

Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope

Pazienti e professionisti
a confronto

a cura di Cleto Corposanto,
Raffaele Lovaste

RICERCA
SPENDIBILITÀ

Salute e
società



FrancoAngeli

Salute e Società

collana diretta da Costantino Cipolla

La Collana *Salute e Società* si inserisce in una rete di natura più vasta, collegata operativamente da un logo comune e concettualmente da un *Manifesto* programmatico (pubblicato sul n. 1, a. I, 2002 della Rivista omonima), che contempla le seguenti iniziative, qui segnalate con i rappresentanti che ne compongono il *Consiglio di direzione*:

- Laurea Specialistica in *Sociologia, Politiche Sociali e Sanitarie* (con curriculum in *Sociologia della Salute*): Costantino Cipolla, Università di Bologna;
- Rivista *Salute e Società*, quadrimestrale edito da FrancoAngeli: Antonio Maturò, Università di Bologna;
- Delegato SISS (*Società Italiana di Sociologia della Salute*): Tullia Saccheri, Università di Salerno;
- Master Universitario di II livello in *Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari dal punto di vista del cittadino*: Leonardo Altieri, Università di Bologna;
- Centro di Ricerca Interdipartimentale sui *Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare* (C.R.I.S.P.): Guido Giarelli, Università della Magna Graecia (Catanzaro);
- Master Universitario di I livello in *Il coordinamento, la progettazione e la gestione dei servizi di educazione, comunicazione e promozione della salute*: Sebastiano Porcu, Università di Macerata;
- Centro di Studi Avanzati sull'*Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale* (Ce.Um.S): Francesca Cremonini, Università di Bologna;
- Master Universitario di I livello in *Funzioni Specialistiche e Gestione del coordinamento nelle Professioni Sanitarie*: Anna Coluccia, Università di Siena;
- Storico per la *Croce Rossa Internazionale*: Paolo Vanni, Università di Firenze.

Attività di Alta Formazione:

- Corso di Alta Formazione in *Welfare State e cittadinanza: gay, lesbiche, bisex, trans* (Università di Bologna): Tutor Agnese Accorsi, agnese.accorsi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle sostanze psicoattive* (Università di Bologna): Tutor Alessia Bertolazzi, alessia.bertolazzi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Sociologia della salute e Medicine non convenzionali* (Università di Bologna): Tutor Veronica Agnoletti, agnoletti.veronica@libero.it

Ognuna delle attività citate fa capo a reti singole e collettive nazionali ed internazionali, accademiche e professionali, sociologiche e di altre discipline che concorrono complessivamente, a vario titolo, alla presente iniziativa editoriale.

La Collana, che prevede, per ogni testo, la valutazione di almeno due *referee anonimi*, esperti o studiosi dello specifico tema, si articola in tre sezioni:

Confronti

In questa sezione sono pubblicati testi che fanno della comparazione geografico-istituzionale, storica, epistemologica il senso della propria elaborazione nell'ottica della tolleranza, del pluralismo competitivo e delle soluzioni, o decisioni, migliori per la qualità della vita socio-sanitaria dei cittadini. La continuità e la coerenza di tale approccio è garantita dalla Rivista *Salute e Società*.

Teoria e metodologia

In questa sezione compaiono testi teorici o di riflessione metodologica sulle dimensioni sociali della medicina di impianto anche interdisciplinare e, comunque, inerenti le scienze umane concepite in senso lato.

Ricerca e spendibilità

In questa sezione sono presentati volumi che riprendono indagini, più o meno ampie, di natura empirica o che investono in un'ottica applicativa e spendibile sia lungo il percorso culturale e co-educativo della divulgazione e della vasta diffusione, sia nella prospettiva dell'incidenza sulla realtà socio-sanitaria o, più in generale, dell'influenza sulla salute/malattia.

Responsabile redazionale: Ilaria Iseppato, ilaria.iseppato@libero.it

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “informazioni” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a: “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope

Pazienti e professionisti
a confronto

a cura di Cleto Corposanto,
Raffaele Lovaste

FrancoAngeli

Il volume è frutto di un'indagine finanziata dalla Provincia Autonoma di Trento.

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Rose Marie Callà e Lorella Molteni.

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Introduzione alla vision sulla tossicodipendenza , di <i>Costantino Cipolla e Alessia Bertolazzi</i>	pag.	9
1. Le culture della droga fra consumatori ed operatori dei servizi	»	14
Riferimenti bibliografici	»	21
1. L'uso di sostanze psicoattive in provincia di Trento. Scenari e rappresentazioni fra utenti e operatori di servizi , di <i>Cleto Corposanto e Raffaele Lovaste</i>	»	25
1. L'ambito di indagine	»	25
2. Il consumo di sostanze psicotrope ed i servizi di cura e riabilitazione dagli anni Sessanta ad oggi	»	27
2.1 La vision della tossicodipendenza ed i provvedimenti legislativi	»	33
2.2 Le politiche sulla tossicodipendenza in Trentino	»	34
Riferimenti bibliografici	»	35
2. Il Ser.T: pazienti e professionisti a confronto , di <i>Lorella Molteni, Raffaele Lovaste e Roberta Ferrucci</i>	»	37
1. Premessa	»	37
1.1 La vision dei Ser.T del Trentino	»	37
1.2 Valutazione dei risultati	»	41
2. L'indagine sugli utenti del servizio	»	41
2.1 Le caratteristiche degli intervistati	»	41
2.2 Le ipotesi di lavoro	»	44
2.3 Le culture della droga	»	46
2.4 Il rapporto con la cura e con i servizi	»	58

