Linee Guida Operative

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

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

Di JP Grund, S Ronconi, G Zuffa

Sommario

Introduzione 2

Linee Guida Operative: Oltre il modello "malattia", nuove prospettive nella riduzione del danno: verso un modello di autoregolazione e autocontrollo 4

1.Accenni epidemiologici sull'uso di stimolanti 6

Gli stimolanti sono la sostanza illecita più utilizzata nel mondo, dopo la cannabis 6

Il tasso di consumo di stimolanti varia notevolmente in ogni parte del mondo 6

L'uso di sostanze illecite si concentra tra i giovani adulti 7

Dall'epidemiologia con amore: tre insegnamenti per le politiche e le pratiche 8

2. Oltre la ricerca epidemiologica. Tre elementi chiave emersi dalla ricerca qualitativa 9

2.1 E' scarsa la possibilità che gli scenari diventino più foschi: oltre la retorica sulle droghe 10

2.2 Alla ricerca della conoscenza nascosta. Esiti della ricerca sull'uso controllato/non controllato di cocaina 11

2.3Droghe ,Individuo e ambiente (SET & SETTING). Focus sui fattori ambientali 13

3. Oltre il modello "malattia": cambiamento nelle finalità dei servizi 15

3.1 Sostenere l'autoregolazione in contesti informali 15

3.1.1 Autogestione individuale 2.0 19

3.1.2 Promuovere un contesto di uso più sicuro 21

3.2 Fornire supporto alle pratiche di autoregolazione in contesti formali 23

4. Dodici punti fondamentali per andare verso un modello operativo innovativo 29

5. Autoregolazione, Riduzione del Danno e Politiche sulle Droghe: alcune note per i decisori politici 30

Bibliografia 32

Project "New Approaches in Drug Policy & Interventions" - NADPI -
with the financial support of the Drug Prevention and Information Programme of the European Union and La Società della Ragione

Introduzione

Il Progetto Europeo NADPI[1](New Approaches in Drug Policy &Interventions- Nuovi Approcci nella Politica sulle Droghe e negli Interventi) ha la finalità di rafforzare le evidenze scientifiche su cui si basano i processi decisionali delle politiche in materia di droga in Europa, ampliando la base di conoscenze e lo scambio delle migliori pratiche riguardanti gli argomenti principali che sono oggetto del dibattito politico, quali le strategie per la riduzione della domanda, la prevenzione e la riduzione del danno. I risultati attesi sono:

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

La principale area tematica, cui viene rivolta l'attenzione, è il mercato europeo di sostanze stimolanti, in particolare lo sviluppo di strategie rivolte alla riduzione del rischio di dipendenza al fine di prevenire modelli di uso problematico di cocaina, nonché lo sviluppo di risposte politiche per affrontare al meglio i cambiamenti del mercato degli stimolanti, cambiamenti che si verificano a causa della comparsa di nuove sostanze psicoattive .

Il cardine della proposta del piano di lavoro nel biennio 2013- 2014 consiste nell'elaborazione di linee guida per la prevenzione dell'abuso di cocaina, una serie di sette seminari rivolti ad esperti e quattro incontri informali tra esperti di politiche sulle droghe. Le attività serviranno a dare linfa in maniera trasversale ai dibattiti politici a livello transnazionale e favorire lo scambio di esperienze e di conoscenze tra i principali gruppi di destinatari: funzionari pubblici coinvolti nei processi di decisioni politiche a livello locale,nazionale e internazionale, nonché esperti di politiche sulle droghe, del mondo accademico e della società civile, così come ai professionisti operanti nel campo della prevenzione, del trattamento e della riduzione del danno .

Il progetto prevede un formato unico in cui le aree, spesso scollegate, di operatività , di ricerca e di politica in materie di droga sono tutte presenti in stretta relazione fra loro in una serie di seminari tra esperti e di incontri informali sulle politiche, per affrontare alcuni tra gli argomenti di dibattito più acceso in merito alla politica sulle droghe dell'agenda europea. I seminari seguiranno un approccio di "dreamteam" e porteranno ai tavoli i migliori esperti provenienti da università, agenzie governative, organizzazioni internazionali e organizzazioni del terzo settore. La sfida è quella di fare uno sforzo collettivo per andare oltre lo stato attuale delle conoscenze per ciò che concerne la comprensione dell'argomento di discussione e la progettazione di adeguate risposte politiche. La sfida principale degli incontri informali è quella di

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

ottenere una sorta di "massa critica" di idee e argomentazioni a sostegno del cambiamento delle politiche sulla base di evidenze scientifiche.

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

L'azione progettuale denominata "Programma innovativo per la prevenzione dell'abuso di cocaina e del policonsumo ", coordinato da Forum Droghe (Italia)[2], ha l'obiettivo di sviluppare nuovi approcci per prevenire o ridurre i rischi di uso dannoso e la dipendenza tra consumatori abituali di cocaina /policonsumatori.

La ricerca quantitativa e qualitativa sui modelli di consumo in contesti naturali ha mostrato che la maggior parte di questi consumatori non sono in contatto con il sistema dei servizi di trattamento , sebbene consumino regolarmente cocaina e altre sostanze stupefacenti . Inoltre, la maggior parte di loro non sono intenzionati ad entrare in trattamento: il motivo principale risiede nel fatto che i trattamenti disponibili (per lo più ispirati dal modello che vede la dipendenza come una malattia) sono generalmente non adatti per questo tipo di consumatori, i quali sovente non rientrano nei criteri diagnostici della dipendenza.

Tuttavia, questi consumatori potrebbero beneficiare di un nuovo tipo di interventi brevi, volto a sostenere modalità "naturali" di consumo controllato attraverso la diminuzione progressiva dei più rischiosi modelli di consumo pesante o riducendo la frequenza delle cosiddette "abbuffate " (binge).

Il workstream si concentra sullo sviluppo di nuovi interventi brevi ,attraverso il diretto coinvolgimento del territorio, finalizzati alla riduzione di modelli dannosi di consumo di cocaina, grazie allo sforzo collettivo e al lavoro di esperti del mondo universitario, dei servizi di prevenzione e di trattamento delle dipendenze , dei decisori politici, della società civile e di altri soggetti (a livello locale, nazionale ed europeo) . Obiettivi specifici del workstream sono:

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

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

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

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

a) il lavoro preliminare del gruppo di esperti del workstream 1 del progetto NADPI[3] avente lo scopo di realizzare e promuovere il Seminario di Esperti, attraverso un documento di lavoro, focalizzato su questioni teoriche e metodologiche e risultati di ricerche, aventi come oggetto di studio i modelli di consumo di cocaina e di stimolanti e le strategie di autoregolazione
b) Una revisione della letteratura scientifica "Da malato a capace di auto controllo? Verso un modello ecologico di autoregolazione e di controllo, riferito al proprio contesto di appartenenza, nel consumo delle sostanze psicoattive", raccogliendo i risultati più rilevanti di ricerche sul tema a livello internazionale[4]
c) La relazione sul seminario tra Esperti, incentrata sui risultati raccolti durante il seminario tra esperti NADPI tenutosi a Firenze, Italia, dal 20 al 22 giugno 2013, in cui 35 persone, di cui 15 provenienti dai paesi europei Europa (delegati da partner del progetto e singoli esperti) e 20 dall'Italia (esperti e operatori di servizi pubblici privati, operatori pari e consumatori, ricercatori) hanno discusso e condiviso le conoscenze e le pratiche volte ad individuare un nuovo approccio e nuovi interventi più efficaci nell'ambito della riduzione del danno e riduzione dei rischi derivanti dall'uso di cocaina ed altri stimolanti[5].

Questo ultimo punto, in particolare, è stata una fonte preziosa di informazioni dimostrando che oggi noi possediamo, grazie alla ricerca qualitativa, non solo l'evidenza scientifica di una necessaria innovazione negli approcci e negli interventi di Riduzione del Danno, ma che in tutta Europa sono in crescita delle buone pratiche innovative -sia in contesti informali che nei sistemi dei servizi - offrendo importanti spunti di tipo operativo. Promuovere un '"alleanza" tra esperienze locali concrete e ricercatori è la base pragmatica per passare, in un ottica che va dal basso verso l'alto, dalle sperimentazioni locali fino a nuovi modelli operativi.

