo? Le nuove tecnologie possono aiutarci in questo nuovo scenario?

**PROGETTO “NO COCAINE”**  
**UTENTI IN CONTATTO CON IL PROGRAMMA**  
 a Reggio Emilia

Periodo di riferimento: 1 gennaio 2006 / 31 dicembre 2006

**1. CONTATTI E CARATTERISTICHE DELL'ABUSO**

**TAB. 1 - CONTATTI AVVENUTI PER COCAINA**

*NB: riferito a tutti coloro che hanno avuto **almeno un colloquio** per un problema di dipendenza o di uso problematico di cocaina.*

	Maschi	Femmine	TOTALE
Solo cocaina	31	4	35
Cocaina ( <u>primaria</u> ) associata ad altra/e sostanza/e	20	6	26
Cocaina ( <u>secondaria</u> ) associata ad altra/e sostanza/e	27	10	37
<b>TOTALE</b>	<b>78</b>	<b>20</b>	<b>98</b>
% su numero totale di contatti avuti dal Centro	38%	32%	36%

**2. CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI**

*NB: i dati seguenti sono riferiti solo a coloro che hanno avuto **almeno un colloquio** per un problema di dipendenza o di uso problematico di cocaina, anche i **poliabusatori**, purché la sostanza d'abuso primaria fosse la cocaina.*

**TAB. 2 – CANALE DI INVIO**

	Maschi	Femmine	TOTALE
Ser.T.	20	5	25
Famiglia	12	1	13
Accessi spontanei	2		2
Altro	12	2	14
Non rilevato	5	2	7
<b>TOTALE</b>	<b>51</b>	<b>10</b>	<b>61</b>

TAB. 3 – FASCE D'ETÀ

	Maschi	Femmine	TOTALE
Meno di 20 anni			
20 – 24 anni	6	2	8
25 – 29 anni	11	3	14
30 – 34 anni	14	3	17
35 – 39 anni	11	1	12
40 anni e oltre	9	1	10
<i>Non rilevato</i>			
<b>TOTALE</b>	<b>51</b>	<b>10</b>	<b>61</b>
<i>ETÀ' MEDIA:</i>	<b>32,9</b>	<b>29,9</b>	<b>32,4</b>

TAB. 4 – TITOLO DI STUDIO

	Maschi	Femmine	TOTALE
Nessun titolo			
Licenza Elementare	4		4
Scuola media inferiore	29	3	32
Scuola media superiore	10	2	12
Laurea o diploma universitaria	1		1
<i>Non rilevato</i>	7	5	12
<b>TOTALE</b>	<b>51</b>	<b>10</b>	<b>61</b>

TAB. 5 – SITUAZIONE OCCUPAZIONALE

	Maschi	Femmine	TOTALE
Lavoratore dipendente	22	4	26
Lavoratore autonomo	1		1
Disoccupato/precario/casalinga	17	3	20
Studente	1		1
Altro	1		1
<i>Non rilevato</i>	9	3	12
<b>TOTALE</b>	<b>51</b>	<b>10</b>	<b>61</b>

TAB. 6 – STATO CIVILE

	Maschi	Femmine	TOTALE
Libero/a	26	4	30
Coniugato/a	8	2	10
Separato/a o divorziato/a	5	1	6
<i>Non rilevato</i>	12	3	15
<b>TOTALE</b>	<b>51</b>	<b>10</b>	<b>61</b>

### 3. CARATTERISTICHE DEI PERCORSI INTRAPRESI

**TAB. 7 - PERSONE CHE HANNO INTRAPRESO UN PERCORSO**

	Maschi	Femmine	TOTALE
<b>Numero persone che hanno intrapreso un percorso</b>	<b>43</b>	<b>8</b>	<b>51</b>
<i>% su numero contatti per cocaina sostanza primaria</i>	<i>80%</i>	<i>80%</i>	<i>80%</i>

**TAB. 8 – PERCORSI PROPOSTI**

	Maschi	Femmine	TOTALE
<b>Percorso tradizionale</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>17</b>
<b>Percorso ambulatoriale</b> ( <i>individuale, gruppo serale...</i> )	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>24</b>
<b>Percorso comunitario</b> ( <i>disintossicazione</i> )	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
<b>TOTALE</b>	<b>43</b>	<b>8</b>	<b>51</b>

**TAB. 9 – ESITI DEI PERCORSI**

*NB: si registra la situazione al 31/12/06 e l'esito dell'ultimo modulo avviato*

ESITO	Dettaglio esito	Maschi	Femmine	TOTALE
<b>Conclusione positiva</b>	<i>Conclusione positiva</i>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>
<b>Interruzione</b>	<i>Abbandono</i>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>12</b>
	<i>Dimissione</i>			
	<i>Sospensione</i>			
	<i>Allontanamento</i>			
	<i>Trasferimento ad altro ente</i>	<b>1</b>		<b>1</b>
	<i>Detenzione</i>			
	<i>Ricovero ospedaliero</i>			
	<i>Decesso</i>			
<b>Ancora in corso</b>	<i>Ancora in corso</i>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>27</b>
<b>TOTALE</b>		<b>43</b>	<b>8</b>	<b>51</b>

