



Vinciamo

Insieme le

Tossicodipendenze con l'

Amore

PROGETTO V.I.T.A.

Vinciamo Insieme
le Tossicodipendenze
con l'Amore

a cura di Gerardo Magro

Piano di Zona dell'Ambito territoriale di Putignano:
Area Dipendenze Patologiche, Anni 2006-2007-2008
Progetto di sensibilizzazione e prevenzione
in collaborazione con il Ser.T.-Attività di formazione
e informazione nelle scuole

FrancoAngeli

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 “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

PROGETTO V.I.T.A.

Vinciamo Insieme
le Tossicodipendenze
con l'Amore

a cura di Gerardo Magro

Piano di Zona dell'Ambito territoriale di Putignano:
Area Dipendenze Patologiche, Anni 2006-2007-2008
Progetto di sensibilizzazione e prevenzione
in collaborazione con il Ser.T.-Attività di formazione
e informazione nelle scuole

FrancoAngeli

Il volume viene pubblicato con le Risorse finanziarie del Piano Sociale di Zona,
Area Dipendenze Patologiche, dell'Ambito territoriale di Putignano (BA), Anni
2006-2007-2008.

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2011 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 della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Prefazione, di *Gianvincenzo Angelini De Miccolis* pag. 7

Introduzione. “Al termine di un viaggio...”, di *Gerardo Magro* » 9

Prima parte. Riflettere sulla prevenzione

I nuovi scenari della prevenzione, di *Alberto Rossati* » 13

Prevenzione delle dipendenze patologiche e territorio, di *Antonio Taranto* » 25

Seconda parte. Agire nella/per la prevenzione. Il Progetto V.I.T.A. dell’ambito territoriale di Putignano

Il Progetto V.I.T.A.: storia, significati ed attività, di *Gerardo Magro* » 37

Una riflessione sull’esperienza di prevenzione dell’Associazione Famiglie S. Filippo Neri, di *Rosario Pacillo* » 47

La tossicodipendenza vista dai ragazzi, di Antonella Sisto	pag. 53
I risultati di un'esperienza, di Natale Pepe	» 59
Terza parte. Le testimonianze	
Gli incontri con gli studenti	» 77
Gli incontri con i docenti, i genitori, le parrocchie e le associazioni	» 79
Le figure di supporto	» 80
La consulenza	» 81
Il parroco	» 82
Le altre testimonianze	» 83
Il Concorso "Vinciamo insieme le tossicodipendenze con l'amore"	» 86

Prefazione

È con vivo piacere che mi onoro di scrivere l'incipit di questo testo, frutto di un lungo e faticoso lavoro compiuto negli ultimi anni grazie alla forte volontà dei Sindaci dei Comuni di Alberobello, Castellana Grotte, Noci, Locorotondo e Putignano e della ASL BA, uniti nelle attività dei Servizi Sociali (Piano di Zona).

Sin dal 2005, in fase di redazione del primo Piano di Zona, è stata individuata l'area di intervento condivisa del disagio derivante dalla tossicodipendenza stanziando anche le somme per intraprendere iniziative di studio e contrasto al problema.

Con questo spirito sono state individuate le Associazioni operanti sul territorio in questo settore e si è avviata una positiva sinergia tra Pubblico e Privato che ha portato alla realizzazione di uno studio statistico, di una serie di verifiche sul " campo" e all'organizzazione del convegno conclusivo dell'intero progetto, celebrato a Putignano nel mese di giugno 2009.

Protagonisti di questo progetto sono stati, oltre alle Assistenti Sociali dei suddetti Comuni, il Ser.T. di Putignano e le Associazioni Famiglie "San Filippo Neri" per l'aiuto ai tossicodipendenti (Putignano) ed "Emmanuel-scegli la vita" (Castellana Grotte).

Quando, nel 2005 eravamo in fase di redazione del Piano di Zona, l'elaborazione e realizzazione di un progetto unitario di prevenzione primaria delle tossicodipendenze nel nostro distretto sembrava impresa ardua e oltremodo difficoltosa.