3. L'indagine sugli operatori	»	65
4. Riflessioni conclusive	»	70
Riferimenti bibliografici	»	72
3. Le comunità terapeutiche: utenti e professionisti a confronto , di <i>Rose Marie Callà e Raffaele Lovaste</i>	»	75
1. Premessa	»	75
2. I risultati dell'indagine	»	78
2.1 La consapevolezza sulle droghe, la percezione del rischio, le conseguenze reali	»	79
2.2 Perché lo fai?	»	83
2.3 Tossicodipendenza: cosa è?	»	83
2.4 Droga: che fare?	»	85
2.5 Camminiamo verso la stessa meta? Grado di condivisione sugli obiettivi dei programmi terapeutici tra operatori e utenti	»	87
2.6 M'ama, non m'ama? Il grado di soddisfazione degli utenti rispetto al servizio	»	89
2.7 Dimmi come stai e ti dirò chi sei	»	93
3. Conclusioni	»	95
Riferimenti bibliografici	»	97
4. Percorsi di chi si rivolge ad Alcologia , di <i>Lorella Molteni, Roberto Pancheri e Francesca Guarino</i>	»	99
1. I Servizi di Alcologia della Provincia Autonoma di Trento	»	99
2. I risultati dell'indagine	»	103
2.1 Significatività del campione e sua descrizione	»	103
2.2 Caratteristiche socio-anagrafiche del gruppo degli <i>eterodiretti</i>	»	106
2.3 Caratteristiche socio-anagrafiche del campione degli <i>autodiretti</i>	»	108
3. L'alcol come droga	»	112
4. Motivazioni del bere, esperienza personale e consapevolezza dei rischi	»	115
5. Le proposte di intervento	»	121
6. Colloquio motivazionale e percorso di trattamento	»	124
7. Riflessioni conclusive	»	130
Riferimenti bibliografici	»	131

5. Il mondo sommerso dei consumatori di droghe: i segnalati al NOT , di <i>Alessia Bertolazzi e Nadia Gadotti</i>	»	135
1. Il Nucleo Operativo Tossicodipendenze nel quadro normativo italiano	»	135
1.1 L'illecito amministrativo	»	137
1.2 L'illecito penale	»	138
2. Il ruolo complesso del NOT	»	139
3. Il fenomeno droga dal punto di vista dei segnalati al NOT	»	141
4. Il consumo normalizzato, tra negazione e autocontrollo	»	147
Riferimenti bibliografici	»	151
6. La percezione della tossicodipendenza degli operatori preposti alla cura e alla riabilitazione , di <i>Rose Marie Callà</i>	»	153
1. Premessa	»	153
2. Confronto delle risposte al questionario da parte dei professionisti del Ser.T e delle Comunità Terapeutiche convenzionate	»	154
2.1 La percezione del rischio associato al consumo	»	155
2.2 La percezione del fenomeno "tossicodipendenza"	»	159
2.3 I concetti "consumatore non problematico" e "consumatore problematico" di sostanze psicoattive: un confronto	»	163
2.4 La valutazione dei servizi da parte dei professionisti	»	166
2.5 Riflessioni conclusive	»	171
3. I focus group nel "corpus" della ricerca realizzati con i professionisti del Ser.T e del Servizio Alcologia	»	173
3.1 Il focus group realizzato con i professionisti del Ser.T	»	174
3.2 Il focus group realizzato con i professionisti del Servizio Alcologia	»	179
3.3 Le differenze significative rilevate nell'ambito dei focus group tra gli operatori del Servizio Alcologia e il Ser.T	»	183
3.4 Una riflessione sulle risposte ai questionari fornite dai professionisti del Servizio Ser.T e sulle informazioni tratte dal focus group	»	184
4. Conclusioni	»	185
Riferimenti bibliografici	»	188

7. Tossicodipendenza e servizi dal punto di vista degli utenti di Alcologia, Ser.T e Comunità Terapeutiche , di <i>Alessia Bertolazzi e Alexandra Ramirez</i>	»	191
1. Atteggiamenti verso le droghe: un confronto	»	192
1.1 La percezione dei danni alcol e droga-correlati	»	194
1.2 Riflessioni su controllo sociale e responsabilità individuale	»	196
2. La tossicodipendenza nel vissuto soggettivo degli utenti	»	201
2.1 La valutazione del servizio da parte degli utenti	»	204
Riferimenti bibliografici	»	209
Conclusioni , di <i>Cleto Corposanto e Raffaele Lovaste</i>	»	211
Appendice metodologica. La lettura integrata del fenomeno droga nel territorio trentino: il percorso metodologico , di <i>Lorella Molteni</i>	»	217
Appendice documentaria. Il questionario con le percentuali di frequenza , di <i>Lorella Molteni</i>	»	239
Gli autori		297

