

Il volume è stato curato da:

Daniela Vegli, Referente progetto "Flash", Ser.T. Zona Fiorentina Nord-Ovest, ASL 10, Firenze

Filippo Innocenti, Rebecca Rossi, C.A.T Cooperativa Sociale, Progetto "Rubik"

Stefano Bertoletti, C.A.T Cooperativa Sociale, Responsabile Area prevenzione

Claudio Cippitelli, Responsabile Nazionale per le politiche giovanili del C.N.C.A.

Valentina Mastrodicasa, Mattia Marras, Pierpaolo Coccia, Filippo Tito, PARSEC Cooperativa Sociale, Roma, Progetto Monitor

Renato Bricolo, psichiatra – psicoterapeuta

Editing: *Maurizio Mattei*

Copertina e grafica: *Andrea Antonini*, C.A.T Cooperativa Sociale

AA. VV.

**Droghe e modelli di consumo:
due esperienze di ricerca-intervento in area
fiorentina e romana**

a cura di C.A.T. Cooperativa Sociale-Onlus

Il volume è stato realizzato con il contributo della Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest

In collaborazione con Azienda Sanitaria, 10 Firenze, U.F.M. Ser.T. Zona Fiorentina Nord-Ovest

Ringraziamenti:

Caterina Conti, Assessore alle Politiche Sociali, Comune di Sesto Fiorentino

Assessorati Politiche Sociali e Giovanili, Comune di Lastra a Signa

Guido Guidoni, Ser.T. Zona Fiorentina Nord-Ovest, ASL 10 Firenze

Monica Magli e Simona Petri, Ser.T. Zona Fiorentina Nord-Ovest

Alberto Lugli per il coordinamento

Operatori dei progetti di C.A.T Cooperativa Sociale : "Flash", "Rubik" "Eds Q5", "Extreme ", "Infoshop", "Streetworkers" "Teen Music" del Comune di Firenze, per il fondamentale lavoro di somministrazione dei questionari

Operatori del Progetto Monitor (Coop. 'Il Cammino', Coop. 'Parsec' Ass. 'La Tenda' e Coop. 'Magliana 80') e del progetto Oltre il muro (Parsec)

Tania Mariotti, progetto "Rubik" per il lavoro di inserimento dati

Paolo Cortini per il supporto tecnico ai dati

Prefazione

I dati che emergono dalle due ricerche presentate forse non ci sorprendono. I problemi e le storie connesse al tema dell'uso, del consumo, dell'abuso e della dipendenza da "droghe" sono sempre più racconti del quotidiano, della vita "normale" di molti dei giovani, ma non solo, delle nostre città.

Non sono più e non sono solo storie difficili nelle quali la dipendenza è dramma del vivere, illegalità e marginalità sociale.

Tutto questo rende più complesso il ruolo della politica, delle istituzioni, dei servizi, degli operatori? Io penso di sì.

Oggi, ma non da oggi, risultano più complesse e più difficili le relazioni familiari, le relazioni sociali, la tenuta stessa della coesione sociale nelle nostre città.

La questione dell'uso di sostanze si interseca quindi con un problema più grande che è quello di individuare politiche e progetti che abbiano come obiettivo la qualità della vita nelle nostre città, la costruzione di opportunità che diano risposte ai bisogni diversificati delle generazioni e che tenga conto che anche all'interno delle generazioni i bisogni non sono standardizzabili.

La nuova legge sulla droga è quindi esattamente l'opposto di quello che serve. La "tolleranza zero", il non considerare la diversità delle sostanze, i diversi effetti e le diverse motivazioni di assunzione, determina una "semplificazione" della questione che non trova rispondenza nella realtà. A fronte di questo risulta ovvio che i nemici da combattere sono i servizi pubblici, "colpevoli" di un atteggiamento di acquiescenza nei confronti dei soggetti in carico e "colpevoli" di attuare politiche di riduzione del danno valutate dalla nuova legge come una forma di lassismo e di tolleranza e non come una pratica di welfare.

La storia dei servizi nel nostro Comune, ma più in generale nel nostro territorio e nella nostra Regione, è una storia diversa.

Il Progetto Flash è una realtà da oltre 10 anni. In questi anni il progetto si è modificato perché ha tenuto conto delle modificazioni della realtà sul territorio ed è stato un fondamentale sensore, ma non solo, sul territorio che ha permesso ai servizi di adeguare la loro attività in base alla lettura stessa del territorio.

La ricerca è un ulteriore contributo a questo processo e ci dice che dobbiamo trovare ancora una volta strategie, modalità, strumenti, azioni anche di bassa soglia che ci permettano di agire sul problema in un sistema pubblico/privato faticosamente costruito ed a cui non vogliamo rinunciare, e che chiama tutti alle proprie responsabilità, per prime le Istituzioni Pubbliche.

Caterina Conti
Assessore alle Politiche Sociali
Comune di Sesto Fiorentino

IL PROGETTO FLASH

a cura di *Daniela Vegli*

Progetto di prevenzione "in strada" della S.d.S. Zona Fiorentina Nord-Ovest, ovvero da un progetto di riduzione del danno a un progetto di prevenzione primaria. L'evoluzione di un servizio sul territorio e del lavoro del Ser.T.

Inquadramento storico-economico del progetto

Questo servizio, per sua natura meno visibile di altri servizi del Ser.T., è stato attivato alla fine del 1993 nei territori di Sesto Fiorentino e Campi Bisenzio, entrambi afferenti al territorio della ex-Usl 10G, con un finanziamento concesso dalla Regione Toscana sui fondi destinati ai "Progetti Obiettivo" e che nel nostro caso riguardavano la lotta all'AIDS. Successivamente con fondi legati al T.U. 309/90, il servizio è stato allargato nel 1995 al Comune di Fiesole, e nel 1998 al Comune di Calenzano. Per i cambiamenti avvenuti nell'organizzazione delle Aziende Sanitarie, il territorio della ex Usl 10 G è stato accorpato con quelle della ex Usl 10 F, per cui si sono aggiunti, sempre nel 1998 e con la stessa forma di finanziamento, i territori di Scandicci e Lastra a Signa e nel 2000 Signa con finanziamenti del Piano di Zona.

Da sempre il progetto è portato avanti in stretta collaborazione con le Amministrazioni Comunali interessate e con la piena partecipazione dei cittadini e di tutte le realtà presenti in quel territorio. Negli anni l'allargamento territoriale ha permesso al progetto un salto qualitativo enorme, consentendo di mettere in rete, tramite le diverse iniziative ed attività proposte, tutte le risorse dei territori. Ad oggi il nostro progetto risulta un vero progetto di zona.

Allo stato attuale due sono le fonti di finanziamento:

-bilancio ASL per Sesto Fiorentino, Campi Bisenzio e Fiesole;

" del Piano di Zona per Scandicci, Lastra a Signa, Signa, Calenzano

Con ulteriori finanziamenti concessi dal piano di zona è stato possibile acquistare:

-2001 Unità mobile e relative attrezzature

-2002 Due macchinette scambia-siringhe

Il contesto lavorativo e le diverse metodologie utilizzate

Risale al 1993 la prima formazione degli Operatori di Strada (da ora in poi O.d.s.), realizzata dalla Cooperativa Sociale "Valdocco" di Torino. Purtroppo a questa azione non corrispose una formazione specifica fatta anche agli operatori del Ser.T., che in quel periodo vide un avvicendamento del personale interno, nonché il cambio del responsabile.

Quando il progetto è iniziato, il lavoro di strada era in fase sperimentale e pionieristica, il progetto era uno dei primi in Toscana e le esperienze, a cui si faceva riferimento, erano quelle sviluppatasi in alcune Regioni del Nord Italia, riadattandole al contesto della periferia fiorentina.

Nel 1993 i Comuni di Sesto F.no e Campi B.io erano due territori in cui molto forte era la presenza di tossicodipendenti attivi e lo spaccio si concentrava soprattutto nelle piazze storiche. Il solo territorio di Campi B.io raccoglieva il 50% dei sieropositivi di tutta la zona, pertanto il modello d'intervento ipotizzato per l'inizio dell'attività in strada era quello basato sulla riduzione del danno¹.

La gara d'appalto per l'aggiudicazione del servizio fu vinta dalla C.A.T. cooperativa sociale e, dopo il corso di formazione, i primi passi dell'intervento furono la mappatura del territorio e l'installazione della macchinetta scambia siringhe.

La mappatura rappresenta la fase iniziale del lavoro di strada, che ha tra i diversi obiettivi quello dell'inquadramento geografico e spaziale del territorio. Una volta definiti questi primi elementi, si passa all'individuazione di tutte le risorse presenti sul territorio, quali circoli, parrocchie e altre agenzie per i giovani, che possono fornire un supporto collaborativo e di conoscenza con e per l'equipe di strada sul mondo giovanile. Infine questa fase si chiude con l'individuazione dei luoghi di ritrovo dei giovani, e con l'osservazione delle loro dinamiche e relazioni interne ed esterne.

L'installazione di due macchinette scambia-siringhe (a Sesto F.no e a Campi B.io, successivamente una a Scandicci) è venuta subito dopo il lavoro di mappatura; la collocazione ritenuta più idonea fu scelta a seguito di una serie di incontri con gli Amministratori locali di riferimento e le relative cittadinanze, per raccogliere consensi intorno ad un'iniziativa così innovativa e di non

¹ Il concetto di riduzione del danno in Italia, nei primi anni 90', aveva come riferimento l'esperienza Inglese dei servizi sanitari nel Merseyside, in cui "di fronte all'espansione senza precedenti del fenomeno della tossicodipendenza negli anni 80' e al contemporaneo diffondersi dell'infezione dell'HIV, le politiche di riduzione del danno si sono poste due obiettivi: ridurre l'incidenza della sieropositività e migliorare le generali condizioni di salute dei tossicodipendenti". (Zuffà G. p. 39, 2000)

facile accettazione. Era l'inizio di una proficua collaborazione con le istituzioni, il territorio, le associazioni ecc, per iniziare a conoscersi reciprocamente, scambiarsi informazioni, iniziare cioè a lavorare insieme. Contemporaneamente nelle due sedi del Ser.T. e nei contatti con i tossicodipendenti in piazza, iniziava la distribuzione di materiale informativo e di presidi sanitari (siringhe sterili, preservativi, narcan) con lo scopo di migliorare e/o non peggiorare la qualità della vita dei ragazzi/e, iniziando anche a parlare di "cambiamento" nel loro stile di vita.

L'obiettivo primario era quindi quello di ottenere una diminuzione del contagio del virus HIV nella popolazione tossicodipendente, privilegiando il contatto con chi non chiedeva di essere aiutato ad interrompere l'uso delle sostanze; l'obiettivo secondario era invece quello di avvicinare tutti i consumatori e quindi tutti i potenziali fruitori del Ser.T.

Fu subito chiaro che il lavoro di strada doveva essere caratterizzato da un certa chiarezza negli obiettivi da cui partire, una continua verifica degli interventi realizzati e un notevole grado di flessibilità.

Il gruppo degli O.d.s. decise di darsi un nome e fu scelto "FLASH" intendendo con questo il "flash" che segue l'uso delle sostanze. Considerando che molto del lavoro degli operatori era basato sulla relazione con i tossicodipendenti fu deciso la strutturazione di una modalità di lavoro che prevedesse una coppia fissa di operatori che lavorasse continuativamente su un territorio specifico. Fu stabilita una riunione mensile con gli operatori del Ser.T. incaricati di seguire il servizio

(un'assistente sociale e un'educatrice operanti nel Ser.T. di Sesto F.no) e, a seconda dei casi, con gli altri servizi dei territori e relative amministrazioni.

Con il lavoro in coppia nasce anche l'esigenza di dotarsi di strumenti di verifica e di efficacia dell'intervento in strada, non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo. La scheda di uscita rappresenta uno strumento e un momento del lavoro dove è possibile rielaborare il tipo e la qualità delle relazioni, ma anche i vissuti degli operatori, sintetizzando così l'intervento nel suo complesso.

Successivamente con l'ampliamento del servizio ad altri territori, il numero degli operatori di strada è progressivamente aumentato (dalla fine degli anni 90' sono otto operatori più un coordinatore) portando con sé dei cambiamenti anche nel metodo di strutturazione delle uscite. Si è così valutato opportuno modificare il modello della coppia che lavorava su un territorio, con una triade² al fine di garantire maggiore efficacia nell'intervento e continuità nel tempo. Il lavoro di strada subisce, per le sue caratteristiche di flessibilità e di incertezza (nel lavoro non esiste protezione della struttura muraria, quindi il setting di lavoro va creato ogni volta che si lavora con un gruppo) spesso

² Fornari F., *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*, Feltrinelli, Milano, 1981.

avvicinamenti nel personale impiegato. Nel frattempo anche le operatrici del Servizio tossicodipendenze sono aumentate a tre (una assistente sociale del Ser.T. di Sesto F.no responsabile del progetto, una assistente sociale e una educatrice entrambe assegnate al Ser.T. di Scandicci) e le riunioni con gli operatori della cooperativa sono diventate bimensili.

I mutamenti radicali avvenuti nel corso degli anni (la morte per AIDS o per overdose degli storici, lo svuotamento delle piazze, i tossicodipendenti sempre più "normali") hanno imposto un cambiamento altrettanto radicale anche nel modello operativo del lavoro di strada, che si è gradualmente spostato dalla "riduzione del danno" ad un intervento di prevenzione secondaria cioè mirato a fasce di popolazione giovanile composte da consumatori e quindi esposte a un maggiore rischio.

Gli O.d.s. hanno quindi iniziato a lavorare all'interno delle compagnie giovanili che si ritrovavano nei luoghi d'aggregazione del territorio (giardini, bar, circoli...) promuovendo relazioni basate sulla fiducia e cercando da un lato di valorizzare le risorse delle persone, dall'altro di cogliere i primi segnali di disagio e richieste di aiuto.

Il lavoro si svolgeva prevalentemente con due fasce della popolazione: una con i tossicodipendenti attivi o ex-tossicodipendenti e l'altro con gli adolescenti considerati a rischio. Ma un altro cambiamento che ha spostato il fuoco dell'intervento è stato quello relativo alle modalità di consumo, che nel giro di pochi anni hanno dato origine al fenomeno del policonsumo.

Il mercato è stato invaso dalle cosiddette nuove droghe e le sostanze stupefacenti sono diventate per molti gruppi un ulteriore elemento su cui si costruisce l'aggregazione e l'identità, esempio ci si trova per andare tutti in discoteca a "calare". La grande disponibilità di sostanze sul mercato ha contribuito a rompere le vecchie modalità di consumo (relegate ad ambiti e gruppi ben definiti) costringendo gli operatori delle tossicodipendenze a ripensare diverse modalità operative per raggiungere i nuovi consumatori; risale a quel periodo (fine anni 90') l'inizio dell'attività degli O.d.s. nelle discoteche di tendenza.

Gli ulteriori mutamenti sociali (es. l'aumento vertiginoso dei telefoni cellulari) e le ulteriori trasformazioni del fenomeno tossicodipendenza (da anni non esistono più le "piazze", lo spaccio viaggia con gli sms), hanno costretto gli operatori a rimodulare il progetto, così dalla prevenzione secondaria si è arrivati a realizzare un intervento di prevenzione primaria. Questo tipo di prevenzione non è più rivolto a categorie a rischio, ma si rivolge a tutta la popolazione giovanile, inoltre l'intervento si orienta non tanto alla prevenzione del disagio, ma soprattutto alla promozione del benessere. In questo senso, da allora, il lavoro degli O.d.s. si è orientato anche verso l'empowerment dell'intera comunità locale e alla valorizzazione delle risorse interne dei gruppi giovanili rafforzandone gli aspetti positivi. I giovani vengono sempre di più coinvolti nei singoli micro-progetti territoriali, stimolandoli ad

essere protagonisti delle loro scelte, rendendoli risorse per il territorio, i servizi, le associazioni ecc.

Dal 1997 prima sul territorio del comune di Sesto F.no e successivamente negli altri comuni, si è cominciato a lavorare anche alla costruzione di una rete di supporto al progetto, intendendo con questo concetto tutti quei rapporti e relazioni che servono come base di sviluppo del progetto e di crescita generale della comunità. Tutti i soggetti (pubblici e privati) del territorio, che a qualunque titolo e con modalità diverse si occupano di giovani, sono stati contattati dagli O.d.s. al fine, non solo di metterli a conoscenza del tipo di operatività esistente, ma soprattutto con lo scopo di condividere determinate visioni sugli stili di vita giovanili, valorizzare e implementare eventuali collaborazioni, approfondire le conoscenze con questi soggetti.

Questo tipo di lavoro non solo rende maggiormente visibili le iniziative svolte sul territorio, ma sviluppa anche un senso di protagonismo e d'identità collettiva che sono elementi importanti per la crescita di una comunità.

Negli anni sono stati realizzati diversi eventi su tutti i territori, che hanno visto in prima fila i giovani, quindi le associazioni, i circoli dei territori e le istituzioni che spesso hanno fornito il supporto tecnico e burocratico per la realizzazione vera e propria delle iniziative.

Nel tempo la caratteristica che più emerge nel nostro progetto è sicuramente quella di adattare l'intervento ai bisogni determinati dai continui mutamenti della cultura giovanile, ma anche alla realtà, alle peculiarità dei diversi territori comunali che sono molto cambiati nel corso di questi anni. Proprio in conseguenza di questi mutamenti sono stati rimappati più volte i diversi territori, evidenziandone i cambiamenti per riprogettare l'intervento. Pur essendo contigui da un punto di vista geografico, i sette Comuni nei quali si svolge il lavoro degli O.d.s. ,sono molto diversi da tanti punti di vista (es. la presenza o meno su quel territorio delle scuole superiori incide sulla presenza di gruppi informali).

Oggi si lavora con obiettivi e strumenti molto diversi da un territorio all'altro: se in un comune viene portato avanti un intervento su un gruppo di tossicodipendenti storici, negli altri territori, pur privilegiando l'intervento sugli adolescenti che si ritrovano informalmente, si comincia a lavorare anche in ambienti più istituzionali come le scuole o in collaborazione con associazioni. In nessun territorio esiste una sola area problematica, e l'aver scelto di lavorare su un problema specifico non significa non occuparsi delle altre aree nei periodi successivi.

Allo stato attuale gli operatori del Ser.T. effettuano una riunione mensile con gli operatori della C.A.T. per verificare e discutere le situazioni dei singoli territori, a cui si aggiungono i rapporti con gli amministratori e con le realtà dei territori con le quali si collabora (es. presidenti dei circoli), permettendo così un alto livello nell'intervento.

A tutti gli amministratori dei territori interessati viene anche inviata trimestralmente una relazione descrittiva di tutti gli interventi, dove si indica il numero dei contatti realizzati in ciascun comune, la qualità della relazione, gli argomenti trattati e gli eventi realizzati. Scopo di questo elaborato è quello di tracciare un profilo delle dinamiche e dei cambiamenti che attraversano il mondo giovanile in quel determinato periodo, portando gli amministratori a conoscenza di fenomeni che hanno delle ricadute sulla vita della comunità in generale.

Negli anni, con il passaggio da categorie a rischio a quello di comportamenti a rischio, si è ritenuto opportuno allargare il raggio d'azione dell'intervento e si è provato a raggiungere il target anche fuori dalla strada. Si sono quindi ipotizzati e poi realizzati progetti collegati a FLASH, ma destinati ad ambienti specifici, quali: le scuole medie inferiori, i luoghi di lavoro (sono stati realizzati due corsi rivolti ai Rappresentanti per la sicurezza dei lavoratori, R.L.S., sul tema delle Malattie a Trasmissione Sessuale e sulle sostanze stupefacenti illegali e legali) i circoli ricreativi.

Direttamente con i giovani sono stati diversi gli eventi realizzati: un corso di graffiti a Signa, in collaborazione con un centro diurno per minori, un video interattivo realizzato con un gruppo di giovani sul tema dei consumi dell'alcol (grazie a fondi messi a disposizione dal Comune di Calenzano, dalla Comunità Europea e associazioni del territorio) e diversi scambi internazionali con giovani di altri paesi europei.

Particolarmente interessante è stata la collaborazione realizzata dal 1997 con il Forum dei Giovani di Campi B. che aveva lo scopo di promuovere attività direttamente con i giovani e che ha permesso la realizzazione di video sulla realtà dell'autogestione giovanile. L'uso di strumenti come la telecamera, il computer, le interviste, si sono rivelati ottimi veicoli per coinvolgere attivamente i ragazzi/e e farli parlare e riflettere su temi importanti (esempio il sottile confine esistente fra legalità ed illegalità trattato nel video *In-legal City Tour* e realizzato con un gruppo di giovani sempre di Campi Bisenzio, nel 2004).

Negli anni passati è stata sperimentata sempre sul territorio del Comune di Campi Bisenzio l'installazione di macchinette per la vendita di preservativi a prezzi contenuti, ma l'esperienza non ha avuto i risultati sperati; come pure l'esperienza del Forum, conclusa da alcuni anni anche in seguito a cambiamenti nel modo di condurre esperienze.

Dalla coppia di O.d.s. in strada del 1993, si è passati, nel 2001, all'acquisto di un'unità mobile, al fine di consentire agli operatori di lavorare in strada in modo più veloce, di poter utilizzare strumenti tecnici adeguati al mondo e al linguaggio giovanile (videocamera, CDJ, pc, televisore) e contemporaneamente di essere più visibili e riconoscibili in ogni territorio.

Con il camper non solo sono aumentate le possibilità di utilizzo di strumenti per il primo contatto con i giovani, ma è stato possibile fare anche da supporto alle feste ed agli eventi realizzati direttamente in strada o nei luoghi di ritrovo dei gruppi, cercando in questo modo di ovviare alle loro richieste di spazi, senza per altro rinunciare ad una riflessione con loro su questo tema.

La presenza del camper però non esclude la presenza sul territorio degli operatori che lavorano a piedi, consentendo al progetto di avere ritmi e occhi diversi, al fine di monitorare e contattare contesti giovanili differenti per abitudini e comportamenti.

Nel 2001 è stato attivato con i fondi del Piano di zona un osservatorio giovani denominato "Rubik" (ubicato in locali messi a disposizione dal Comune di Lastra a Signa) con il doppio scopo di favorire e supportare la partecipazione dei giovani alla vita di comunità e creare una agenzia per l'incontro di domanda e offerta nel mondo dello spettacolo e delle attività artistiche in generale. Grazie all'archivio di giovani artisti realizzato, Rubik ha supportato molto l'attività degli O.d.s. nella realizzazione di eventi, promuovendo la partecipazione attiva dei giovani dei territori. La stessa agenzia ha anche effettuato l'elaborazione dei dati della ricerca di cui oggi parliamo.

In relazione all'aumento del consumo di alcool fra i giovani (è noto che cominciano ad una età prossima ai 13-14 anni, e si beve fin dal pomeriggio), il servizio ha ritenuto importante dotarsi di un etilometro, e il suo utilizzo, ad oggi sperimentato solo alcune volte all'uscita di un pub, ha portato a riflettere sui problemi alcool correlati con i giovani.

