

FORUM DROGHE

Associazione no profit

Percorso “Sottosopra”

Focus group fra operatori dei servizi del 28 marzo 2012¹

Salienze e note

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

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

Inoltre si è posta attenzione a cominciare già in questa prima tranche a sottolineare aspetti nodali relativi ai modelli operativi vigenti, in vista di trarne elementi utili alla messa a fuoco di un nuovo modello operativo.

In premessa si è richiamata l'attenzione su alcuni esiti della ricerca utili al ragionamento, quali

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

Di seguito le salienze del confronto, aggregate nelle aree:

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

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

1. Regolazioni e controlli.

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

+ Agganci esistenziali e compiti di vita

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

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

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

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

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

+ La finalità dell'uso incide sul controllo

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

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

+ Contesti d'uso

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

in genere vedo che i consumatori funzionano molto nell'autoregolazione diciamo delimitando il contesto, le situazioni d'uso: là non mi piace proprio, non esiste proprio perché son scocciato, mi

sono annoiato, non voglio consumare in quella situazione e là. Questo o è percepito molto, lo vedo, è questo il controllo, non è la quantità in sé, è quello

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

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

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

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

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

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

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

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

il buco come limite, cioè ci sono alcuni consumatori, più di cocaina, che si dicono: io mi son imposto il buco come limite, perché ho visto che sono un consumatore che tende a essere molto vorace, se arrivavo al buco chissà cosa succedeva, per cui mi son posto questo limite qua

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

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

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

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

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

Questioni di contesto sociale.

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

secondo me il consumo di qualsiasi tipo di sostanza non può essere scisso dallo stile di vita, dalle condizioni di vita e dalle abitudini di consumo. in un contesto di crisi economica come il nostro è fondamentale anche l’aspetto economico, il reddito, lo status socio-economico. ci sono dei consumatori che hanno la possibilità di avere un certo consumo nel tempo per una questione economica, che continuano e che caso mai non si rivolgono al SerT o ai servizi di bassa soglia, ma vanno verso altri servizi, psicoterapia privata e così via

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

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

5

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

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

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

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

✚ Controllo e regolazione “farmacologici”

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

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

normalmente il policonsumo è sempre rappresentato dal punto di vista farmaco centrico come un ampliamento della tendenza a usare più sostanze, mentre invece molti di voi l'hanno messo in relazione quasi a un raffinamento del rituale, in questo contesto m'è più utile questa, nell'altro contesto m'è più utile quell'altra. qualcosa di non molto dissimile dal fatto che appunto magari a tavola si beve il vino, mentre invece dopo cena si beve il super alcolico. andrebbe approfondito perché naturalmente chiarisce poi per chi fa l'operatore il punto con cui si interloquisce con

l'utente su questo problema, perché c'è una bella differenza tra interloquire dal punto di vista policonsumo uguale poliabuso, dall'andare invece alla ricerca delle motivazioni

2. Sul controllo. Le parole e i significati.

+ La questione della ritualità

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

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

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

+ La parola controllo: ambivalenze tra vocabolari diversi

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

effettivamente la parola controllo, cioè proprio la semantica sociale del controllo, è forse una parola un po' troppo chiusa, soprattutto i giovani vi trovano una difficoltà, controllo è tutto ciò che stabilisce regole, quindi quando la si propone a un soggetto problematico può apparire un imperativo morale, per cui molti preferiscono uso consapevole.

noi dobbiamo stare attenti a non irrigidire troppo, a non ideologicizzare troppo questo termine, (...) è un paradigma più generale, fa parte della vita quotidiana, ognuno di noi tende a costruirsi la vita e tendenzialmente va verso un equilibrio, non verso un'indipendenza ma a controllare o autoregolarsi.