---

***CENTRO DI DISASSUEFAZIONE  
RESIDENZIALE***

**CARPINETI**

**Sergio Barile  
e  
Simona Tatini**



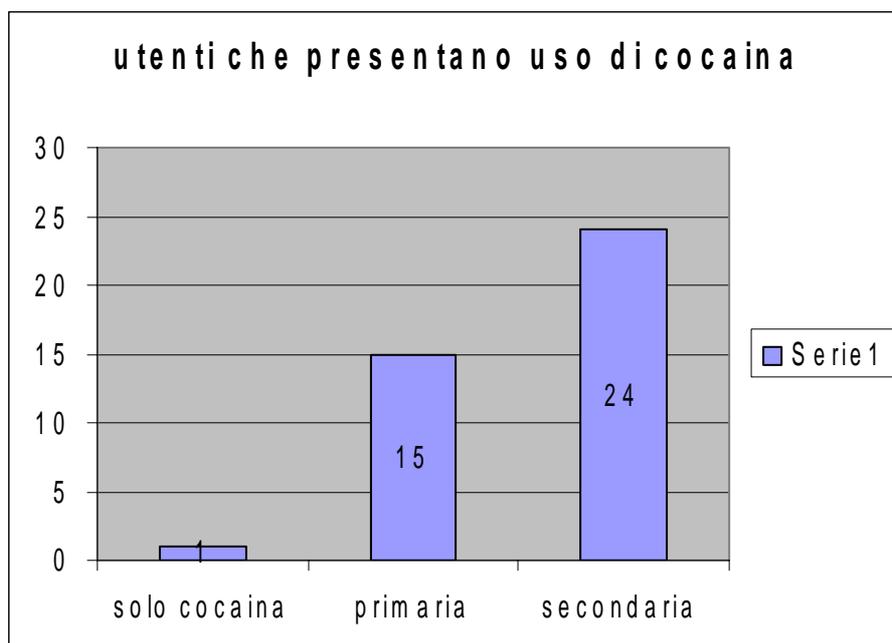
***26 GENNAIO 2007***

## CENTRO DI DISINTOSSICAZIONE

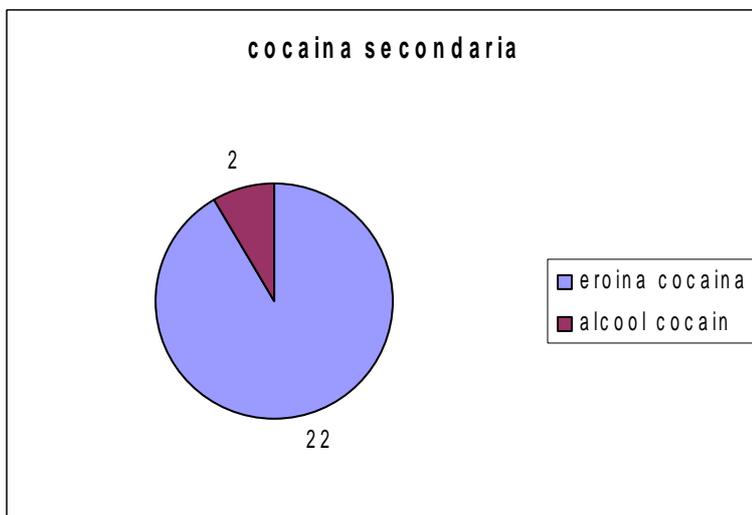
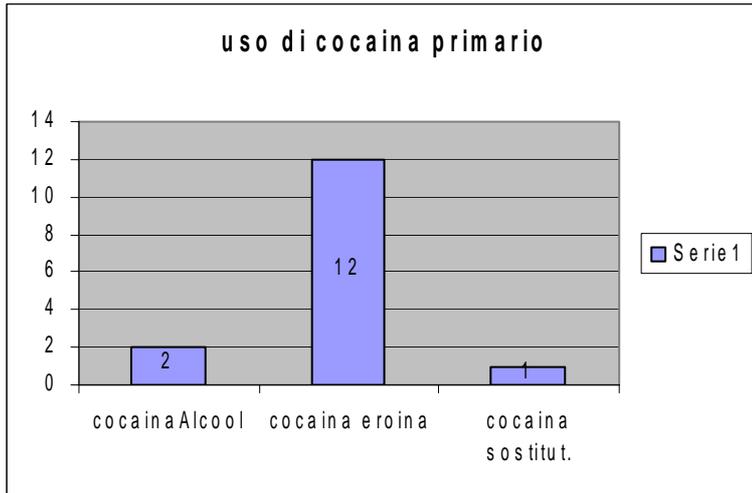
### ● Dati disintossicazione

SOST. PRIMARIA/SOST. SECONDARIA	Numero Utenti
Eroina/cocaina	22
Eroina/tratt. sostitutivo	1
Eroina/psicofarmaci	2
eroina	13
cocaina	1
alcool	2
Eroina/cannabis	5
Alcool/cocaina	2
Cocaina/alcool	2
Cocaina/eroina	12
Cocaina/tratt. sostitutivo	1
	<b>Tot. Utenti= 63</b>