Nel 2002 sono state acquistate due macchinette scambia-siringhe, con lo scopo di garantire questo servizio ad una popolazione tossicodipendente attiva di una certa consistenza, che in determinati periodi (mesi estivi) aumenta considerevolmente. Le due macchine sono situate una nel comune di Sesto Fiorentino e una nel comune di Signa: la scelta della loro ubicazione è stata condivisa prima fra tutti gli operatori e poi con gli amministratori dei due comuni, al fine di coniugare le diverse esigenze dei territori.

Conclusioni

In una società che cambia continuamente, la componente definita giovanile si manifesta e si esprime con modalità e comportamenti sempre più veloci ed efficaci, essa non solo è capace di creare nuove tendenze nei comportamenti, ma è anche in grado di tradurre tendenze che vengono dalla società in generale facendole proprie.

Di fronte a dinamiche in continua evoluzione è quindi indispensabile una costante formazione per gli operatori che si confrontano con queste realtà. Ed è per questo che nel 2003 è stata fatta una formazione congiunta tra operatori del Ser.T. e della cooperativa sulle tecniche di "abilità sociali" e "fotolanguage", al fine di condividere strumenti di lavoro comuni rivolti ai consumatori; inoltre esiste sempre la possibilità, per gli O.d.s. di seguire aggiornamenti e/o formazione promossi sia dall'Azienda Sanitaria, sia dalla cooperativa stessa.

La partecipazione della CAT a consorzi nazionali di cooperative sul lavoro sociale, permette inoltre una serie di contatti e scambi con altre realtà del territorio nazionale, al fine di monitorare continuamente esperienze di lavoro di strada.

I primi anni sono stati anni di grande impegno, grande entusiasmo, ma l'importanza del lavoro di strada non è stata subito compresa e valorizzata dagli operatori del Ser.T. troppo presi dalla gestione quotidiana dei loro casi, ma con il tempo gli O.d.s. e quindi tutto il progetto sono diventati, e lo sono tuttora, una realtà consolidata e riconosciuta sia dai ragazzi che dalle istituzioni.

Come è facile intuire molteplici sono i livelli di intervento, per cui la programmazione del lavoro avviene prima all'interno del gruppo operatori di strada, poi successivamente con gli operatori del Ser.T... Lo stesso accade per la verifica degli obiettivi raggiunti e per l'efficacia dell'intervento. Il confronto continuo fra le situazioni dei singoli territori nel gruppo allargato, favorisce una riflessione più efficace rispetto ai mutamenti che vengono percepiti in strada e all'interno dei Ser.T., mettendo in grado soprattutto gli O.d.s. di programmare interventi più mirati. All'interno di questa modalità lavorativa si è concretizzata l'idea di aderire a una ricerca da effettuarsi in realtà territoriali diverse, per indagare il policonsumo nel mondo dei giovani che non afferiscono ai servizi e non sono contattabili in strada, per raccogliere dati che ci possono aiutare nel prosieguo del nostro lavoro.

PREVENZIONE E LAVORO DI STRADA: QUALI STRATEGIE NUOVE

a cura di *Stefano Bertoletti*

Tracciare un percorso storico delle esperienze di lavoro di strada oggi assume ancora più valore dato che si inserisce in un periodo segnato da una crescente crisi dei servizi o meglio dei sistemi di servizi che sono cresciuti e si sono sviluppati negli ultimi 15 anni. Una crisi di risorse da un lato, con la prospettiva dei tagli finanziari e la deriva economicistica che rischia di segnare tutto il sistema di servizi socio-sanitari, una crisi politica dall'altro con l'approvazione di leggi, come il decreto Fini-Giovanardi, che ci portano 20 anni indietro prima di tutto rispetto ai diritti di cittadinanza ma anche sul piano degli interventi e delle politiche di prevenzione.

In questo quadro di crisi istituzionale, si rischia di perdere molto a tutti i livelli; si rischia di perdere una articolazione di proposte, interventi, presenze e servizi che fino ad oggi hanno permesso di stare al passo, anche se con ritardi, con l'evoluzione di fenomeni sociali che coinvolgono buona parte della popolazione giovanile e ovviamente anche quella adulta.

La ricostruzione di questo percorso, locale ma allo stesso tempo nazionale, assume importanza per non cadere in logiche riduzionistiche che ad esempio ci propongono di tagliare le aree meno formalizzate degli interventi, dei processi di conoscenza e di presa in carico dei problemi, come appunto le unità di strada e i servizi a bassa soglia, le attività di accoglienza e di ascolto sul territorio. Non a caso questo percorso inizia a partire da un contesto locale come quello dei comuni della zona Nord-Ovest di Firenze dove la CAT Cooperativa sociale insieme al Ser.T. della vecchia USL 10G, nel 1993, ha attivato il primo progetto Toscano di lavoro di strada rivolto alla popolazione tossicodipendente, il progetto "Flash" uno dei primi progetti nazionali di questo tipo.

Da quegli anni molte cose sono cambiate, si sono differenziati modelli di intervento, sono cambiati i target i contesti di riferimento, il rapporto con i servizi, ma alcune delle premesse del lavoro di strada, così come ce l'hanno

insegnato³, sono rimaste valide. Una di queste riguarda l'atteggiamento esplorativo degli operatori di strada, cioè la capacità di conoscere i contesti, le persone che li abitano e le loro specifiche caratteristiche culturali. Tale competenza veniva prima di altre afferenti a sfere diverse come quella educativa, comunicativa e informativa; l'operatore di strada si configurava come una sorta di etnografo contemporaneo che prima di tutto doveva essere in grado di esplorare territori sconosciuti e culture particolari.

Con questa impostazione, comune a diverse esperienze e a "scuole" di formazione che hanno investito su questa nuova professionalità, si è potuto sviluppare un modello di lavoro nato in origine per affrontare i contesti storici della tossicodipendenza di strada e affrontare i cambiamenti degli anni novanta con l'affermarsi delle sfere ricreative dei consumi nei contesti di intrattenimento, i comportamenti di policonsumo e le culture musicali e aggregative emergenti⁴.

Tra i risultati della ricerca esposta va certamente notato come il policonsumo rappresenti oggi un dato sempre più concreto sia in termini quantitativi che in termini qualitativi. Ma più in generale è il panorama dell'approccio e del rapporto con l'uso di sostanze che è cambiato; negli ultimi anni è cresciuta la diffusione e l'accessibilità ai diversi tipi di sostanze e oggi si osserva una tendenza a non delimitare più l'uso di certe sostanze a contesti specifici, così come è avvenuto negli '90 in Italia.

Se osserviamo la moltiplicazione e la frammentazione dei contesti di intrattenimento che è avvenuta dalla metà dei novanta ci possiamo rendere conto che ormai non ha quasi più senso parlare di "droghe da discoteca" intendendo sostanze che vengono usate prevalentemente o esclusivamente in quel contesto, ma vediamo come molte di quelle sostanze vengono sperimentate e usate con modalità più trasversali in luoghi diversi fino ad arrivare ad un uso privato in casa propria.

Va certamente compreso che stiamo parlando di modalità di uso e di sperimentazione che si sono diffuse in modo trasversale nella popolazione giovanile ma tenendo ben presente che non si parla necessariamente di abuso o di dipendenza. Una distinzione che a qualcuno può apparire superflua ma che invece, nella prospettiva maturata da molti gruppi che

³ Il modello di lavoro di strada da cui siamo partiti, è un modello elaborato dalla Cooperativa Sociale Valdocco assieme al Sert di Settimo Torinese, un modello contenente una metodologia tecnica di mappatura definita del "quadrante bianco" elaborata in modo originale dal gruppo di operatori. tale modello propone che l'operatore attraverso un processo di esplorazione a largo spettro del territorio, costruisca delle mappe di orientamento e poi dei percorsi operativi che gli consentano di conoscere e di mettere in relazione abitanti, modi di vivere gli spazi, abitudini e linguaggi. Solo in seguito è possibile individuare e contattare target specifici e avviare un lavoro mirato con loro.

⁴ Per una disamina più completa dell'evoluzione dei modelli operativi e dei contesti di intervento vedi: F.Bagozzi, C.Cippitelli (a cura di); *Giovani e Nuove Droghe 6 Città a Confronto, il Progetto Mosaico come Modello di Intervento*; F. Angeli – Milano 2003; in particolare cap. 4; Future: segmentazione del loisir , specializzazione degli interventi.

hanno lavorato in modo particolare sui “nuovi stili di consumo”, risulta centrale e segna un passaggio culturale importante.

La dipendenza non può più rappresentare la chiave di lettura principale per approcciarsi ai fenomeni e organizzare gli interventi di prevenzione, abbiamo bisogno di modelli più sofisticati con maggiori distinzioni e sfumature che possano aiutarci a calibrare messaggi, posizioni e proposte. Questo non significa negare l'esistenza di rischi specifici, come dimostrano, tra gli altri, anche alcuni dei dati della nostra ricerca, ma piuttosto tentare di comprendere meglio la loro natura, le specificità e le relazioni con i contesti. Spesso, per non dire sempre, nelle situazioni in cui si trovano a lavorare gli operatori la dimensione della dipendenza appare assai remota e sono altre le chiavi da utilizzare per entrare in contatto con le difficoltà di chi consuma sostanze; si tratta di dimensioni legate al contesto ambientale, alla situazione specifica della persona, alle caratteristiche delle sostanze e al tipo di mix sperimentato. Conseguentemente si interviene su rischi emergenti nel breve-medio termine: rischi legati alla possibilità di incidenti, ai malesseri o alle crisi con conseguenze psichiche, e ora più di prima a problemi di natura legale.

Specializzazioni

Nel complesso siamo di fronte a due tendenze generali che definiscono la prospettiva che vogliamo illustrare.

La prima tendenza sottolinea la necessità di andare oltre la categorizzazione generale che definisce e divide gli ambiti della prevenzione e quindi le differenze tra ambiti e modelli di prevenzione primaria, secondaria e terziaria ma soprattutto le distinzioni tra le popolazioni interessate che oggi presentano caratteri di continuità sempre maggiori. Oggi infatti non è più così facile dividere gli interventi, ad esempio rispetto al contesto e capita frequentemente di dover fare interventi nelle scuole con contenuti finalizzati alla riduzione dei rischi, sia perché la scuola è tutt'altro che estranea al consumo di sostanze sia perché le persone che si contattano fanno riferimento ad esperienze e a contesti di consumo esterni. Vi è quindi una continuità in termini di contenuti e di messaggi che va tenuta ben presente e che in un certo senso avvicina molto le varie modalità di fare prevenzione.

L'altra tendenza generale, solo apparentemente in contrasto con la precedente, si riferisce alla specializzazione degli interventi rispetto ai contesti in cui si è presenti.

In questi anni indubbiamente vi è stato, nel lavoro di strada, uno sviluppo di modelli di intervento specializzati con strutture operative molto articolate, basti pensare agli interventi nel mondo del *loisir* che prevedono l'allestimento di postazioni complesse con aree *chill-out*, spazi di accoglienza e di animazione, l'integrazione tra interventi sanitari di primo soccorso e interventi animativi, oppure si può pensare allo sviluppo delle unità mobili che promuovono attività di animazione territoriale organizzando eventi, concerti,

attività sportive, iniziative di valorizzazione degli spazi. Un fiorire di progetti rivolti a contesti aggregativi definiti: pub, discoteche, grandi eventi, piazze e muretti, scuole, palestre, con finalità e ambiti specifici.

Spesso si tratta di uno sviluppo in termini di progetti con committenze diverse e non di sistema di interventi coordinato, anche se altrettanto spesso le unità operative sono composte dagli stessi operatori.

Sistemi e integrazioni

La necessità di arrivare ad una prospettiva di integrazione tra interventi locali diversi componendo e sostenendo un *sistema* di progetti perlomeno rispetto ad aree territoriali vicine e connesse rappresenta uno dei primi punti su cui costruire un percorso di innovazione. Questo coinvolge livelli diversi evidentemente. Le committenze pubbliche che ad un certo livello, non possono più limitarsi a considerare l'operatività dei progetti rispetto ad un territorio limitato o ad un utenza locale "residente", ma devono prendere in considerazione gli spostamenti dei gruppi giovanili rispetto ad occasioni ed eventi significativi, che si realizzano fuori del loro territorio e dal lato opposto il significato e il potere di attrazione extralocale di eventi che si realizzano nel loro territorio. Le *équipes* di progetto che devono considerare a certi livelli la necessità di integrarsi con altre *équipes* vicine, confrontando letture di fenomeni e prospettive metodologiche operative, quindi messaggi, strumenti di comunicazione, pratiche promettenti. Su alcuni aspetti particolari è necessario che questo livello di integrazione venga sostanziato da esperienze di formazione comuni.

La necessità di promuovere un maggiore livello di integrazione tra *équipe* e progetti diversi attualmente risulta evidente quando si parla di interventi specializzati sugli eventi di *loisir* giovanile, specialmente se si tratta di grandi eventi.

In questo ambito sia in Toscana che in altre regioni sono nati progetti⁵ che hanno l'obiettivo di sviluppare interventi di prevenzione e riduzione dei rischi nei grandi eventi quali: *festival musicali*, *rave party*, raduni giovanili, e nelle pratiche operative hanno già sperimentato una forte integrazione tra i gruppi di lavoro. Ovviamente maggiore è la portata degli eventi più forte è l'esigenza di operare con strutture miste in cui siano presenti operatori di *équipes*

⁵ Progetto "Extreme" intervento nei grandi eventi giovanili, finanziato dalla Regione Toscana dal 2001 a CAT Cooperativa sociale di Firenze e Comune di Firenze; attualmente (2006) intergrato nel Progetto IRMA2, finanziato dalla Regione Toscana a CNCA Toscana. Progetto "Nautilus", finanziato dalla Regione Lazio a Coop Il Cammino, Parsec, Magliana80, La Tenda; il progetto si occupa in modo specifico di interventi nei Rave parties e grandi eventi giovanili. "Coordinamento Regionale Unità di strada Regione Emilia Romagna", coordinamento delle unità di strada regionali finanziato da Regione Emilia Romagna; si occupa anche di grandi eventi giovanili e realizza attività in eventi importanti come la Street Parade di Bologna.

territoriali provenienti da regioni diverse, che condividono metodologie e propongono messaggi coerenti.

Su questo terreno negli ultimi anni è stato fatto un lavoro cospicuo che può evolversi ulteriormente nella strutturazione di un *network* operativo di livello nazionale da attivare ogni volta ci si trovi di fronte ad un evento di grande portata. I vantaggi di questo orientamento sono numerosi e riguardano la continuità di messaggi e di riconoscibilità dei servizi, la possibilità di condividere e sperimentare pratiche efficaci e innovative rispetto all'accoglienza al contatto e alla gestione di situazioni critiche, di attivare strategie di presa in carico che possano arrivare fino ai servizi territoriali di appartenenza delle persone incontrate colmando così quel gap che si crea spesso tra la presa in carico rispetto all'episodio di crisi e una presa in carico più duratura e complessiva nell'ambiente di vita ordinario della persona.

Allo stesso tempo si tratta di una prospettiva che consente di sviluppare un ambito di ricerca rispetto ai fenomeni e alle tendenze di consumo con strumenti comuni e confrontabili, cosa di cui c'è un gran bisogno come dimostra anche l'esperienza presentata in questo volume. Purtroppo vanno anche ricordate le difficoltà e gli ostacoli che si pongono di fronte allo sviluppo di questa prospettiva, esse hanno a che fare con la logica "localistica" che spesso condiziona fortemente le committenze pubbliche da cui dipendono i progetti, logica che non consente di riconoscere la portata ampia che certi contesti propongono in termini di partecipazione giovanile, la differenziazione e la trasversalità dell'utenza ma soprattutto l'estensione in termini di ricadute territoriali che gli interventi hanno.

La peer education ed oltre

A questa prima dimensione messa a fuoco che riguarda l'integrazione tra modelli operativi e, in termini più concreti, tra servizi specialistici di lavoro di strada fino alla creazione in alcuni casi di *équipes* miste tra progetti diversi per la formazione di *network* di respiro ampio e di sistemi operativi che abbiano come riferimento territoriale le aree urbane se ne aggiunge un'altra altrettanto importante; che si riferisce alle strategie di *peer education* e di *peer support*.

L'investimento sull'educazione di pari in questi ultimi ha avuto un discreto sviluppo anche in Italia sia rispetto ai progetti di prevenzione rivolti a giovani, soprattutto in ambito scolastico, che in altri contesti. Vi sono diverse modalità di intendere queste figure e di disegnarne il ruolo, alcune, che potremmo definire classiche, derivanti dai lavori di Bandura⁶ e altri, (...) in sostanza limitano questa figura ad un ruolo di "agente di diffusione" di messaggi, altre che vedono il *peer educator* come un attore autonomo, significativo ed

⁶ Bandura A., Richard H W., *Social learning and personality development*. Holt, New York 1963.

Bandura A, *Social learning Theory.*, General Learning Press, New York 1986

essenziale all'interno di "subculture" che partecipa ad un processo rielaborando messaggi e creandone di propri.

A nostro avviso la *peer education* deve essere intesa come una strategia di potenziamento della capacità elaborativa e delle potenzialità di informazione da rivolgere a figure che hanno e giocano un ruolo nei contesti naturali da dove provengono senza influenzare le modalità con cui trasmettono informazioni svolgendo una funzione di influenza sociale, in altre parole mantenendo pieno rispetto delle loro funzioni e ruoli all'interno dei contesti di pari e delle culture che questi esprimono. In tal senso la *peer education* diviene una strategia di *empowerment* che potenzia l'autonomia dei soggetti coinvolti, senza togliere responsabilità agli adulti che vengono stretti in un rapporto dialettico con le realtà giovanili a cui si riferiscono. In questo senso ancora si tratta di una metodologia che deve adattare forme e contenuti ai differenti contesti in cui interviene e che può applicarsi in situazioni assai diverse: dalla scuola, ai contesti informali dell'aggregazione quotidiana, alle frequentazioni specifiche come quelle legate al mondo dell'intrattenimento, oppure a contesti definiti di consumatori o di tossicodipendenti. Si possono poi avere delle forme più evolute che cercano, come nel caso di un progetto europeo concluso recentemente⁷ di formare degli operatori pari anche per una funzione di consulenza di primo livello, prevedendo il loro impiego anche in affiancamento ad operatori nei servizi di accoglienza e consulenza.

In generale si è dimostrato molto produttivo, nelle nostre esperienze, lavorare sulla costruzione di *partnership* con gruppi o singoli coinvolti nella realizzazione di eventi di *loisir* giovanile. Ciò è stato necessario, in un primo momento, per accedere operativamente ad eventi come *rave party* o feste private ma in breve si sono aperte anche altre strade. Ci siamo resi conto, infatti, come operatori, che alcuni gruppi attivi nell'ambiente potevano rappresentare se opportunamente valorizzati una risorsa per promuovere cambiamenti culturali più profondi nella modalità di concepire il tema dell'aggregazione e dell'intrattenimento giovanile con l'obiettivo di promuovere maggiore partecipazione tra i consumatori e di rinforzare le forme di autotutela interne ai gruppi di fruitori degli eventi. Abbiamo visto, ad esempio, lavorando a stretto contatto con chi riusciva ad avere uno sguardo "interno", che il numero e l'incidenza degli episodi e dei comportamenti a rischio in certi contesti di *loisir* risulta strettamente correlata alle modalità di

⁷ "IN-SIDE Juvenile ways in drug prevention actions"; n° 117655-5.1.XL-IT-25-2004-R1; progetto finanziato dalla Comunità Europea, Programma Leonardo Azione 5. realizzato dal 30/1/04 al 30/1/06. Ha attivato esperienze di formazione di gruppi di pari per lo svolgimento di attività di prima consulenza con consumatori di sostanze all'interno di vari contesti. Realizzato da CAT Cooperativa sociale in partenariato con PARSEC Cooperativa sociale, COMUNE FIRENZE , PRIMA (Slovacchia) , IREFREA (Spagna) , BLUE POINT (Ungheria)

concepire l'ambiente, alla qualità delle offerte culturali, alla dimensione e all'apertura degli spazi, di conseguenza della necessità di lavorare anche su questi piani negli interventi di prevenzione.

Su questi temi sono state fatte delle esperienze nell'area fiorentina e laziale che hanno dato luogo ad una nuova modalità di interpretare il lavoro con gruppi di pari passando da un ambito educativo ad un ambito più ampio, collocabile nell'ambito del "*peer support*", in cui si cerca di sostenere a livello concreto la nascita di imprese in grado di gestire eventi di sostenere professionalità nuove sul mercato. Progetto che ha trovato collocazione nell'azione della Comunità europea Equal⁸ e che promuoverà, attraverso una stretta integrazione tra operatori sociali, giovani artisti e organizzatori di eventi l'avvio di un'agenzia in grado di occuparsi, in area regionale toscana, della gestione di spazi ed eventi di *loisir* e di mediazione e consulenza tra realtà giovanili e istituzioni nella gestione di spazi di aggregazione.

Basse soglie diffuse

Un ultimo versante su cui proporre uno stimolo sui modelli di innovazione del lavoro territoriale di strada e più in generale sugli interventi di prevenzione rivolti ai giovani riguarda i servizi di accoglienza e di consulenza sul territorio. Una riflessione che incrocia il bisogno di costruire nuove tipologie di servizi sul territorio, dedicati all'aggregazione giovanile ma che siano anche in grado di intercettare domande di informazione e di consulenza collegate all'uso di sostanze. L'evoluzione dei progetti di lavoro di strada, così capillarizzati nei contesti territoriali, e la diffusione e lo sviluppo delle attività legate alla "*peer*

⁸ **Progetto FSE EQUAL II FASE, MISURA 2.2 "SOCIAL ENTERTAINMENT SERVICE", CODICE PS: IT-G2-TOS-032.** Consorzio NOVA Onlus, Consorzio Nazionale per l'innovazione sociale – soggetto capofila; Comune di Firenze; Provincia di Arezzo, Università di Firenze – Facoltà di Psicologia; Fondazione Arezzo Wave, CAT Cooperativa sociale, Cooperativa Al Plurale, Confcommercio Firenze, Policom, ASA (Associazione Studentesca Autogestita). Il progetto ha come obiettivo l'avvio e la messa in opera di un sistema integrato di collaborazione tra enti pubblici, imprese sociali, associazionismo giovanile e imprenditoria profit finalizzato alla costituzione di un organismo di gestione e promozione, definita "agenzia sociale per l'intrattenimento" che sia in grado di: intervenire nell'ambito di grandi eventi musicali diretti ad un pubblico giovanile, con la finalità di prevenire situazioni di rischio, promuovere prassi di salute e di sicurezza per i partecipanti e per i contesti sociali, curare forme di mediazione sociale tra l'evento e le comunità territoriali. Promuovere eventi e gestire spazi all'interno del territorio regionale volti alla socializzazione, alla facilitazione della partecipazione giovanile, alla promozione delle competenze culturali e artistiche di gruppi e singoli

education” e al “*peer support*” ci porta di fronte al bisogno di costruire dei luoghi adatti al di là delle sedi tradizionali dei servizi specialistici Ser.T., Psichiatria, servizi psicologici, per lavorare più approfonditamente sulle domande portate dai giovani.