In queste linee guida l'attenzione è posta sul rapporto tra le strategie naturali di autoregolazione messe in atto dalle persone che consumano droghe e i loro modelli di consumo controllato, da un alto, e gli approcci sottostanti, le finalità e gli interventi di riduzione del danno, dall'altro. Non è certamente un argomento nuovo: fin dal suo inizio, l'approccio della Riduzione del Danno ha sottolineato il ruolo centrale che rivestono i consumatori e le loro culture, le loro relazioni e le loro strategie individuali e di gruppo per realizzare gli interventi di riduzione del danno e conseguire gli obiettivi . Il sostegno all'empowerment dei consumatori, la promozione del sostegno tra pari, che spesso includono le attività e le competenze dei

[3] Con la collaborazione di Forum Droghe (Italia), CVO (Paesi Bassi) e Università Statale di Firenze (Italia)
[4] *From Diseased to In-Control? Towards an Ecological Model of Self-Regulation & Community-Based Control in the Use of Psychoactive Drugs, Repertoire of Scientific Literature Compiled by Jean Paul Grund, Patrizia Meringolo, Grazia Zuffa*
[5] *Innovative cocaine and poly drug abuse prevention programme - Experts' seminar Report, Florence, Italy, 20th -22nd June 2013, di Grazia Zuffa (Forum Droghe)*

consumatori direttamente nei sistemi dei servizi formali, sono tutte pratiche ben conosciute sin dagli anni '80[6].

Allo stesso tempo, l'innovazione più significativa dalla ricerca sul " controllo " dimostra che l'utilizzo di sostanze stupefacenti non implica chele traiettorie di uso dei consumatori siano di tipo unico e lineare, caratterizzando quindi un " destino da dipendenti ", il cui unico rimedio è l'astinenza: il modello medico è stato così tante volte sconfessato dalle evidenze riportate in diverse storie di vita, dando rilevanza ad indicatori di tipo qualitativo. Mediante l'impiego di tali indicatori, sono state descritte diverse traiettorie di uso, e le relative diverse competenze nel controllo del consumo , analizzando le strategie di gestione e di autoregolazione individuale, sottolineando il ruolo dei contesti sociali e locali nel minimizzare o al contrario massimizzare il danno associato all'uso di droghe, valutando l'efficacia delle capacità di autocontrollo. La ricerca in contesti naturali suggerisce che l'avanzamento lineare nella "carriera di consumatore" sia relativamente rara, mentre sia più comune una traiettoria variabile di uso, con una tendenza verso il consumo moderato.

Tuttavia, nel tempo , in Europa - anche se in modi diversi nei vari paesi - il modello medico ha fortemente influenzato la Riduzione del Danno , con due conseguenze differenti e importanti: da un lato , sui sistemi di servizi, dove l'ancora dominante modello patologico/farmacocentrico spinge fortemente la riduzione del danno nell' angolo di una (unica) serie di interventi specifici (il cosiddetto " quarto pilastro " delle politiche sulle droghe), impedendo alla Riduzione del Danno di sviluppare il suo potenziale proattivo in una prospettiva di tecniche autoregolative; dall'altro lato, sugli stessi consumatori, che, come nello stesso modello patologico, si concentrano sulle proprietà della "dipendenza chimica " da sostanze, piuttosto che sulle competenze, sulle culture e sulle strategie dei consumatori stessi, sottovalutando e limitando così le abilità e le capacità dei " pazienti " nell'autogestione. Nei fatti , in un approccio medico orientato verso la Riduzione del Danno, l'autogestione e autoregolazione appaiono ancora concetti scomodi, e in questa prospettiva le persone che usano sostanze rischiano di essere tutt'al più dei buoni "partner" degli interventi e degli operatori professionali, non i protagonisti di un vero e proprio processo di empowerment. Trasformare la finalità del sistema di servizi di riduzione del danno dalla(sola) limitazione dei danni alla(in primo luogo) promozione dell'(auto)controllo, diventa quindi sia una sfida che un compito

Grazie al lavoro comune e alla discussione tra gli esperti del Progetto NADPI e sulla base dei risultati più rilevanti emersi dalle ricerche qualitative, queste Linee Guida Operative suggeriscono ai professionisti e agli operatori pari di realizzare un cambiamento decisivo verso approcci innovativi, sfidando i limiti e le contraddizioni dell' attuale modello dominante nella riduzione del danno. Si tratta di un primo passo preliminare, a cui si auspica ne seguano altri, sia in termini teorici che pratici. Tuttavia le evidenze, le conoscenze e le esperienze finora raccolte dimostrano che è tempo di "andare oltre" i confini teorici e operativi che attualmente limitano, impoveriscono e degradano le potenzialità della Riduzione del Danno.

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

I contenuti operativi delle presenti linee guida sono i seguenti:

- Presentare una sintesi dei risultati più interessanti emersi dalle ricerche epidemiologiche e qualitative, quale base scientifica di cambiamenti operativi[7]
- Promuovere una nuova prospettiva per le finalità dei servizi sottolineando il potenziale proattivo della stessa Riduzione del danno
- Contribuire a creare innovatività e possibili cambiamenti negli interventi in contesti naturali e nei servizi tradizionali, includendo anche brevi suggerimenti tratti dalle attuali buone pratiche in diversi contesti nazionali
- Riassumere alcuni argomenti chiave in una prospettiva politica, al fine di sottolineare l'importanza dei contesti nazionali, locali e internazionali quali variabili che condizionano l'innovatività nella Riduzione del Danno

1.Accenni epidemiologici sull'uso di stimolanti[8]

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

Gli stimolanti sono comunemente utilizzati in tutto il mondo. Le amfetamine sono la seconda sostanza illecita più frequentemente utilizzata nel mondo (dopo la cannabis[9]), con una prevalenza nell'ultimo anno (PUA) del 0,3-1,3 % (pari a 14-57 milioni di persone) tra gli adulti di età compresa tra 15-64 anni nel 2009. Tale prevalenza era pari allo 0,55 % in Europa , allo 0,8% nell'Asia Orientale e Sudorientale, cosi come in Africa , all'1,0 % in Medio Oriente e Sud-Ovest asiatico e in Sud America, dell'1,1 % in Nord America , e del2,4 % in Oceania. La PUA relativa al consumo di cocaina è stata dello 0,37 % in tutto il mondo ,dello 0,05 % in Asia , dello 0,43 % in Africa, dell'1,3 % in Sud America e in Europa , dell'1,5% nell'America del Nord a, dell'1,6 % in Oceania. La prevalenza mondiale annua del consumo di ecstasy è stimata essere compresa tra lo 0,2 % e lo 0,6 % nella popolazione di età 15-64 anni, ovvero riguarda tra gli 11 e i 28 milioni di persone nell'ultimo anno (UNODC - http://www.unodc.org/documents/ATS/ATS_Global_Assessment_2011.pdf). L'uso di stimolanti (e altre droghe) è contestuale ai divertimenti serali e ad eventi specifici, in particolare nei luoghi in cui i Dj mettono dance music (Nabben et al, 2007 ; Grund et al, 2007). L'uso caratterizza fortemente la cultura giovanile (ter Bogt et al , 2012; Van havere, Vanderplasschen, Lammertyn, Broekaert& Bellis , 2011).

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

Ad esempio, l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT , 2009) stima che almeno il 3,9 % sul totale della popolazione adulta (15-64 anni) residente negli Stati Membri dell'Unione Europea (UE) abbia usato cocaina almeno una volta nella vita (LTP, life time prevalence) , ma sono state riscontrate sostanziali differenze sia nella prevalenza che nei modelli di consumo tra paesi, gruppi di popolazione e loro caratteristiche sociali, nonché tra contesti specifici (OEDT , 2009). Il consumo più

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

[8] Cfr. bibliografia pagg 28-29

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

consistente di cocaina è stato rilevato nei paesi occidentali e del sud Europa, in particolare in Danimarca, Spagna, Italia, Irlanda e Regno Unito , con una prevalenza nella maggior parte dei paesi europei di uso lifetime relativamente bassa, andando dallo 0,1% all' 8,3 % .

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

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

La prevalenza dell'uso lifetime di amfetamine tra gli adulti europei è del 3,3%, andando dallo 0,1% al 11,9%, con una PUA dello 0,6%. Come per la con la cocaina, sono i giovani adulti coloro che usano più amfetamine, con una prevalenza lifetime del 5 % e una prevalenza di consumo nell'ultimo anno pari allo 1,3 % (OEDT, 2008.