Oggi, a progetto concluso, possiamo con energia affermare il contrario e questo testo – curato con maestria, competenza e chiarezza dal Dott. Gerardo Magro, forte animatore del progetto - ne riassume

gli esiti e traccia alcune note metodologiche di approccio al problema degne di essere diffuse come “ buone prassi ”.

Il fenomeno della tossicodipendenza, purtroppo, costituisce una delle problematiche più gravi dei nostri anni ed, anche, del nostro territorio, nei suoi terribili aspetti distruttivi a livello sociale, economico e morale.

L’impegno della Pubblica Amministrazione in questo settore non sarà mai sufficiente, ma il Progetto V.I.T.A., a cui questo testo fa riferimento, dimostra quanto sia importante parlare di tossicodipendenza - e di dipendenze patologiche in generale - agli studenti delle scuole secondarie di primo grado, ai loro docenti e ai genitori, destinatari primari del progetto.

Dimostra, ancor di più, quanto sia importante per tutti acquisire le principali nozioni e strategie al fine di conoscere precocemente i “sintomi“ per un più efficace intervento di prevenzione.

L’auspicio è che, anche grazie al progetto da poco concluso ed a questa iniziativa editoriale, si possa contribuire a fornire elementi di aiuto per la riduzione della tossicodipendenza.

Avv. Gianvincenzo Angelini De Miccolis
Sindaco di Putignano
Comune Capofila del Piano di Zona

Introduzione.
Al termine di un viaggio...

di Gerardo Magro*

Nel novembre del 2007 veniva affidato all'Associazione Famiglie "San Filippo Neri" per l'aiuto ai tossicodipendenti (Putignano – BA) e all'Associazione "Emmanuel-Scegli la vita" (Castellana grotte - BA), la realizzazione del Progetto V.I.T.A. (*"Vinciamo insieme le tossicodipendenze con l'amore"*) afferente i Piani sociali di zona (Area dipendenze patologiche) dell'ambito territoriale di Putignano (BA). Il progetto, in collaborazione con il Ser.T., nel solco delle più innovative esperienze di prevenzione primaria della tossicodipendenza, prevedeva una serie di attività di sensibilizzazione e prevenzione, formazione e informazione nelle scuole, nelle parrocchie e nelle associazioni dei cinque paesi compresi nell'ambito (Putignano, Castellana grotte, Noci, Locorotondo, Alberobello).

Da allora, abbiamo compiuto un lungo viaggio che ci ha permesso di raggiungere le diverse tappe e sostare in esse per poi ripartire. Un viaggio, del resto, iniziato un anno e mezzo prima, costituito, in quel caso, dagli innumerevoli incontri che hanno scandito il percorso di ideazione, codificazione, elaborazione e concertazione progettuale.

Durante il cammino, attraverso l'itinerario dei cinque paesi dell'ambito del sud-est barese, abbiamo avuto la gioia di incontrare una moltitudine di ragazzi, pienamente disponibili ad accogliere con interesse ed entusiasmo le diverse esperienze formative calibrate per loro; abbiamo incontrato una variegata platea di docenti, a loro volta

* *Pedagogista- Coordinatore Progetto V.I.T.A.*

guide e compagni di viaggio di quei ragazzi, per la maggior parte aperta allo scambio comunicativo ed al confronto professionale; abbiamo incontrato un numero considerevole di genitori, principali figure educative di quegli stessi e di tanti altri ragazzi, desiderosi di conoscenze, abilità, strumenti e strategie per affrontare nel migliore dei modi la relazione educativa; abbiamo incontrato parroci, presidenti delle associazioni più diverse, giovani, anziani e tante persone con le quali il piacere dell'incontro si è coniugato perfettamente con quello del dialogo e dell'ascolto.