I modelli da cui trarre ispirazione sono vari, non certo numerosi specialmente in Italia, ma sufficienti per individuare dei riferimenti da sviluppare.

Le caratteristiche comuni tra loro sono: la bassa soglia di accesso, il lavoro in rete stretto con altri servizi di prevenzione e con i servizi specialistici e di diversa utilità, e informalità dell’approccio e leggerezza del servizio, ambientazioni e orari adeguati.

Infoshop

Sulla scorta di esperienze di eccellenza maturate in ambito europeo (uno fra tutti il *negozio della prevenzione* di *Crew 2000* a Edimburgo), alcune realtà italiane impegnate in progetti di prevenzione e riduzione dei rischi si sono dotati di *infoshop*, vale a dire negozi su strada, facilmente accessibili e a bassa soglia, nei quali accogliere singoli ragazzi e gruppi. Non si tratta di locali dove vengono distribuiti gli strumenti di profilassi specifici dei programmi di riduzione del danno (siringhe, acqua distillata, ecc.), quanto piuttosto *club house* dove trovare informazioni sulla musica di tendenza, sugli eventi musicali, sulle attività della notte e anche materiale informativo sulle sostanze, in particolare sulle nuove droghe. Gli *infoshop* sono il contesto dove organizzare la formazione e programmare le attività dei gruppi di *peer education*, dove poter accedere ai siti web specifici, dove incontrare assuntori problematici di nuove sostanze, sia per un semplice colloquio, sia per rispondere a domande di orientamento o di presa in carico.

Gli *infoshop*⁹, nella nostra esperienza non vogliono assomigliare ad altre realtà *indoor* da tempo presenti sui territori, come i “centri giovani” o gli spazi aperti con i fondi della legge n.285/97¹⁰. Il loro compito non è quello di offrire un ulteriore luogo di animazione o di accoglienza aspecifica: loro obiettivo è quello di collegare idealmente la notte e i contesti di intrattenimento (della festa, dell’extraordinario, delle sonorità techno, dei consumi, degli incontri...) con il giorno e la dimensione dell’ordinario. Sono un luogo dove orientarsi rispetto ai nuovi scenari anche di consumo, dove progettare e proporre azioni alternative, autonome, autogestite, un luogo dove trovare idee e portarne di proprie. Arredi adeguati (plastica, metallo, materiale di riciclo), postazioni video e musicali, *sound system*, *consolle*, grande disponibilità di *flyer* e locandine sugli eventi musicali del periodo, materiali audiovisivo e cd sulle sonorità emergenti, riviste di tendenza e specialistiche, postazioni

⁹ progetto INFOSHOP- centro JAVA –Comune di Firenze CAT Cooperativa sociale; Centro Infoshop – progetto “oltre il Muro” Cooperativa sociale PARSEC - Roma

¹⁰ DLGS n. 285/97 “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza”.

telematiche, materiale informativo sulle sostanze stupefacenti, sul progetto, sui servizi: questo, e quanto ancora potrà aggiungere la creatività delle diverse équipes, dovrebbe essere ciò che i ragazzi che entrano in un *infoshop* potrebbero trovare.

Drop in

Anche in questo caso di derivazione anglosassone o nordeuropea, generalmente vengono assimilati a servizi esclusivi per utenza tossicodipendente, in cui è possibile ricevere accoglienza diurna o anche notturna materiali di profilassi (materiale sanitario, siringhe ecc.) e servizi essenziali per la cura della persona (mensa, docce, lavanderia) ma ne esistono altre versioni diversamente orientate. Vi sono infatti delle esperienze rivolte a consumatori di sostanze “ricreazionali”¹¹ che offrono essenzialmente un luogo dove poter stare, ascoltare e fare musica, con la possibilità di avere informazioni e servizi di pill-testing,¹² e accesso a corsi per la cura l’equilibrio psico-fisico: yoga, discipline orientali, agopuntura e massaggi. È possibile che vengano attivati percorsi di presa in carico individuali o di gruppo.¹³

Sportelli di informazione e consulenza

In questa area rientrano molte esperienze, in generale non si può certo dire che lo sportello come modalità rappresenti una novità nel panorama di servizi offerti al pubblico giovanile basti pensare al sistema capillare di sportelli dedicati all’orientamento lavorativo o alla consulenza psicologica. Nel nostro caso si tratta di ripensare il modello rivolgendolo a utenze precise con una collocazione mirata. Si tratta infatti di una modalità inedita se la pensiamo orientata al trattamento di problemi connessi all’uso di sostanze o alla diffusione di informazioni specifiche e rivolta a target particolari come ad esempio gli studenti universitari o i lavoratori. In questo senso il servizio è pensato come un luogo ove è possibile ricevere informazione sui rischi legati al consumo e una prima consulenza da parte di operatori pari opportunamente formati ma dove è possibile anche approfondire eventuali problemi o domande con personale specializzato, un luogo quindi dove sia anche possibile ricevere una consulenza diagnostica e un orientamento per una presa in carico oppure una consulenza legale per situazioni legate al possesso o al consumo di sostanze, tema quest’ultimo che emerge con

¹¹ In Italia da segnalare il Drop In center del Livello 57 a Bologna e il Progetto Drop-In del Gruppo Abele a Torino.

¹² In Italia questo servizio non è consentito dalla legge, nonostante questo esistono delle esperienze gestite da gruppi di impegno politico antiproibizionista in cui è possibile fare dei test di primo livello su alcune droghe.

¹³ può essere assimilato a questa tipologia il Centro CAOS 41 del Comune di Firenze, ASL 10, Coop CAT.

particolare rilevanza alla luce della recente entrata in vigore della Legge Fini-Giovanardi .

In tutti questi esempi risulta particolarmente rilevante, oltre al collegamento stretto con le attività delle unità di strada, la creazione di partnership significative con gruppi che possono facilitare l'accesso agli sportelli: gruppi di consumatori, collettivi studenteschi, centri sociali, associazioni e gruppi che organizzano eventi di intrattenimento.

Riguardo alla popolazione di lavoratori evidentemente ci sono problemi specifici da affrontare per la gestione del tema della privacy per cui occorre trovare delle soluzioni di tutela in collaborazione con i sindacati, ma è sempre più evidente che essi rappresentano un target cui dedicare in primo luogo della ricerca specifica ma anche delle attività di informazione e consulenza in tema di consumi di alcool e sostanze.

Verso sistemi di servizi

Complessivamente nel percorso tracciato abbiamo cercato di mettere in luce alcuni dei passi che molte esperienze partite dal lavoro di strada hanno compiuto in questi anni incrociando fenomeni nuovi, alla ricerca di metodologie in grado di moltiplicare le risposte e di renderle più adeguate e fruibili dall'utenza. Il lavoro di strada è cambiato si è articolato maggiormente, ha promosso e continua a promuovere nuovi servizi con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità di domande nuove e di soggettività emergenti. Esso propone oggi, in molte realtà la creazione di sistemi operativi di prossimità e di bassa soglia all'interno dei quali costituisce una parte.

Quello che occorre domandarsi è se di tutto questo se ne ha consapevolezza e se sono mature le condizioni a livello istituzionale per una legittimazione più profonda che consenta di stabilizzare i progetti rendendoli appunto servizi.

La risposta è che siamo ancora piuttosto distanti da questa prospettiva anche se sono stati fatti dei passi importanti ad esempio nella direzione dell'accreditamento¹⁴.

Sono ancora scarse infatti le prospettive di riflessione sulle progettazioni territoriali di aree metropolitane, scarse le progettazioni che vanno verso la costruzioni di sistemi di offerte di prossimità collegate tra loro effettivamente purtroppo è più frequente che i tentativi di integrazione tra progetti e servizi vengano operati dal basso da chi li gestisce.

¹⁴ In alcune Regioni italiane: Lombardia e Marche, sono già stati elaborati ed approvati i criteri per l'accreditamento dei servizi di lavoro territoriale, tra cui le unità di strada; in altre Toscana ed Emilia Romagna sono state nominate delle commissioni di lavoro per definire i criteri di accreditamento.

DUE RICERCHE UTILI PER CONTINUARE A PORSI DOMANDE

a cura di *Claudio Cippitelli*

La ricerca: strumento indispensabile del lavoro di strada

Le due ricerche che vengono presentate sono frutto di altrettanti progetti di lavoro di strada, uno implementato nell'area fiorentina l'altro nell'area romana, condotti da équipe consapevoli dell'importanza di dotarsi di strumenti socio-antropologici in grado di orientare l'azione quotidiana e restituire una lettura competente dei *pannel* giovanili incontrati. Il progetto fiorentino *Flash* e quello romano *Monitor* trovano in questa consapevolezza una comune scelta metodologica, da noi ritenuta assai importante e ineludibile: l'azione sociale, ed in particolare il lavoro di strada, deve poter contare su di una costante pulsione esplorativa e cognitiva, in grado di contenere approcci ideologici, di evitare l'affezione a eventuali pratiche ritualistiche e inappropriate, di enfatizzare l'ambito della scoperta e dell'innovazione.

La ricerca, sociologica, psicosociale, antropologica, può garantire quanto appena detto: a patto che non venga considerata un'attività ancillare, da condurre sporadicamente, ma, al contrario, che venga inserita organicamente e quotidianamente nelle attività delle diverse équipe che implementano attività di lavoro sociale. Gli strumenti messi a disposizione dalle scienze umane sono numerosi, di diversa complessità ed efficacia: oggi più di ieri sono fruibili da unità di strada in buona parte formate da giovani laureati e dotate di strumenti di registrazione audiovisivi assai performanti. Su queste basi, in questi ultimi anni la capacità di lettura dei nuovi fenomeni, dei soggetti e dei gruppi coinvolti e dei contesti nei quali si sviluppa l'azione ha incontrato uno sviluppo considerevole: si assiste ad una notevole produzione di materiale documentale audiovisivo, raccolte di storie di vita, analisi di family e focus group, ricerche condotte attraverso la somministrazione di questionari. Una produzione che si giustappone all'attività di *report* e che alimenta una vasta letteratura, spesso conosciuta

solo territorialmente, tanto preziosa quanto poco valorizzata per il contributo che potrebbe offrire in termini conoscitivi e metodologici.

Il problema risiede nella grande diversità degli strumenti utilizzati i quali, sebbene indaghino spesso intorno ad un medesimo oggetto, non producono evidenze confrontabili con i risultati ottenuti da equipe simili, magari operanti in territori adiacenti. Questa diversità di strumenti viene spesso giustificata, e con ragione, con la necessità di adattarsi alla realtà territoriale nel quale si opera e ai diversi ambiti umani con cui si entra in relazione, per coglierne a fondo le specificità, per rispettarne le sensibilità e le caratteristiche. Un tentativo possibile, per coniugare la necessità di produrre evidenze confrontabili con quella di rispettare le esigenze cognitive territoriali, è rappresentato dalla proposta di elaborare, su base nazionale, una batterie di *item* che rappresenti il *core*, il nucleo centrale, di una ricerca comune a tutti. Si tratta di una proposta avanzata dal C.N.N.D. (Coordinamento Nazionale Nuove Droghe) sin dalla Terza Conferenza Nazionale sulle Droghe (Genova, 2000): in quella occasione, con il contributo, tra gli altri, di Renato Bricolo e Teodora Macchia, fu approntato un questionario semistrutturato di 17 domande e proposto a tutti i propri membri per essere utilizzato direttamente nella sua versione originale o inserito, come parte specifica, in strumenti di rilevazione più ampi. L'intenzione del Coordinamento era quella di raccogliere, con tutti i limiti che le rilevazioni effettuate in tale modo possono presentare, una notevole mole di dati su base nazionale in merito ad alcune dimensioni problematiche presenti nella vita dei consumatori di sostanze psicotrope, dimensioni cruciali nell'ideazione e nell'implementazione di attività di prevenzione e riduzione del danno. I due lavori di ricerca presentati in questo volume sono accomunati dalla presenza, nei rispettivi strumenti, di quel nucleo centrale di *item* proposto dal C.N.N.D.; inoltre, vale la pena ricordare che le due équipes che hanno condotto l'indagine hanno condiviso esperienze importanti, quali il lavoro comune nei festival estivi di Arezzo Wave e Pistoia Blues, e hanno condiviso diversi momenti di confronto e autoformazione.

Le aree tematiche

La qualità e la quantità dei consumi; i problemi psicofisici connessi all'assunzione di sostanze; a chi si sono rivolti gli assuntori per fare fronte ai problemi riscontrati; quali difficoltà, nella vita quotidiana, i ragazzi consumatori pensano di poter attribuire al loro stile di vita. Queste, in sostanza le domande. Le risposte ottenute a Roma non sono difformi da quelle rilevate nell'area toscana, anche durante i festival estivi della scorsa stagione. Sono risposte che impongono a coloro che professionalmente si occupano di questi temi una riflessione seria, non dettata da approcci ideologici quanto piuttosto dalla necessità di scegliere gli strumenti adeguati

per affrontare un fenomeno, quello dei consumi di psicoattivi, in rapida evoluzione.

La cocaina, ad esempio.¹⁵ Mentre l'oggetto principale delle preoccupazioni degli adulti, le *pasticche*, riguardano meno della metà dei ragazzi contattati dagli operatori di strada di Roma, quasi tre su quattro di loro hanno ricercato ed utilizzato cocaina. Non si tratta di una novità: i dati europei, da tempo, indicano tale sostanza tra quelle maggiormente consumate, sia nella *club culture* che in contesti apparentemente distanti da tali esperienze, come il mondo del lavoro; anche in molte ricerche italiane, la cocaina viene stabilmente indicata come la quarta sostanza in ordine di preferenza, dopo l'alcool, i superalcolici e i derivati della canapa indiana. Eppure il dibattito nella *policy community* non sembra rispecchiare la sfida che un uso così importante di questa sostanza tra i giovani pone. Perché la cocaina ha questo successo? A quali bisogni risponde? Come differiscono gli attuali consumi di cocaina da quelli di dieci anni fa? Una sostanza ritenuta d'élite nel passato è divenuta così popolare solo per una sua maggiore economicità o sono divenute "di massa" le aspettative e le prestazioni che gli vengono attribuite? Come si fanno attività preventive ed informative rispetto ad un *prodotto* di così evidente successo? Siamo dotati di servizi in grado di prendersi cura di consumatori problematici di cocaina? Sono domande alle quali gli operatori che vivono professionalmente i contesti diurni e notturni di consumo non possono dare risposte da soli. La sensazione è che la cocaina rappresenti una metafora di una più ampia gamma di inesprese domande sociali; domande, bisogni ed aspettative che coinvolgono i giovani in primo luogo, ma non solo loro, e rispetto alle quali è necessario un rinnovato impegno di studio degli operatori e, più in generale, della psicologia sociale, dell'antropologia, della sociologia.

Tanti piccoli disturbati. Qualcuno meno piccolo.

Nel campione romano, dichiarano di aver avuto un "colpo di calore" durante l'effetto della sostanza il 39,7%; ricordano tachicardia il 51,35% e sono svenuti durante l'effetto il 13,3%, il 4,45% subito dopo. Qualcuno è svenuto nei giorni successivi; ha avuto attacchi di panico il 15,65% del campione, che per diversi giovani sono comparsi il giorno successivo e le settimane dopo. Anche la depressione è un sintomo diffuso, come anche il senso di persecuzione e i momenti deliranti, tanto nell'immediato come nei giorni

¹⁵ Ricordiamo di nuovo che nel campione romano i consumatori che studiano sono pari al 41,5%; lavorano stabilmente il 30,55%, stagionalmente il 3,95%, studiano e lavorano 15,9%. I disoccupati rappresentano solo il 7,8% dell'insieme; un campione che presenta caratteristiche socioeconomiche sovrapponibili a quelle di molti ragazzi di pari età. Eppure, il 67,9%, dichiara di aver usato cocaina. Molti di più di coloro che hanno conosciuto l'ecstasy (42,65%) o le amfetamine (39,4%).

seguenti. Oltre il 36% del gruppo ricorda un'eccessiva irritabilità, durante l'effetto o nelle ore successive, irritabilità che dura, per il 13,75% anche il giorno dopo e per il 10,7% anche le settimane successive. Completano la lista i disturbi dell'appetito e, assai rilevante, la difficoltà di concentrazione. Infatti, se oltre la metà dei ragazzi denuncia una tale difficoltà durante l'effetto della sostanza (50,65%), tale stato permane nel 29,6% dei casi subito dopo la fine dell'effetto, nel 21,35% il giorno successivo, nel 10,3% nella settimana dopo e nel 7,7% dei ragazzi nei mesi successivi. Tenendo conto che di queste persone più del 45% sono occupati, i rischi di infortunio sono evidenti a tutti, come sono evidenti le difficoltà che presumibilmente incontrano gli studenti. Eppure quanti sono gli strumenti di prevenzione e riduzione del danno che partono da questi episodi piuttosto che da richiami etici ed esortazioni morali? I ragazzi e le ragazze intervistate sono tutte persone che, parafrasando lo slogan di una delle ultime (e tra le più brutte) campagne nazionali sulle droghe (o ci sei o ti fai), *si fanno* ma successivamente *ci sono*: sono nei posti di lavoro, stanno nelle classi delle medie superiori e delle università, sono nel territorio. Per costoro abbiamo il dovere di garantire un'informazione corretta ed aggiornata, utile per favorire la riflessione sui loro stili di consumo e tesa ad evitare fenomeni di emarginazione ed esclusione. La ricerca, il lavoro di strada, offre l'opportunità di partire dal vissuto quotidiano dei giovani consumatori per individuare con loro i rischi e prefigurare tutte le possibili scelte di salute.

Con nessuno. O con un amico.

Tutte le ricerche sui giovani indicano nella famiglia l'istituzione che più di ogni altra ha senso e significato per i ragazzi. A fronte di episodi critici, come quelli appena riportati, essa sembra, al contrario, perdere ogni capacità di interlocuzione, di comprensione e di protezione: su 1031 ragazzi che sono incorsi in problemi psicofisici, soltanto una ventina (il 2,3%) si sono rivolti a familiari. La grande maggioranza ha preferito viversele in solitudine (53,9%) o confidarsi con un amico/a (36,45%). Pochi, alcune unità si sono rivolti ai Ser.T. (0,95%) o ai servizi del privato sociale e alle unità di strada (0,8% complessivamente). Sembra assai sensato, davanti a queste evidenze, aumentare la capacità di accoglienza e la presenza di servizi autorevoli e non stigmatizzanti, tanto del servizio pubblico che di organizzazioni del privato sociale. Sembra ancora più sensato aumentare i programmi di educazione tra pari (*peer education*) che permettano la diffusione di messaggi preventivi ed informativi tra i soggetti che più di ogni altro sono a disposizione dei giovani per un consiglio ed un primo orientamento: i giovani stessi.

I consumi e le tossicodipendenze. Ancora un problema giovanile?

Riprendere in mano l'osservazione e lo studio della condizione giovanile, anche attraverso indagini sui consumi giovanili di sostanze psicotrope, significa, in realtà, ritornare a studiare l'intera società e il suo assetto. Assai illuminanti appaiono le parole di Renato Bricolo, un vero pioniere dello studio dei nuovi fenomeni e nuovi consumi giovanili: *“La grande velocità con la quale si modificano i costumi e i comportamenti dei giovani di oggi impone un tentativo di fissare i punti nodali del susseguirsi delle differenti reazioni, interpretazioni e risposte, perché solo così non si perde quanto elaborato, e soprattutto, diventa facile e possibile trasformare in continuum quanto altrimenti apparirebbe discontinuo e incomprensibile.”*¹⁶

Il tema “droga” sembra prestarsi in maniera particolare, però, per evidenziare come un fenomeno che riguarda la società nel suo complesso, venga attribuito (confinato) nel solo segmento della popolazione indicata come “giovani”.

Eppure, che l'uso e l'abuso di psicoattivi non sia un comportamento addebitabile esclusivamente ad una specifica fascia di età dovrebbe essere, oramai, una consapevolezza diffusa. Scrive Gunter Amendt, nel suo libro “No drug - no future”: *“il 4% della popolazione nei paesi più sviluppati consuma regolarmente e in modo continuativo psico-droghe provenienti dai laboratori dell'industria farmaceutica”*¹⁷. Se consideriamo non solo le sostanze psicotrope che vengono sanzionate come illegali, il fenomeno della ricerca di supporti farmacologici in grado di risolvere *panne* di natura psicologica e relazionale riguarda la società, non una età specifica di essa.

“Nel 1988 appare in Francia una *Guida ai 300 farmaci per superare i propri limiti fisici e intellettuali*. Fa scandalo. Gli autori – anonimi – difendono, in una società ormai esasperatamente competitiva, il <diritto al doping>.”¹⁸ Alain Ehremberg, nel riportare questa significativa iniziativa editoriale, ricorda che gli autori precisarono che, secondo loro, una cosa è accedere a consumi di farmaci che consentono al soggetto di affrontare le *performance* richieste, altra cosa è drogarsi: *“ (gli autori) distinguono il drogarsi, che coincide col ripiegarsi morbosamente su un proprio universo privato, dal doparsi, che agevola invece il confronto personale con gli obblighi imposti a ciascuno di noi”*.¹⁹ Con l'attuale grande diffusione di metanfetamine (*ecstasy*) e cocaina,

¹⁶ Renato Bricolo, Introduzione in *Giovani e nuove droghe: sei città a confronto, il Progetto Mosaico come modello di intervento*, a cura di Bagozzi e Cippitelli, Milano, Franco Angeli, 2003, pag. 17.

¹⁷ Gunter Amendt, *No drugs – No future, le droghe nell'età dell'ansia sociale*, Feltrinelli, Milano, 2004, p. 46.

¹⁸ Alain Ehremberg, *La fatica di essere se stessi - depressione e società*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1999, p. 259.

¹⁹ *Ibidem*

ovvero delle droghe illegali performanti per definizione, la distinzione appena proposta tra il doparsi e il drogarsi perde in gran parte di senso. Il confine tra il significato e le potenzialità che promettono l'MDMA e la cocaina e gli psicofarmaci appare sempre più labile: infatti, molti assuntori *scelgono*, a secondo dei contesti, delle opportunità del mercato o delle situazioni personali, di consumarne l'una o l'altra, e molto spesso di giustapporre l'una a l'altra. Si *policonsuma*: ci si dopa e ci si droga, per sfuggire e per affrontare. I consumi di psicofarmaci nella modalità consentita, quindi con prescrizione medica, riguardano in occidente principalmente il mondo adulto e, dato assai inquietante, i bambini; ma gli stessi prodotti trovano un uso "da strada", dove un mercato grigio di dimensioni non trascurabili si occupa di rendere disponibili le benzodiazepine e gli altri farmaci al pubblico di giovani che ne hanno scoperto le potenzialità ludiche e di auto – cura.