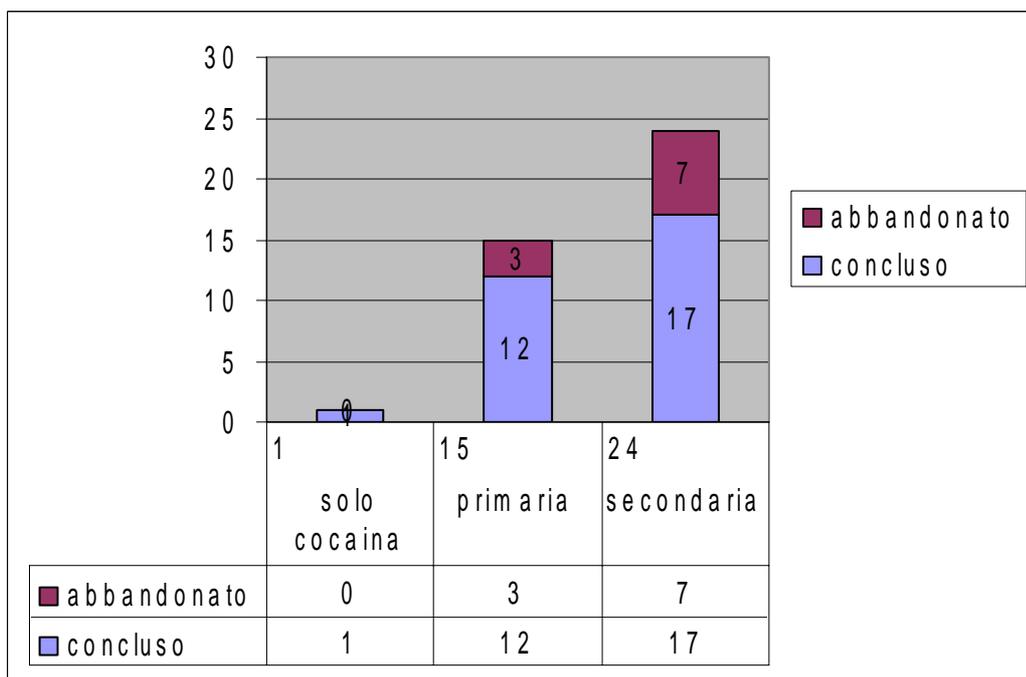
### Cocaina primaria e secondaria



## Più nello specifico



## Quali esiti dei trattamenti



---

## “Il percorso No Cocaine”

**E. Bertani, R. Casotti, M. Cipressi, A. Lanzoni**



*Roberto Casotti*

## IL PERCORSO "NO COCAINE"

Eliseo Bertani, Roberto Casotti, Mario Cipressi, Antonio Lanzoni

CeIS CENTRO DI SOLIDARIETÀ DI REGGIO EMILIA, Regione Emilia Romagna

### ABSTRACT

Il progetto "NO COCAINE" del CeIS centro di solidarietà di Reggio Emilia, si rivolge ad abusatori a dominio cocaina e a poliassuntori.

I destinatari sono persone che hanno saputo mantenere una buona integrazione sociale nonostante l'uso di sostanze ma che a seguito di queste, avvertono una progressiva perdita della capacità di controllo dei propri comportamenti.

Il progetto "NO COCAINE" è un trattamento terapeutico, non residenziale, di counseling personale e di gruppo che oltre al modello transteorico d'intervento, si avvale anche dell'approccio sistemico relazionale sia per la conduzione di gruppi fra utenti e familiari sia come modello di lettura delle situazioni all'interno dei gruppi d'auto-mutuo aiuto cui possono partecipare i congiunti. Infine i contenuti dei "Dodici Passi" proposti dagli Alcolisti Anonimi, rappresentano lo sfondo più spirituale e logoterapico del percorso.

Il progetto è sostenuto e realizzato da un'equipe composta da: medico, psicologo, psichiatra, psicoterapeuta, pedagoga, educatore professionale, sociologo, counselor e volontari.

### INTRODUZIONE

Tra l'uso di sostanze e nell'esperienza del CEIS di Reggio Emilia la cocaina si pone come "nuova" emergenza:

- *la dimensione del traffico è elevata, come testimoniano i risultati delle operazioni di polizia, che peraltro intercettano una quota assolutamente minoritaria del fenomeno;*
- *l'accesso si sposta da una fascia "elitaria" a strati sociali sempre più estesi;*
- *il consumo è finalizzato, di solito, a potenziare livelli di prestazione con impatto sociale positivo (ritmi di lavoro, energia) e a rafforzare il senso di sicurezza personale; questo rende molto difficile sia il riconoscimento dell'uso di cocaina come un problema, sia la percezione d'anomalia da parte del contesto sociale di riferimento.*