Introduzione alla vision sulla tossicodipendenza

di *Costantino Cipolla e Alessia Bertolazzi*¹

L'indagine che è stata descritta analiticamente nel corso dei contributi che compongono il volume non è semplicemente riconducibile ad una ricerca sulla qualità percepita dagli utenti dei servizi per la cura e riabilitazione delle dipendenze. Lo scopo principale è più ambizioso e consiste nel riuscire a cogliere i significati attribuiti all'esperienza dell'uso di droghe sia da parte di coloro che stanno vivendo o hanno vissuto quella determinata esperienza, sia da parte dei professionisti che operano nei servizi e che devono affrontare tale problema. Sono stati interrogati, quindi, da un lato gli utenti che afferiscono ai servizi del Ser.T, delle Comunità Terapeutiche e di Alcologia; dall'altro, gli operatori che vi lavorano e che sono composti da differenti profili occupazionali (medici, infermieri, psicologi, educatori sociali, ecc.). In particolare, abbiamo voluto approfondire due aspetti: il primo riguarda le attribuzioni di senso rispetto al concetto generale di tossicodipendenza e alle cause e conseguenze che questa condotta comporta; nel secondo, si è voluto approfondire quale fosse la percezione dei servizi sia per professionisti che per utenti, esaminando per i primi il grado di adesione alla mission del servizio, per i secondi l'esperienza soggettiva dei trattamenti ricevuti per uso problematico di sostanze.

Gli obiettivi della ricerca rispondono ad un'esigenza comune a tutti i servizi che operano oggi nel campo delle dipendenze e che si trovano di fronte ad un fenomeno in continuo mutamento. L'esigenza è quella di cogliere le nuove tendenze nei modelli di consumo e di riadattare il servizio per rispondere a questi bisogni emergenti.

Abbiamo già esaminato in più luoghi (cui rimandiamo il lettore che voglia approfondire) quelle che si prefigurano come le nuove propensioni del

¹ La prima parte dell'Introduzione è stata scritta da Costantino Cipolla, il paragrafo 1 da Alessia Bertolazzi.

consumo di droghe, affrontando il tema del policonsumo² e come in esso si venga a manifestare l'attuale *cultura della droga* [Cipolla 2007a: 28]; o riflettendo sul processo di normalizzazione che pare coinvolgere l'uso di alcune sostanze, in particolare la cannabis [Cipolla 2008].

Se oggi i Ser.T si trovano a dover affrontare nuove sfide, costituite dalla diffusione di cocaina e delle cosiddette *club drugs*, resta pur sempre salda la realtà che nella maggior parte degli utenti che arrivano ai servizi è ancora diffusa come sostanza prevalente l'eroina. Quella che si delineava come un'emergenza sanitaria a cavallo fra gli anni ottanta e novanta resta ad oggi un fenomeno da tenere sotto stretta osservazione. Questo in relazione a due elementi: una decrescente percezione del rischio verso tale sostanza (molti giovani consumatori ritengono che l'eroina inalata o fumata sia meno pericolosa in termini di dipendenza e tossicità, rispetto all'assunzione per via parenterale) e i nuovi modelli di utilizzo che stanno avanzando tra i giovani assuntori (ad esempio, l'utilizzo dell'eroina in una modalità di policonsumo, laddove viene specificatamente ricercato un effetto sedante per annullare quello prodotto da sostanze psicostimolanti assunte in precedenza).

Rispetto alla sostanza primaria di utilizzo, l'utenza del Ser.T di Trento rispecchia una situazione usuale per i servizi, soltanto parzialmente toccata dalle nuove tendenze del consumo di stupefacenti. Infatti, «l'89% dell'utenza complessiva risulta in carico per problemi derivanti dall'uso primario di oppiacei (eroina ed altri oppiacei), il 6% utilizza primariamente cocaina, il 4% cannabis e il rimanente 1% dichiara un uso primario di altre sostanze illegali» [Aa.Vv. 2006: 68], anche se risultano in aumento fra i

² Sul policonsumo – fenomeno complesso ed articolato nelle sue manifestazioni – abbiamo avanzato una classificazione:

- a sostanza dominante: si intende un policonsumo “anomalo, mascherato”, che si verifica quando il consumo di una specifica sostanza è prevalente e le altre assolvono a funzioni subordinate (es. controllare gli effetti della prima, o amplificarli);
- complementare e/o a rinforzo incrociato fra più sostanze: è il mix specifico che prevale sulla singola sostanza, che può cambiare per tempo e per luogo e che non vale solo di per sé;
- a “supermarket” (combinazione variabile e contingente): la combinazione di sostanze perde qualsiasi logica funzionale; a dominare è la ricerca di uno stato alterato della coscienza;
- a successione temporale: non si tratta di un uso simultaneo, ma diacronico; le droghe vengono assunte una per una nel tempo, come se ogni droga trovi una fase o un contesto delimitato della vita in cui esprimersi;
- secondo principi razionali di separazione e funzionalità: la differenziazione funzionale del consumo porta ad utilizzare le varie sostanze in situazione ben specifiche;
- contestuale: si organizza in modo contingente, senza che la poliassunzione acquisiti un valore in sé, ma laddove giocano molteplici fattori nel modello di consumo, come il setting, la disponibilità delle sostanze, le interazioni sociali con altri significativi;
- gestito da condizionamenti strutturali: il policonsumo deve adattarsi a condizioni strutturali, come prezzo, disponibilità e purezza della sostanza.

nuovi utenti coloro che accedono al Ser.T per uso problematico di cocaina (18% sui nuovi utenti per il 2006) e cannabis (17%).