A differenza di ciò che avviene per la cocaina, l'uso di amfetamine nella UE è più diffuso nel Nord Europa, nell'Europa Centrale e Orientale, in particolare nella Repubblica Ceca in Svezia e in Finlandia , con tassi in aumento tra i giovani adulti in Estonia, Austria, Germania, Danimarca, Slovacchia, Ungheria e Italia meridionale (OEDT, 2008; Degenhardt et al, 2009; Griffiths , 2008). Le amfetamina è, inoltre, sempre più diffuse tra i giovani nei paesi situati oltre i confini orientali della UE, come l'Ucraina, la Bielorussia , la Russia e la Georgia (Degenhardt et al, 2009; Griffiths et al, 2008; Grund et al, 2009; Grund &Merkinait, 2009). La prevalenza lifetime del consumo di ecstasy tra gli adulti europei è di circa il 3% ,con percentuali che variano dallo 0,3 al 7,3 % e con una prevalenza riferita all'ultimo anno dello 0,8%. Tra i giovani adulti, la prevalenza lifetime è del 5,6 % mentre quella per l'ultimo anno è del 1,8 % (OEDT , 2008).

Il consumo di droga e il consumo problematico di stupefacenti sono subordinati ad una miriade di fattori sociali e culturali.

La diffusione geografica dell'ecstasy è meno evidente, ma l'aumento del consumo di ecstasy è chiaramente associato alla diffusione della cultura della musica da ballo elettronica (feste House o Techno, rave, Dance Festival, ecc.) L'ecstasy è stata identificata con la musica House dal 1988. Come l'ecstasy, la cocaina e le amfetamine sono più comunemente usate durante situazioni di divertimento della vita notturna e i festival (Cohen et al , 1993; . Cohen et al, 1994; Decorte, 2001; OEDT, 2007; Nabben et al, 2007; Grund et al, 2007; Haasen et al,2004 (ter Bogt et al, 2012; Van Havere et al, 2011), ma anche in situazioni sociali meno

fortunate come tra la popolazione che si prostituisce, i senza dimora, i giovani adulti in trattamento e marginalizzati (OEDT 2007; Haasen et al, 2004).

L'ecstasy viene quasi esclusivamente assunta per via orale e la maggior parte dei consumatori sono persone socialmente ben integrate e solo pochi sono in cerca di un trattamento per problemi derivanti dal consumo di droga o alcol (OEDT, 2008). La maggior parte dei consumatori socialmente integrati sniffano cocaina e lo fanno di tanto in tanto in situazioni di divertimento piuttosto ben definite e in periodi ben definiti (Prinzleve et al, 2004; Bellis et al, 2003, Cohen e Sas, 1994; Decorte, 2001), pur sperimentando alcuni momenti di uso non controllato (Cohen & Sas, 1994; Decorte, 2001),a conferma degli studi effettuati, in cui si dimostra come i consumatori di cocaina regolino il loro uso della sostanza (Sughondhabirom et al , 2005).

I consumatori appartenenti alle cosiddette categorie marginalizzate, d'altra parte, molto spesso fumano la cocaina -base (crack) o usano cocaina per via iniettiva, la consumano più frequentemente e in modo caotico, sono soliti consumare anche altre sostanze, quali eroina, benzodiazepine o alcol, convivendo al tempo stesso con una vasta gamma di problemi socio-economici e sanitari (Prinzleve e altri, 2004, Beek, van, 2001; Hando et al., 1997). I consumatori degli Stati dell'ex Unione Sovietica spesso producono stimolanti amfetaminosimili in casa (Borodkina et al, 2005; Grund , 2001 . Heimer et al, 2007), creando un ambiente in cui l'uso per via iniettiva è comune tra i consumatori occasionali, a differenza dei paesi dell'Europa occidentale, dove sembra sussistere una divisione più netta tra i consumatori integrati (i cosiddetti consumatori nelle situazioni di divertimento) di amfetamine e quelli problematici, come avviene tra i consumatori di cocaina inalata o fumata e chi la usa per via iniettiva (Grund, 2001; Grund et al., 2009; Degenhard et al., 2009).

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

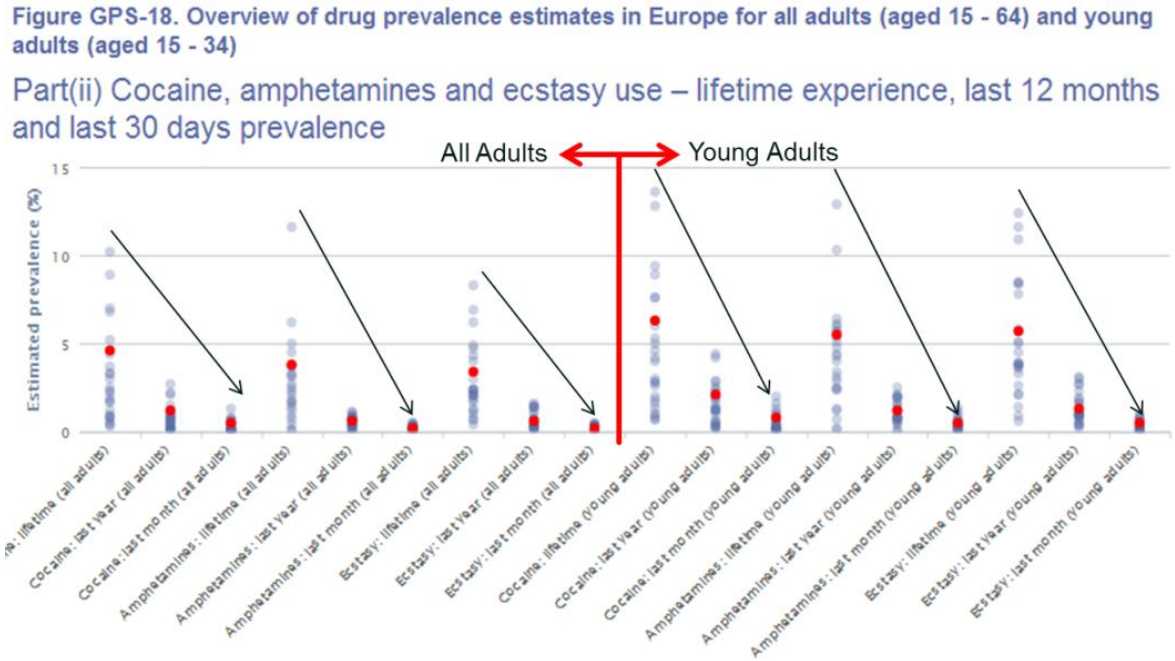
Se si leggono attentamente i dati epidemiologici sull'uso delle sostanze psicotrope nella popolazione generale si possono trarre degli insegnamenti interessanti.

Innanzi tutto, quello che emerge con forza è la grande disparità tra il consumo avvenuto nella vita (lifetime) e quello attuale. La figura seguente, contenuta nel Report annuale del 2012 sulla situazione mondiale del consumo di droghe di UNODC, fornisce una visione generale della prevalenza di uso una volta nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, relativamente alla cocaina, le amfetamine e l'ecstasy, gli stimolanti più diffusi.

Questa figura mostra chiaramente che – a differenza dell'immagine allarmistica comunemente diffusa sulla caratteristica di dare dipendenza proprie di queste sostanze - la maggior parte delle persone che hanno provato queste sostanze o che anche le hanno usate con una certa regolarità per un certo periodo della loro vita, non continuano ad usarle. Infatti, il secondo insegnamento è che il maggior uso di droghe illecite è limitato a specifici segmenti di età - l'adolescenza e la prima età adulta. Un piccolo gruppo di adulti continua ad utilizzare le sostanze illecite per tutta la durata della sua vita, ma la grande maggioranza sembra consumarle in modo piuttosto controllato, senza mostrare particolari problemi di salute o di tipo sociale. Infine, il consumo di stimolanti e di altre droghe è massiccio in specifici ambienti sociali e culturali. Nell'Unione europea, la maggior parte degli stimolanti viene assunta per motivi ricreazionali e in contesti di divertimento, quello notturno in particolare. Nella sezione successiva, guarderemo oltre la

ricerca epidemiologica, nei contesti naturali di consumo di stimolanti, focalizzandoci su studi qualitativi che hanno preso in considerazione i determinanti dell'uso controllato droghe in popolazioni non in trattamento.