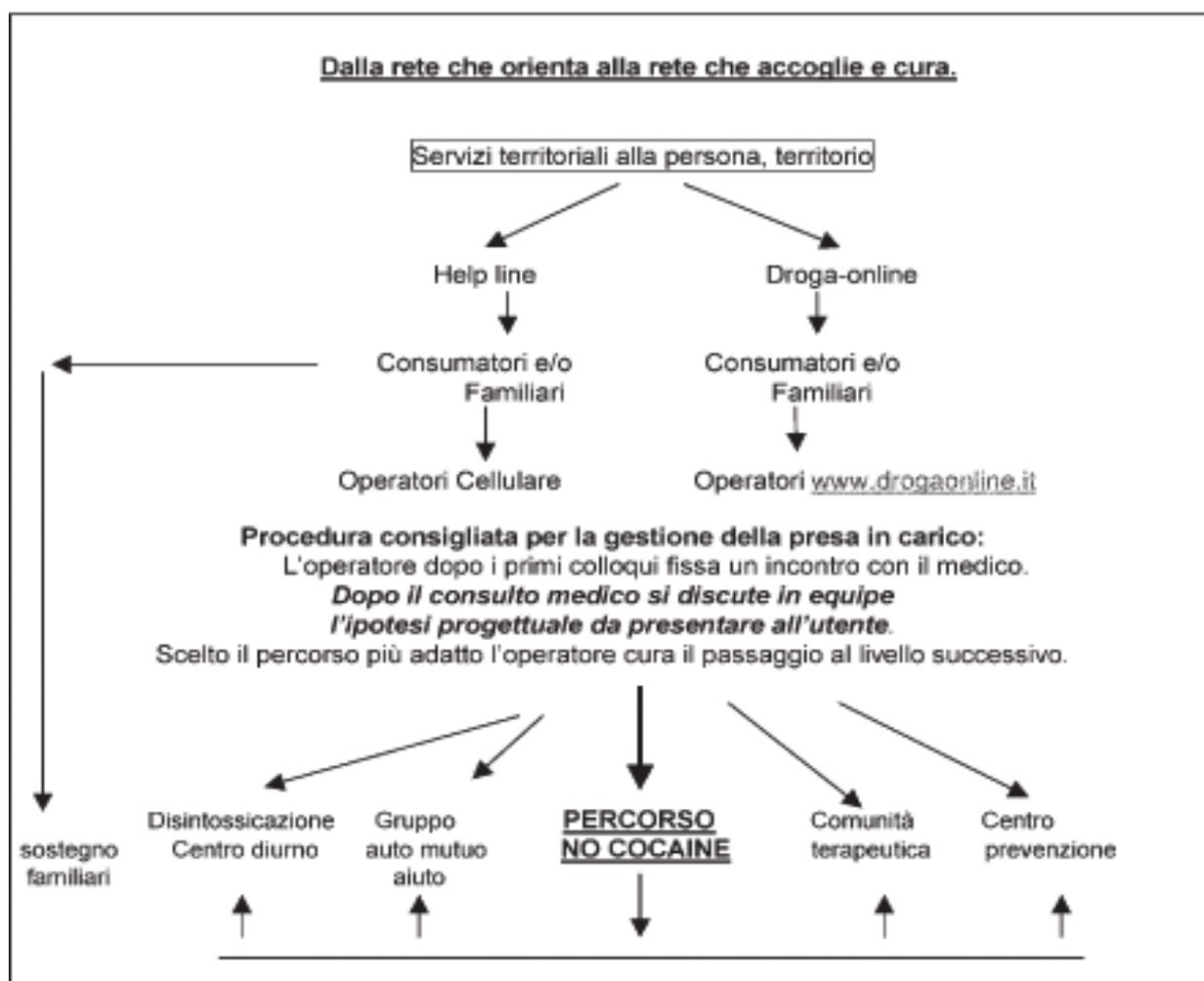
Tutto questo richiede un approccio sostanzialmente diverso da quello seguito nel trattamento dell'eroina e in genere di sostanze che determinano riconoscibilità, emarginazione, ricerca

d'aiuto. L'azione nei confronti della cocaina richiede un approccio psicologico, sociale e pedagogico, integrato in senso ampio: l'accettazione del limite e della crisi come elementi appartenenti all'esperienza umana, di per sé non significativi del valore della persona.

Si tratta di concetti in controtendenza rispetto a modelli culturali dominanti; la loro affermazione richiede un'efficace e costante azione di comunicazione e il coinvolgimento ampio della società e delle istituzioni.

Riguardo a ciò il CEIS ha programmato su questo fronte un'azione territoriale e sociale che risponde al titolo: **dalla rete che orienta alla rete che accoglie e cura.**

In questo quadro quindi non solo i percorsi di affrancamento sono coinvolti ma tutto il sistema dei servizi della provincia. Il progetto è pertanto collocato in una rete di collaborazione che fa riferimento ai sert, ai comuni, alla provincia e al territorio in generale con tutti i servizi alla persona. Infine il CeIS di Reggio Emilia è parte attiva del gruppo di lavoro nazionale sulla cocaina della FICT federazione Italiana delle comunità terapeutiche



## IL PERCORSO NO COCAINE

A fronte, di un importante aumento del fenomeno cocaina, il centro di solidarietà di Reggio Emilia ha elaborato il progetto NO COCAINE. Esso mira ad offrire, a coloro che abusano o dipendono dalla suddetta sostanza stupefacente, un percorso a carattere terapeutico e auto-formativo, che permetta di interrompere l'assunzione di cocaina.

Questo risultato diviene possibile attraverso un lavoro di motivazione e di riorganizzazione comportamentale, cognitiva ed emotiva ai livelli *sintomatico/situazionale, cognitivo/disadattivo, interpersonale, familiare/sistemico, intrapsichico e spirituale*.

I destinatari cui si rivolge il progetto sono giovani e adulti; persone integrate con posizioni sociali e professionali buone e stile di vita apparentemente compatibili.

Il percorso diviso in cinque fasi sequenziali (ma anche indipendenti tra loro) permette alla persona che ne usufruisce, d'avere chiaro il proprio iter d'affrancamento dalla cocaina ed una maggior consapevolezza, degli obiettivi da raggiungere in ogni fase. Le prime due fasi, denominate contemplazione e determinazione, si sviluppano attraverso un susseguirsi rapido d'incontri che hanno come obiettivi di motivare, valutare e preparare la persona ad interrompere l'utilizzo della cocaina. Sperimentato ciò il cliente può ritenere concluso il suo percorso oppure, opzione più consigliata, procedere alle fasi successive o verso altri tipi di trattamento. Le restanti due fasi – azione, mantenimento- permettono una stabilizzazione maggiore ed un approfondimento delle problematiche. Infine l'ultimo intervento – prevenzione alla ricaduta- può offrire maggiori garanzie di non incorrere in ricadute o di rendere quest'ultime meno gravi.

Il progetto "NO COCAINE" è un percorso terapeutico psicosociale e psicoeducativo, non residenziale, di counseling personale e di gruppo, a prevalente indirizzo transteorico, che si pone come obiettivo finale la condizione "drug free" dei partecipanti.