Dagli anni sessanta in poi, il percorso intrapreso dai servizi organizzati per la cura e riabilitazione dell'uso problematico di droghe è andato in direzione di una medicalizzazione del fenomeno, di un "approccio terapeutico", talvolta sfociato nel "terapeutismo". Il *disease model* invade gran parte del discorso sulle dipendenze e forse non è del tutto un caso che si siano diffusi nel tempo gli episodi di comorbilità psichiatrica.

Sappiamo che per la letteratura scientifica, la tossicodipendenza da eroina costituisce una "malattia cronica recidivante", per cui oltre a valutare l'eventuale recidiva, restano in sospeso le problematiche collegate al fatto che stiamo trattando di una "malattia" *cronica* specifica, che avrà necessariamente *implicazioni socio-sanitarie di lungo termine*. Accogliere l'idea della cronicità del percorso tossicomano significa non considerare la fuoriuscita dallo stato di addiction dalla sostanza stupefacente come step conclusivo dell'intervento terapeutico, bensì come condizione sufficiente e necessaria per accompagnare l'utente verso un reinserimento sociale adeguato. Tuttavia, proprio su quest'ultimo aspetto da alcuni è stata individuata una certa debolezza dell'attuale sistema di intervento sulla tossicodipendenza a livello nazionale. Le quote elevate di utenza cronica che si registrano tra i tossicodipendenti in carico costituirebbero l'epifenomeno di una precisa tendenza: «l'assenza in Italia di un impegno sistematico per il reinserimento socio-lavorativo dei tossicodipendenti (che) rischia di diminuire l'efficacia e l'impianto delle attività riabilitative svolte» [Segre 2000: 179]. L'insufficiente impegno per il reinserimento lavorativo – in modo particolare – e più in generale per il reinserimento sociale costituirebbe un ostacolo per il completo affrancamento dai problemi di dipendenza, nonché un «conseguente scoraggiamento e senso di inutilità di molti operatori» [ivi].

Se possiamo accettare l'idea che, giunta alla dipendenza, l'assunzione di droga debba essere considerata e curata in termini di "patologia", non possiamo lasciar passare sotto traccia il fatto che essa costituisca una patologia bio-psico-sociale e come tale va trattata, secondo una logica di *integrazione socio-sanitaria* e di alto rigore professionale.

Difatti, occorre precisare che la declinazione del modello di sanità pubblica nelle varie realtà regionali incontra poi applicazioni più mirate e tarate sui bisogni emergenti dell'utenza. Ad oggi, la multidimensionalità dell'intervento e la necessità di articolare un progetto di cura extra-farmacologico sono valori piuttosto diffusi nel mondo dei servizi. L'obiettivo delle terapie è comunque il raggiungimento del massimo livello di funzionalità psico-fisica del soggetto, vale a dire la sua fuoriuscita da una condizione di tossicità e di addiction. A tal fine le azioni più spesso intraprese – in alternativa ai percorsi farmacologici, che prevedono la somministrazione controllata e a scalare di farmaci agonisti/antagonisti (metadone,

buprenorfina, naltrexone) – si riconducono a percorsi terapeutici *drug free*, in cui non si ricorre all'intervento di tali farmaci, ma si punta su interventi psico-sociali di supporto (psicoterapia individuale e familiare, attività di counselling, gruppi di auto-aiuto...).

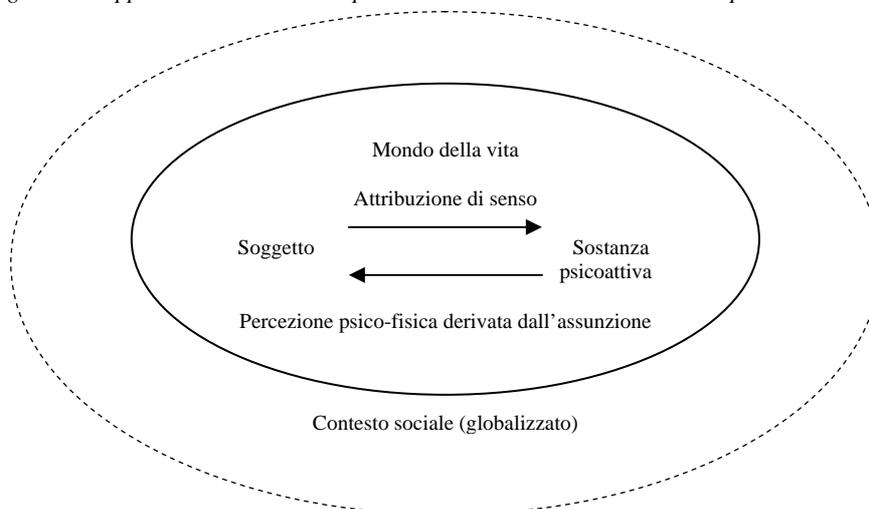
Le tipologie di trattamento dell'uso problematico di sostanze psicoattive oggi implementate in realtà vanno sempre più articolandosi, da interventi di natura prettamente farmacologica, a programmi psicologici, fino ad interventi di tipo educativo e socio-relazionale. Un programma terapeutico di recupero e di reinserimento sociale di rado si appoggia ad un solo percorso terapeutico; più spesso vede il susseguirsi o il ricorso concomitante a differenti terapie (ambulatoriale o residenziale; farmacologica, psicologica, socio-relazionale, ecc.), in una logica di trattamento integrato da adattarsi ai bisogni e alle specificità dell'utente.