Ebbene, dopo tante parole spese, chilometri percorsi, contenuti trasmessi e ricevuti, emozioni esperite e consapevolezza maturate, nel presente testo (come previsto nell'ipotesi progettuale), ci proponiamo di ripercorrere quel viaggio attraverso gli avvenimenti principali, rivedendo il film vissuto per cogliere significati, bisogni e sogni inespressi, obiettivi e risultati raggiunti, nella speranza che, come ogni viaggio, anche questo progetto possa, in primo luogo, aver lasciato la ricchezza di un'esperienza vissuta ed il desiderio di poterla reiterare ed, in secondo luogo, essere partecipato a chi desidera conoscere il fenomeno della tossicodipendenza o a coloro che, operanti nel settore, possano trarre motivi di spunto o confronto per progetti simili.

Prima parte
Riflettere sulla prevenzione

I nuovi scenari della prevenzione

di Alberto Rossati*

Premessa

Negli ultimi decenni, sulla spinta della risonanza politico-sociale ed emotiva assunta dalla “questione-droga”, si è assistito anche nel nostro paese all’impiego di risorse e all’emergenza e allo sviluppo di attività “intuitivamente” preventive (Palmonari 1998), spesso collegate al problema della tossicodipendenza soltanto in maniera indiretta. Ne è emersa anche un’ampia pubblicistica in cui può essere difficile orientarsi. Già nel 1986 (più di vent’anni fa) Tartarotti parlava di “un convulso coacervo di iniziative” per sottolineare che la “foga di fare qualcosa” in questo campo nasce sovente dal desiderio di “esorcizzare la paura e l’impotenza verso l’immagine demoniaca della ‘droga’ (Tartarotti 1986). D’altro lato, non è difficile richiamare l’attenzione sulle difficoltà della prevenzione “anche perché essa è, a ben guardare, l’aria che si respira” della cui importanza ci si accorge solo quando viene a mancare, sicché poi essa finisce col far la parte di Cenerentola (Pepino 1991).

Come orientarsi, dunque, in un panorama così ricco ma anche frastagliato, accidentato e contraddittorio? Per trovare un bandolo con cui dipanare la matassa, è indispensabile disporre di alcuni criteri di base, scientificamente fondati.

* Docente di Psicologia sociale - Università di Torino.

Che cosa s'intende per prevenzione?

Se si parla della *prevenzione in generale*, essa può essere classificata in vari modi. Una prima, classica, distinzione è quella in prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

- La prevenzione *primaria* s'indirizza alle cause originarie e alle situazioni di rischio che provocano un danno alla salute della popolazione. Le finalità della prevenzione primaria consistono, appunto, nell'eliminare tali fattori o, almeno, nel ridurre la minaccia potenziale. Questi scopi possono essere realizzati sia attraverso un intervento diretto sulle cause (ad es. mettendo in isolamento i portatori di una malattia infettiva), sia attraverso misure orientate a rafforzare le difese dell'individuo (ad es. le vaccinazioni). Comunque, proprio perché è rivolta a rimuovere i fattori interni o esterni prima che essi possano innescare un processo morboso, la prevenzione primaria è quella che meglio esprime la "filosofia" della "medicina preventiva", intesa nella sua concezione più compiuta.
- La prevenzione *secondaria* è volta a ricercare in modo sistematico nella popolazione (o in settori di essa particolarmente esposti ai fattori di rischio) quei soggetti in cui è già in atto un processo morboso ai suoi primi stadi. In buona sostanza, si identifica nella *diagnosi precoce*, e si esprime spesso nei *dépistages* o negli *screening* di massa o, anche, nei controlli periodici.
- Infine, la prevenzione *terziaria* è finalizzata a riparare o a limitare gli effetti di una patologia che è già in atto o, anche, che si è già conclusa, e ad arrestarne la progressiva evoluzione tramite appositi interventi terapeutici e riabilitativi. In breve, la prevenzione terziaria cerca non solo di ottenere il massimo recupero possibile dal punto di vista fisico, psichico e sociale, ma anche di impedire che il processo patologico produca ulteriori danni o complicazioni. In questa prospettiva, è strettamente collegata alle strategie riabilitative, oltre che a quelle terapeutiche.