Prendiamo in esame le droghe "stimolanti e ricreazionali". Questi consumi, secondo il senso comune, dovrebbero essere appannaggio privilegiato di adolescenti e giovani. In una recente rilevazione clinica condotta da ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità²⁰, mirata a identificare la tipologia dei soggetti che si rivolgono ai Servizi per consumo di sostanze "ricreazionali" (ovvero le sostanze diverse da oppiacei, alcool e cannabis), i ricercatori affermano di aver condotto lo studio su un campione più giovane rispetto alla media dell'età riportata per nuovi utenti 2000 dal Ministero della Salute. L'età media dei 1.911 soggetti componenti il campione dell'I.S.S. risulta essere di 27,7 anni per i maschi e di 25,4 anni per le femmine, a fronte della media nazionale nuovi utenti che nel 2000 risultava essere di 28,5 per i maschi e di 27,7 per le femmine. Quello che appare da questa ricerca, pur nella specificità del campione preso in esame che, ricordiamo, è costituito da utenti dei Servizi territoriali, è il diverso andamento del consumo della cocaina rispetto all'ecstasy: *"Come risulta immediatamente evidente, la cocaina è la sostanza più usata in entrambi i sessi e, presso i Servizi, la percentuale di assuntori per questa sostanza cresce al crescere delle classi di età. L'ecstasy invece, che è la seconda sostanza ricreazionale rappresentata nei Servizi in ordine di consumo, presenta un andamento opposto."*²¹ Il consumo di cocaina, secondo la ricerca dell'I.S.S., si concentra nelle fasce di età 30-34, 35-39, 40 anni e oltre: siamo davvero sicuri si tratti di un problema giovanile? Siamo sicuri del *significato* che assume la cocaina per coloro che, intorno ai quarant'anni, la consumano? E ancora, possiamo essere certi che per tutti gli adulti coinvolti in tale consumo la cocaina ha lo stesso significato? Fare del consumo di cocaina un problema giovanile, tra le altre cose, evita di affrontare la *funzione* che tale consumo può rappresentare in fasce non residuali di popolazione: risulta infatti più agevole stigmatizzare un giovane assuntore piuttosto che un anziano e stimato uomo

²⁰ ISS, *I Servizi e le sostanze ricreazionali, una rilevazione clinica in Italia*, a cura di Macchia, Giannotti e Taggi, Franco Angeli, Milano, 2004.

²¹ *Ibidem*, p. 65.

politico o un professionista competente e ricercato. Rimane il problema: chi assume cocaina lo fa per rifiutare il sistema ed essere fuori dalla società, per esserne parte *adeguatamente*, per sopportarne la pressione iperprestazionale o, semplicemente, per piacere? L'assetto societario dei paesi occidentali scoraggia o necessita di stimolanti?

Qual è il senso di questi consumi nella società e perché si riproduce il senso: questa pare la domanda davvero utile. Le risposte vanno ricercate tra tutti i cittadini, non solo tra una parte di essa, i giovani.²²

²² Anche dal punto di vista della sanità pubblica, vale la pena di considerare i consumi di cocaina un fenomeno non esclusivamente giovanile. All'interno di un programma di formazione rivolto a tutti gli attori coinvolti a vario titolo nel network "droghe e dipendenze" nella Regione Lazio, in diverse conversazioni avute da chi scrive con medici e responsabili di importanti Pronto Soccorso della Capitale emergeva come, in presenza di pazienti con crisi cardiache di età superiore ai 55 anni, non si potesse escludere a priori di essere in presenza di assuntori di cocaina.

PROGETTO "RUBIK - FLASH"

a cura di *Filippo Innocenti, Rebecca Rossi*

Introduzione

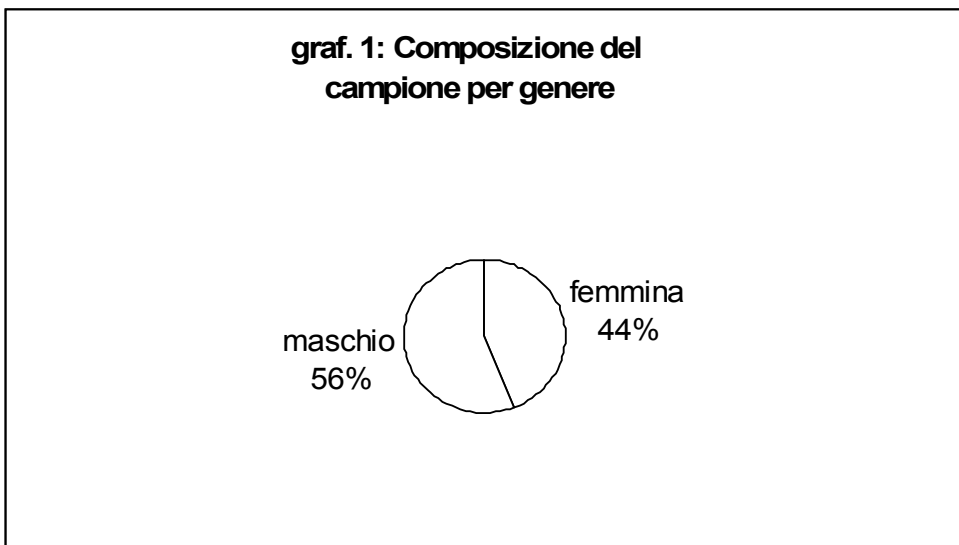
La ricerca è stata condotta dalla C.A.T. Cooperativa Sociale di Firenze. Lo strumento utilizzato è un questionario elaborato dal C.N.N.D (Coordinamento Nazionale Nuove Droghe) con lo scopo di analizzare quali siano le modalità di consumo di droghe della popolazione giovanile compresa tra i 15 e i 35 anni. Il progetto "Rubik" della C.A.T. Cooperativa sociale, ha deciso di sviluppare ulteriormente tale ricerca inserendo in tutti i questionari somministrati all'interno dell'area Nord-Ovest alcune domande volte ad indagare il senso di appartenenza a varie dimensioni territoriali (dal paese di appartenenza all'Europa, passando per l'Area Nord-Ovest), gli stili di vita dei ragazzi, come viene vissuto lo spazio-tempo del week-end (spostamenti, luoghi frequentati ecc.).

Il fine è quello di raccogliere, all'interno di lavori realizzati in contesti di aggregazione giovanili e comuni diversi, una serie di dati confrontabili, idonei nel contribuire ad indagare alcune dimensioni specifiche del fenomeno del policonsumo di sostanze psicoattive tra i giovani. Le dimensioni analizzate in particolare sono quattro: la prima è la quantità e la qualità del policonsumo tra i giovani, la seconda riguarda i problemi di natura psicologica, fisica e psicofisica che incontrano i giovani nei loro percorsi di consumo, la terza fa riferimento ai servizi ai quali si sono rivolti i giovani, mentre l'ultima area ha indagato in merito ai contesti dove gli intervistati hanno avuto le maggiori difficoltà correlate alle loro assunzioni e ai loro stili di vita.

Confrontare le modalità di uso di sostanze dei giovani dell'area Nord-Ovest e di Firenze con quella dei loro coetanei ci darà una conoscenza più approfondita, non basata esclusivamente sul senso comune e permetterà una base scientifica e momenti di riflessione necessari per approntare politiche maggiormente incisive.

Descrizione del campione

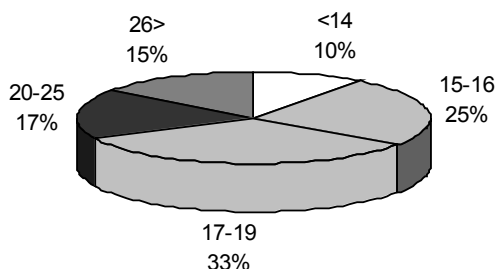
I soggetti che fanno parte del campione del territorio fiorentino rappresentano il target abituale dei progetti di lavoro di strada. Non si tratta perciò di un campione selezionato in base a criteri derivanti da uno specifico disegno di ricerca previamente stabilito, ma di quella parte di popolazione giovanile che è stata contattata nel tempo e nell'ambito delle attività di lavoro di strada o più in generale di prevenzione²³. La distribuzione e raccolta dei questionari è stata fatta nell'arco di tempo che va dal giugno 2003 al dicembre 2004. Il campione è costituito da 650 soggetti di cui 365 maschi (56%) e 285 femmine (44%) [Graf1].



Il 10% dei soggetti ha un'età inferiore ai 14 anni, il 25% ha tra i 15 ed i 16 anni i 33% tra i 17 e i 19 anni, il 17% tra i 20-25 ed il 15% ha oltre 26 anni. [Graf2].

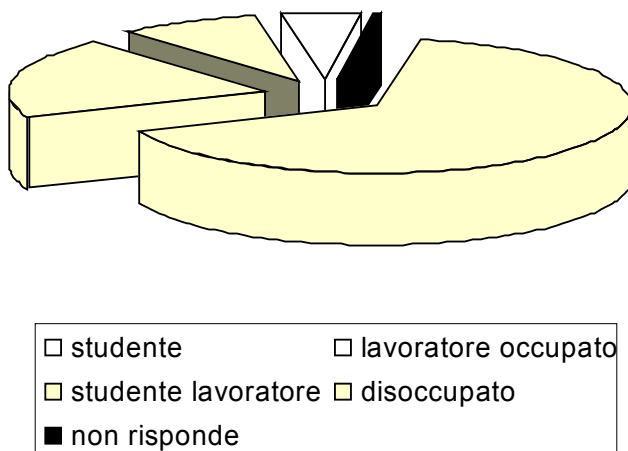
²³ I progetti della C.A.T Cooperativa sociale coinvolti nella fase di somministrazione del questionario sono stati: progetto "Flash" zona Fiorentina Nord-Ovest, progetto "Rubik" zona Fiorentina Nord-Ovest, progetto "Streetworkers", "Infoshop" ed "Extreme", Comune di Firenze - Dipartimento Dipendenze, progetto EDS Quartiere 5, Comune di Firenze.

graf2: distribuzione per fascia d'età



Il 96% risulta essere celibe/nubile, il 3% convivente e l'1% coniugato/a.
Il 3% possiede la licenza elementare, il 58% la licenza media inferiore, il 24% la licenza media superiore, il 9.5% la qualifica professionale ed il 5.5% la laurea.

stato occupazionale



La tabella 1 è informativa rispetto all'uso delle sostanze²⁴, la loro frequenza di assunzione e l'età di inizio.

I tipi di sostanze sui quali i soggetti erano chiamati a rispondere sono 16.

²⁴La domanda richiedeva di rispondere in maniera affermativa anche se la sostanza fosse stata utilizzata una sola volta nell'arco della vita.

La quasi totalità del campione dichiara di aver fatto uso di alcool (98,5%) e superalcolici (82%). Notevole anche il consumo di cannabis (78%) e cocaina (32%).

Se l'uso di cocaina si attesta al quarto posto, le altre tre sostanze trovano priorità diverse all'interno delle preferenze individuali. Presenti in modo difforme le altre sostanze, consumate in maniera più occasionale o in determinati contesti come approfondiremo successivamente.

Tabella 1

	Frequenza uso sostanze							
	Uso	Età media Inizio (min-max)	Tutti i giorni	Più di una volta a settim.	Una volta a settim.	Una volta negli ultimi 30 gg.	Quasi mai	Una volta nella vita
Alcool	98.5%	13 (6-22)	13%	34.5%	32%	10%	9%	1.5%
Superalcolici	82%	14 ½ (7-24)	3.5%	22.5%	37%	18%	16%	3%
Cannabis	78%	15 (9-26)	28.5%	28%	13%	10%	15.5%	5%
Cocaina	32%	18 (13-30)	-	4.5%	9.5%	18%	46%	22%
Popper	28%	16½ (10-29)	-	4.5%	3%	10%	43%	39%
Funghetti allucinogeni	19.5%	19 (13-35)	-	2.5%	1%	7.5%	51%	38%
Ecstasy	19%	17½ (13-30)	1%	3.5%	28%	17.5%	30%	20%
Anfetamine	15%	17 (13-28)	-	4%	18%	22%	40.5%	15.5%
LSD	14%	18 (14-28)	-	-	8.5%	9.5%	45%	37%
Oppio	11%	19 (11-30)	1.5%	7.5%	3%	7.5%	39.5%	41%
Psicofarmaci senza prescrizione medica	7%	18½ (11-30)	11.5%	9%	5%	7%	42%	25.5%
Eroina	6.5%	18½ (14-27)	2.5%	2.5%	2.5%	5.5%	31.5%	55.5%
Ketamina	6%	20 (15-31)	-	2.5%	15.5%	20.5%	23%	38.5%
Crack	2.5%	18 (15-23)						
Anabolizzanti	1%	18 (15-23)						

Se spostiamo l'attenzione sulla frequenza d'uso, i dati emersi confermano che le sostanze utilizzate più frequentemente sono cannabinoidi, alcool, superalcolici e cocaina. Da sottolineare che, se da un lato l'alcool è al primo posto per l'uso (il 98,5% degli intervistati ha difatti asserito di averlo provato almeno una volta nella vita), sono i cannabinoidi ad essere usati più frequentemente. Vediamo infatti che il 28,5% dei soggetti usano cannabinoidi con frequenza giornaliera mentre nel caso degli alcolici questa classe di risposta è del 13% e si atesta al 3,5% per quanto riguarda i superalcolici. La frequenza d'uso dell'alcool aumenta invece nella categoria "una volta a settimana" a fronte di una diminuzione dei cannabinoidi. Ipotizzando che l'item "una volta a settimana" si riferisca ad un consumo legato al weekend è possibile fare alcune considerazioni anche se da confermare. Mentre infatti il consumo di alcool e superalcolici si concentrerebbe durante il fine settimana, quello di cannabis risulterebbe maggiormente legato ad un uso giornaliero, quasi ad indicarne una "normalità" d'uso. Da evidenziare come la percentuale della frequenza d'uso della cocaina sia concentrata nella categoria "una volta a settimana"(9,5%). Se ci riferiamo all'ipotesi citata possiamo pensare che anche per questa sostanza la frequenza d'uso venga concentrata durante il fine settimana.

Se si osservano le frequenze d'uso in base al genere si può notare che l'alcool si conferma come sostanza abitualmente assunta a prescindere dal sesso. Semmai maschi e femmine si differenziano nella tendenza da parte delle seconde a concentrare l'uso di alcool una volta alla settimana a fronte di un consumo maggiormente distribuito nell'arco della settimana da parte dei maschi. (Tab. 2).

Differenze per genere frequenza d'uso

Tabella 2

	Frequenza d'uso alcool						Totale
	tutti i giorni	più di una volta a settimana	una volta a settimana	una volta al mese	quasi mai	l'ho provata una volta nella vita	
maschio	18%	39,5%	26%	7,5%	7%	2%	100%
femmina	6%	28%	40%	13%	12%	1%	100%

Per quanto riguarda i superalcolici si riproduce approssimativamente il quadro precedente. Sia i maschi che le femmine infatti assumono superalcolici con la stessa modalità che vede il primo rango occupato dalla classe “più volte a settimana” nel caso dei primi e dalla classe “una volta a settimana” per le seconde. (Tab. 2.a).

Tabella 2.a

	Frequenza d'uso superalcolici						Totale
	tutti i giorni	più di una volta a settimana	una volta a settimana	una volta al mese	quasi mai	l'ho provata una volta nella vita	
maschio	5%	28%	35%	16%	14%	2%	100%
femmina	1%	16%	40%	21%	18%	4%	100%

Anche per le amfetamine la frequenza d'uso delle femmine è superiore a quella dei maschi nelle categorie "più di una volta a settimana" e "una volta a settimana" mentre è minore nella categoria "una volta al mese". Va notato tuttavia che, come si evince dalle alte percentuali nella successiva classe "quasi mai", il modello d'uso delle amfetamine è differente da quello delle sostanze analizzate in precedenza venendosi a configurare come consumo più sporadico.

Tabella 2.b

	Frequenza d'uso anfetamine						Totale
	tutti i giorni	più di una volta a settimana	una volta a settimana	una volta al mese	quasi mai	l'ho provata una volta nella vita	
maschio	-	3%	17%	23%	43%	14%	100%
femmina	-	8,5%	19%	19%	34,5%	19%	100%

La maggior parte delle femmine fa uso di cannabis “più di una volta la settimana” mentre la maggior parte dei maschi ne fa uso quotidianamente (Tab. 2.c). Le differenze delle frequenze per le altre categorie non sono sostanziali.

	Frequenza d'uso cannabis						Totale
	tutti i giorni	più di una volta a settimana	una volta a settimana	una volta al mese	quasi mai	l'ho provata una volta nella vita	
maschio	35,5%	26%	11%	9%	13,5%	5%	100%
femmina	17,5%	31,5%	16%	12%	17%	6%	100%

Un dato interessante riguarda l'età di inizio dei consumi: il primo insieme è costituito da alcool, superalcolici e cannabis, sostanze per le quali la media di inizio di assunzione si attesta sui 14 anni (alcool anni 13, superalcolici 14 ½, cannabis 15) (Tab. 3).

Per il secondo gruppo si registra un significativo innalzamento della media che si attesta sui 17 anni per popper, amfetamina, ecstasy, sui 18 anni per lsd, cocaina, crack, anabolizzanti, eroina, psicofarmaci e sui 19 anni per ketamina, funghetti allucinogeni e oppio. (Tab. 3)

Potremmo perciò riferirci al primo raggruppamento come a droghe di primo consumo, dato probabilmente da leggersi considerando sia la facile reperibilità delle stesse sia la rappresentazione di alcolici e superalcolici come non-droghe (da considerare anche l'aspetto della legalità) come parte di un costume di socializzazione. Lo stesso tipo di riflessione può essere applicata ai cannabinoidi il cui consumo risulta essere pressoché quotidiano, sebbene i soggetti che ne fanno uso siano in percentuale inferiori ai consumatori di alcolici.

Il secondo gruppo che coinvolge i soggetti dai 17 ai 19 anni, sia per il notevole incremento delle sostanze utilizzate sia per i molti tipi di combinazione potremmo considerarlo come legato ad una fase di "sperimentazione" in parte rispondente a certe caratteristiche dell'epoca adolescenziale. Pertanto la molteplicità delle sostanze contemporaneamente assunte potremmo supporla come limitata cronologicamente a questo periodo.

Successivamente, nel gruppo che comprende la fascia di giovani adulti, si perde questa fase di molteplicità sperimentale e si torna ad un uso "ridotto" di sostanze che sono alcool, superalcolici, cannabis e cocaina.

Tabella 3

	Età media Inizio
Alcool	13
Superalcolici	14 ½
Cannabis	15
Cocaina	18
Popper	16½
Funghetti allucinogeni	19
Ecstasy	17½
Anfetamine	17
LSD	18
Oppio	19
Psicofarmaci senza prescrizione medica	18½
Eroina	18½
Ketamina	20
Crack	18
Anabolizzanti	18

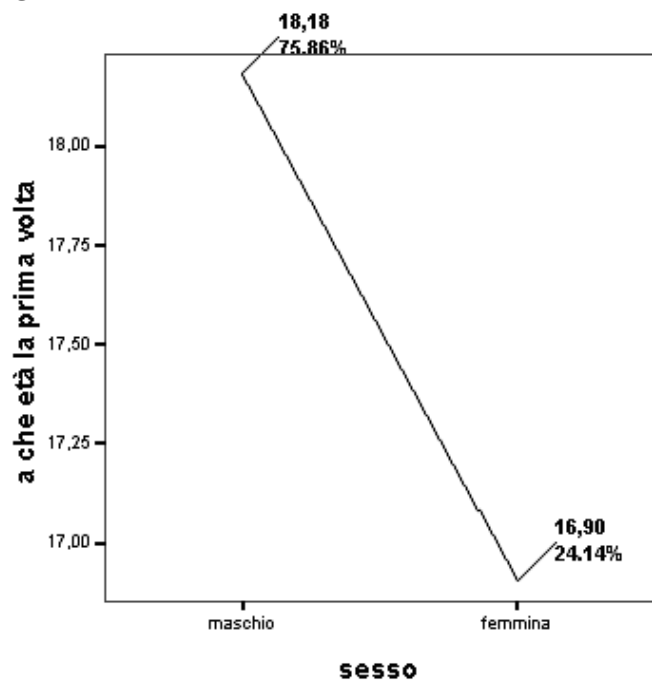
Prendendo in esame la differenza di genere per quanto riguarda l'età della prima assunzione, vi è da mettere in risalto un dato secondo noi significativo, ovvero che le ragazze hanno il loro primo contatto con le sostanze più "pesanti" prima dei maschi. Difatti le ragazze iniziano prima dei maschi per quanto riguarda l'uso di lsd (femmine 17 e maschi 18), crack (17 femmine e 18 ½ i maschi), ketamina (femmine 17, maschi 21), funghetti allucinogeni (femmine 18 e maschi 19), eroina (femmine 17 ½ e maschi 19), oppio (femmine 17 ½ e maschi 19), psicofarmaci (femmine 17 ½ e maschi 19).

Sarebbe interessante indagare maggiormente le differenze di genere nell'uso/abuso di sostanze ma allo stato attuale non possiamo che fare alcune ipotesi, dettate più dal senso comune che da una specifica analisi dei dati.

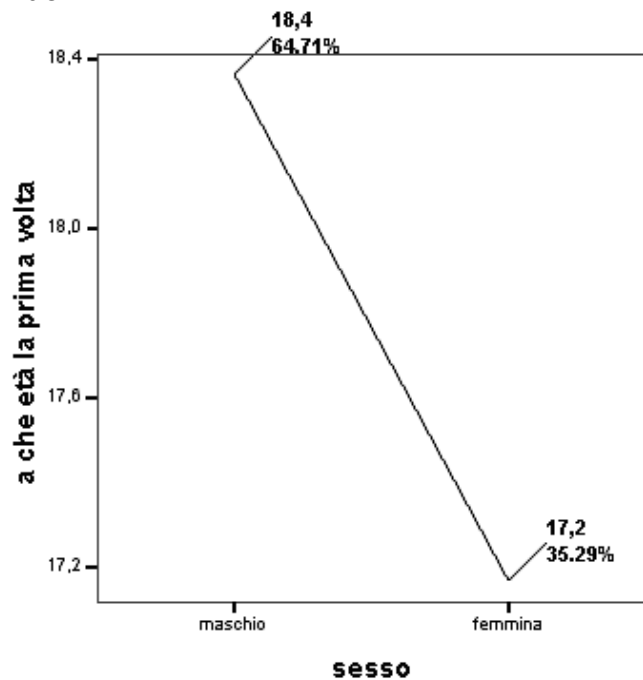
Una prima ipotesi potrebbe essere data dal fatto che le ragazze solitamente escono in gruppo con ragazzi più grandi di età. Per questo motivo è possibile che, all'interno del gruppo informale le sostanze utilizzate per la prima volta dai maschi possano essere assunte anche dalle ragazze di età inferiore. Sembrerebbe quasi un "saltare" le tappe da parte delle femmine in particolar modo per quanto concerne le sostanze legate a contesti maggiormente definiti.