Rispetto agli utenti, occorre uscire da una dimensione concettuale che intenda il consumatore problematico di sostanze come soggetto limitatamente ricettivo, poco affidabile, con scarsi livelli di compliance e di adesione alle cure in ragione delle peculiarità della condotta tossicomana (perdita di autocontrollo e di capacità decisionale, che si manifesterebbero nel desiderio compulsivo di assumere le sostanze).

Anche una supposta rinuncia all'autonomia di giudizio degli assuntori problematici di sostanze non può farci desistere dall'impegno di rilevare ed ascoltarne le opinioni, tendendole nel giusto conto al fine di attivare un processo di compliance verso le cure erogate. Esistono diversi strumenti di valutazione della soddisfazione dell'utente tossicodipendente³, che però spesso presentano il limite di indagare più che altro aspetti relativi a risorse materiali ed umane afferenti al servizio e risultano carenti nell'indagare la *definizione di situazione* del consumatore problematico di sostanze. Le percezioni cognitive elaborate dagli utenti e dagli operatori sulla condizione di tossicodipendenza sono un elemento certamente interessante per il ricercatore, che può così coglierne i modelli culturali di riferimento, ma costituiscono parimenti un indicatore non trascurabile per i servizi. Le rispettive attribuzioni di senso, infatti, possono condizionare le motivazioni dei soggetti, da un lato ad aderire alle cure, dall'altro ad erogare un intervento efficace. Sia per i fruitori sia per le professionalità impegnate nel servizio, è inevitabile la mediazione con i mondi di vita e il contesto sociale di riferimento nella costruzione di tali elaborazioni (cfr. fig. 1).

³ Per una rassegna sugli strumenti di *customer satisfaction* degli utenti tossicodipendenti, si rimanda al testo curato da Ugolini [2005].

Fig. 1 – Un approccio co-relazionale per la ricerca sul consumo di sostanze psicoattive



Fonte: Cipolla [2007b: 205]

La rappresentazione sociale della tossicodipendenza sta progressivamente mutando; o meglio, si profilano più contesti culturali di riferimento, in cui il consumo di sostanze psicoattive e, ancora più specificatamente, le diverse tipologie di droghe assumono significati differenti. All'interno di una cultura generale della droga, si ritagliano micro-culture o sub-culture drogastiche e le situazioni che si incrociano sono almeno 4 (cfr. tab. 1):

a) il primo caso presenta una concezione sociale della droga come *male in sé e per sé* al di là della sostanza in campo;

b) il secondo trasforma questa percezione generale in una questione *selettiva* o *mirata* verso uno specifico obiettivo, non di rado ideologico;

c) il terzo ci propone una visione più possibilista, che rimanda a suo modo ad un deficit sociale, un *male da gestire*, da ridurre nelle sue conseguenze e comunque da tollerare, prevenire e vagliare nelle difformi contingenze;

d) l'ultimo caso, infine, mette in luce un processo di normalizzazione, volto a rendere la droga il *più normale ed irrilevante* possibile, con strategie di affossamento, di dissuasione, di contenimento preventivo, autogestionale e terapeutico del danno prodotto o derivato dalle sostanze psicotrope.

Tab. 1 – Cultura della droga o culture di ogni specifica droga?

<i>Cultura della droga</i>	<i>Cultura generale</i>	<i>Sub-cultura generale</i>
<i>Funzione delle varie droghe</i>		
<i>Cultura mirata ed esclusiva</i>	a) teoria dei gradini e dell'accesso. Policonsumo. Sostanza egemone omologata al resto	b) ruolo centrale di quella sostanza e di quella sub-cultura (con pochi travasi)
<i>Cultura allargata ed aperta</i>	c) vale il principio dell'alterazione del cervello, al di là della sostanza psicoattiva in gioco (supermarket?)	d) normalizzazione della droga per regolazione normativa o per emersione sociale. Consumo confinario, occasionale

Fonte: Cipolla [2008: 16]

Si tratta di prospettive che si trovano a coesistere nel mondo dei consumatori e degli operatori del settore. Anticipiamo che questa frammentazione in differenti scenari interpretativi sarà verificata dai dati raccolti nella presente indagine: lo dimostrano gli atteggiamenti verso l'uso di droga riscontrati nei gruppi di intervistati che non sono espressamente in trattamento per abuso di sostanze (i segnalati al NOT e quelli per guida in stato di ebbrezza). All'idea di "tossico" come soggetto malato, emarginato, deviante, in cui il legame con la sostanza è rimandato ad un livello esclusivamente di natura interna al singolo individuo (come patologia mentale o "della volontà"), si apre la prospettiva di un soggetto più riflessivo, di un consumatore consapevole e responsabile della propria condotta, integrato socialmente e in grado di far conciliare il proprio pattern di consumo con gli impegni di vita e i ruoli sociali in cui è implicato.