Tale classificazione, che risale agli anni '60 (Caplan 1964) e che è molto diffusa, ha tuttavia dei limiti. In primo luogo presuppone che la relazione tra l'insorgenza di una patologia e le sue cause sia chiara.

La constatazione che la realtà risulta più complessa (poiché più fattori possono entrare in gioco contemporaneamente e il rapporto tra questi fattori e lo sviluppo del disturbo non è necessariamente di causa/effetto ma solo di forte correlazione) mette in crisi le basi di tale tassonomia. Inoltre, la distinzione tra interventi di prevenzione secondaria e terziaria e azioni di terapia e trattamento risulta difficile ed è alquanto dubbia.

A seguito di tali considerazioni, è stata messa a punto negli anni '90 un'ulteriore classificazione (proposta nel 1994 dal National Institute of Medicine di Bethesda negli USA) e oggi ampiamente utilizzata. Secondo questa suddivisione, la prevenzione si distingue in *universale*, *selettiva* e *individualizzata*. La differenza rispetto al precedente criterio di classificazione sta nel fatto che viene preso in considerazione non tanto il tempo della presunta o effettiva comparsa della patologia, bensì il *target*, cioè l'obiettivo verso cui gli interventi vengono indirizzati. In breve, la prevenzione è universale quando l'azione è rivolta all'intera popolazione (v. ad es. la campagna sull'AIDS e le malattie sessualmente trasmissibili realizzata in Svizzera, in cui l'obiettivo è chiaramente quello di incrementare l'uso del preservativo); è *selettiva* quando si rivolge ad un sottogruppo specifico, ritenuto particolarmente a rischio; e, infine, è *individualizzata* quando è orientata verso singoli individui ritenuti ad alto rischio (è quello che hanno fatto le autorità sanitarie italiane nel periodo in cui alcuni soggetti sono stati contagiati dalla cosiddetta "influenza suina").

A quest'ultima, è stata affiancata un'ulteriore classificazione che prende in considerazione non solo il tipo di popolazione ma anche i possibili livelli di intervento: cioè le azioni rivolte alla persona (livello *individuale*), al suo contesto prossimale (livello *micro-sociale*) e all'ambiente sociale più ampio (livello *macrosociale*):

Livello	Attività	Obiettivi
individuale	interventi rivolti al singolo	accrescere le conoscenze e le informazioni e fornire strumenti, abilità e competenze
micro-sociale	interventi rivolti a famiglia, scuola etc	modificare l'ambiente in cui il soggetto è inserito
macro-sociale	interventi ad ampio spettro	agire sul sistema nel suo complesso

In sintesi, quest'ultima tripartizione riprende la seconda, ma cerca di inserirla in una prospettiva *ecologica*, per cui l'ambiente viene visto "come l'insieme di strutture incluse l'una nell'altra, simili ad una serie di bambole russe" (Brofenbrenner 1986), per cui è possibile considerare ogni singola struttura in sé, pur non ignorando la sua collocazione nel sistema più ampio in cui è inserita.

Prima di concludere queste considerazioni introduttive, vorrei accennare alla questione dei rapporti tra *prevenzione* e *promozione*. In letteratura si trova una gamma molto differenziata di opinioni in proposito. In alcuni casi, queste due attività vengono considerate come distinte o addirittura antitetiche; in altri, vengono considerate come strettamente collegate. Come ha osservato Misesti, "se analizziamo la questione, prendendo in considerazione l'approccio legato ai fattori di rischio e protettivi, i due termini possono essere visti come parti inscindibili di un'unica tipologia di intervento". Infatti, da un lato la prevenzione si occupa di intervenire sui *fattori di rischio*, mentre, dall'altro, la promozione agisce su quelli *protettivi*.