Oltre al modello transteorico di intervento, il progetto "NO COCAINE" si avvale anche dell'approccio sistemico relazionale, sia per la conduzione di gruppi fra utenti e familiari, che come modello di lettura delle situazioni all'interno dei gruppi di auto-mutuo aiuto cui possono partecipare i congiunti. I contenuti dei "Dodici Passi" proposti dagli Alcolisti Anonimi rappresentano infine lo sfondo più spirituale e logoterapico dell'intervento.

Il programma prevede, dove ritenuto necessario e dove ciò è possibile, il coinvolgimento delle famiglie d'origine o di eventuali partners. Infine per agevolare un atteggiamento di fiducia è richiesto nella terza fase, il controllo delle urine bisettimanale, mentre nei moduli successivi sono eseguite verifiche a sorpresa o per domanda dell'operatore o della persona.

**Il modello transteorico** è un intervento integrato che riguarda tre dimensioni di base che sono:

1. gli stadi del cambiamento,
2. i processi del cambiamento
3. i livelli di cambiamento.

**Gli stadi** riguardano la dimensione temporale e la motivazione al cambiamento e sono denominati:

- *pre-contemplazione*
- *contemplazione*
- *determinazione*
- *azione*
- *mantenimento*

I processi riguardano le particolari tecniche utilizzate nel modello transteorico che sono sia di tipo cognitivo esperienziali:

- *l'aumento della consapevolezza,*
- *la rivalutazione di sé,*
- *attivazione emozionale,*
- *la rivalutazione dell'ambiente,*
- *la liberazione sociale.*

che comportamentali:

- *liberazione personale,*
- *contro condizionamenti,*
- *controllo dello stimolo,*
- *gestione delle ricompense*
- *le relazioni d'aiuto.*

La terza dimensione, i livelli del cambiamento, riguarda la molteplicità e la varietà dei problemi che le persone presentano oltre la dipendenza da sostanze ed essi sono:

- *sintomatico/situazionale*
- *cognitivo/disadattivo*
- *interpersonale*
- *familiare/sistemico*
- *intrapsichico*
- *spirituale*

I dodici Passi invece rappresentano il maggior riferimento metodologico e di contenuto, propri dei percorsi d'auto mutuo aiuto, per persone con problemi d'abuso e di dipendenza da sostanze. Essi indicano un percorso di crescita individuale, ma che si attua prevalentemente in gruppo, connotato dalla dimensione della crescita spirituale:

**Sul piano sistemico relazionale** il focus dell'intervento si concentra sul livello del sistema relazionale primario e non solo sulla persona che utilizza sostanze. Quest'ottica ci permette di analizzare ed intervenire sulle dinamiche familiari (d'origine o acquisite) per riorganizzarle in modo funzionale, riportando ognuno alla espressione positiva di sé e del proprio ruolo. Nel caso in cui la famiglia o i partner non siano coinvolti nel progetto sarà comunque condotta un'attività con la persona che, attraverso l'analisi del suo sistema e delle sue relazioni, permetta di affrontare difficoltà e nodi problematici.

**Sul piano metodologico e degli strumenti utilizzati** trovano largo impiego i colloqui di counseling sia di motivazione sia di sostegno e gruppi a carattere psicosociale, educativo e di auto mutuo aiuto.

Settimanalmente la persona dispone di incontri individuali, di gruppo e mensilmente spazi d'informazione inerenti alla crescita personale e spirituale. Qualora la famiglia o il partner siano coinvolti nel progetto, sono effettuati con loro incontri mirati e possono partecipare ai gruppi d'auto mutuo aiuto per famigliari.

Per prevenire e attenuare il craving si mette a disposizione una linea telefonica aperta ventiquattro ore al giorno che può essere utilizzata dalle persone quando sentono particolari crisi o

voglia d'usare sostanze.

Sono inoltre offerti suggerimenti di letture utili come testi e dispense che permettano di trovare spunti e nuove strade per migliorare la qualità della loro vita.

Le fasi, a seconda dei flussi dell'utenza, vanno intese sia come riferimento per il processo terapeutico individuale, sia come processo di gruppo; potremmo quindi avere, o un solo gruppo eterogeneo con persone in fasi anche diverse tra loro o più gruppi omogenei per fase di percorso.

Per essere il più centrati sul cliente i nostri servizi possono essere attivati dal lunedì alla domenica dalle 9,00 alle 23,00. Le attività di gruppo e i colloqui sono pre-serali e serali. In base a programmazioni concordate con l'utenza si prevedono anche week-end residenziali di lavoro intensivo. Qualora i clienti abbiano difficoltà a svolgere colloqui nelle sedi proposte si possono trovare altri luoghi d'incontro.