Dobbiamo sottolineare che questa differenza è legata naturalmente solo all'età di inizio e non è informativa rispetto alla frequenza d'uso.

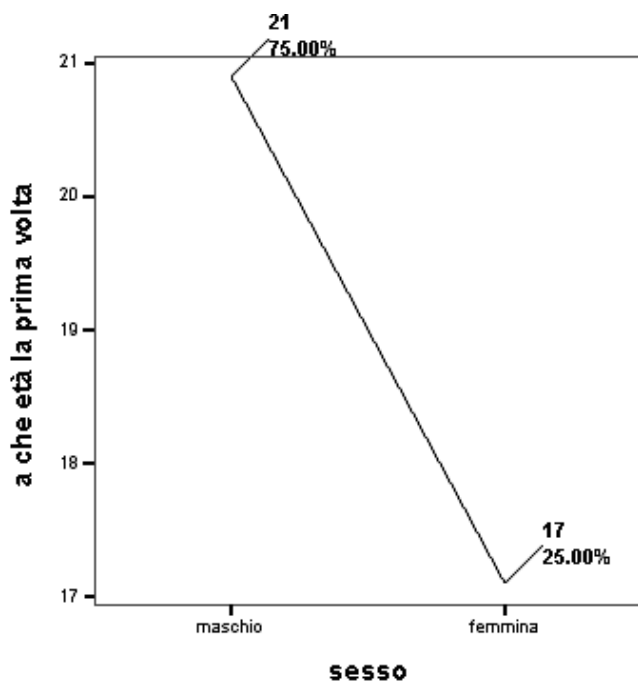
LSD



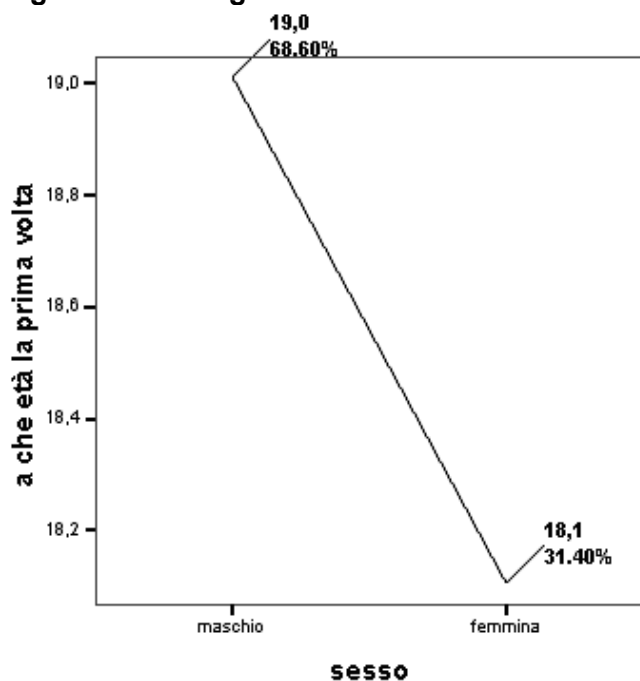
Crack



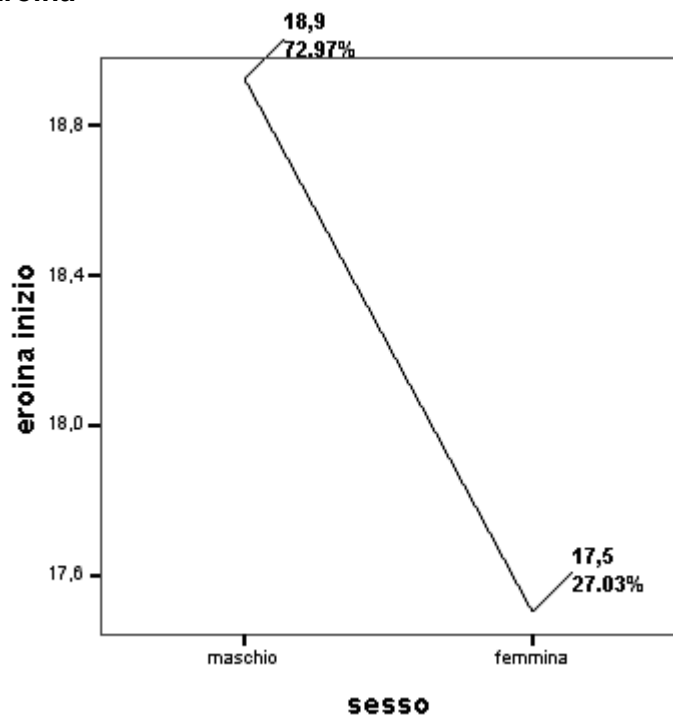
Ketamina



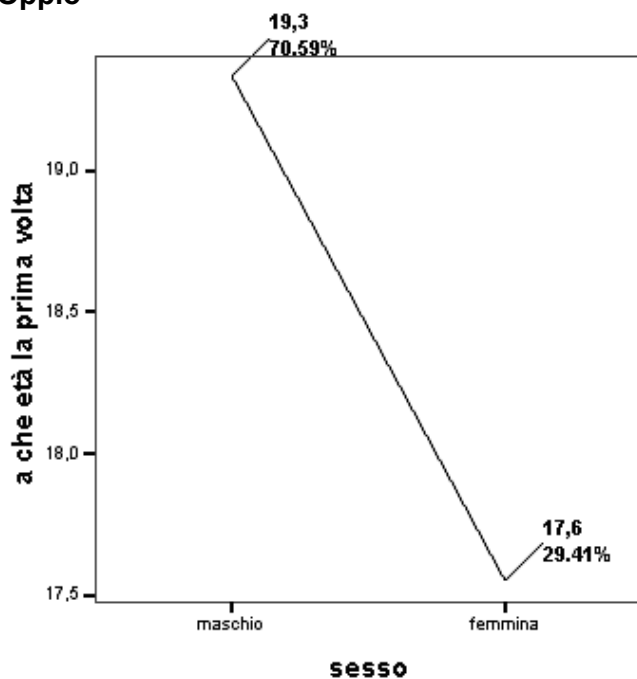
Funghetti allucinogeni



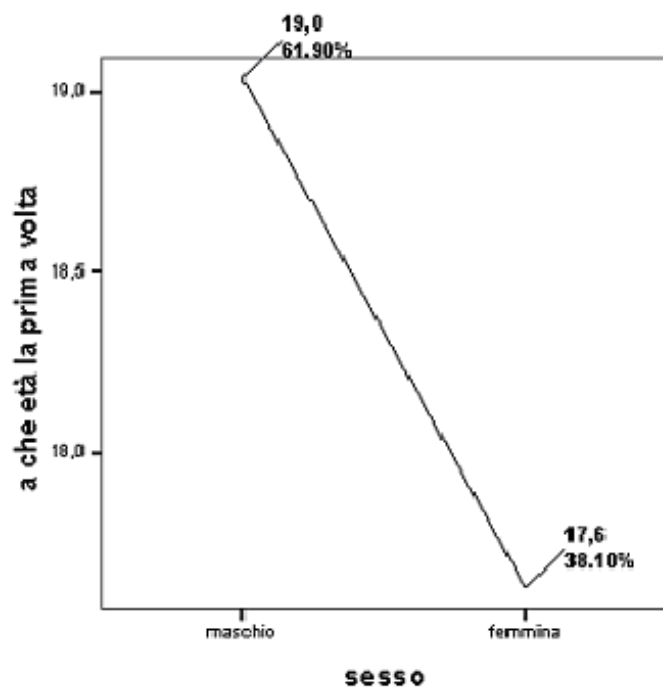
Eroina



Oppio



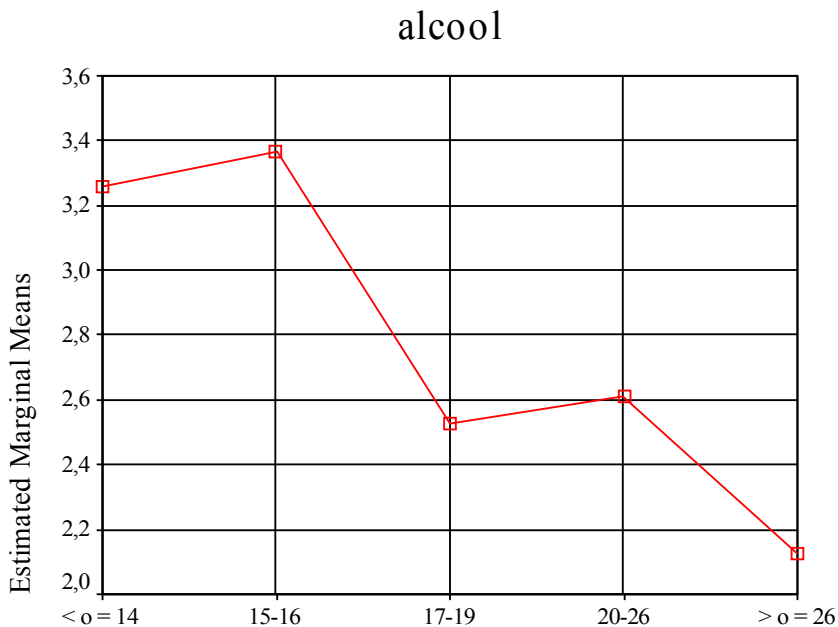
Psicofarmaci



Relazioni fra età e frequenza d'uso

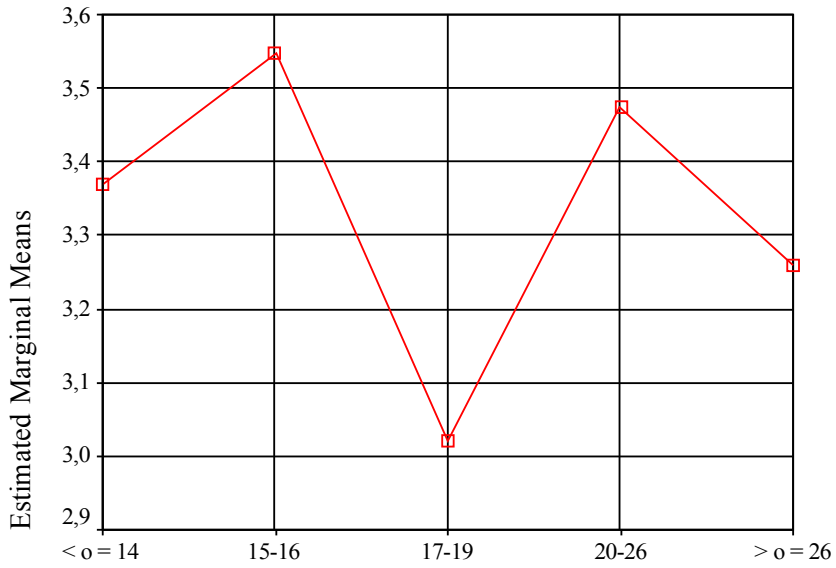
Per analizzare la relazione tra fascia d'età e uso più o meno intenso per ciascuna sostanza abbiamo diviso i soggetti in gruppi in base ad un criterio evolutivo che va dalla pre-adolescenza all'età adulta, e abbiamo trasformato i ranghi di frequenza d'uso (vedi tabella 1) in una scala Likert a sei passi con 1= max e 6=min. Questa operazione è legittimata dall'ampia numerosità del campione che rende possibile l'utilizzo di tecniche parametriche.

- Alcool: la frequenza di assunzione aumenta progressivamente fino al picco in corrispondenza della fascia d'età compresa dai 26 anni in poi.
- Superalcolici: tendenza all'aumento progressivo e la fascia d'età a maggior frequenza è quella che va dai 20 anni in poi.
- Cannabis: tendenza all'aumento della frequenza d'uso con l'età che partendo comunque da una soglia alta di una volta a settimana per la fascia più bassa presa in esame (≤ 14) aumentando dai 17 anni in poi.



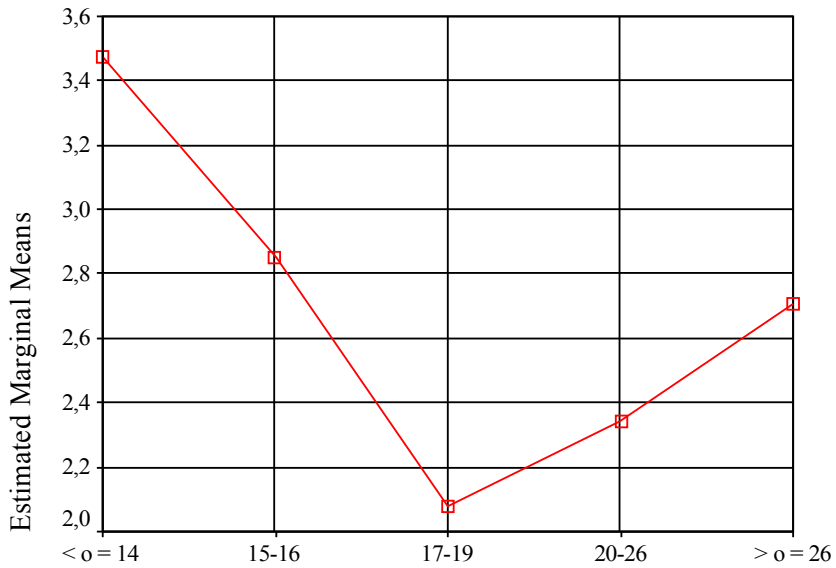
FAS2

superalcolici



FAS2

cannabis



FAS2

Se fino ad ora abbiamo trattato quesiti volti ad indagare l'uso di alcool, abbiamo ritenuto opportuno porre una domanda specifica sull'abuso. La domanda del questionario è stata formulata in maniera indiretta (in terza persona) poiché si è ritenuto ci fosse una minore reticenza a rispondere "sinceramente".

Nello specifico la domanda era formulata nella maniera seguente:

“Tra i tuoi amici c'è qualcuno che si ubriaca? Se sì, con quale frequenza”

Si	90%
No	10%
Totale	100%

Frekuensi d'uso

Nel weekend	46,5%
Più di una volta a settimana	34%
Una volta al mese	5%
Solo in occasioni particolari	14,5%
Totale	100%

Come possiamo vedere il 90% del campione ha risposto in maniera affermativa. Rispetto alla frequenza da evidenziare percentuali molto alte non solo nel weekend (46,5%) ma anche più volte nell'arco della settimana (34%). Nella percezione generale del campione viene evidenziato un notevole abuso di sostanze alcoliche.

Uso sostanze nei contesti

Un ulteriore quesito era volto ad indagare il contesto di uso delle varie sostanze:

Contesto	Cannabis	Alcool	Ecstasy	Allucinogeni	Ketamina	Psicof.	Cocaina	Eroina	Oppio	Popper
Discoteca	36%	65%	17%	5%	1%	1%	12%	1%	1%	10%
Concerti	41%	44%	3.5%	5%	-	-	4%	-	1%	1,5%
Stadio	24%	14.5%	0.5%	0.5%	-	-	2%	-	-	0,5%
Casa di amici	67%	78%	7%	7%	3%	2%	22,5%	2%	5,5%	8%
Casa propria	45,5%	61%	5%	4%	1,5%	2%	12,5%	2%	2,5%	5%
Centri sociali	27%	27,5%	3%	2%	0,5%	-	2%	0,5%	1%	1%
Strada	55,5%	48,5%	7%	8%	1,5%	2%	9,5%	2,5%	3,5%	10,5%
Rave	25%	23%	10%	7,5%	5%	1%	7%	0,5%	3%	3,5%
Festival	24%	27%	3,5%	4,5%	1%	0,5%	3%	-	2%	1%
Scuola/lavoro	50%	23%	1,5%	0,5%	-	-	5%	-	1%	3%

Vi è tuttavia da premettere che i dati esposti nella seguente tabella non sono da considerare in “assoluto”. La domanda posta era “In quali di questi luoghi hai usato” . Risulta quindi evidente che le risposte si riferiscono non già a tutti i luoghi ma solo a quelli frequentati dagli intervistati.

Quindi questi dati non vanno considerati in “assoluto”, ovvero non è detto che ai rave parties si consumi in “assoluto” meno cocaina che in strada, semplicemente sono maggiori le occasioni di stare in strada che non quelle di partecipare ai rave parties (sia per scelta che per la frequenza di tali eventi).

Premesso questo, notiamo che alcool e cannabis si confermano come sostanze appropriate e trasversali a qualsiasi contesto: dalla discoteca all’ambito scolastico e lavorativo. Il consumo di ecstasy invece rimane ancorata al contesto della discoteca (17%).

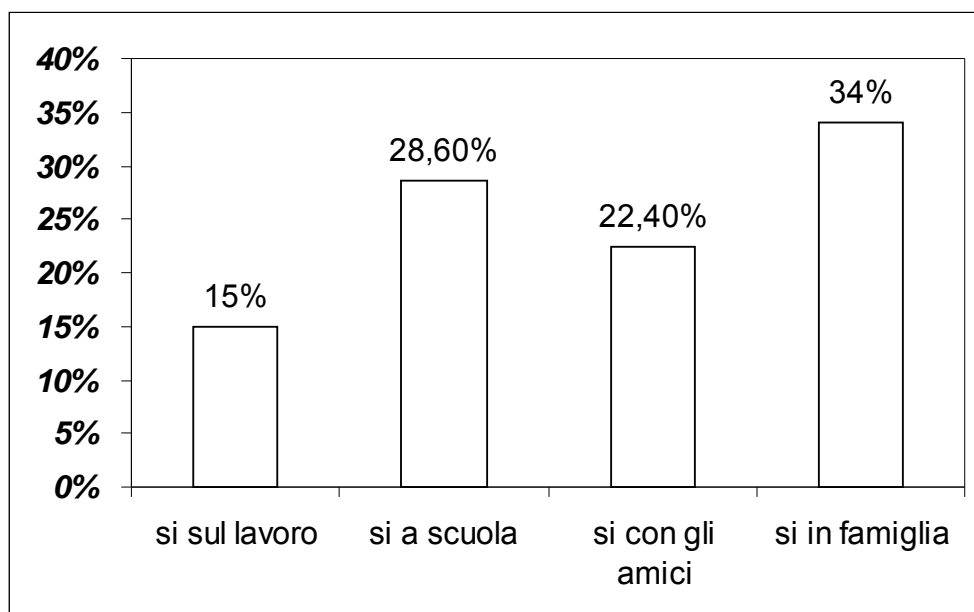
Questi dati ci forniscono solo la dimensione del luogo dove vengono usate le droghe e non già delle condizioni in cui sono utilizzate. È molto probabile (ma è solo un’ipotesi che, allo stato dei dati, non è possibile confermare anche se, nei colloqui con i ragazzi, ciò è uscito chiaramente), che “in casa di amici” indichi “in assenza dei genitori”, cosa che non è escludibile a priori neanche per i dati che si riferiscono all’item “casa propria”, qualora l’intervistato avesse organizzato egli stesso dei “festini”: ad ogni modo non è altresì da escludere il fatto che ci sia chi consuma anche in presenza dei genitori (basti pensare all’uso di alcool, ad esempio durante i pasti). Inoltre, ciò che ci fa propendere verso questo tipo di lettura dei dati, è dovuto anche alle percentuali di uso dichiarate dai ragazzi: come si può ben notare, le percentuali di coloro che affermano di aver fatto uso di sostanze in casa di amici, è molto superiore a quella di coloro che indicano di averle usate in casa propria. Tutto ciò, se confermato, porterebbe ad ipotizzare che non sia solo il contesto in quanto tale, a permettere un uso più alto di sostanze, bensì le condizioni che ci sono in quel momento in quel particolare luogo, qualunque esso sia; in sintesi sembra dipendere dalla definizione che viene data dai partecipanti a quel luogo. Se ciò fosse confermato, significherebbe che la chiusura delle discoteche, come la chiusura di qualsiasi altro “luogo” dove si ritrovano i ragazzi, darebbe una risposta solamente parziale e inadeguata alla questione dell’uso/abuso di sostanze stupefacenti, essendo queste in correlazione non tanto con il contesto in sé, quanto alle condizioni che qui vi si manifestano.

Una delle domande mirava a conoscere se i soggetti avessero avuto problemi per l’uso di sostanze all’interno dei diversi contesti. Ha risposto in maniera positiva il 24% del campione. Il contesto più rappresentato è dato dalla famiglia (34%) seguito dalla scuola 28,6% dai rapporti amicali 22,4% ed infine dal lavoro 15%. La percentuale delle persone che riconoscono di aver avuto problemi legati all’uso di sostanze nei diversi ambiti relazionali non è un dato da trascurare in quanto è una conferma che l’uso di sostanze psicoattive può incidere pesantemente sulla vita di relazione.

Le sostanze a cui sono stati attribuiti i problemi dalla maggior parte dei soggetti in ordine decrescente sono: cannabis, alcool, cocaina, ecstasy e mix di sostanze.

Problemi per uso sostanze nei contesti relazionali

Hai mai avuto problemi per l'uso di sostanze



Si: 24%	No: 71%	Non risponde: 5%
----------------	----------------	-------------------------

Abbiamo suddiviso la tipologia dei problemi per i principali ambiti relazionali. I soggetti hanno espresso per ciascun ambito le principali difficoltà attribuendone l'insorgenza all'assunzione di sostanze manifestando perciò una certa consapevolezza sul ruolo che alcuni tipi di consumo possono rivestire come cause di malessere. Le difficoltà che emergono in famiglia vengono riferite soprattutto come liti, conflitti, tensioni, mancanza di comunicazione, incomprensioni che portano alla perdita di fiducia, offese. A scuola i problemi che emergono sono: irritabilità e mancanza di concentrazione, provvedimenti disciplinari per conflitti con insegnanti, scarso rendimento scolastico, abbandono scolastico.

I problemi riportati con gli amici sono: difficoltà di relazione, allontanamento dal gruppo, isolamento da parte del gruppo, conflitti, incomprensioni, vergogna.

Molteplici anche le difficoltà sul lavoro: si va dalla mancanza di concentrazione nell'esecuzione dei compiti assegnati, ai ritardi, richiami, allo scarso rendimento lavorativo, fino al declassamento professionale e alla perdita del lavoro.

Sintetizzando possiamo dire che si riconosce che l'uso di sostanze può incidere nel perseguimento degli obiettivi che i vari contesti di appartenenza si pongono: lo scambio ed il sostegno reciproco in famiglia e con gli amici, l'apprendimento a scuola, la produttività sul lavoro.

Alla domanda se avessero avuto problemi fisici, psicologici o psicofisici per l'uso di sostanze 437 soggetti hanno risposto in maniera affermativa. Si può notare dunque che lo sperimentare stati di disagio fisico e psicologico benché sia attribuito espressamente all'assunzione di sostanze, sembra non essere in grado di funzionare come deterrente e protettivo nei confronti dell'uso stesso. Gli effetti collaterali delle sostanze sono percepiti come una concomitante "messa in conto" a priori.