Pertanto, "prevenzione del disagio e promozione del benessere" possono essere considerati due lati della stessa medaglia. Infatti, sia la prevenzione del disagio, sia la promozione del benessere tendono a potenziare i fattori protettivi o ridurre i fattori di rischio. Nel caso della prevenzione, si punta principalmente l'azione sui fattori di rischio, nel caso della promozione, l'azione è maggiormente rivolta ai fattori protettivi. (Bertelli 2005).

Vediamo ora che cosa succede quando si entra nel campo specifico della tossicodipendenza.

Nel campo specifico della tossicodipendenza

È evidente che ci sono diversi modi per considerare, valutare e classificare gli interventi in questo campo. Ne prenderò in considerazione alcuni. Se consideriamo il problema dal punto di vista delle *finalità* a cui la prevenzione è orientata, ecco che abbiamo due approcci concettuali contrapposti, quello dell'*astinenza* e quello dell'*uso responsabile*. Se si considera, invece, il problema dal punto di vista delle *strategie* che vengono messe in atto, allora possiamo distinguere i cosiddetti interventi *centrati-sul-contenuto* da quelli *centrati-sulle-procedure*. Un'ulteriore classificazione è quella che distingue gli interventi preventivi in azioni *rivolte prevalentemente agli 'individui'*, e quelle invece *rivolte alla comunità* (le prime si possono anche definire *dirette*, le secondo sono *indirette*).

Volendo considerare il problema della prevenzione dal punto di vista delle sue finalità, abbiamo a che fare, come già detto, con i due approcci dell'*astinenza* e dell'*uso responsabile*.

Secondo il primo orientamento, riconducibile a posizioni proibizioniste, la droga rappresenta un «male», un «pericolo» molto grave per il singolo e per la società, che può essere sconfitto sul piano individuale evitando di drogarsi e su quello sociale contrastando la diffusione e l'uso di ogni tipo di sostanze psicoattive. Come è noto, tali posizioni hanno trovato sostegno nella politica di lotta totale alle droghe promossa negli anni '80 da Ronald e Nancy Reagan negli Stati Uniti (vedi la famosa campagna denominata «Just say no»¹).

¹ Questa frase sarebbe emersa per la prima volta durante una visita della *First Lady* Nancy Reagan alla Scuola elementare Longfellow di Oakland in California. Ad una ragazzina che le chiedeva che cosa dovesse fare se qualcuno le offriva della droga, la moglie del Presidente rispose "Di' no!". Sorsero così, subito dopo, i club "Just say no" all'interno delle scuole (supportati dalle visite in lungo e in largo negli USA della Reagan), venne diffusa nel 1987 la canzone omonima, anche perché nel frattempo la campagna era arrivata anche in Gran Bretagna, con l'appoggio della BBC. Va sottolineato che queste iniziative s'inserivano in un contesto più ampio di lotta alla droga messa in atto in America fin dagli anni '70 (v. Evans 2009, Loizeau 1984, e il sito http://www.reaganfoundation.org/reagan/nancy/just_say_no.asp)

In Italia, tali posizioni si sono espresse dapprima nella legge n. 162 del 1990, che si era proposta di trovare una risposta al consistente aumento dell'uso di droghe verificatosi negli anni '80, e che introduceva una diversa scelta rispetto alla precedente legge n. 685/75, dichiarando che "è vietato l'uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope" (art. 72, comma 1), e poi nelle scelte successive di quasi tutti i governi, e in particolare di quelli di centro-destra.

In questa prospettiva, l'obiettivo di fondo della prevenzione diventa, almeno in via ideale, l'astinenza, cioè impedire che tutti i membri della popolazione possano far uso di "droghe", per non esporre se stessi e gli altri a conseguenze indesiderabili ("l'azione di drogarsi è da considerarsi illecita per i danni che il consumo delle sostanze arreca sia alla singola persona che alla società", Giovanardi 2009).