Per certi versi all'opposto, alcuni temono che enfatizzare il “controllo possibile” senza tradurlo nel linguaggio del singolo consumatore, crei un fraintendimento, quando l'utente abbia interiorizzato, al

contrario, o l'impossibilità di controllare l'uso o l'impossibilità di poterne parlare apertamente con un operatore (soprattutto nei servizi formali). Insomma, si tratterebbe di uno spiazzamento rispetto all'immaginario del consumatore stesso. Ma non solo: si tratta anche spesso di messaggi contrastanti, che creano nel consumatore confusione, quando ad esempio un servizio inviante elabora una certa proposta di trattamento e un servizio referente si orienta diversamente, magari appunti verso ipotesi di uso moderato:

credo che la parola controllo sia effettivamente difficile perché rimanda ancora alla dimensione del piacere che è una dimensione ancora difficile da accettare anche dagli stessi consumatori, accettare di potertene parlare a te che lavori - sia riduzione del danno o servizio SerT - come un aspetto non giudicabile, se controllo vuol dire che posso scegliere se farlo o non farlo, quando ne ho voglia e mi fa piacere farlo, ma posso davvero parlarne liberamente?

per quanto riguarda l'esperienza al drop in anche lì noi abbiamo il grande ostacolo con l'utenza, pensano che ti devono dire che sono lì perché vogliono interrompere, o comunque sospendere, e quindi tutte le sue pratiche diciamo mirate a rafforzare le loro strategie di controllo vengono da parte loro in qualche maniera respinte

nel momento in cui si ragiona di consumi controllati, loro ti guardano allibiti perché probabilmente nella loro esperienza non esiste consumo controllato, se sono qui è perché io non sono stato in grado di controllare il mio consumo. Su questo appunto c'è un po' una triangolazione insomma, dove c'è il servizio inviante che fa una domanda di trattamento, che spesso non coincide con la domanda di trattamento che fa la persona e a volte non coincide con gli obiettivi del tuo servizio.

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

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

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

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

Si osserva, su quest'ultimo punto, che forse il termine autoregolazione può dare adito a meno fraintendimenti, ma in ogni caso anche la coppia problematico/non problematico attiene alla

soggettività (non è una misura oggettiva) e differisce da controllo /non controllo per il fatto che quest'ultimo mette l'attenzione sul soggetto e la sua scelta, più che sulle conseguenze, dunque tratta il consumo con uno sguardo specifico

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

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

+ Distanza da etichettamento

L'effetto etichettamento gioca un ruolo significativo nella distanza dei consumatori – soprattutto giovani e/o integrati – dai servizi formali. A questi si arriva per necessità “burocratiche” (patenti, lavoro ecc) più che per sostegno personale; questa distanza è segnata anche da una serie di strategie individuali di coping che prediligono risorse informali (famiglia, amici) o pratiche non legali (acquisto di metadone grigio)

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

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

+ Distanza da rigidità della proposta trattamentale

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

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

varie delle difficoltà che noi abbiamo a ragionare nell'ambito dei contesti di servizi stanno nei modelli organizzativi che hanno a loro volta a che fare con i riferimenti culturali, il modo attraverso cui le istituzioni, le professioni si iscrivono a questi riferimenti è proprio la rigidità. se io oggi dovessi pensare a un sistema di azioni molto articolato e differenziato capace di potere interagire con tutti i diversi livelli che noi descriviamo, bisognerebbe pensare a un cambiamento

totale, perché se no noi rischiamo di fare molti servizi sperimentali e di lasciare intatta la rete, quella più forte, quella finanziata...

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

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

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

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

✚ La “goccia sulla roccia”. Ovvero come i consumatori usano (a modo loro) i servizi

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

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

dalla scienza e dalle cosiddette evidenze scientifiche, ha trovato una sua strada di controllo, di autoregolazione

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

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

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

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

+ Controllo? forse e ma, ma i giovani no.

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

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

tollerata. invece con un cosiddetto cronico, che magari ha già la sua storia di 10 anni di fallimento, allora figurati, te ne do quanto ne vuoi (che poi è quello che lo vende al ragazzino)

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

4. Pratiche di lavoro sulla regolazione

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

+ Sostegno all'esperienza personale di regolazione

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

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

+ counselling e consulenza psicologica per il controllo

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

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

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

+ facilitare la narrazione per l'apprendimento

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

in prima battuta la persona ti dice io non mi do nessuna regola e poi alla fine dell'intervista ti dice grazie perché ho messo a fuoco questa cosa, in realtà io delle regole, te le ho raccontate, mi sono accorto che ce l'ho. questa cosa qui è tra l'altro una delle piste che poi possiamo seguire per domandarci che tipo di ruolo possiamo avere noi su questo. perché poi a proposito dell'apprendere, è difficile che si apprenda fino a che non c'è una narrazione rispetto alla nostra esperienza, cioè il fatto di narrarla a se stessi o a qualcun altro rende l'esperienza fonte di apprendimento, prima è difficile che io magari nel chiuso della mia stanza dica allora ho fatto quest'esperienza e imparo questo. è sempre dentro una narrazione, questa è una delle basi del lavoro di relazione nei lavori che noi facciamo...