Tab. 1 Le cinque fasi del percorso

Fase	Obiettivi	Risultati attesi	Prestazione offerta	Tempi	Personale impiegato	Valutazione
<b>1 CONTEMPLAZIONE</b>	individuazione e valutazione congiunta delle risorse e dei problemi, analisi motivazionale e della disponibilità al cambiamento. Verifica dell'ambivalenza attraverso l'identificazione dei costi e dei benefici inerenti all'assunzione di cocaina. Primi orientamenti.	conoscenza e informazione dei danni causati dall'assunzione di cocaina, aumento della percezione del rischio e dei pericoli diretti e indiretti nell'abuso di cocaina, consapevolezza dei tornacanti percepiti positivamente (costi e guadagni nell'assumere e nell'essere astinenti e sobri)	colloqui informativi, colloqui motivazionali, valutazione psicofisica, e sostegno telefonico full time. A richiesta attivazione dei servizi trasversali	colloqui frequenti (anche tre-quattro volte alla settimana da lunedì a domenica dalle 9,00 alle 23,00) in 30/60 giorni	Educatore professionale/medico, psicologo, psichiatra, psicoterapeuta counselor.	valutazione d'equipe, questionario di soddisfazione dell'utente.
<b>2 DETERMINAZIONE</b>	valutazione delle precedenti esperienze di successo ed insuccesso e della propria autoefficacia, rinforzo della disponibilità al cambiamento e negoziazione dei futuri trattamenti.	nel seguente modulo ci si aspetta che la persona aumenti la sua disponibilità al cambiamento, che inizi a credere di poter essere aiutato, e di potersi affidare. Possibile inserimento in gruppo nel quale sperimentare i primi processi d'identificazione e di fiducia e valutare l'idoneità del trattamento. Prime decisioni d'interrompere l'assunzione di cocaina.	due gruppi e un colloquio settimanale, rivalutazione psicofisica, e sostegno telefonico full time. A richiesta attivazione dei servizi trasversali.	partecipazione settimanale (anche tre-quattro volte alla settimana da lunedì a domenica dalle 9,00 alle 23,00) per 60/90 giorni	Educatore professionale/medico, psicologo, psichiatra, psicoterapeuta, counselor volontari.	valutazione d'equipe, questionario di soddisfazione dell'utente.

Fase	Obiettivi	Risultati attesi	Prestazione offerta	Tempi	Personale impiegato	Valutazione
<b>3 AZIONE</b>	<p>rinforzare e incoraggiare il processo di cambiamento in atto rivalutare i passi precedenti. Identificare i problemi maggiori ai livelli sintomatico \situazionale, cognitivo \disadattivo, interpersonale, familiare \sistemico, intrapsichico e spirituale</p>	<p>effettiva interruzione dell'assunzione di sostanze, concreto cambiamento delle condotte d'addiction e adesione al trattamento scelto. Identificazione delle difficoltà che hanno causato l'assunzione di cocaina o di altre sostanze e dei problemi che interferiscono con il processo di cambiamento.</p>	<p>un gruppo e un colloquio settimanale, rivalutazione psicofisica, controllo urinario tossicologico bisettimanale. Seminari informativi a carattere terapeutico. A richiesta attivazione dei servizi trasversali in particolare il servizio famiglia.</p>	<p>partecipazione bisettimanale per 150/210 giorni (anche tre-quattro volte alla settimana da lunedì a domenica dalle 9,00 alle 23,00) in 150/210 giorni</p>	<p>Educatore professionale medico, psicologo, psichiatra, psicoterapeuta, counselor e volontari</p>	<p>valutazione d'equipe, questionario di soddisfazione dell'utente</p>
<b>4 MANUTENIMENTO</b>	<p>sedimentare e rinforzare il processo di cambiamento in atto. Rivalutare i passi precedenti. Affrontare i problemi maggiori ai livelli sintomatico \situazionale, cognitivo \disadattivo, interpersonale, familiare \sistemico, intrapsichico e spirituale</p>	<p>effettiva e stabile interruzione dell'assunzione di sostanze, concreto cambiamento delle condotte d'addiction e buona compliance al trattamento scelto. Trasformazione delle difficoltà che hanno causato l'assunzione di cocaina e di altre sostanze e dei problemi che interferiscono con il processo di cambiamento.</p>	<p>un gruppo settimanale, colloqui. Seminari informativi a carattere terapeutico. Possibili test urinari tossicologici. Al bisogno attivazione dei servizi trasversali in particolare il servizio famiglia. Giornate formative residenziali</p>	<p>partecipazione bisettimanale per 60\90 giorni (anche tre-quattro volte alla settimana da lunedì al sabato dalle 9,00 alle 22,00) in 60/90 giorni</p>	<p>Educatore professionale medico, psicologo, psichiatra, psicoterapeuta, counselor e volontari.</p>	<p>valutazione d'equipe, questionario di soddisfazione dell'utente.</p>

Fase	Obiettivi	Risultati attesi	Prestazione offerta	Tempi	Personale impiegato	Valutazione
<b>5 PREVENZIONE ALLA RICADUTA</b>	prevenzione alle ricadute, riconoscimento dei cambiamenti positivi e rinforzo dei successi ottenuti. Continuità nella messa in pratica, in tutti gli aspetti della vita, dei nuovi valori e atteggiamenti. Approfondimento del livello spirituale.	in questa fase la persona è chiamata a dare stabilità al suo cambiamento, attraverso la messa in pratica, a tutti i livelli del cambiamento, dei nuovi atteggiamenti e dei nuovi valori acquisiti nei moduli precedenti. È incentivata una crescita sul piano spirituale che permetta al soggetto di trascendere per cogliere nuovi significati della propria vita. È proposta la disponibilità ad aiutare altre persone con il problema d'assunzione di cocaina.	un gruppo quindicinale, colloqui al bisogno. Seminari informativi a carattere terapeutico. Giornate formative residenziali o semiresidenziali -2 -3 giorni- nelle quali approfondire temi a carattere terapeutico, educativo e spirituale.	Partecipazione quindicinale per 60\90 giorni	Educatore professionale medico, psicologo, psichiatra, psicoterapeuta, counselor e volontari.	valutazione d'equipe, questionario di soddisfazione dell'utente, autovalutazione finale di fine percorso