	Durante l'effetto	Subito dopo la fine dell'effetto	Il giorno seguente	La settimana successiva	Nei mesi successivi
Colpi di calore	22,50%	6,50%	2,00%	-	-
Nausea/vomito	44,50%	36,50%	14,50%	-	-
Momenti deliranti	25,50%	7,00%	3,00%	1,00%	1,00%
Tachicardia	25,50%	7,00%	2,00%	0,50%	-
Tremori	17,50%	6,00%	2,00%	-	-
Svenimenti	14,50%	5,50%	1,00%	0,50%	0,50%
Andatura barcollante	65,50%	16,00%	4,00%	-	-
Attacchi di panico	15,50%	3,50%	1,50%	1,50%	2,00%
Depressione	11,00%	10,00%	9,00%	2,00%	3,00%
Senso di persecuzione	6,50%	3,00%	1,50%	0,50%	-
Diminuzione di peso	3,50%	2,00%	3,50%	4,00%	7,00%
Eccessiva irritabilità	12,00%	7,00%	6,00%	3,00%	1,50%
Flashback	15,00%	7,50%	6,50%	2,00%	3,00%
Disturbi dell'appetito	18,00%	15,50%	13,00%	2,50%	1,00%
Difficoltà di concentrazione	36,50%	14,00%	13,00%	3,50%	5,00%

Si sono raggruppati i vari sintomi in tre categorie principali: problemi fisici, psicofisici e psicologici. Tra i problemi di tipo fisico i sintomi più segnalati in ordine decrescente sono: andatura barcollante, nausea/vomito, tachicardia e tremori, svenimenti e diminuzione di peso.

Tra quelli psico-fisici difficoltà di concentrazione, disturbo dell'appetito e attacchi di panico. Quelli psicologici flashback, irritabilità, depressione e senso di persecuzione.

Tra gli effetti fisici vi è da fare attenzione alla eccessiva frequenza della voce colpo di calore in quanto può essere stata interpretata in modo troppo generico (caldana) e quindi sovradimensionata.

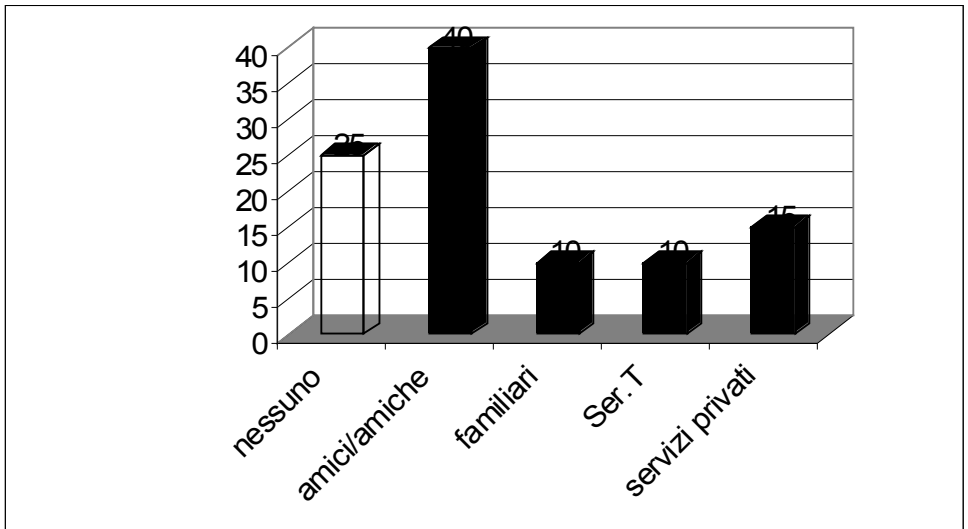
Nelle categorie settimana successiva e mesi successivi i disturbi più segnalati sono stati: depressione, attacchi di panico, diminuzione di peso e difficoltà di concentrazione.

Problemi dovuti all'assunzione di sostanze

Alla domanda "A chi ti sei rivolto per i problemi con le sostanze" la maggior parte del campione ha risposto: amici. Marginale la percentuale di coloro che si sono rivolti ai servizi privati e pubblici. Il riferimento affettivo più immediato in caso di disagio è dunque rappresentato dalla dimensione amicale nell'ambito della quale la manifestazione di sofferenza e la richiesta di aiuto sembra essere meno pericolosa e destrutturate per la definizione di Sé. Nella sfera amicale viene quindi cercata una prima risposta ad una domanda che spesso non è formulata in termini cognitivi ma attraverso un'espressione emotiva. Crediamo che a questo livello possano dischiudersi due percorsi. Richiamandoci anche al vissuto di vergogna e conflitto sopra riferito non si può trascurare la possibile dinamica espulsiva di un gruppo di appartenenza che stigmatizza il comportamento deviante" del singolo emarginandolo. La domanda di aiuto in questo caso verrebbe evacuata senza possibilità di sviluppo. Dall'altra parte possiamo pensare alle notevoli potenzialità evolutive che il gruppo potrebbe offrire se adeguatamente sensibilizzato e "formato" rispetto al significato relativo e contestuale del comportamento "irregolare" in questione, il cui portatore verrebbe in tal modo adeguatamente accolto e supportato. In tal senso pensiamo alla necessità di sostenere progetti che prevedano come metodologia di intervento la formazione tra pari.

"La *peer education* è un metodo educativo in base al quale alcuni membri di un gruppo vengono responsabilizzati, formati e reinseriti nel proprio gruppo di appartenenza per realizzare precise attività con i propri coetanei" (G.Boda, "*Life skill e peer education*").

A chi si sono rivolti



Infatti, se prendiamo in considerazione la parte del questionario che è stata somministrata esclusivamente ai ragazzi residenti nell'area nord-ovest di Firenze, vediamo che l'amicizia rappresenta il valore più importante per la quasi totalità del campione (94%). L'amicizia si conferma dunque come un elemento fondamentale nella costruzione della propria identità. Anche il tempo libero e lo svago vengono evidenziati come valori necessari.

Molto importante

Amicizia	94%
Divertimento e svago (tempo libero)	86%
Amore	70,5%
Famiglia	67,5%
Libertà e democrazia	65,5%
Eguaglianza sociale	50%
Autorealizzazione	50%
Solidarietà	47,5%
Lavoro	41%
Vita confortevole e agiata	38%
Successo e carriera personale	35,5%
Attività sportive	34%
Impegno sociale	32%
Studi e interessi culturali	29%
Attività politica	12%
Impegno religioso	4%

I primi quattro posti della graduatoria sono quindi occupati da quegli aspetti della vita più strettamente legati alla sfera privata ed intima della persona. Amicizia, amore, divertimento e famiglia, sembrano essere gli ambiti valoriali dominanti delle giovani generazioni dell'area nord- ovest . Al quarto posto troviamo un valore che riguarda invece la sfera collettiva, ovvero "libertà e democrazia". In questo quadro appare più una richiesta di garanzie personali che un principio per il quale impegnarsi, visto che l'impegno politico è al penultimo posto anche se non con percentuali strettamente esigue.

Agli ultimi posti troviamo lo sport, l'impegno sociale, gli studi, l'attività politica e l'impegno religioso, ovvero tutte quelle sfere per cui "si deve durare fatica". Valori percepiti come fondanti forse quasi dati per scontati e acquisiti e per i quali non è più necessario impegnarsi. Per sintetizzare l'atteggiamento dei ragazzi sembra essere questo: l'eguaglianza sociale come principio mi sta bene, ma se devo impegnarmi

In questa ottica allora anche il lavoro, forse, viene vissuto più come un mero mezzo per ottenere i soldi necessari per il divertimento che come valore in sé.

PROGETTO MONITOR²⁵

a cura di **Valentina Mastrodicasa, Mattia Marras, Pierpaolo Coccia, Filippo Tito**

Scopo della ricerca

La ricerca qui presentata è uno degli strumenti adottato dal progetto *Monitor*, finanziato dalla Regione Lazio con il Fondo Nazionale di Lotta alla Droga per gli anni 2001/03, che aveva come obiettivi prioritari l'analisi del mercato illegale degli stupefacenti, la conoscenza degli ambienti più esposti al consumo di stupefacenti e l'intervento preventivo e di riduzione dei rischi. È nata quindi con la finalità di sondare gli stili di consumo di giovani appartenenti al territorio laziale e cercare di comprendere a fondo quali fossero le più frequenti problematiche fisiche, psicologiche e relazionali connesse ai comportamenti di consumo e di abuso.

In particolare, molta attenzione è stata focalizzata sulle modalità con cui gli intervistati affrontano i problemi conseguenti alle loro condotte e sulle persone/strutture a cui si rivolgono in richiesta di aiuto quando sentono di non essere in grado di fronteggiarli da soli.

²⁵ **Coop. 'Il Cammino'** (coordinatori Stefano Regio e Brunella Sermoneta, operatori Alessandro Belocchi, Paola Angela Bulla, Antonietta Imbimbo, Francesca Caprino, Orietta Pasqualetti, Melania Scali) **Coop. 'Parsec'** (Maura Muneretto, Claudio Cippitelli, Simona Fatello Orsini, Valentina Panetti, Andrea Valabrega, Fabiola Rossi, Alessandra Della Ragione, Mara Pomponi) **Ass. 'La Tenda'** (Annamaria Lo Guercio, Mario De Luca, Gianfranco Cimafronte, Alessandro Sabelli, Silvia gravante) e **Coop. 'Magliana 80'** (coordinatori Massimo Cecili Marina Ricci e Aldo Calderone, operatori Arianna Thabet, Fabrizio Storto, Francesca Quintili). Formazione a cura di Renato Bricolo. Si ringrazia l'équipe del progetto Oltre il muro (Parsec) che ha contribuito alla ricerca con la compilazione di 100 questionari. Luana Penna e Valentina Panetti hanno curato l'inserimento dei questionari.

Questo ultimo aspetto risulta importante nella fase di progettazione di interventi volti alla prevenzione e alla riduzione dei rischi e centrale nell'implementazione di interventi innovativi come quelli che utilizzano la metodologia della *peer education*.

Il questionario

Per riuscire a raggiungere le finalità della ricerca, è stato realizzato un questionario per la rilevazione delle variabili di interesse e di ulteriori dimensioni utili nell'arricchire il quadro di riferimento della stessa.

Oltre ai dati anagrafici, comprensivi dello stato occupazionale e civile, si è domandato agli intervistati quali sostanze (tra una serie stabilita) avessero utilizzato nel corso della loro vita, con quale frequenza (chiedendo di specificare se fosse settimanale, mensile o saltuaria/occasionale) e a quale età avessero avuto il primo contatto con ognuna di quelle che avevano utilizzato.

Si è chiesto inoltre quali problemi i soggetti avessero esperito conseguentemente all'uso di sostanze tra colpo di calore, nausea/vomito, tachicardia, tremori, svenimenti, andatura barcollante, attacchi di panico, depressione, senso di persecuzione, momenti deliranti, diminuzione di peso, eccessiva irritabilità, flashback, disturbi dell'appetito, difficoltà di concentrazione, specificando se questi effetti si fossero manifestati durante/dopo l'assunzione, o a distanza di un giorno, una settimana, un mese.

Successivamente il questionario presentava una domanda in cui si richiedeva agli intervistati a chi si fossero rivolti in richiesta di aiuto a seguito dei problemi subiti, chiedendo di specificare tra amici, familiari, operatori sanitari, Ser.T., servizi psichiatrici pubblici, servizi privati, medico di base, operatori di strada o altro.

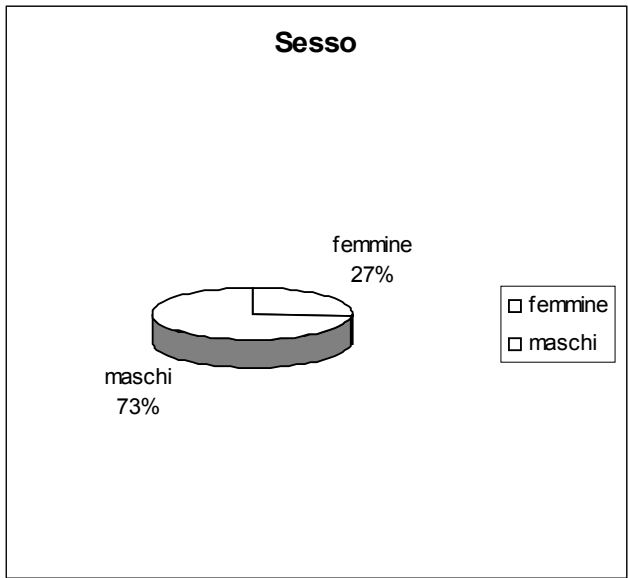
A questa, sono seguite domande in cui si invitava a specificare se si fossero verificate altre problematiche conseguenti all'uso di sostanze, tra cui problemi con le autorità, incidenti stradali, ricoveri al Pronto Soccorso, e difficoltà di tipo relazionale nell'ambiente lavorativo, a scuola, in famiglia e con gli amici. Infine, una domanda sui consumi più recenti relativi al mese precedente all'intervista con specifica delle quantità.

La metodologia e il campione

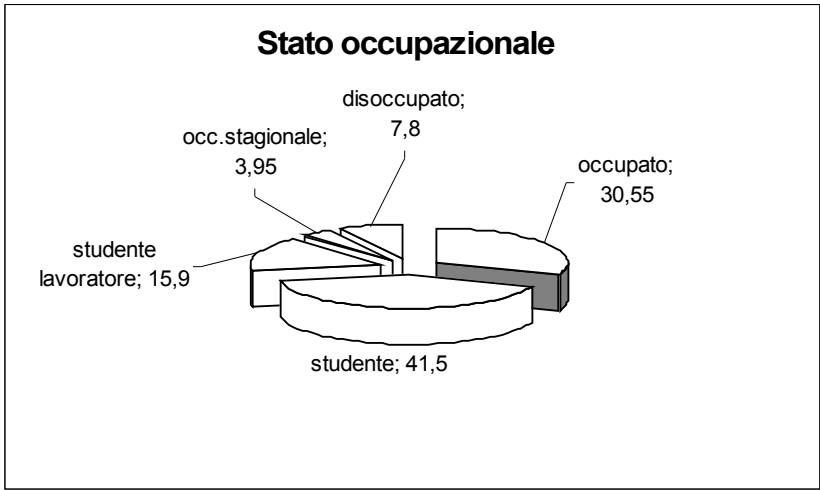
La ricerca è stata realizzata nel periodo 2001-2002, da operatori delle 4 strutture coinvolte nel Progetto Monitor: Coop. 'Il Cammino', Coop. 'Parsec', Ass. 'La Tenda' e Coop. 'Magliana 80'.

Gli operatori hanno sottoposto il questionario in maniera randomizzata ad un campione rappresentativo di un universo "estremo" di giovani appartenenti al territorio laziale, che frequenta contesti informali ad alta esposizione al

contatto con sostanze (rave, centri sociali, discoteche, etc.) realizzando 1031 interviste a ragazzi di età compresa tra i 15 e i 35 anni dei quali 656 (73%) maschi e 275 (27%) femmine per lo più di nazionalità italiana e prevalentemente celibe/nubile (96,02 %); solo una ristrettissima parte (45 soggetti) ha nazionalità estera.



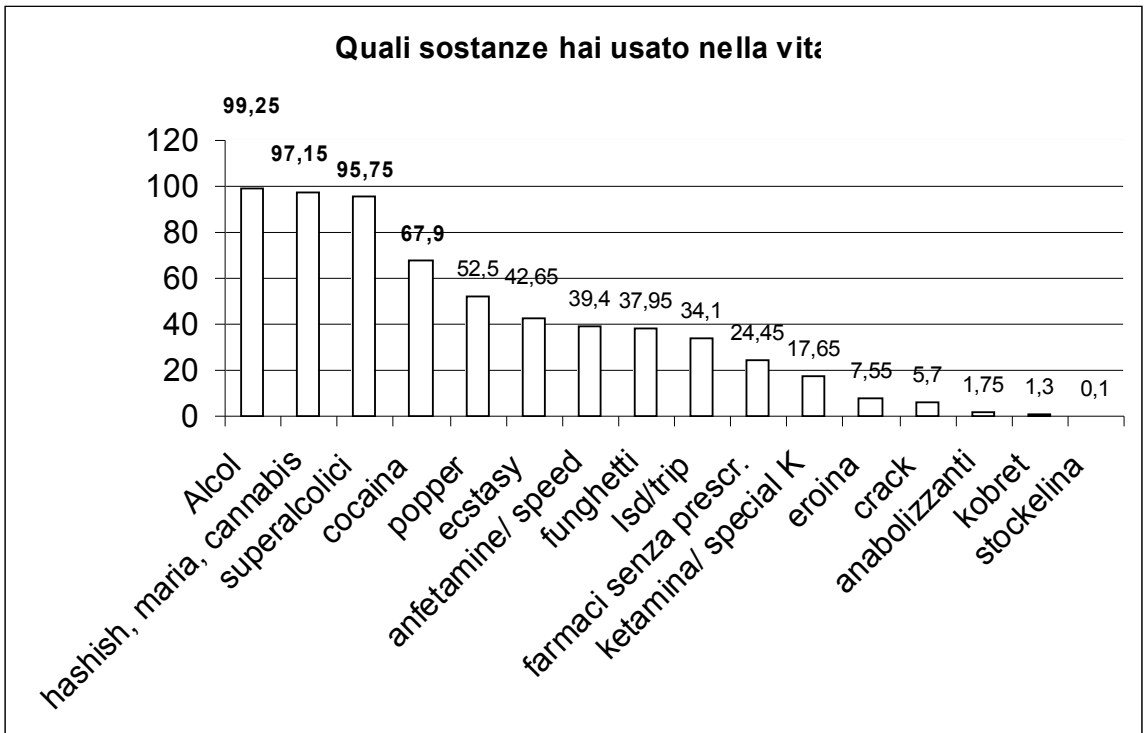
Per quanto riguarda lo stato occupazionale, dichiara di essere occupato il 30,55% del campione, il 41,5% dichiara di essere studente, studente lavoratore il 15,9%, disoccupato il 7,8% ed infine occupato stagionalmente il 3,95%.



Quali sostanze hai assunto nel corso della tua vita?

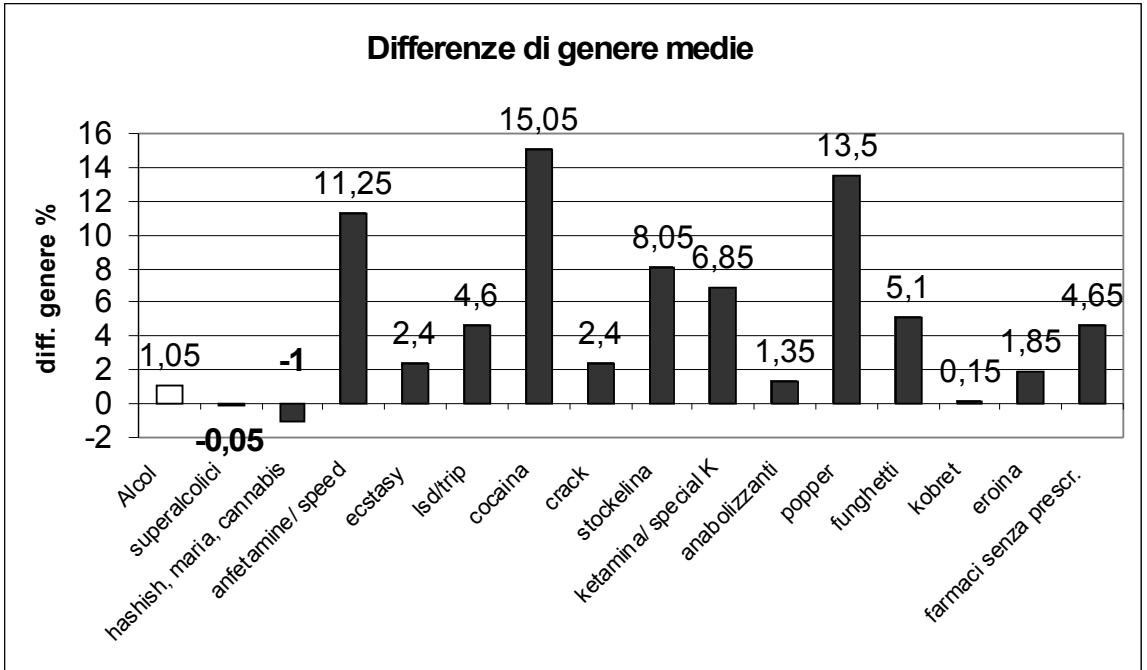
Ai ragazzi è stato di seguito chiesto quali sostanze avessero usato nel corso della loro vita specificandone la frequenza (*più di una volta a settimana, 1 volta a settimana, 1 volta al mese, quasi mai, 1 volta nella vita*).

Come è possibile riscontrare dal grafico, risulta che quasi la totalità degli intervistati ha fatto uso di alcol, hashish/maria/cannabis e superalcolici; più della metà ha consumato cocaina almeno una volta nella vita:



Quello che appare come dato molto interessante, è che in questa sequenza la seconda sostanza di maggior uso è l'hashish; ciò denota un cambiamento di scelte di consumo rispetto ai dati dell'Osservatorio Europeo Nuove Droghe che individua nei superalcolici la seconda sostanza in ordine di gradimento. L'aspetto rilevante di questa discordanza è individuabile nel fatto che a fronte di una maggiore reperibilità ad un minor costo dei superalcolici, tuttavia le scelte tendono verso il consumo di sostanze illegali (cannabis).

La valutazione complessiva dei dati di consumo di tutto il campione, palesa l'entità netta del maggior consumo da parte dei maschi di tutte le sostanze tranne che per l'hashish e i superalcolici.