Conseguentemente, un processo evolutivo necessario ai *servizi per le sostanze psicotrope* è quello verso la *differenziazione e l'identificazione funzionale*. Ciò sia in direzione delle singole sostanze d'abuso che separano l'eroina dal resto, la cocaina dalla cannabis e così via, sia per quanto concerne situazioni sociali specifiche, come, ad esempio, il carcere, i poliasuntori, le donne, gli immigrati, la comorbilità o la cosiddetta "doppia diagnosi" e così via.

1. Le culture della droga fra consumatori ed operatori dei servizi

Un obiettivo specifico della ricerca qui presentata è stato quello di cogliere la *definizione di situazione* in merito al concetto generale di tossico-

dipendenza. Detto altrimenti, si è cercato di individuare i tratti principali della *vision* espressa dalle diverse tipologie di utenza dei vari servizi e dagli operatori di Ser.T e Comunità; *vision* riguardante l'uso di droghe e il ruolo dei servizi nel tentativo di recupero dalla dipendenza.

Abbiamo già illustrato come le attribuzioni di senso dei soggetti siano elaborate attraverso la mediazione di livelli sovra-individuali (mondi della vita e contesto sociale globalizzato; cfr. fig. 1) e dei loro contesti culturali (costituiti in norme e valori). Questo sistema di norme e di valori influenza in modo diretto la condotta individuale, incidendo sulla definizione che ogni soggetto elabora sulla realtà. Riprendiamo il concetto di definizione di situazione da Thomas e Znaniecki. I due autori ci spiegano che l'azione sociale chiama sempre in causa due elementi: a) il valore sociale: «intendiamo ogni dato che abbia un contenuto empirico accessibile ai membri di un gruppo sociale e un significato in riferimento al quale esso è o può essere oggetto di attività», per cui rappresentano un valore sia oggetti materiali come un cibo, una moneta, quanto beni immateriali come un brano di poesia, un mito, una teoria scientifica; b) l'atteggiamento: «per atteggiamento intendiamo un processo della coscienza individuale che determina l'attività reale o possibile dell'individuo nel mondo sociale», ovverosia è la contropartita individuale al valore, la fame che spinge a nutrirsi, le idee del poeta, l'interesse ad applicare una teoria e i modi di pensiero che ne conseguono [Thomas e Znaniecki 1968: 26]. Thomas e Znaniecki, inoltre, chiariscono in quale rapporto stanno valore e atteggiamento rispetto all'azione sociale, formulando un principio regolatore per le scienze sociali: «la causa di un valore o di un atteggiamento non è mai un atteggiamento o un valore soltanto, ma è sempre una combinazione di un atteggiamento e di un valore» [*ibidem*: 43].

La combinazione di valore e atteggiamento permette in ogni momento di elaborare una *definizione di situazione*. Con situazione intendiamo l'insieme di atteggiamenti e valori con cui un individuo o un gruppo si relazionano mentre agiscono e successivamente quando valutano i propri risultati. Più precisamente, la situazione comprende: a) le condizioni oggettive (la totalità dei valori economici, culturali, religiosi); b) gli atteggiamenti preesistenti all'individuo e al gruppo, che costituiscono il punto di partenza dell'azione sociale; c) la definizione della situazione, «la concezione più o meno chiara delle condizioni e la consapevolezza degli atteggiamenti» [*ibidem*: 61]. Detto altrimenti, l'individuo è teso a ricostruire un'immagine coerente di sé e del mondo che lo circonda, sulla base delle condizioni oggettive in cui si trova, dei significati mediati dal gruppo, dei suoi bisogni e dei mezzi che possiede per soddisfarli. Mentre agisce, ogni individuo non si trova mai solo, bensì porta dentro di sé significati pregressi, che influenzano la propria definizione di situazione. Da ciò deriva il celebre aforisma: *se*

la gente definisce certe situazioni come reali, esse sono reali nelle loro conseguenze effettive.

Il concetto di definizione di situazione così inteso può essere un efficace strumento analitico per meglio indagare la *vision* espressa dai diversi protagonisti coinvolti nell'indagine; per mettere in relazione il valore (le varie sostanze psicoattive) e gli atteggiamenti manifestati.

Come già descritto nel paragrafo precedente, non pare esserci un'univocità di atteggiamenti verso l'uso di droghe, né a livello teorico, né tanto meno a livello di prassi. Per fare un esempio, rispetto al concetto di dipendenza, riscontriamo un certo dibattito in letteratura sulla sua definizione. A partire da quella fornita dal DSM-IV⁴, da più parti si è messo in evidenza come spesso le definizioni attribuite non tengano nel dovuto conto tutti i fattori sociali e culturali che le influenzano. A seconda del diverso sistema di valori di riferimento, si elabora una differente concezione di dipendenza. Ne elenchiamo almeno tre:

1. *la dipendenza come devianza*: il tossicomane è visto come soggetto moralmente "corrotto" e socialmente deprivato in ragione dell'assunzione di droghe e viene relegato ai margini della società. In questa prospettiva, gli interventi adottati sono di stampo proibizionista, il cui scopo ultimo è di ottenere una società libera da droghe. Tuttavia, i processi stigmatizzanti che si producono hanno nella maggior parte dei casi effetti controproducenti. Il potere attraverso cui «un'etichetta sociale può intervenire nella ridefinizione dell'identità del soggetto ha molto a che vedere con i processi di impotenza appresa, che fanno sì che un individuo non ritenga possibile