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



2. Oltre la ricerca epidemiologica. Tre elementi chiave emersi dalla ricerca qualitativa[10]

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

[10]Cfr bibliografia pagg 29-31

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

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

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

Uno studio di follow up della durata di 12 anni

Negli anni 1996-97ad Anversa è stato condotto uno studio etnografico tra 111 consumatori di cocaina, quale gruppo base di riferimento ,finalizzato ad indagare i livelli e i modelli di consumo nel corso del tempo, l'astinenza temporanea e la diminuzione nell'uso, i vantaggi e gli svantaggi del consumo di cocaina, la dipendenza. (Decorte, 2000; 2001). Negli anni 2008/09, dodici anni dopo lo studio iniziale, Tom Decorte e Marjolein Muyshanno rintracciato e intervistato nuovamente 56 soggetti(50,5 % del campione iniziale). La maggior parte dei partecipanti allo studio di follow up avevano continuato ad usare cocaina con una certa regolarità per diversi anni, traendone piacere. Tuttavia, riportavano un variazione nella quantità e nella frequenza d'uso ,nella durata dei periodi di assunzione di cocaina e negli effetti provati. La maggiore porzione degli intervistati riportava che l'assunzione regolare di cocaina nel corso di un periodo di 12 anni non ha avuto come conseguenze la " perdita di controllo " o una qualche interruzione degli impegni nella vita quotidiana.

In ogni caso, i partecipanti hanno mostrato un maggior grado di consapevolezza circa i possibili effetti negativi dell'uso di cocaina e molti di loro hanno riferito di effetti fisici e psicologici negativi su loro stessi . Nel corso degli anni, mentre variano di poco le "gioie", ovvero le sensazioni piacevoli sperimentate (quali euforia e una maggiore disponibilità alla socializzazione), vengono più enfatizzati i "dolori", ovvero gli effetti percepiti negativi dell'uso (quali l'impegno economico per l'acquisto della sostanza e la preoccupazione per la propria dipendenza dalla sostanza) . La consapevolezza dei consumatori per gli effetti negativi, li aiuta a "controllare" il loro uso.

Inoltre, lo studio conferma che uno dei fenomeni più importanti per evitare che i consumatori diventino dipendenti sia il loro coinvolgimento in una rete sociale e in attività e relazioni significative. Questi risultati richiedono l'attuazione di interventi di politiche sociali ampie, al fine di aiutare le persone ad agganciarsi alle opportunità offerte dalla loro vita di tutti i giorni.

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

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

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

- Il controllo dell'uso di cocaina e di altre sostanze stimolanti esercitato dalle persone che consumano droghe si sviluppa lungo un continuo processo di apprendimento dall'esperienza, simile ai processi impiegati nell'apprendimento di qualsiasi altra attività umana. Si tratta di un processo per " tentativi ed errori" e, durante diversi momenti e fasi, i consumatori apprendono dalle proprie esperienze e sono in grado di produrre cambiamenti nei loro comportamenti
- I consumatori adottano una vasta gamma di meccanismi informali di controllo sul loro consumo di droga in molteplici ambiti, quali:ambiente e situazioni di consumo, le persone con cui (non) consumare, il numero massimo di volte per il quale ciascuno può usare cocaina in un dato periodo di tempo, la frequenza di uso, stati d'animo consoni all'uso, combinazioni idonee e non idonee di uso di cocaina con altre sostanze, via di assunzione, dosaggi appropriati, come gestire le conseguenze economiche del consumo di cocaina, come evitare di attirare l'attenzione delle forze dell'ordine, ecc. Ognuno di questi elementi - e / o una combinazione degli stessi- può diventare una variabile del processo di autocontrollo e "campo d'azione" per una strategia personale di uso sicuro e uso regolato
- I consumatori adottano dei rituali, dei modelli di comportamento inerenti all'uso di sostanze, inclusi i metodi di acquisizione e somministrazione delle stesse, la selezione dell'ambiente fisico e sociale per il consumo, le attività che seguono l'assunzione , e dei metodi per evitare gli effetti indesiderati della sostanze. I rituali sono influenzati da variabili di tipo culturale, sociale e ambientale, il consumatore non è isolato dal contesto e l'ambiente socio- culturale è un fattore fondamentale in un processo di apprendimento sociale.
- Il consumo di cocaina non è stabile nel tempo, variando da livelli di consumi tendenti al basso o all'alto,ma i livelli medi e alti non perdurano nel tempo. Contrariamente a quanto indicato dal modello patologico, la traiettoria prevalente è di tipo discendente, nel lungo termine. Le strategie naturali sono caratterizzate da "riduzioni progressive" e "astinenze temporanee" al fine di riacquisire nuovamente il controllo dopo periodi di consumo più incontrollato.

- Contrariamente alla "traiettoria lineare e crescente " secondo il modello medico – che vede la traiettoria uso-dipendenza– le ricerche qualitative indicano che le carriere del consumatori di sostanze siano in realtà dinamiche e che i pattern di consumo mutino nel tempo, a seconda delle transizioni e dei cambiamenti nelle situazioni e nei loro impegni di vita.
- Diversamente dal punto di vista del modello medico del"tutto o niente" (astinenza o dipendenza),gli studi condotti sui meccanismi di controllo dell'uso di sostanze mostrano come i pattern di consumo fluttuino lungo un continuum, variando da un scarsa capacità di controllo ad un aumento di controllo e viceversa. Ciò implica che i consumatori non possono essere divisi in due diverse " tipologie " – consumatori controllati o consumatori incontrollati- ma ciascuno può sperimentare entrambe le situazioni, cambiare il proprio modello di consumo, passando da un uso intensivo ad uno più moderato.
- Le ricerche qualitative, adottando la prospettiva mutuata dai consumatori sull'uso controllato/ incontrollato, mostrano discrepanze tra le visioni dei professionisti nell'ambito delle dipendenze e quelle dei consumatori: ovvero,considerare il consumo controllato solo come una fase temporanea per raggiungere l'astinenza piuttosto che un obiettivo vero e proprio, oppure trascurare i diversi problemi nella vita dei consumatori per considerare i problemi inerenti al consumo di droghe come il problema fondamentale. Entrambe queste discrepanze sono i motivi per cui la maggior parte dei consumatori di sostanze non ritengono essere loro di aiuto il ricevere da un servizio maggiori informazioni o counselling per mantenere o raggiungere un pattern di consumo controllato.

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

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

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

Sebbene studi simili sul consumo di cocaina e sui meccanismi di controllo abbiano una lunga storia in Europa (Cohen , 1993; Decorte, 2001), in Italia sono questi i primi studi realizzati sul consumo controllato di sostanze.

Entrambi gli studi si basano sul modello teorico di Norman Zinberg (1979 , 1984), modello incentrato sulle componenti psicologiche e sociali del paradigma (individuo e ambiente) quali elementi chiave per spiegare "l' uso controllato".

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

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

L'effetto delle sostanze psicoattive nell'uomo sono il risultato di una complessa interazione tra la Sostanza, il Set e il Setting, dove con Sostanza intendiamo le proprietà psicofarmacologiche della sostanza stessa, con Set ci riferiamo ai fattori individuali di personalità, mentre con Setting l'ambiente in cui avviene il consumo. Nel modello medico attualmente dominante, l'ambiente è un fattore spesso dimenticato, nonostante, al contrario, le ricerche qualitative ed etnografiche sottolineino lo specifico ruolo che questo rivesta nell'influenzare i modelli di consumo controllato/incontrollato. In particolare, l'ambiente implica una vasta gamma di azioni di controllo sociale adottate dalla stragrande maggioranza dei consumatori controllati di sostanze; le azioni di controllo sociale, interagendo con la disponibilità della sostanza e la"strutture di vita ", sono le principali variabili che influenzano i meccanismi individuali di autoregolazione; tuttavia l'ambiente comprende , d'altro canto , anche il contesto politico e giuridico del divieto di uso di sostanze, il quale limita/azzera l'empowerment del consumatore, nonché il diffondersi della cultura e delle strategie per un consumo sicuro/controllato. Da un punto di vista ambientale, i rischi associati all'uso di droga sono visti nel quadro di un diverso contesto, dove l' attenzione si sposta dagli individui alle situazioni sociali: è pertanto un punto cruciale inserire il setting nel riprogettare modelli operativi finalizzati all'uso controllato e l'auto regolazione.

Il Consumo di droga come rito sociale

La gestione del consumo tra gli consumatori abituali di cocaina ed eroina

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

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

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

Un regola consolidata (presente nel 50 % delle osservazioni) era quella di condividersi le sostanze, rispondendo sia a funzioni strumentali (ad esempio prevenire le sindromi astinenziali), sia a quelle sociali (ad esempio rafforzamento delle relazioni, contenimento dei conflitti, o consolidamento del capitale sociale). Nei suddetti appartamenti, cocaina ed eroina venivano prevalentemente consumate in una situazione sociale simile a quella che si può trovare in un luogo pubblico come il bar, obbedendo quindi sia a regole esplicite che implicite, al fine di arrecare meno fastidi possibili al vicinato, di ridurre i rischi di farsi notare dalle forze dell'ordine, di favorire un'esperienza piacevole e indisturbata di consumo di sostanze. In alcuni di questi appartamenti, su una parete erano affisse le "regole della casa " (ad esempio è consentito condividere le sostanze ma non mendicarle; non arrecare rumori molesti, soprattutto dopo il consumo di cocaina fumata).