*Prestazioni offerte*

- Colloqui informativi
- Consulenza e sostegno telefonico full time: **Help line 3490853844**
- Consulenze on-line
- Disintossicazione ambulatoriale e/o residenziale
- Counseling motivazionale
- Visite mediche di valutazione medica
- Visite mediche di valutazione psichiatrica
- Gruppi psicoeducativi
- Gruppi d'auto mutuo aiuto
- Gruppi per familiari
- Colloqui psicoterapici
- Seminari formativi
- "Ferie terapeutiche" giornate residenziali formative
- Controlli tossicologici

*I servizi trasversali*

- Servizio medico \ psichiatrico
- Servizio familiare
- Supervisione clinica
- Supervisione psichiatrica
- Servizio legale
- Servizio d'orientamento professionale
- Servizio d'appoggio abitativo

*Il gruppo di lavoro*

**Federica Bonacini** medico psichiatra

**Maria Pia De Stefani** pedagoga, psicologa clinica e psicoterapeuta sistemica

**Roberta Rossi** psicologa e counselor analitico transazionale

**Antonio Lanzoni** psicologo clinico e psicoterapeuta analitico transazionale

**Eliseo Bertani** educatore professionale e counselor analitico transazionale

**Mario Cipressi** counselor analitico transazionale e coordinatore del gruppo

**Roberto Casotti** sociologo e counselor analitico transazionale

**Sergio Barile** educatore professionale e counselor analitico transazionale

*I nostri recapiti*

La sede dove si svolgono le attività è situata in via Brigata Reggio 29 Reggio Emilia

La sede organizzativa è situata in via Codro 1\1 Reggio Emilia tel 0522/293036 0522/325111  
fax 0522\286133

La sede amministrativa è situata in via Reverberi 3 Reggio Emilia Help line 3490853844

E-mail consulenze on-line info@drogaonline.it

E-mail per il progetto eliseobertani@solidarieta.re.it

E-mail ufficio relazioni esterne mariocipressi@solidarieta.re.it

[www.drogaonline.it](http://www.drogaonline.it)

**BIBLIOGRAFIA**

1. Alcolisti anonimi, "Dodici passi, dodici tradizioni" Alcoholics Anonymous Word Services Inc. New York, (1981)
2. Di Clemente C.C., "Gli stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza" in Guelfi e Spiller (EDS), Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze, il Vaso di Pandora II n° 4 (1994)
3. Dossetti Giuseppe jr. Il viaggio della vita: un cammino spirituale per uscire dalla tossicodipendenza ed diventare uomini" Edizioni Dehoniane Bologna (1993)
4. Eysenck e Keane "Manuale di psicologia cognitiva" Sorbona, Milano, (1995)
5. Kathleen Carroll "Trattamento della dipendenza da cocaina: approccio cognitivo comportamentale" Centro scientifico editore, Torino, (2001)
6. Mc Burney, "Metodologia della ricerca in psicologia" il Mulino, Bologna, (2001)
7. Spiller V. Scaglia M. e Ceva S., "Il modello transteorico, una modalità eclettica di terapia" Bollettino farmacodipendenze e alcolismo XXI (2), (1998)
8. William R. Miller e Stephen Rollnick "Il colloquio motivazionale" Erickson, Trento, (2004)

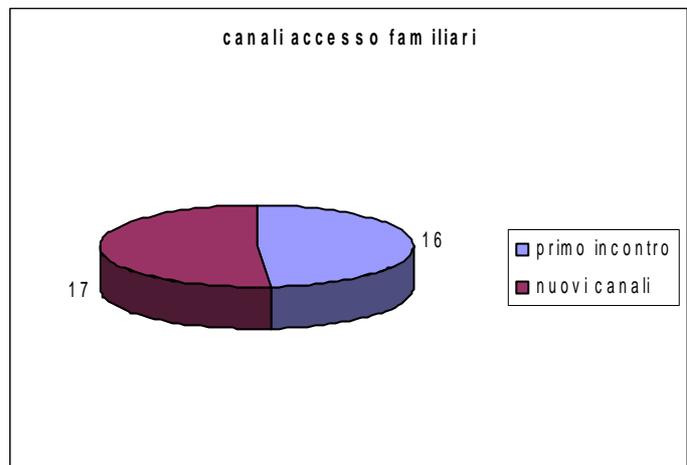
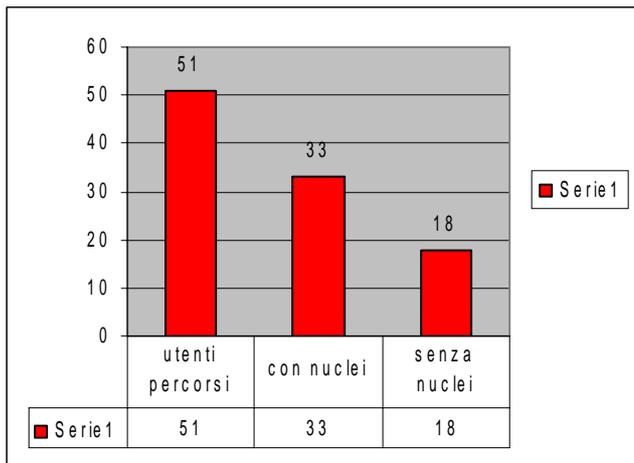
---

E con le famiglie.....