⁴ Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* dell'*American Psychiatric Association* indica che si instaura una relazione di dipendenza – come uso patologico di una sostanza che manifesti menomazioni o disagio clinicamente significativo – quando si verificano per un tempo di almeno dodici mesi tre delle seguenti condizioni:

1. tolleranza, come bisogno di dosi progressivamente maggiori per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato, che non sono ottenuti da un uso continuativo di una quantità invariata;

2. astinenza, che si manifesta come sindrome caratteristica per ogni sostanza e che viene attenuata o placata dall'assunzione della sostanza stessa;

3. la sostanza viene assunta in quantità e per periodi di tempo superiori alle intenzioni originarie del soggetto;

4. vi è un desiderio persistente o tentativi falliti di ridurre o controllare la fruizione della sostanza;

5. l'individuo dedica una grande quantità di tempo a procurarsi la sostanza, ad utilizzarla (ad es. fumando una sigaretta dietro l'altra), o a riaversi dai suoi effetti;

6. si verifica una compromissione delle attività sociali, ricreative o lavorative imputabili all'uso della sostanza;

7. l'uso della sostanza si protrae nel tempo nonostante il soggetto abbia la consapevolezza del problema, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato dalla sostanza [APA 1998: 205].

un cambiamento nella sua vita [...], il cronicizzarsi della esclusione» [Meringolo e Zuffa 2001: 152].

2. *La dipendenza come malattia*: nell'Editoriale di un numero curato da R. West della rivista "Addiction", l'autore è piuttosto chiaro: «la gravità del danno medico, psicologico e sociale che può essere causato dall'*addiction*, insieme al fatto che essa viola la libertà di scelta dell'individuo, indica che è appropriato considerarla come un disordine psichiatrico: un disordine della motivazione» [West 2001: 3]. Nel testo *The Medicalization of Deviance*, Conrad e Schneider [1980] riportano un dettagliato excursus sui passaggi che hanno caratterizzato il ruolo della scienza medica rispetto al consumo di oppiacei dal XIX° secolo ad oggi: si è passati dal non considerare la questione, alla sua definizione come problema medico, alla sua criminalizzazione, fino ad una nuova rimedicalizzazione (attraverso la diffusione delle terapie metadoniche). Sul fatto che la dipendenza da sostanze psicoattive abbia a che fare con aspetti patologici, legati alle modificazioni neuro-biologiche indotte dalle sostanze, permangono pochi dubbi. Tuttavia, la dipendenza è un fenomeno assai complesso, che va oltre il sintomo; il rischio è di considerare la parte per il tutto, di patologizzare il tossicodipendente e considerarlo come oggetto di trattamento specialistico. Da ciò, «si moltiplicano le figure degli specialisti del trattamento, psichiatrici, medici, psicologi e terapeuti che vanno a formare un corpus di competenze esperte, ma anche di modi di percepire il problema che istituzionalizzano e riproducono la concezione della tossicodipendenza come patologia» [Fazzi, Scaglia 2001: 13].

3. *La dipendenza come relazione*: «l'*addiction* può esistere soltanto nella relazione fra persone (corpo e mente), azioni (attività e sostanze) e cultura» [Larkin *et al.* 2006: 213]. La rilevanza del contesto sociale nell'influenzare i modelli di consumo è stata supportata dagli studi di Robins sui veterani che durante la campagna militare in Vietnam erano diventati assuntori abituali di oppiacei. Al loro ritorno, soltanto un'esigua parte continuò l'uso della sostanza: allontanati da un contesto altamente stressante, la maggior parte interruppe autonomamente l'assunzione, senza necessità di intraprendere un percorso terapeutico. Altri autori pongono l'accento sulla necessità di attribuire il giusto rilievo ai processi cognitivi che ogni soggetto stabilisce in interazione con altri: «le persone possono provare reazioni emotive effetto di credenze sulle proprie disposizioni emotive» [Elster 2001: 115]. Studi in merito sono stati compiuti da Eiser *et al.* [1978] sui fumatori di tabacco, indagando soprattutto la categoria dei dissonanti. Gli autori giunsero alla conclusione che al fine di ridurre la dissonanza cognitiva derivata dal perpetrare una pratica nociva per la propria salute nella consapevolezza dei rischi, i soggetti si auto-attribuivano una condizione di dipendenza. E questo, chiaramente, ostacolava in loro un effettivo cambiamento della loro condotta.

Possiamo considerare l'universo dei consumatori di droga di fatto diviso in due gruppi: i *consumatori conclamati*, vale a dire coloro che afferiscono ai servizi e che esperiscono pertanto una condizione di problematicità riconosciuta soggettivamente ed intersoggettivamente; i *consumatori sommersi*, che invece non arrivano ai servizi (se non per via indiretta, ad esempio per mezzo della segnalazione delle Forze dell'Ordine) e nella maggior parte dei casi non individuano un'eventuale situazione di problematicità nella loro condotta (né spesso viene identificata dai gruppi formali od informali con cui si trovano ad interagire, come la famiglia, il gruppo dei pari, la scuola, l'ambiente di lavoro, ecc.). Pertanto, paiono profilarsi due orientamenti di senso tra i consumatori di droghe:

a) la permanenza di una visione di tossicodipendenza come condizione patologica, che si rivela nell'adesione ai servizi, alle terapie farmacologiche e ad una definizione di dipendenza "medicalizzata";

b) l'avanzare di una nuova rappresentazione collettiva di "consumatore di sostanze", come soggetto riflessivo, integrato socialmente, che assume sostanze psicoattive in una logica di *normalizzazione* di tale pratica sociale e di negazione del rischio.