La capacità di esercitare il controllo sul proprio uso individuale di droghe non è uguale per tutti i consumatori. Alcuni consumatori di cocaina, cosi come gli spacciatori, ne usano grandi quantità, presentando pochi o nessun problema correlato. Altri consumatori - in genere i consumatori di strada che hanno un consumo altalenante - in realtà usano molta meno cocaina, ma sembrano essere più affetti dai problemi correlati al suo uso. L'efficacia dei rituali e delle norme che regolano l'uso di droghe è influenzato da altri fattori importanti, i quali hanno un impatto sulle capacità di un individuo di rispettare questi rituali e regole. Tali fattori sono la disponibilità delle sostanze - ad esempio quanto una persona debba impegnarsi per acquistare la sostanza - e ciò che è definito la struttura di vita – le attività abituali (sia quelle convenzionali che quelle correlate al consumo), che scandiscono la vita quotidiana delle persone. I rituali e

le regole, la struttura di vita e la disponibilità delle sostanze sono a loro volta soggetti a molte influenze esterne. A titolo esemplificativo, se vigono politiche restrittive sulle droghe, i rituali e le norme finalizzati ad un uso controllato hanno meno probabilità di diffondersi, poiché tutte le energie dei consumatori vengono dirottate all'acquisto delle sostanze e all'evitamento di controlli e sanzioni penali per l'uso di droghe.

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

3. Oltre il modello "malattia": cambiamento nelle finalità dei servizi[11]

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

3.1 Sostenere l'autoregolazione in contesti informali

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

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

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

- *Destinatari*:consumatori di cocaina e stimolanti con diversi modelli di consumo, da quello moderato a quello intensivo. La maggior parte di questi consumatori non sono in contatto con i servizi per le dipendenze e non sono intenzionati ad entrare in trattamento. In linea di principio, la maggior parte dei consumatori, a cui sono rivolti gli interventi di RdD, sono destinatari potenziali e adeguati a ricevere un sostegno per le loro strategie di autoregolazione. In particolare, sono i consumatori con percorsi di uso discontinui e altalenanti tra consumi moderati e intensivi coloro che potrebbero trarre maggiore beneficio da questo tipo di intervento

[11]Cfr bibliografia pagg 31-33

- *Obiettivi*: negli interventi di RdD, lo scopo è quello di ridurre i rischi derivanti dal consumo di droga, in funzione di diversi elementi: la sostanza stessa, l'individuo e la tipologia del contesto di assunzione, con una vasta gamma di obiettivi specifici. Sia nella prospettiva di "riduzione del danno" che in quella dell'"autocontrollo", la scelta dei diversi obiettivi deriva dall'ipotesi del "continuum " riferito al consumo di droghe (ovvero partendo dal presupposto che i consumatori controllino in maniera diversa il loro consumo, passando da un basso ad un alto controllo e viceversa). Per quanto riguarda l'elemento "sostanza", la diminuzione progressiva dell'uso e l'"astinenza temporanea " dovrebbero essere considerati come gli obiettivi più comuni da scegliere (in quanto sono proprio le strategie di autoregolazione più utilizzate dagli stessi consumatori).
- *Relazione*: sia gli operatori pari sia gli operatori professionali della riduzione del danno potrebbero offrire un sostegno. Le relazioni tra pari e quelle (a legame debole, più "orizzontali") tra consumatore e professionista sono già un punto fermo nelle pratiche di RdD e gli operatori professionali nell'ambito della riduzione del danno hanno una formazione nella creazione e nel mantenimento di relazioni orizzontali. Tuttavia, rafforzare le tecniche di autoregolazione può richiedere una continuità nella relazione in ambienti più strutturati di intervento, al di là dei contatti episodici nelle situazioni di divertimento notturno /discoteche.
- *Azioni principali*: gli interventi stessi di RdD già rafforzano l'autoregolazione, promuovendo pratiche con minori rischi mediante interventi di counselling erogati dagli operatori pari o dai professionisti (all'interno delle dimensioni "sostanza, individuo, contesto", per esempio indicando quali siano le sostanze o mix di sostanze con minori rischi, quali le condizioni fisiche e psicologiche per ridurre i rischi, quali i contesti). Per favorire lo sviluppo dell'autoregolazione tra i consumatori, è quindi necessario progettare nuove azioni, quali interventi di formazione e interventi di counselling breve (si veda sotto: come pianificare cambiamento nell'uso di sostanze e come monitorarlo).

Gestire l'uso di sostanze

Il *Substance Use Management* (acronimo SUM) è una guida per gestire l'uso di alcol o di droga. I consumatori possono utilizzare la guida in modo autonomo o con l'aiuto di amici, familiari, professionisti.

Tra le tecniche specifiche per gestire l'uso di sostanze indicate nelle guida troviamo indicazioni per apportare dei cambiamenti :

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

Ogni argomento viene esplorato lungo le dimensioni della sostanza,dell' individuo, dell'ambiente. Ad esempio in riferimento all'argomento "cambiare la quantità", per ciò che concerne la dimensione droga, gli autori suggeriscono di iniziare tenendo un diario giornaliero per riportare in dettaglio il consumo attuale di una sostanza (in termini di quantità, frequenza ecc.); tale diario va tenuto per almeno una settimana. In

questo modo il consumatore ha un quadro esauriente dei suoi livelli abituali di consumo, per cui può ipotizzare una pianificazione di riduzione progressiva del consumo stesso e tenere traccia dei suoi progressi.

Per le sostanze caratterizzate da un meccanismo di effetto rapido ma dalla durata breve, come la cocaina, può diventare difficile ridurre la quantità: gli autori suggeriscono quindi di modificare non tanto il quantitativo di sostanze assunte quanto la frequenza di utilizzo.

Di seguito presentiamo un esempio di piano di riduzione progressiva per modificare la frequenza di uso di ecstasy:

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

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

Associazione/Ente: Mainline Foundation

Nome del progetto/servizio: Autocontrollo e Riduzione del Danno- unità di strada in Olanda

Nazione/Regione/Città: Olanda

Destinatari: Consumatori problematici di crack (pasta base di coca)

Modello operativo: Gli operatori dell'unità di strada di Mainline utilizzano il cosiddetto "approccio di prossimità" per avvicinarsi ai consumatori di sostanze in qualsiasi parte del paese. Il loro obiettivo primario è quello di fornire ai consumatori di sostanze delle informazioni di tipo sanitario correlate al loro uso di droghe e fornire supporto ai consumatori nel prendere decisioni consapevoli sulla base di informazioni corrette in merito al loro consumo di sostanze. Senza assumere alcun atteggiamento giudicante, questa vicinanza consente agli operatori di unità di strada di andare in profondità nelle esperienza di vita quotidiana dei consumatori. Assumendo come punto di partenza la percezione dei consumatori- e non quella degli operatori professionali - gli interventi sviluppati da Mainline mettono in evidenza l'importanza dell'autocontrollo, concentrandosi sui vantaggi che questo comporta dalla prospettiva del/dei consumatore/i. Forte di un 'esperienza di oltre 20 anni, Mainline ha sviluppato una varietà di interventi focalizzati sull'aumento dell'autocontrollo e sulla riduzione del danno.
Alcuni esempi: 1) Una rivista trimestrale "Mainline" in cui compaiono interviste ai consumatori che mettono in luce le dimensioni soggettive e sperimentali dell'uso di sostanze, l'autonomia e l'autocontrollo, a cui vengono aggiunti accorgimenti e consigli da parte di professionisti in ambito sanitario. Questo approccio narrativo alla comunicazione sanitaria è un efficace strumento di prevenzione. 2*)"Tutte le Carte*

per un uso sicuro di coca" consistono in un mazzo di carte con diversi suggerimenti per migliorare l'autocontrollo (o altri metodi per un uso di droghe più sicuro) ove su ciascuna carta sono riportate frasi come ad esempio: "Fuma il tuo ultimo cristallo dal foglio di alluminio per garantirti un "atterraggio più tranquillo" o "mangia prima di fumare, te la godrai di più". 3) "*Baselab"* è un intervento in cui gli operatori di unità di strada si recano presso le stanze del consumo, per discutere l'utilizzo della pasta base di coca con i consumatori; ad esempio gli svantaggi di usarne la cenere, la lunghezza della pipa e i metodi per limitare gli effetti negativi della cocaina. Gli operatori di unità di strada distribuiscono tovagliette appositamente progettate (dette "Basemat", tovaglietta base) che visivamente danno tutti i dettagli sugli aspetti del fumare cocaina al fine di ridurre ulteriormente tutti i possibili danni.
http://www.mainline.nl info@mainline.nl