A questo approccio si contrappone quello di chi sostiene che non esiste una guerra capace di eliminare completamente la "droga"², e che, quindi, è necessario attrezzarsi in modo attento e consapevole per affrontare una lunga convivenza con questo fenomeno" (Ravenna 1993). In questa seconda prospettiva, si rinuncia all'obiettivo dell'astinenza, e si considera l'adolescenza come la fascia a rischio cui si rivolgono gli interventi di prevenzione primaria (con lo scopo di rendere i giovani quanto più "equipaggiati" possibile, nel momento in cui, inevitabilmente, presto o tardi, entreranno in contatto con la "droga"). Sempre secondo questo approccio, se la prevenzione primaria si rivolge a tutti gli adolescenti, quella secondaria s'indirizzerà invece "a chi ha già avuto un contatto con la droga ed, in particolare, a chi è un consumatore saltuario o regolare: l'obiettivo è, in questo caso, di riuscire ad intervenire il più precocemente possibile per ridurre o contenere gli stili di consumo più pericolosi" (Ravenna 1993).

Abbiamo già detto che, se si considera il problema dal punto di vista delle *strategie* che vengono messe in atto, allora possiamo distinguere i cosiddetti interventi *centrati-sul-contenuto* da quelli *centrati-sulle-procedure*.

² Innanzitutto perché le "droghe" soddisfano un bisogno di alterare gli stati di coscienza che è presente in tutte le culture e in tutti i tempi; in secondo luogo, perché è difficile che possa essere vinta in tempi brevi la lotta contro il sistema mondiale del narcotraffico; in terzo luogo, perché l'uso di "sostanze" si è ormai largamente diffuso tra gli adolescenti e i giovani delle nostre società industriali.

Gli interventi centrati-sul-contenuto raggruppano uno spettro molto ampio di iniziative e di attività, che va dalle campagne vere e proprie di esortazione allarmistica (come appunto la già citata campagna «Just say no» promossa da Nancy Reagan a partire dal 1982 negli USA e poi anche in Gran Bretagna, o la campagna “Heroin screws You up” – “l’eroina ti rovina”, realizzata nell’Inghilterra e nel Galles sempre negli anni ‘80), ad interventi informativi messi in atto qualche volta direttamente dagli insegnanti, altre volte da “esperti” o professionisti estranei alla scuola. Dato che si tratta di iniziative a volte anche molto diverse tra loro, meriterebbero di essere discusse in maniera più analitica e dettagliata. Qui mi limito a dire che il punto debole di tutte queste attività è il seguente: l’esame delle ricerche sin qui effettuate mostra che è relativamente facile produrre un aumento del *livello di conoscenze* relative alle varie sostanze, ai loro effetti e così via³. Tuttavia, questo aumentato livello di conoscenze e informazioni *non* produce affatto un cambiamento di *atteggiamenti* nei confronti della droga, e ancor più, anche quando si verifica un cambiamento di atteggiamenti, non c’è nessuna prova che questo significhi anche un *cambiamento nei comportamenti*⁴. In particolare, “le campagne sui mass-media con messaggi semplicistici corrono il rischio di essere controproducenti, inefficaci, o quantomeno erroneamente percepite” (Plant e Plant 1992).

³. Alcuni testi, come quello di Tallandini (1982), dimostrano che il livello di conoscenze sulla droga è già piuttosto alto in partenza.

⁴. La relazione tra atteggiamenti e comportamenti è uno dei temi principali di ricerca della psicologia sociale, dagli anni ‘60 in poi. Già nel 1934 LaPiere aveva pubblicato una ricerca in cui metteva in discussione l’ingenua fiducia in una coerenza tra essi. LaPiere aveva viaggiato per gli Stati Uniti in compagnia di una coppia di cinesi, chiedendo ospitalità a 251 fra hotel e ristoranti; solo in un caso il proprietario rifiutò di servire i clienti cinesi. Sei mesi più tardi spedì un questionario a 228 proprietari di hotel e ristoranti tra i 251 contattati in precedenza chiedendo anche se avessero accettato nel recente passato ospiti appartenenti all’etnia cinese e, in questo caso, 118 persone risposero negativamente. (V. anche Fishbein e Ajzein (1975))