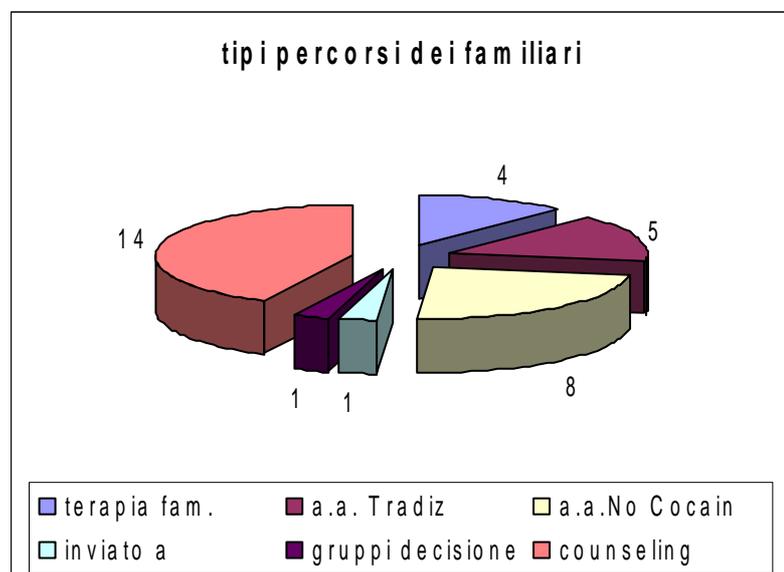
**Settore Famiglie**  
**Dott.ssa *Roberta Rossi***



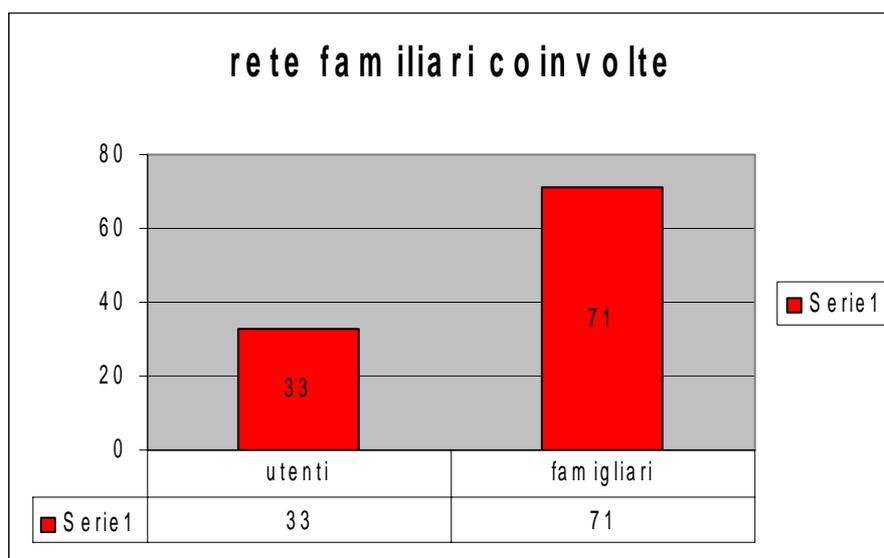
## Una lente d'ingrandimento sui percorsi "No Cocaine"



## Percorsi dei 33 nuclei coinvolti nel programma



## Famigliari attivi nei percorsi



## Le caratteristiche dei nuovi percorsi

### Gruppi “No Cocaine”

Attività:

- Gruppi di mutuo aiuto
- Gruppi di sistema
- Consulenze telefoniche
- Gruppi di contratto
- Gruppo impegni

### Counseling

- Motivazionale
- Sostegno
- Telefonico

## Alcune caratteristiche di massima dei partecipanti ai percorsi

- Si attivano velocemente per affrontare il problema
- sono famiglie-risorsa, predisposte al “fare”.
- C’è una forte compliance alla cura ( inteso come percorso).
- Sono le famiglie che “funzionano”, prevalentemente professionisti, hanno un buon lavoro.

## Quali motivi spingono i familiari ad avvicinarsi al centro

### Arrivano perché

- allarmati da una crisi “economica”
- perdita di controllo:  
Incidenti stradali, abbuffate di sostanze (cocaina/alcool), stress importanti nelle relazioni
- Problemi con la giustizia



# FOTO



**Marcello Stecco**, Ass.re alle politiche sociali della Provincia di Reggio Emilia - *alla sua destra Don Giuseppe Dossetti*, Pres. Del CEIS di Reggio Emilia e *Ivan Mario Cipressi*, Educatore e Coord.re CEIS Reggio Emilia



**Prof.re Umberto Nizzoli** - *alla sua destra Alessandro Dionigi*, Coord.re Rete FICT Cocaina e Psicopedagoga CEIS "Il Pettiroso" di Bologna



*Paolo Fioravanti* - Pedagogista CEIS di Firenze



**Dr.ssa Mariafederica Massobrio** - Dir.re Centro Gulliver di Varese e Resp.le Reti Tematiche FICT

---

# **Campagna Informativa e di Prevenzione CEIS di Reggio Emilia**



*Non tirartela*

**LA COCAINA NON È SOLTANTO  
UNA QUESTIONE DI CUORE  
INFORMATI!**

**WWW.DROGAONLINE.IT**

**Cell.: 349.0853844**



ADESIVI DA ESTERNO



Segreteria FICT

Via di Bravetta 395 - 00164 Roma

Tel. 06.66166668 - Fax. 06.66141428

E- mail: [comunicazione@fict.it](mailto:comunicazione@fict.it)

Sito web: [www.fict.it](http://www.fict.it)

**Gli atti sono stati curati  
dall'Ufficio Comunicazione FICT**