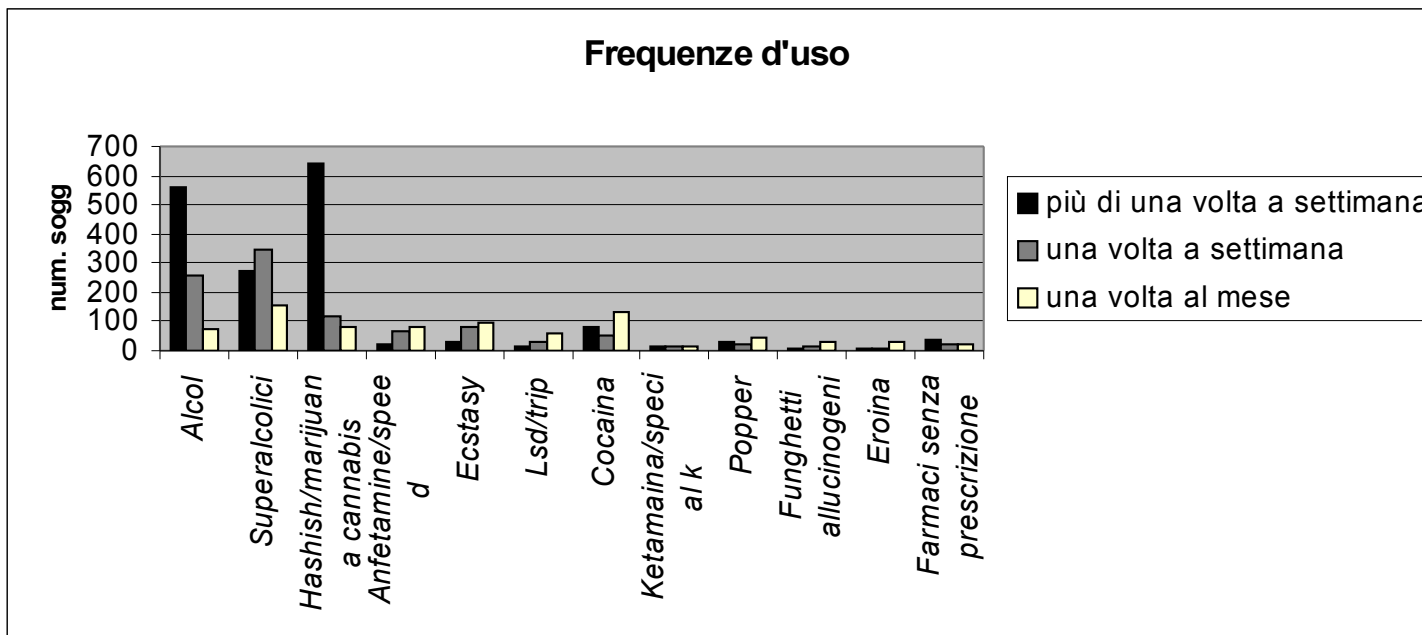


Frequenza d'uso

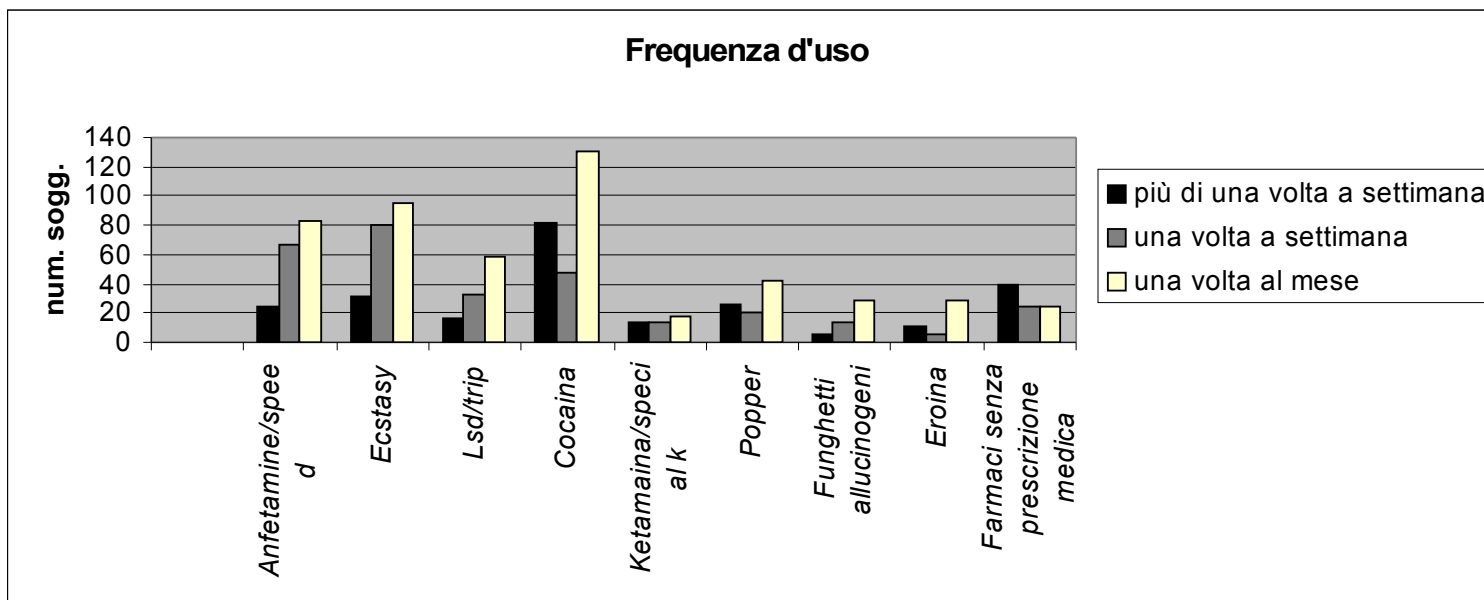
A seguito della richiesta di specificare con quale frequenza venissero consumate le sostanze, è stato possibile individuare tre tipologie significative di consumatori: coloro che le utilizzano settimanalmente, un gruppo il cui uso si ripete più volte durante la settimana ed infine uno che dichiara un uso più saltuario, mensile.

Il nostro sguardo si è rivolto inizialmente alle sostanze maggiormente consumate: alcol, hashish/marijuana/cannabis e superalcolici.

Per quanto riguarda le prime due gli intervistati riferiscono di consumarle con frequenza, in più giorni della settimana; diverso è il discorso relativo ai superalcolici, per i quali emerge una significativa assunzione di tipo settimanale, mentre infrasettimanalmente sono consumati con più alta frequenza rispetto al resto delle sostanze analizzate (anfetamine, ecstasy, lsd, cocaina, ketamina, popper, funghetti, eroina, ketamina, farmaci senza prescrizione).



In seguito, abbiamo pensato di ridurre il grafico, eliminando queste prime tre sostanze e concentrandoci sulle restanti.



In questo nuovo grafico si nota che per tutte le sostanze c'è maggiormente un consumo di tipo mensile, fatta eccezione per gli psicofarmaci che, anche se con una differenza poco significativa, sono usati maggiormente nell'arco della settimana.

Tra le sostanze che sono usate mensilmente, il consumo maggiore, in ordine decrescente, sono per: cocaina, ecstasy, anfetamine/speed, Lsd/trip. Se prendiamo in considerazione le prime tre sostanze in grafico, si riscontra un consumo settimanale maggiore delle altre che seguono oltre che un elevato consumo con cadenza mensile; diversamente accade per la cocaina, dove il consumo "più di una volta a settimana" è maggiore di quello settimanale.

Agli intervistati è stato chiesto anche di specificare a che età avessero sperimentato per la prima volta le sostanze che avevano detto di aver provato. Raccogliendo i dati emersi in un quadro riassuntivo, ordinato con andamento crescente, si possono evidenziare alcune “tendenze” nelle varie fasce d’età:

Sostanze	Età media primo contatto
Alcol	14
hashish, maria, cannabis	15
superalcolici	15
crack	17
farmaci senza prescrizione	17
popper	17
anfetamine/ speed	17 e mezzo
ecstasy	18
lsd/trip	18
funghetti	18 e mezzo
cocaina	19
eroina	19
anabolizzanti	19 e mezzo
ketamina/ special K	20

La fascia d’età inferiore (intorno ai 14 anni, che abbiamo chiamato di “*PRIMO CONTATTO*”) vede con maggiore frequenza l’uso di alcol, superalcolici e

hashish, sostanze di più facile reperibilità e anche ad un minor costo. Questo dato non lascia perplessi se lo si contestualizza ad un'età in cui è difficile avere una grande disponibilità economica, ma soprattutto in cui lo sbalzo inteso come evasione, (ma anche rifiuto e contestazione dei modelli genitoriali), rappresenta un passaggio quasi obbligato nello snodarsi del complesso processo di identificazione del Sé e di consolidamento/individuazione della propria personalità.

La seconda fascia che oscilla attorno ai 18 anni, è da noi stata definita della "SPERIMENTAZIONE"; si vede un netto diversificarsi nella scelta delle sostanze che in parte potrebbe motivarsi con una maggiore possibilità di uscire e conoscere nuovi contesti, ma anche con la tendenza a misurarsi con le situazioni nuove. Tutto ciò porta spesso i ragazzi ad accettare le sfide più disparate in cambio dell'accettazione da parte del gruppo.

Infine, l'ultima fascia vede un maggiore affermarsi del consumo di sostanze quali cocaina, eroina, anabolizzanti. Viene da pensare ad un contesto senza dubbio diverso dai precedenti, di ragazzi che per lo più lavorano o studiano all'università e che con queste sostanze in particolare, consolidano il consumo, grazie anche ad una maggiore indipendenza economica e libertà di movimento.

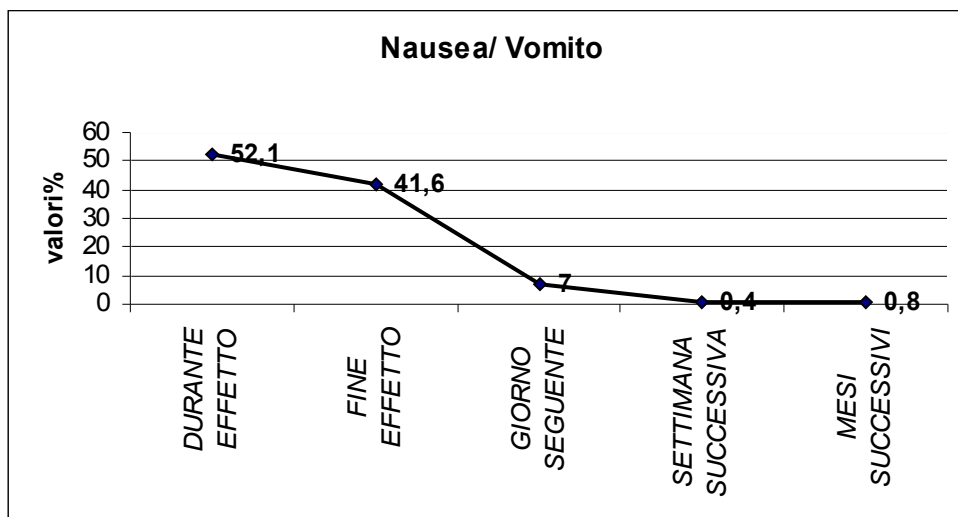
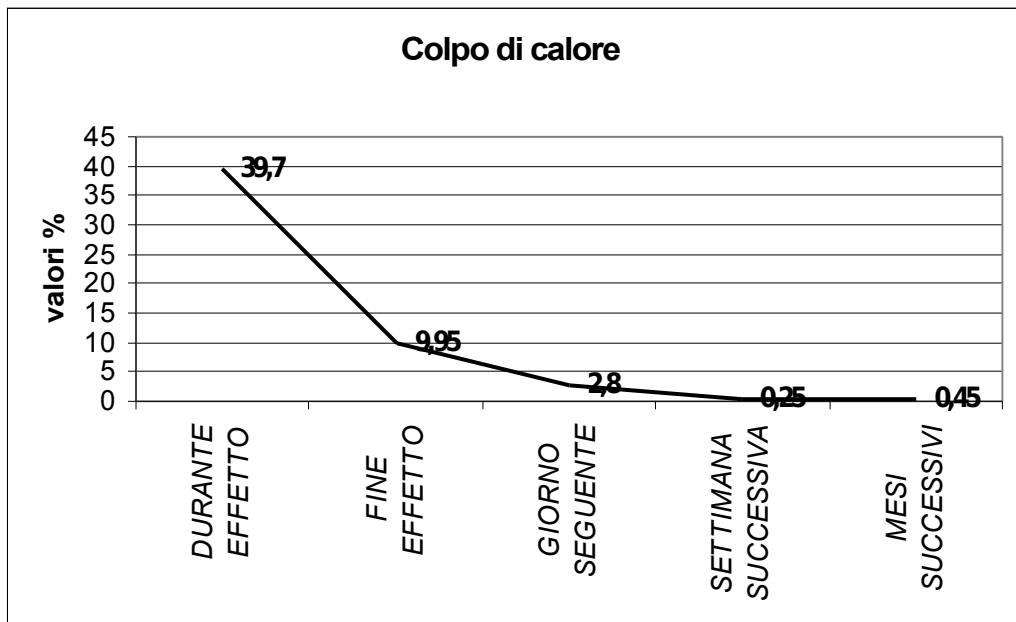
Hai mai avuto problemi per l'assunzione di sostanze?

Questa domanda è cruciale. Racconta molto del come i ragazzi vivono gli effetti del consumo, ma dà spunti di riflessione alla luce dei dati emersi.

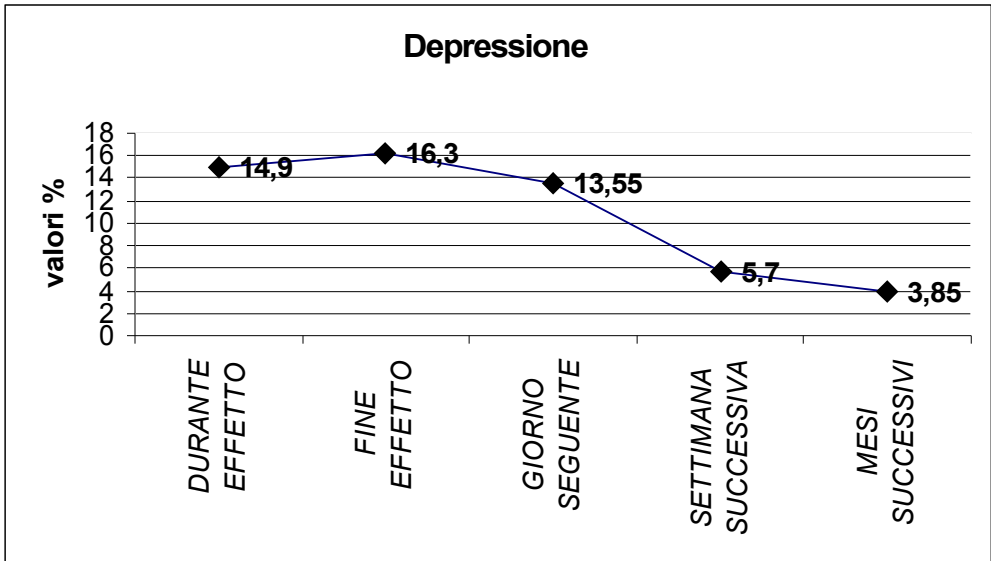
Anzitutto il range dei "problemi" spazia molto nella varietà: si tratta di conseguenze *fisiche* come nel caso di colpi di calore, nausea, tachicardia, tremori, svenimenti, andatura barcollante; *psicologiche*, come per la depressione, senso di persecuzione, difficoltà di concentrazione, irritabilità e conseguenze *psicofisiologiche*, in cui difficile è distinguere una matrice nettamente fisica o psicologica, ma in cui si ravvisano entrambe.

Gli effetti sono stati valutati a breve, medio e lungo termine attraverso un riferimento del questionario alla percezione del problema esaminato, durante/dopo dell'uso delle sostanze, il giorno seguente, e infine ad una settimana e a un mese di distanza dall'uso.

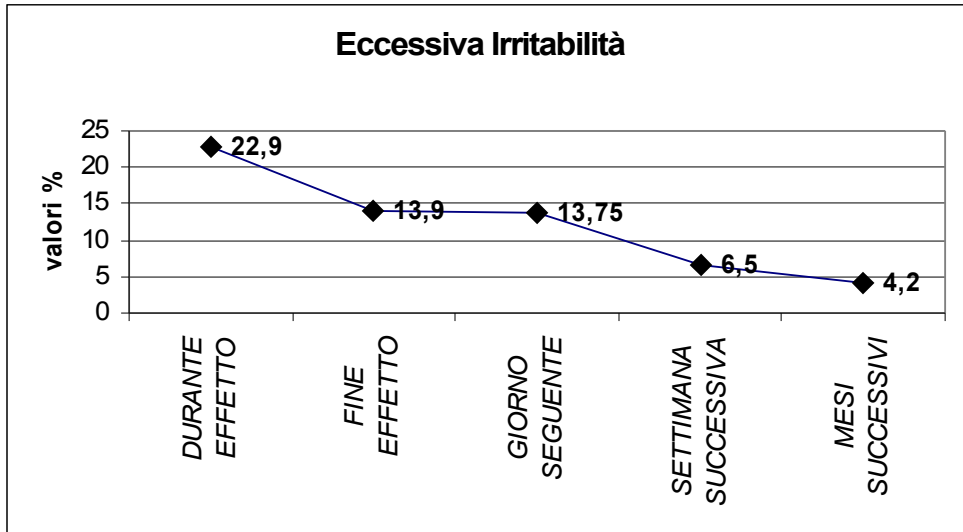
I dati evidenziano che per conseguenze fisiche, gli effetti decrescono nel tempo seguendo un andamento in grafico quasi sempre simile. Chiaramente i picchi delle curve si hanno a breve distanza dall'uso della sostanza e l'attribuzione del malessere ad un mese dal consumo, tende sempre a zero.



Maggiori informazioni emergono dalla curva della depressione, la prima delle “conseguenze” psicologiche.

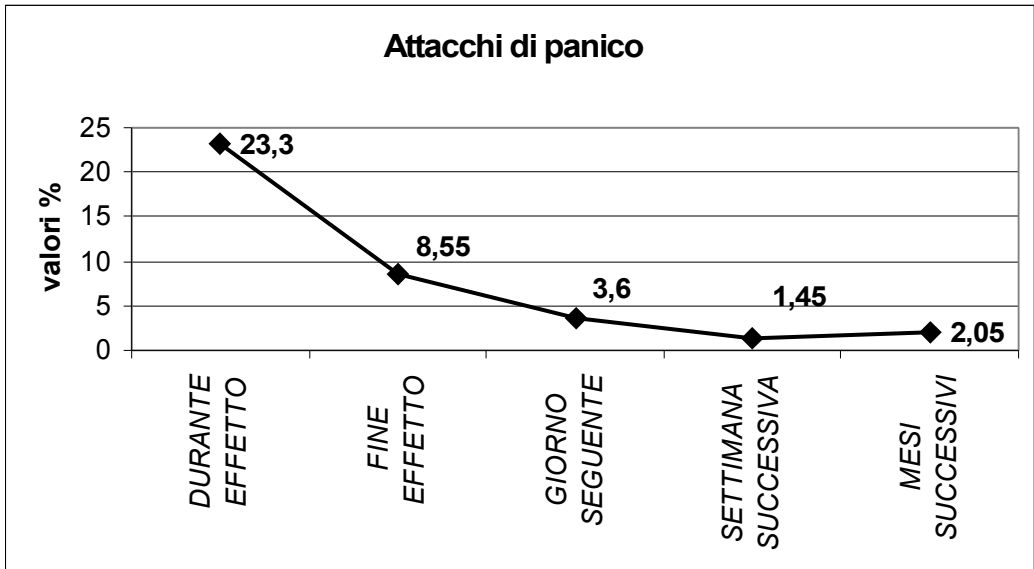


Ciò che d'impatto si nota dal grafico è una netta discrepanza dalle variabili precedentemente analizzate. La curva si tiene alta nel tempo, sia a breve che a medio e lungo termine. Quello che fa riflettere è che, aldilà di un comprensibile aumento tra inizio e fine effetto della sostanza, i valori di depressione si tengono alti anche dopo un mese: questo dato dà occasione di ipotizzare che lo stato depressivo sia un potenziale 'propulsore' alla reiterazione degli abusi, ipotesi che interessa nella prospettiva di intervento sulle condotte a rischio, con particolare attenzione alle modalità preventive della *peer education*.



L'eccessiva irritabilità attribuita all'uso di sostanze vede una curva decrescente simile a quella delle variabili fisiche, ma che, rispetto a quest'ultime resta comunque più alta a lungo termine (4,2%). Un dato, questo, interessante se lo si affianca a quelli emersi nelle domande successive, che indagano le conseguenze nei vari contesti di vita (scuola, lavoro), i problemi relazionali e con le autorità, oltre che ricoveri al pronto soccorso.

Spesso, nelle interviste raccolte, i ragazzi riferiscono che le difficoltà maggiori in questi contesti sono dovute a litigi e discussioni, ad una aggressività mal gestita che in diversi casi porta conseguenze di vario genere (bocciature a scuola, perdita del lavoro, discussioni in famiglia e con gli amici). Anche questo aspetto appare importante nella pianificazione di un intervento di *peer education*.

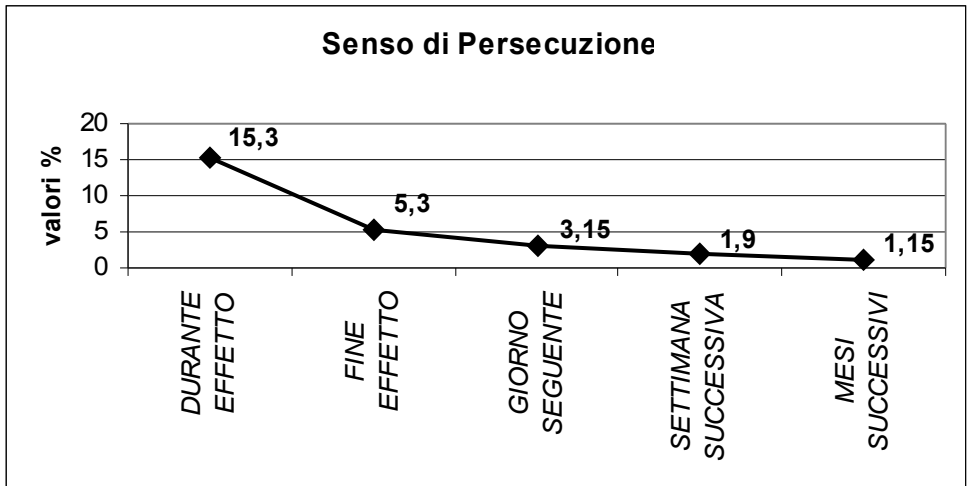


Per gli attacchi di panico, la curva segue un andamento decrescente nel tempo simile a quello delle variabili fisiche, ma tenendosi alta ad un mese dall'uso di sostanza (2,05%). Questa variabile appartiene a quel gruppo da noi definito di variabili psicofisiche, a ragione del fatto che difficilmente possiamo inferire un'univoca matrice causale.

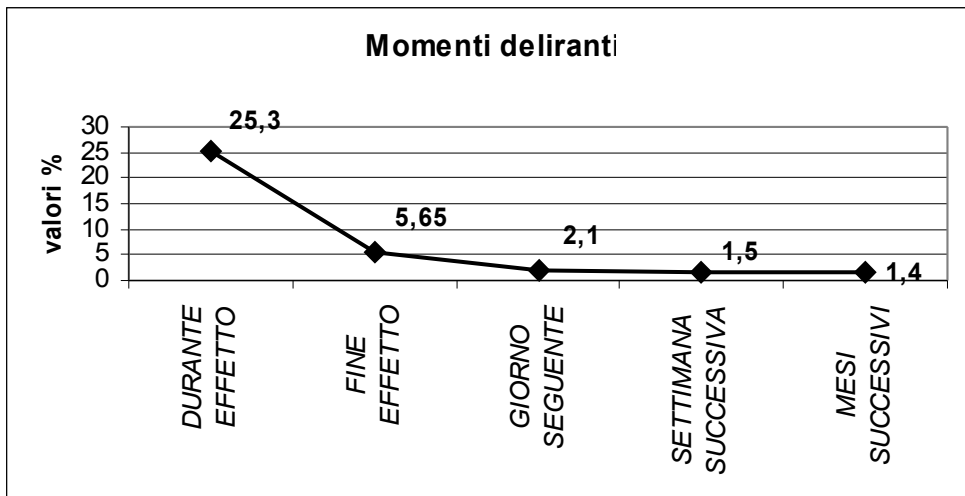
Le riflessioni su questa variabile ci rimandano inizialmente alla sua stessa natura; anzitutto, dobbiamo considerare il fatto che possa non trattarsi di veri e propri attacchi di panico così come vengono definiti secondo criteri medici/oggettivi; importante è comunque sottolineare che i ragazzi, con la loro attribuzione/percezione, ci parlano di episodi che si connotano con sensazioni sgradevoli, improvvise, disabilitanti, paralizzanti.