Focus sull'innovazione

- *Oltre la prospettiva del "rischio/danno"*: nonostante il background teorico comune (il presupposto continuum nel consumo di droga, continuum che dipende dall'interazione dei fattori sostanza, individuo e contesto di assunzione), i concetti di " rischio" e "controllo" sono in contrasto tra loro, in quanto il primo si riferisce agli aspetti negativi (le caratteristiche negative delle sostanze), mentre il secondo enfatizza gli aspetti positivi (le capacità dei consumatori oltre l'influenza delle sostanze). Di conseguenza, la questione fondamentale "cosa è meno dannoso in rapporto alla droga " dovrebbe trasformarsi in " qual è il mio rapporto sano con la droga?", dove in questo caso ci si concentra sul processo personale di autoregolazione, in funzione dei "limiti individuali".
- Diventare consapevoli dell'esistenza di controlli informali è un risultato importante per i consumatori. Per gli operatori professionali, questo dovrebbe diventare il primo passo nel fornire un sostegno per le tecniche autoregolazione. I controlli informali sono degli argomenti che meritano di essere discussi fra professionisti e consumatori. Spesso questi ultimi non sono consapevoli delle regole che essi stessi mettono in atto, a causa della condizione di illegalità propria degli stupefacenti: le "prescrizioni" sociali per le sostanze illecite non hanno alcuna diffusione nella cultura dominante.
- Negli interventi di riduzione del danno, il mettere a fuoco gli aspetti negativi delle sostanze può impedire di rilevare gli aspetti positivi delle sostanze stesse (ovvero gli effetti che esercitano un'attrattiva nei consumatori). Al contrario, è essenziale identificare i vantaggi e gli svantaggi del consumo di droga e i professionisti sono tenuti ad aiutare i consumatori a esplorare sia i lati positivi che negativi, riguardanti la loro esperienza con la sostanza,in modo da realizzare la funzione che riveste il consumo della sostanza[12] . Essere consapevoli dei motivi che sottostanno al consumo di droghe è il passo necessario e propedeutico al cambiamento.

[12] Il controllo è in relazione con la funzione che riveste la sostanza. Come sostiene P. Cohen (1999) «Applying userbased rules of control is the only way to maintain the reasons and pleasures of drug use» (L'applicazione delle regole del controllo, definite dal consumatore, è l'unico modo per mantenere i motivi e i piaceri sottostanti al consumo di droga). Quando le sostanze diventano disfunzionali, i modelli di consumo cambiano, diminuiscono oppure se ne smette l'uso.

- Identificare i vantaggi (e non solo gli svantaggi) è ancora più importante nella valutazione dell'uso di più sostanze. Conseguentemente all'attenzione esclusiva posta al "danno", i consumatori di più sostanze sono semplicemente etichettati come policonsumatori, dove questo stesso termine implica una stigmatizzazione "multipla" dei consumatori. L'attenzione posta sull'aspetto negativo impedisce la comprensione della logica sottostante all'uso di più sostanze: ad esempio, spesso vengono utilizzate sostanze diverse per controbilanciare/attenuare gli effetti di alcune droghe. Questo è il caso del mix cannabis/cocaina, dove la cannabis aiuta a moderare gli effetti stimolanti della cocaina; anche l'eroina è spesso utilizzata per lo stesso scopo, dopo un binge di cocaina.
- Una prospettiva imparziale sull'uso di più sostanze può aiutare a identificare più strategie per ridurre il consumo, come il passaggio a sostanze il cui consumo comporti meno rischi: per esempio, passare dalla cocaina alla cannabis.

3.1.1 Autogestione individuale 2.0

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

Associazione/Ente: Global DrugSurvey

Nome del progetto/servizio: Drugmeter (www.drugmeter.com)

Nazione/Regione/Città: Regno Unito, Londra

Destinatari: Tutti i consumatori

Obiettivi: fornire supporto all'autogestione e autocontrollo nelle persone che usano sostanze attraverso uno strumento sul web avente l'obiettivo di monitorare l'uso personale di sostanze e ricevere feedback e counselling da operatori professionali

Modello operativo: Drugmeter è un'applicazione via web sicura e anonima, è indipendente, non è finanziata da Enti Pubblici ed è stata progettata per fornire informazioni veritiere e accurate su nove diverse sostanze (alcol, tabacco, cannabis, cocaina, MDMA, amfetamine, GHB, ketamina e mefedrone). Tutti i dati sono raccolti in modo anonimo e sicuro e non si può in alcun modo risalire all'identità del consumatore che accede al sito. Compilando un questionario sul proprio uso personale, Drugmeter fornisce immediatamente un quadro personalizzato: a) confronta le risposte fornite dall'utente web con coloro che hanno precedentemente compilato il questionario e usato la stessa sostanza, produce inoltre delle statistiche sulla popolazione generale; b) fornisce dei feedback sui rischi correlati all'uso proprio

dell'utente; c) lo "strumento di regolazione in funzione del rischio personale" permette di modificare il proprio uso di droghe/alcol in base al profilo individuale. In Drugmeter è possibile arricchire le informazioni del proprio profilo per ciascun fattore di rischio d) mediante l'inserimento di un identificativo si può tener traccia dei propri cambiamenti nell'uso di sostanze nel tempo e) un blog permette lo scambio di informazioni ed esperienze f) è possibile contattare un operatore professionale attraverso email.

Sito web e contatti: Global DrugSurvey info@globaldrugsurvey.com
Fergusson House 124/128 City Road - London EC1V 2NJ +44 (0)20 7324 3536

Associazione/Ente: Mainline Foundation

Nome del progetto/servizio: Apexx, rivista on line su droghe, sesso e contesti del divertimento

Nazione/Regione/Città: Olanda, Amsterdam

Destinatari:durante il lavoro di unità di strada di Mainline gli operatori avviano dei colloqui con consumatori di sostanze su argomenti quali l'uso di droghe controllato. Apexx è uno strumento sul web che si rivolge ai giovani fornendo gli stessi messaggi

Obiettivi: L'obiettivo della rivista sul web è quello di diminuire i rischi sulla salute fisica, psicologica e sociale causati dall'uso di sostanze, dai comportamenti sessuali e dalle abitudini in situazioni di divertimento da parte della popolazione giovanile

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

Apexx è stato lanciato ufficialmente nel giugno 2012 e da allora sono apparsi altri tre numeri della rivista on line:

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

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

3.1.2 Promuovere un contesto di uso più sicuro

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

- *Principali azioni*: co-operare con gli organizzatori di eventi per una gestione sicura del contesto; formare gli organizzatori a prestare interventi di primo soccorso; organizzare e gestire le zone deputate al chill out; organizzare e gestire e/o supervisionare i servizi di primo soccorso; fornire acqua fresca e altre necessità; fornire informazioni; fornire il controllo delle sostanze e pill testing.