questa è anche la nostra esperienza, quando facciamo i primi colloqui sui consumatori di cocaina che arrivano al servizio molto spesso nell'intervista iniziale che facciamo su quanto consumavano, dove, di contestualizzare il consumo eccetera, anche a noi viene detto questo, sai che non ci avevo mai pensato a questa cosa qua? ..in effetti è vero, io mi comportavo così così così

+ auto mutuo aiuto e peer support (quando la cartella clinica non serve aprirla)

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

in queste forme dei gruppi di auto mutuo aiuto io penso che possano esserci spazi, fuori dall'istituzione, in cui le persone possono cominciare a discutere i propri consumi senza nessun obiettivo d'astinenza. per me questa è una cosa fattibile, riproducibile, non costa niente se non qualche ora dell'operatore che si impegna a fare questa cosa insieme a qualcun altro, e io non vedo queste persone in nessun altro contesto se non in questo contesto di maggior riflessione. non ha senso ingabbiarle in nessun'altra cosa, nel momento in cui non chiedono e non hanno bisogno di altro, mi sembra che altrimenti facciamo come quando c'è stato il boom delle nuove droghe che bisognava fare arrivare tutti al SerT, la prevenzione nei luoghi del divertimento doveva essere finalizzata a far arrivare le persone ai servizi. Non ha senso.

a Torino chi ha aperto veramente delle strade all'inizio degli anni '90 è stato un gruppo di auto aiuto che si chiamava Fluxsus, non a caso ospitato da nessun servizio se non in una stanzetta del Gruppo Abele, .e anche quella data un po' di nascosto da Leopoldo Grosso perché tutto l'altro corpo degli operatori non li vedeva bene. si sono riuniti non per liberarsi dalle sostanze ma per ragionare su come consumavano, sono convintissima di questa cosa, perché per me il nuovo modello operativo è proprio una cornice larga, che da un lato attraversa tutti gli ambiti dei servizi, dall'altro lato si permette di ragionare su luoghi nuovi, e dall'altro lato ancora si permette di ragionare su risorse che non siano esclusivamente gli operatori professionali

+ sartorialità del trattamento, ovvero stare leggeri quando è il caso

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

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

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

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

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

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

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

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

Si apre qui un ragionamento sulla standardizzazione degli interventi, sugli effetti istituzionalizzanti di questo processo, di cui si sottolinea non solo il rischio di obiettivi non misurati sulla domanda dell'utente (predizione facile di insuccesso), ma anche su effetti di interiorizzazione da parte dei

consumatori di linguaggi e immagini di sé improntate ai paradigmi patologizzanti del consumo, che “remano” contro lo sviluppo di capacità autoregolative.

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

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

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

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

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

Sul porre rimedio all'eccesso di servizio-centrismo e lavorare verso una maggior sartorialità degli interventi, entra in campo il tema della **negoziazione operatore-utente** come possibile prassi di riequilibrio. Si evidenziano aperture ma anche limiti di alcuni passi effettuati in servizi formali in questa direzione: la sigla di un contratto, per esempio, in ambito SerT si rivela ambivalente, tra intenzioni negoziali e patto imposto, comunque sbilanciato nei rapporti di potere. Esistono meccanismi di adeguamento da parte degli utenti – mutuati da esperienza di rapporto con i servizi e da interiorizzazione di immagini sociali – che non rendono davvero libera la negoziazione:

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

quello che temo funzioni poco è che c'è un retroterra culturale, che è parte anche delle persone che si rivolgono ai servizi, di super adeguamento, c'è proprio il bisogno di apparire adeguati, allora quando appaio adeguato poi forse potrò portare le mie parti più problematiche, e quindi le mie istanze più vere spesso restano fuori. addirittura nel drop in vanno con questo tipo di immagine. Addirittura noi abbiamo il drop in e la stanzetta del consumo vicino, ci sono delle persone che si

vergognano a farsi vedere che usano. un contratto sarebbe una cosa che funziona se non ci fosse questo aspetto culturale generale che vizia le cose