Rispetto alla tesi della normalizzazione [Parker e Aldridge 1998; Parker *et al.* 2002; Parker 2005], i fattori che hanno indotto alcuni studiosi ad applicare il concetto al campo dell'uso di sostanze soprattutto per le fasce più giovani della popolazione sono:

1) l'aumento della contiguità e della disponibilità delle sostanze illegali tra i giovani;

2) il tasso crescente di "sperimentatori" (soggetti che provano la sostanza per la prima volta);

3) il tasso di "utilizzatori" (soggetti che assumono droghe più o meno abitualmente);

4) un atteggiamento di tolleranza (*accomodating*) verso il consumo sensato e ricreazionale, rilevato in particolare anche tra chi non ricorre all'uso di sostanze psicoattive;

5) il livello di adattamento culturale che la società manifesterebbe nei riguardi del consumo di droghe illegali a scopo ricreazionale.

Ad avviso dello stesso Parker [2005], se la normalizzazione come modello esplicativo resta ancora dubbia per alcune sostanze (*dance* e *club drug*, in particolare *ecstasy*), per la cannabis essa appare invece confacente; così almeno sembrano indicare i riscontri empirici raccolti⁵. A colpire

⁵ Lo studio di Parker *et al.* su una coorte di adolescenti monitorati in tre periodi diversi (1991, 1995, 2000) ha riportato per la cannabis valori piuttosto elevati per quanto riguarda accesso, disponibilità, numero degli sperimentatori ed utilizzatori. Rispetto alle altre due dimensioni, che rilevano il grado di "normalizzazione culturale" della pratica del fumare cannabinoidi, la metà dell'insieme degli astinenti da droghe ha amici che utilizzano cannabis e oltre i 2/3 ne tollerano l'uso [Parker *et al.* 2002].

l'attenzione degli autori è soprattutto il rilievo dato alla diffusione nelle società contemporanee di un atteggiamento sociale di legittimazione del consumo di sostanze illegali secondo modalità accettabili rispetto al bilancio costi/benefici individuali e collettivi.

Dal punto di vista dei consumatori di droghe, invece, sono diverse le prospettive esplicative che spiegano la normalizzazione del consumo. La teoria della negazione del rischio (che riprende la teoria della neutralizzazione di Sykes e Matza) ci spiega come soggetti socialmente integrati e utilizzatori di sostanze possano auto-giustificare il proprio consumo, attraverso adattamenti essenzialmente cognitivi. Nello specifico, adottando tre strategie⁶ [Peretti-Watel 2003]:

a) *il capro espiatorio*: si traccia un confine simbolico tra un "noi" (persone sicure) e un "loro" stereotipato (persone a rischio). Il consumatore abituale di sostanze (ad es. il fumatore di cannabis) nega la sua eventuale problematicità, aderendo a stereotipi sociali creati attorno a categorie di consumatori più a rischio (l'eroinomane, il cocainomane...) come giustificazione per la propria condotta;

b) *la fiducia in sé*: al fine di negare il rischio, le persone tendono a sovrastimare la loro capacità di evitare o saper controllare situazioni rischiose ("smetto quando voglio");

c) *la comparazione fra rischi*: consiste nel comparare la propria condotta rischiosa con altre già accettate dalla maggioranza delle persone e rivela spesso nelle persone un atteggiamento fatalistico.

Altri autori, invece, mettono l'accento sulla capacità da parte degli assuntori di auto-regolarsi. Zinberg ha compiuto numerosi studi sull'uso controllato di droghe, sostenendo che «la tesi che l'uso intossicante di droghe dipenda soltanto dalla sostanza o da una personalità disturbata potrebbe apparire attraente a coloro che accettano la condanna morale che la società ha applicato all'uso di droghe illegali» [Zinberg 1984: 191, testo dell'autore]. La capacità di autocontrollo presuppone tuttavia un soggetto razionale: come sostengono Boys *et al.*, «per molti giovani la decisione di usare una sostanza è basata su un processo valutativo razionale piuttosto che su una reazione passiva al contesto nel quale la sostanza è utilizzabile» [2001: 291]. Si tratta di una condizione difficilmente verificabile, perché implicherebbe un soggetto pienamente cosciente di tutte le conseguenze derivabili dalle sue azioni. Più che di razionalità, dovremmo allora forse parlare di *riflessività*, che consiste nel fatto che «le pratiche sociali vengono costantemente esaminate e riformate alla luce dei nuovi dati acquisiti in merito a queste stesse pratiche, alterandone così il carattere in maniera sostanziale» [Giddens 1994: 46-47]. Le società contemporanee, secondo alcuni autori, sono

⁶ Per approfondimenti, si rimanda al saggio di A. Bertolazzi e N. Gadotti contenuto nel presente volume.