Associazione/Ente: Lab57 – Alchemica (ONG)

Nome del progetto/servizio: Laboratorio Antiproibizionista Bologna; Informazioni e interventi indipendenti sulle sostanze lecite ed illecite per limitare i rischi e l'abuso

Nazione/Regione/Città: Italia, Bologna

Destinatari: Consumatori di sostanze, pari, organizzatori di eventi indipendenti gratuiti, di tecknival, di street parade, organizzatori e promotori di eventi legalizzati (festival, discoteche, manifestazioni), consumatori con problemi legali per uso di sostanze, familiari di consumatori e adulti in contatto con giovani consumatori, operatori sanitari e professionali (infermieri, medici, educatori)

Obiettivi: Lab57 – Alchemica né condanna né promuove in alcun modo l'uso di sostanze stupefacenti, ma è attivo nella ricerca di informazioni indipendenti, affidabili e non moralistiche, poiché solo una vera conoscenza e un uso ben informato può limitare i rischi e gli abusi, implementando un atteggiamento critico verso le sostanze. L'obiettivo dell'intervento è quello di promuovere culture e stili di vita che non siano orientati a un atteggiamento consumista, sia da parte dei consumatori di sostanze che da parte degli organizzatori di eventi culturali, musicali e artistici

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

Contesto e Strumenti:

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

Sito web e email: http://lab57.indivia.net, lab57@indivia.net

Coordinatore: Massimo Lorenzani pumax72@gmail.com

Associazione/Ente: Technoplus

Nome del progetto/servizio: Interventi di riduzione del danno in contesti del divertimento

Nazione/Regione/Città: Francia, Parigi

Destinatari:frequentatori di feste, organizzatori di eventi, pari

Obiettivi:

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

Modello operativo: l'intervento si basa su un approccio multidisciplinare: fornire supporto alle strategie individuali di riduzione del danno e aumentare la sicurezza dei contesti mediante il coinvolgimento degli organizzatori degli eventi. L'equipe operativa è composta da pari formati sulla riduzione del danno e sulla gestione di situazioni di crisi. Gli operatori forniscono informazioni sulla riduzione dei danni, materiali gratuiti e servizi ai frequentatori di eventi, utilizzando un approccio non giudicante. Queste azioni sono mirate a fornire supporto alle pratiche di autoregolazione tra i consumatori, incoraggiando la loro responsabilità ed autonomia. Le informazioni sulla riduzione del danno, supportate anche da volantini,

riguardano le diverse sostanze e le pratiche di utilizzo, mix di sostanze, rapporto consumatore/spacciatore… Techno+ ha sviluppato degli strumenti di supporto specifici (volantini e poster) denominati "Marchio di consumo" sulle pratiche di autoregolazione. Tali supporti materiali propongono semplici frasi quali "Non posso andare a una festa senza consumare: sarebbe troppo noiosa" oppure "Prendo sistematicamente parecchie sostanze durante la notte: in realtà, prendo qualsiasi sostanza mi passi per le mani". Queste frasi guidano i consumatori a rivedere le loro pratiche, riflettere sul loro consumo di droghe e su come si pongono rispetto alle sostanze. I materiali di riduzione del danno offerti sono il kit per sniffare in modo più sicuro, materiali sterili per l'uso per via iniettiva, kit per la cocaina freebase, alcol test. I servizi di riduzione del danno forniti sono il controllo delle sostanze (pill testing), la creazione di spazi sicuri per il consumo (sia per sniffare che per il consumo per via iniettiva), zone di rilassamento e chill out…

Sito web e contatti: Technoplustel:+33 6 6 03 82 97 19 tplus@technoplus.org http://www.technoplus.org

3.2 Fornire supporto alle pratiche di autoregolazione in contesti formali

Cosa si intende per contesto formale? Generalmente, un contesto (di intervento) si definisce formale quando è governato da un insieme stabilito di regole (che riguardano la relazione operatore/utente, spazi e tempi dell'intervento, ecc.). Sebbene i contesti "formali" si possano trovare in diversi tipi di intervento, in questo paragrafo si farà riferimento ai contesti formali di interventi terapeutici nei servizi per le dipendenze.

Come affermato in precedenza, il modello patologico è dominante nei servizi per le tossicodipendenze e lo stesso concetto di "autoregolazione" è in contrasto con tale approccio teorico. Per meglio evidenziare la difficoltà nell'adottare l'approccio di "controllo" nei servizi per le dipendenze, verranno brevemente riportati i capisaldi del modello "malattia".

L'approccio patologico nella pratica dei servizi per le dipendenze presenta le seguenti caratteristiche principali:

- *Offerta dei programmi*: sono prevalenti i trattamenti intensivi a lungo termine. La maggior parte dei clienti sono consumatori di eroina[13]. Sebbene il numero dei consumatori di cocaina e stimolanti in carico ai servizi che si occupano del consumo di sostanze sia aumentato, sono ancora una minoranza tra i clienti dei servizi per le dipendenze. La visione della dipendenza come malattia grave, cronica e recidivante ha come conseguenza il fatto che cercare un aiuto esterno diventi una fase necessaria per il recupero, in vista di entrare in un trattamento intensivo a lungo termine. Questo tipo di offerta è particolarmente inappropriata per i consumatori di cocaina, soprattutto per coloro che presentano modelli di consumo discontinuo e a breve termine, e per i quali i programmi non intensivi risulterebbero più accettabili. Tuttavia, i programmi meno intensivi sono una sfida per i modelli operativi dei servizi che si occupano dei consumi di sostanze, a causa del loro background teorico basato sulla "patologia".

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

- *Destinatari*:i consumatori diagnosticati come dipendenti rappresentano il gruppo più consistente.
- *Obiettivi*: l'astinenza è l'obiettivo prioritario, vista l'attenzione posta sul rischio di salute che comporta il consumo di droga. Ridurre i consumi (nella migliore delle ipotesi) è un obiettivo di seconda scelta, solo per i consumatori *cronici* che *non sono in grado* di rimanere astinenti.
- *Relazione*. Il concetto stesso di "dipendenza", come impotenza e "mancanza di volontà " implica una relazione "sbilanciata" cliente/terapeuta , dove la conoscenza e il potere sono solo dalla parte del terapeuta. Questo è ulteriormente enfatizzato dalla influenza del modello "moralistico" : l'identificazione dell'astinenza come l'unica forma di recupero è congruente con la "salvezza" del cliente dalla minaccia morale delle droghe. Di conseguenza , il terapeuta è anche il "salvatore" e i "buoni" pazienti "accettano" e sottostanno a tutte le possibili indicazioni terapeutiche.
- *Azioni*. Il modello patologico enfatizza la diagnosi, seguita da protocolli di trattamento e procedure rigide e standardizzate.

"Regole"e principi del modello "malattia":

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

Approccio proattivo e Autogestione

Il presupposto che l'utente possieda un suo expertise e che sia capace di self management è ampiamente riconosciuto sia in psicologia sia in psicologia che in medicina, anche per i pazienti gravemente malati. In particolare il Modello di Promozione della Salute, elaborato dalla Psicologia dello Sviluppo, ha l'obiettivo di

promuovere "identità positive", focalizzando l'attenzione sugli aspetti positivi dell'esperienza umana. Poiché si punta sulle capacità dei pazienti, questi vengono quindi visti come "esperti", proprio perché possono vantare un fondamentale expertise su se stessi. I programmi di autogestione (self management) sono inseriti in questo contesto teorico. La prospettiva psicologica "proattiva" è stata anche impiegata in medicina . Ad esempio, presso il Centro di ricerca educativo del paziente di Stanford (appartenente al Dipartimento di Medicina presso la Stanford University School of Medicine - Palo Alto, California), sono stati sviluppati, testati e valutati per oltre 30 anni, dei programmi di autogestione per pazienti con problemi di salute cronici.

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

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

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

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

Passare all'approccio del "controllo"

- *Offerta dei programmi*: gli interventi a breve termine, non intensivi sono coerenti con la prospettiva del "controllo", passando quindi dall'intervento di "aiuto" (dei consumatori resi impotenti dagli effetti delle sostanze stupefacenti) a quello di "sostegno" (delle capacità dei consumatori stessi a dominare gli effetti delle sostanze).
- *Destinatari*: consumatori con diversi pattern di consumo e diversi livelli di "controllo". Ciò è congruente con il fatto che il controllo è situato lungo un "continuum". Come illustrato nei paragrafi precedenti, la ricerca mostra un continuum nel controllo (in contrasto al modello patologico che utilizza una categorizzazione dicotomica tra i consumatori "controllati" e quelli

"incontrollati"): di conseguenza, vi è un potenziale ampliamento del target, che ha come estremi di inclusione i consumatori meno problematici che potrebbero cercare un sostegno nei periodi di minor uso controllato e all'altro estremo i consumatori problematici già in trattamento che potrebbero trarre beneficio da un approccio differente, andando oltre la visione fatalistica della dipendenza come "perdita permanente del controllo".