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

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

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

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

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

la negoziazione c’entra fino a un certo punto, perché è sempre il servizio che gli propone la sua mission e poi si viene a una negoziazione con quelli che invece sono gli obiettivi dell’utente, ma vengono stravolti i principi di un approccio client oriented, dove il motivo è giustappunto far venir fuori quello che è la richiesta di cambiamento, io non combatto perché tu cambi, io ti piglio così come tu sei e prendo per buono quello che tu mi proponi, e su questo eventualmente si lavora

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

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

il fattore U (come umano) degli operatori

La relazione operatore – utente avviene in un contesto che ad oggi non aiuta il cambiamento diciamo “negoziale” e sartoriale. Un contesto fatto di nuovo conformismo culturale – che a sua volta ha radici concrete – che frena negli operatori la capacità / volontà di promuovere

cambiamento, e che anche attraverso il fattore E (economico) tende a incrementare standardizzazione versus individualizzazione:

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

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

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

interventi in questa direzione nei servizi formali avvengono già, io vedo i miei colleghi che utilizzano l'approccio motivazionale, nella fase di determinazione le azioni che sono fatte più significative sono sul controllo, e nella volta successiva che ti rivedi vedi com'è andata. insomma secondo me molte gestioni concrete delle situazioni utilizzano già il lavoro sulla capacità di autocontrollo. solo che non verrà mai accettato come tale

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

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

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

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

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

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

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

la questione è di capire se l'area del cosiddetto trattamento prevede al suo interno anche un intervento sull'autoregolazione, sul controllo. io sono dell'opinione che quelli che noi chiamiamo trattamenti in questo momento dovrebbero completamente riconvertirsi per far parte di un sistema a rete con la rdd, che dovrebbe mettere in condizione un consumatore di poter scegliersi qual è l'articolazione dei servizi che è più utile per sé in quel momento, se è l'Unità di strada, se è quella di incontrare nei contesti del divertimento un'equipe, o se è un sert. tutto questo dovrebbe essere a soglia bassa, mirata all'accessibilità e anche alla visibilità che consentono alle persone di poter scegliere. perché oggi se tu vai a un SerT non scegli, quando vai al SerT c'è già il tuo percorso e c'è già una pressione sociale intorno a te.

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

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

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

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

noi dalla ricerca abbiamo dedotto tornare indietro da un certo tipo di problematicità e quindi di recuperare autocontrollo può riguardare diverse tipologie di utenti, e questa è la scommessa per

capire se questo discorso deve stare per forza solo dentro l'area della rdd oppure questo discorso può stare anche dentro l'area del trattamento. a noi la ricerca ha suggerito che potrebbe stare anche dentro l'area del trattamento. Una cosa da definire in questo tipo di discussione è concordiamo su questo fatto che questo discorso della sponda verso l'autoregolazione riguarda sia coloro i quali non sono ancora passati attraverso momenti di problematicità, sia quelli che hanno sperimentato momenti più intensivi di consumo con problemi correlati e vogliono recuperare una modalità di consumo diversa?

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

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

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

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

✚ Oltre le nicchie (anche la rdd ha le sue colpe....)

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

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

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

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

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

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

potremo sempre lavorare, anche con persone che sono più o meno problematiche, più o meno compromesse anche psicologicamente. si lavorerà in maniera diversa ma questo elemento in qualche modo ci sarà sempre.

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

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

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

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

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

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

In conclusione (con ottimismo) Minoranze che creano minoranze?

siamo una minoranza, secondo me un problema che noi dobbiamo accettare, rimanere sempre una minoranza, ma accettare anche che siamo una minoranza che può ribaltare un po' il quadro nel quale ci muoviamo. no? secondo me bisognerebbe cercare di approfondire di più tutte quelle

pratiche minoritarie che però vanno nella direzione di cui stiamo ragionando, pratiche minoritarie che riescono a fare rdd, autoregolazione, riescono a passare da un livello implicito a un livello esplicito. forse analizzando queste pratiche noi possiamo essere un modello minoritario sì, ma competitivo

a cura di Susanna Ronconi, maggio 2012