- *Obiettivi*: qualsiasi cambiamento positivo nell'ambito del consumo di droga, ma anche nella esperienza di vita, in senso lato, del consumatore. Per ciò che concerne il fattore "droga", gli obiettivi sono collocati lungo un continuum (andando dalla riduzione dei consumi, a periodi programmati di astinenza, all'abbandono delle sostanze). Considerando l'esperienza dei consumatori nella riacquisizione del controllo dopo intensi periodi "di picco di consumi ", la riduzione degli stessi e l'astinenza temporanea appaiono come le strategie più comuni di autoregolazione: pertanto dovrebbero essere gli obiettivi privilegiati degli interventi[14].
- *Relazione*: un rapporto più equilibrato tra cliente e operatore professionale è coerente con lo stesso concetto di "sostegno" alle capacità di autoregolazione dei consumatori. Sarebbe meglio definirlo come una collaborazione tra consumatori e operatori professionali. Un approccio equilibrato è possibile se l'esperienza dei consumatori (sia in merito al consumo di stupefacenti, sia in riferimento a tutta la loro esperienza di vita) viene presa in considerazione e accettata come una forma di conoscenza, al fine di costruire un'integrazione tra l'expertise dei consumatori e quelle degli operatori. I consumatori e gli operatori professionali devono costruire insieme il proprio approccio: una struttura comune per leggere e comprendere l'esperienza del singolo consumatore.
- *Azioni*. Assessment, definizione degli obiettivi, pianificazione del cambiamento, monitoraggio. Il primo punto fondamentale per qualsiasi intervento è compiere l'assessment sul consumo di droga di ciascun consumatore nell'interazione col set (le sue caratteristiche individuali nell'esperienza del consumo), invece di fare diagnosi (che costituisce il passo preliminare al trattamento secondo il modello "malattia"). Fornire un sostegno all'autoregolazione significa essere proattivi, a differenza della natura reattiva del trattamento. La prospettiva proattiva è adatta ai consumatori nelle diverse fasi e livelli di controllo sul consumo di droghe.

Associazione/Ente: CAT-Cooperativa Sociale

Nome del progetto/servizio: Centro Java

Nazione/Regione/Città: Italia, Firenze

Destinatari: Il centro si rivolge a giovani consumatori, la maggior parte dei quali (34%) frequentatori di contesti del divertimento notturno. I consumatori mostrano un'ampia gamma di pattern di consumo di sostanze.

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

Obiettivi: Il Centro Java è in grado di soddisfare bisogni diversi a seconda dei diversi tipi di consumatori. Il Centro è un servizio di bassa soglia dove ciascun consumatore ha libero accesso e può partecipare alle varie iniziative ed attività proposte. I consumatori possono trovare una risposta a qualsiasi domanda riguardante l'uso sicuro di sostanze e può essere inviato ad altri servizi del territorio, se ne fa richiesta. La relazione tra operatori e consumatori è di tipo informale.

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

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

Sito web e contatti: www.infojava.org , Federica Gamberale +393478941687

Focus sull' innovazione

- *Scegliere gli obiettivi degli interventi 1.* La scelta degli obiettivi è lasciata al cliente, in quanto si presume che i consumatori stessi siano in grado di prendere delle decisioni. Essere in grado di compiere delle scelte è la base per sentirsi responsabili. Gli operatori professionali potranno fornire sostengo ai consumatori nella costruzione di un quadro chiaro di loro stessi, dei i loro problemi , nel definire i propri bisogni in un ordine di priorità , e nel chiarire cosa desiderino.
- *Scegliere gli obiettivi degli interventi 2*. E ' importante tenere a mente obiettivi più ampi di quelli attinenti al fattore droga, sia relativamente al set (le caratteristiche individuali) che al setting l(il contesto d'uso). E' necessario porre particolare attenzione alla "struttura di vita", come fattore fondamentale per esercitare il controllo.
- *La controversia circa lo stepping down (il passaggio a modelli più moderati di consumo)*: come precedentemente illustrato, nel modello "malattia" lo stepping down non è considerato una valida scelta di intervento. Spesso,i consumatori che scelgono di passare a modelli più moderati di consumo sono etichettati come coloro che cercano di negare la gravità del problema, sebbene lo stepping down e l'astinenza temporanea sembrino essere il percorso naturale per giungere all'astinenza a lungo termine (o addirittura per tutta la vita).
- *L'auto-efficacia contro l'impotenza*. Sia i clienti meno problematici che i consumatori più intensivi (i cosiddetti tossicodipendenti) possono trarre benefici dai trattamenti che infondono loro un maggiore potere e autocontrollo. La prospettiva dell'autoregolazione è supportata da costrutti

psicologici e risultati di ricerche che mostrano la rilevanza dei sistemi di credenze dei clienti e delle loro aspettative in merito alla propria efficacia: le persone che non sono etichettate come tossicodipendenti hanno più probabilità di esercitare controllo (stare "al di sopra della droga"). D'altra parte, più le persone pensano di stare peggio più lo diventano: sembra essere una profezia che si autoavvera.

- *Sii consapevole dei tuoi successi e sottolinea gli aspetti positivi*. Questo precetto è una conseguenza dell'attenzione posta sull'autoefficacia e sull'autostima. Inoltre, è coerente con il concetto di cambiamento (non visto come "tutto o niente ", ma come un processo graduale)
- *Il concetto di cambiamento*. La prospettiva del "controllo" si accorda con il Modello comportamentale Transteorico di Cambiamento (TTM): concentrandosi sul processo di cambiamento e sull'intera persona invece di limitarsi alla semplice etichetta diagnostica, si è in grado di ampliare le prospettive nei programmi sull'uso di droghe: gli interventi possono avvenire in molte fasi della "carriera" d'uso e in molte circostanze di vita del consumatore, con una vasta gamma di obiettivi diversi, secondo il concetto di cambiamento come un processo graduale e a lungo termine .

Associazione/Ente: ASL Napoli 1 Centro – Dipartimento delle Dipendenze Patologiche /Gesco Gruppo di imprese sociali

Nome del progetto/servizio: Progetto MAMACOCA

Nazione/Regione/Città: Italia, Napoli

Destinatari:consumatori di cocaina e crack che non si rivolgono ai servizi tradizionali di trattamento; loro familiari, amici e altre persone in contatto con consumatori di cocaina/crack socialmente integrati.

Obiettivi: supportare i consumatori nel definire strategie e abilità nelle tecniche di autoregolazione; sviluppare pratiche di sostegno tra pari, riduzione dei rischi correlati all'uso droga e riduzione del danno; facilitare i consumatori a rivolgersi ai servizi pubblici per la promozione della salute

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

auto aiuto, consulenza medica ed esami diagnostici , informazioni sugli effetti e rischi delle sostanze, sostegno sociale (lavoro, formazione , ecc), psicoterapia familiare e di coppia.

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

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

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

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

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

4.3 Identificare i vantaggi, cosi come gli svantaggi, derivanti dal consumo di droghe. Entrambi gli aspetti sono essenziali per comprendere la funzione che riveste il consumo di sostanze. Inoltre, il cambiamento è conseguenza dell'"equilibrio decisionale", soppesando tra costi e benefici del comportamento attuale e i consumatori devono avere la consapevolezza di entrambi gli aspetti per compiere una scelta.

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

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

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

4.7 Un rapporto equilibrato cliente/operatore. Stabilire gli obiettivi di un intervento spetta al cliente, ritenendolo in grado di prendere decisioni. Questa capacità è la base necessaria per far assumere la responsabilità al cliente verso le decisioni adottate. Il ruolo degli operatori professionali è

fondamentale nel chiarire e facilitare le scelte, prendere delle decisioni e per fornire aiuto nell'identificazione dei passi successivi a raggiungere gli obiettivi prescelti.

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

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

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

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

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

5. Autoregolazione, Riduzione del Danno e Politiche sulle Droghe: alcune note per i decisori politici[15]

Le politiche sulle droghe e la riforma di tali politiche non sono tra gli argomenti trattati in queste Linee Guida operative[16]. Ciononostante, per andare verso un approccio di riduzione del danno basato sul sostegno all'autoregolazione e per promuovere l'uso controllato di sostanze, con la conseguente ridefinizione delle finalità dei servizi e degli interventi, diventa necessaria anche un'innovazione nel quadro politico. Le legislazioni in materia di droga, le politiche di welfare, le politiche sulle droghe e quelle sociali, diventano variabili fondamentali di quell' "ambiente", che gioca un ruolo cruciale nel ridurre al minimo o, altrimenti, nel massimizzare i rischi e i danni droga correlati e a promuovere, oppure o al contrario a frustrare, le strategie autoregolazione messe in atto dalle persone che utilizzano droghe.

In sintesi, i punti chiave sono:

[15]Cfr bibliografia pag. 34

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

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

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

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

Bibliografia

Capitolo 1. Accenni epidemiologici sull'uso di stimolanti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussione sul modello "malattia" della dipendenza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Controllo e Autoregolazione nel consumo di sostanze legali e illegali

Sostanze legali

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

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

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

Sostanze illegali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cocaina e altri stimolanti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Controllo e Autoregolazione tra le persone non marginalizzate che consumano sostanze

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

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

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

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

Guide a gestire a moderazione dell'uso

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

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

Modello transteorico sul cambiamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Approccio proattivo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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