Quando si parla di attacco di panico, ci si riferisce ad un epifenomeno che trova alla sua base uno stato generalizzato di ansia ed è a questo livello più profondo che è interessante spostare il focus dell'attenzione, visto che spesso, proprio a partire dall'ansia, si arriva a condotte abusanti di sostanze che ciclizzate e reiterate possono condurre alla dipendenza. Questo è particolarmente vero specie in casi di abuso di psicofarmaci.

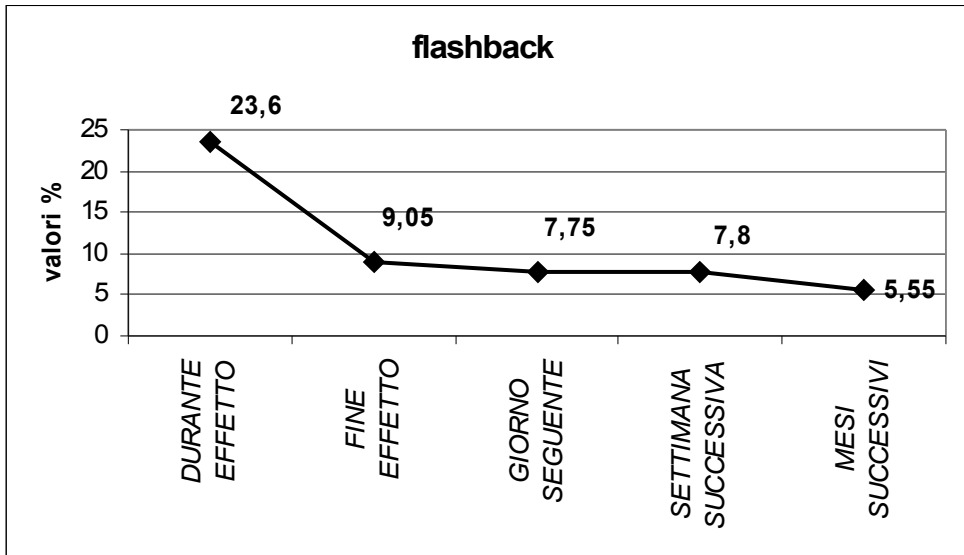
Alla luce di queste premesse, non sorprende l'ipotesi che ci porta a pensare che l'abuso possa essere inteso anche come una sorta di automedicazione e che l'attacco di panico possa essere visto sia anello finale di questa strategia (attribuzione personale, conseguenza), ma anche punto di partenza nella ricerca di ulteriori sostanze d'abuso.



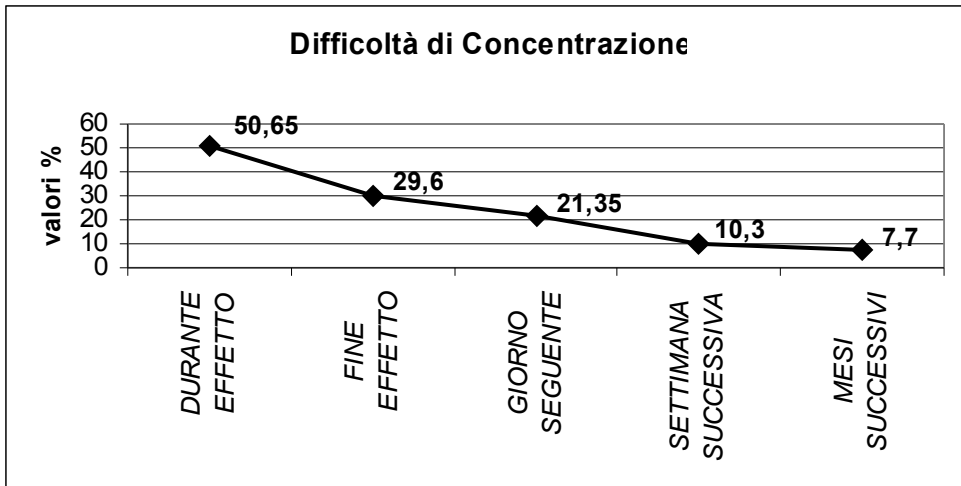
Per quanto attiene al senso di persecuzione, l'andamento in grafico si assimila al precedente (dell'attacco di panico) e a quello di momenti deliranti; sembra utile segnalare il fatto che nella clinica psicologica tali manifestazioni vanno spessissimo di pari passo quali espressioni di un disagio più generale di tipo paranoideo



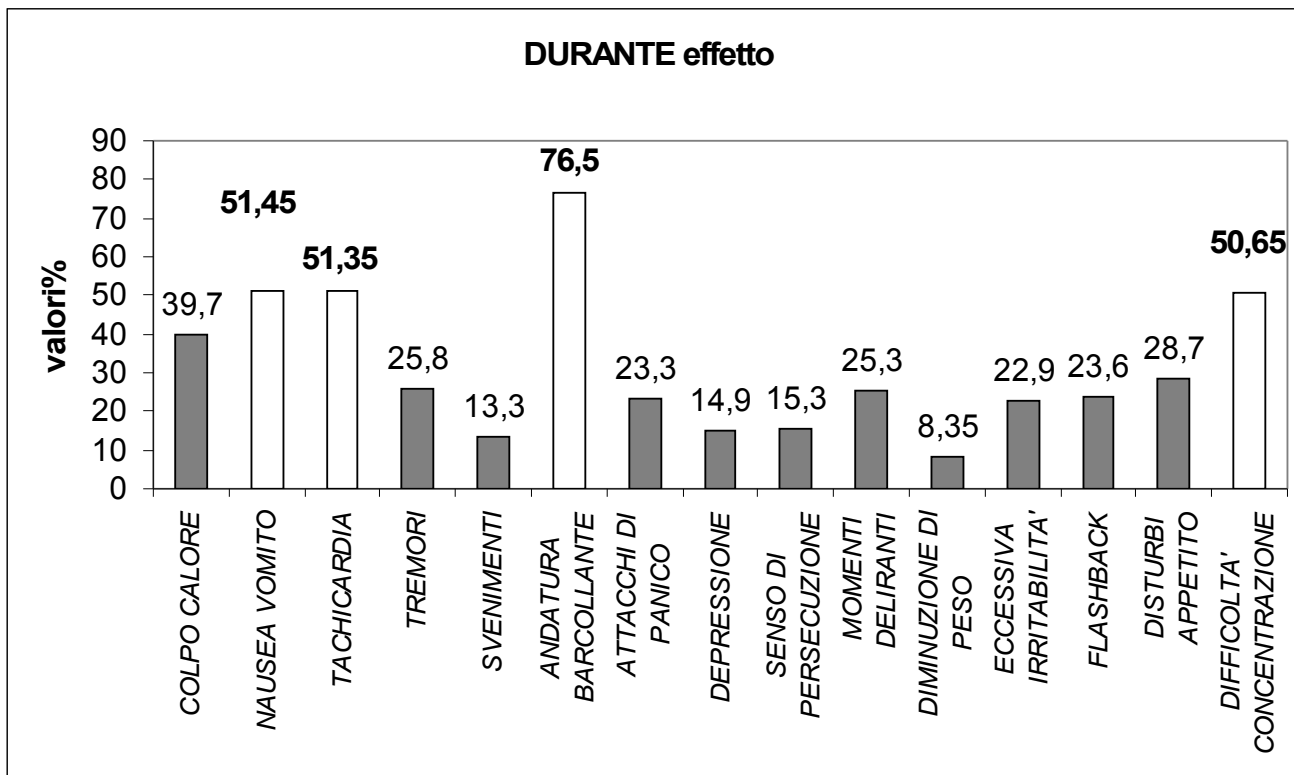
Anche il flashback (riesperienza degli effetti psicotropi, sintomi percettivi) è strettamente legato a manifestazioni paranoidee e agli attacchi di panico, ma è necessario dire che il presentarsi a lungo termine può essere anche attribuibile a condotte di policonsumo e a personalissime modalità di metabolizzazione delle sostanze assunte. Quest'ultima ipotesi spiegherebbe l'andamento in grafico più elevato rispetto alle precedenti, a medio e lungo termine.

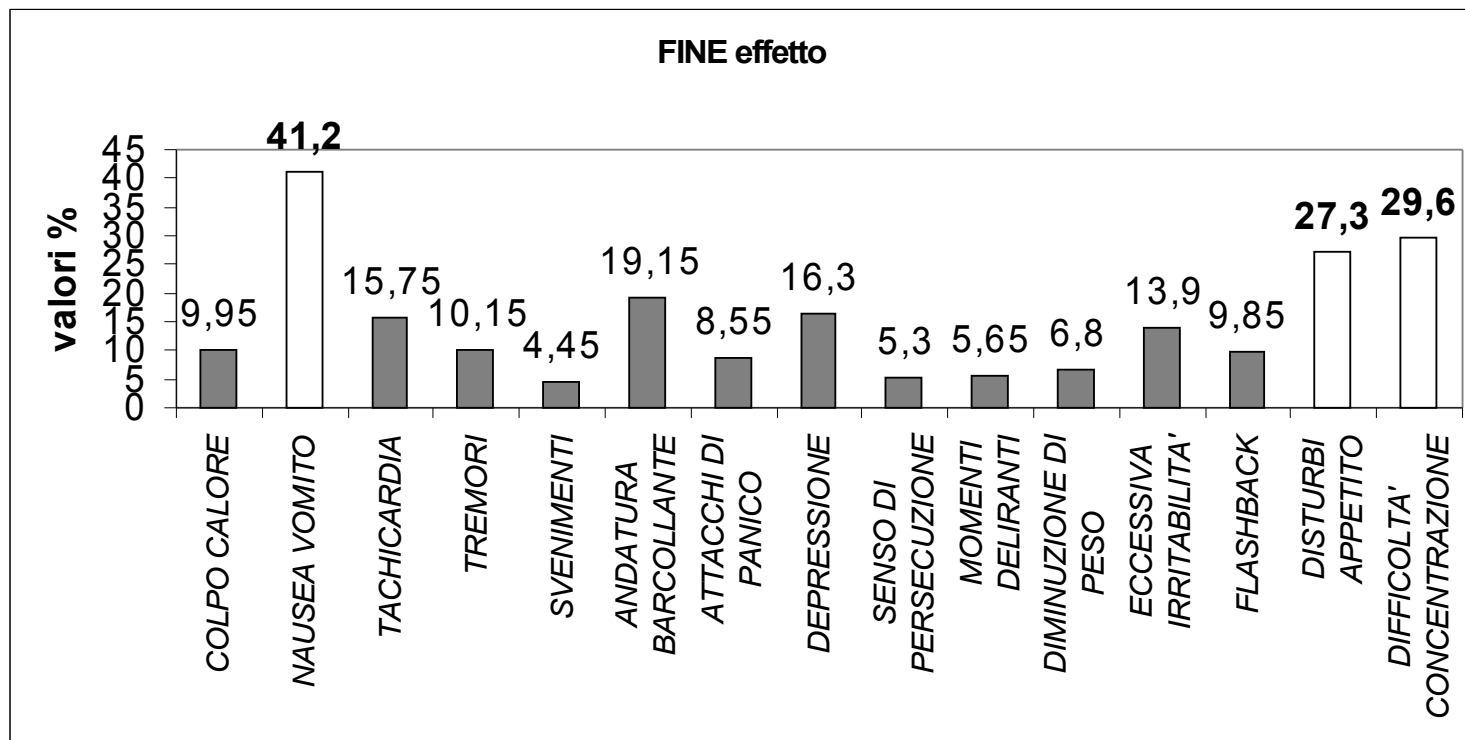


La difficoltà di concentrazione è uno degli effetti che i ragazzi segnalano in maniera cospicua a breve, a medio e lungo termine. E' interessante valutare questo dato in parallelo con le conseguenze a livello relazionale, ma soprattutto porre attenzione a come i deficit di concentrazione si ripercuotono più pesantemente in contesti scolastici e lavorativi. A partire da queste evidenze, risulterebbe necessario avviare un programma di ricerca nei luoghi di lavoro, per comprendere se e quanto alcune abitudini connesse alla fruizione della notte e ai consumi di sostanze illegali e legali incidano sul fenomeno degli incidenti in fabbrica, nei cantieri, ecc.



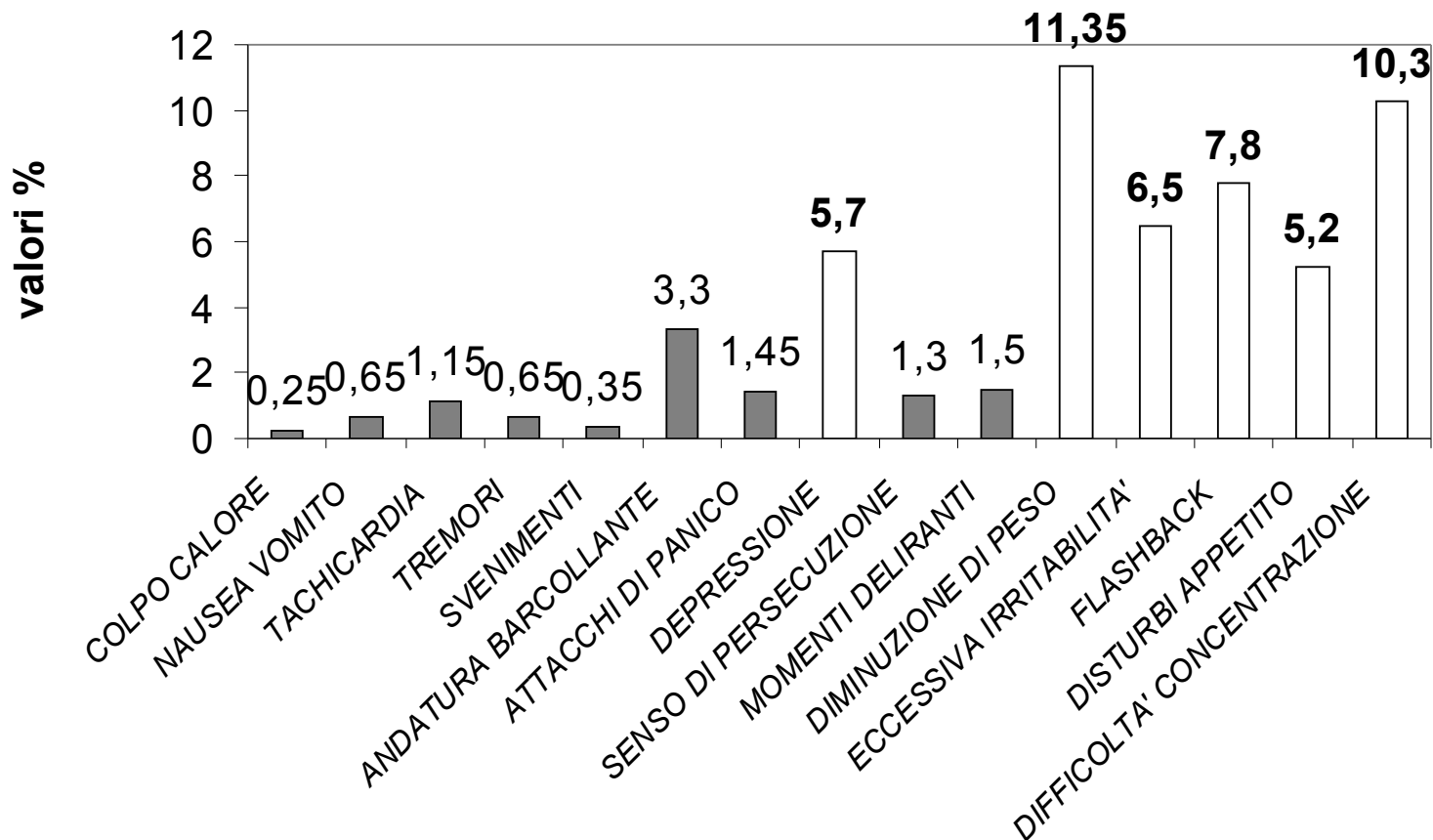
Riassumendo: a breve termine i ragazzi attribuiscono all'uso di sostanze malesseri di tipo generalmente fisico (colpo calore, nausea, tachicardia, andatura barcollante, tremori ecc.). Pensando allora ad un intervento mirato di *peer education*, a nostro avviso andrebbe centrato sulla prevenzione, su un'educazione all'uso consapevole, sulle competenze da conoscere ed impiegare in caso di eventi acuti che possono accadere a se stessi o a membri del proprio gruppo.

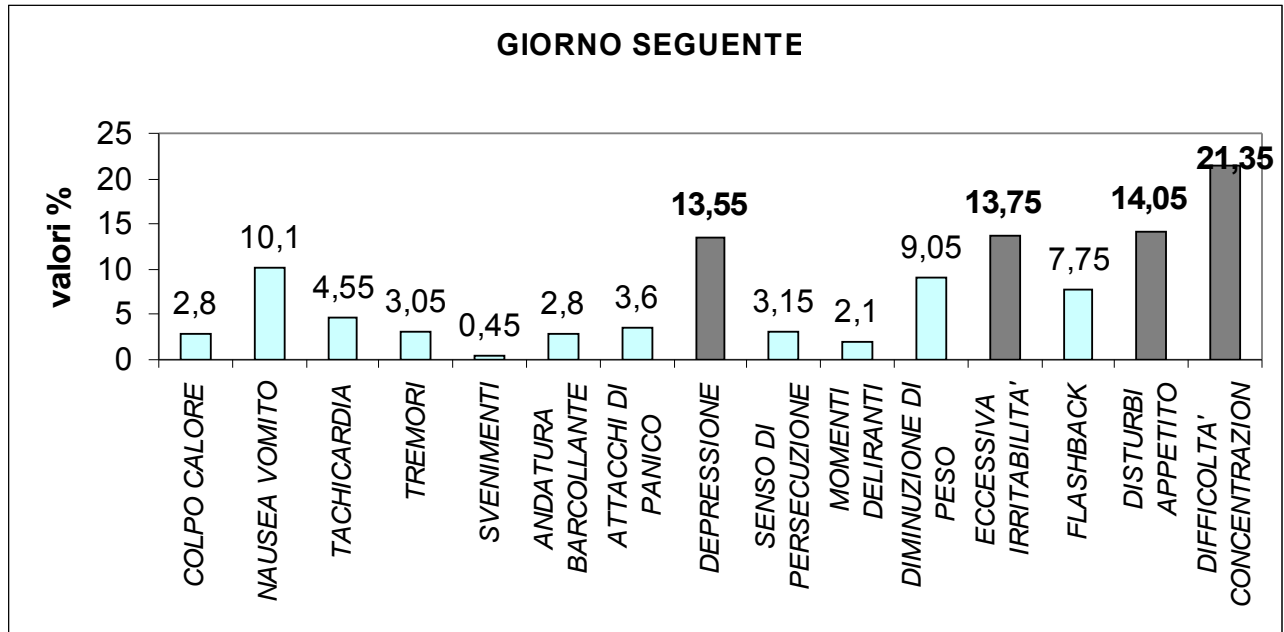




A medio termine, aumentano variabili psicofisiche e psicologiche mentre decrescono effetti fisici. In questo caso, l'intervento di peer education più mirato potrebbe essere volto al contenimento generale degli effetti, alla giusta gestione dell'emotività oltre che alla prevenzione del consumo.

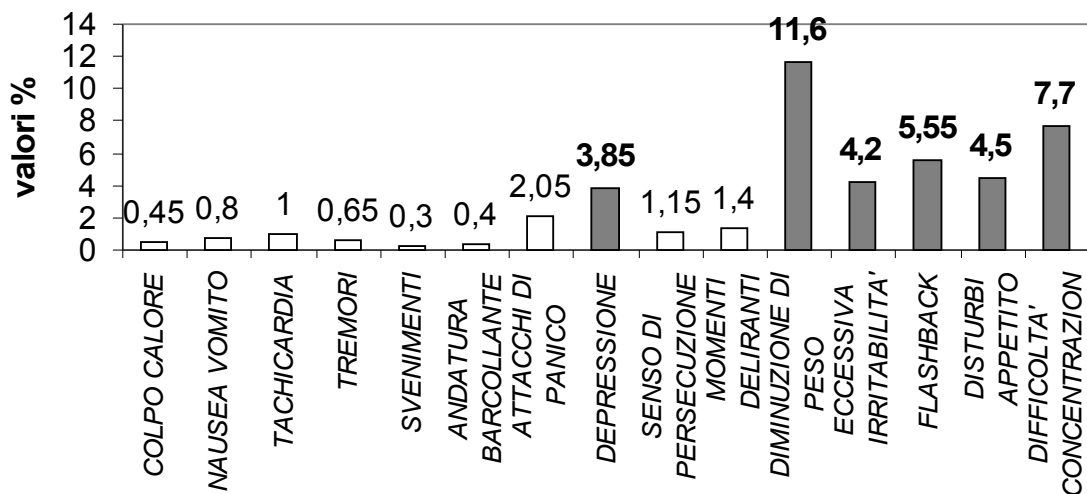
SETTIMANA SEGUENTE





Infine, a lungo termine si vede l'intensificarsi di variabili psicologiche e la *peer education* potrebbe essere diretta alla riduzione del danno (prevenzione terziaria), al contenimento e all'invio verso strutture sociosanitarie specialistiche.

MESE SEGUENTE



Tutti e tre gli interventi acquisterebbero una connotazione più mirata ed efficace se si tenesse anche conto del fatto che tali effetti si ripercuotono nei contesti relazionali dei ragazzi e in particolare in quello scuola e famiglia, palesandosi in generali difficoltà di relazione.

Hai mai avuto difficoltà per l'uso di sostanze?

Avere una visione globale sulle problematiche legate all'uso/abuso di sostanze psicoattive significa analizzare i principali contesti nei quali si manifestano le ripercussioni conseguenti al consumo. Individuiamo quattro contesti di riferimento (lavoro, scuola, amici, famiglia) per studiare le diverse difficoltà che gli intervistati incontrano dopo aver assunto sostanze.

Alle domande "Hai mai avuto difficoltà per l'uso di sostanze? Se sì, di che tipo?"

possiamo osservare quali tipologie di difficoltà si presentano in quel determinato contesto.

Rispetto alla categoria amici, si evidenziano notevoli difficoltà di relazione accompagnate da una condizione di disagio che creano inevitabilmente tensioni all'interno della rete amicale.

In famiglia, ugualmente ci vengono riferiti disagi di relazione accompagnati da uno scarso livello comunicativo che il più delle volte sfociano in litigi.

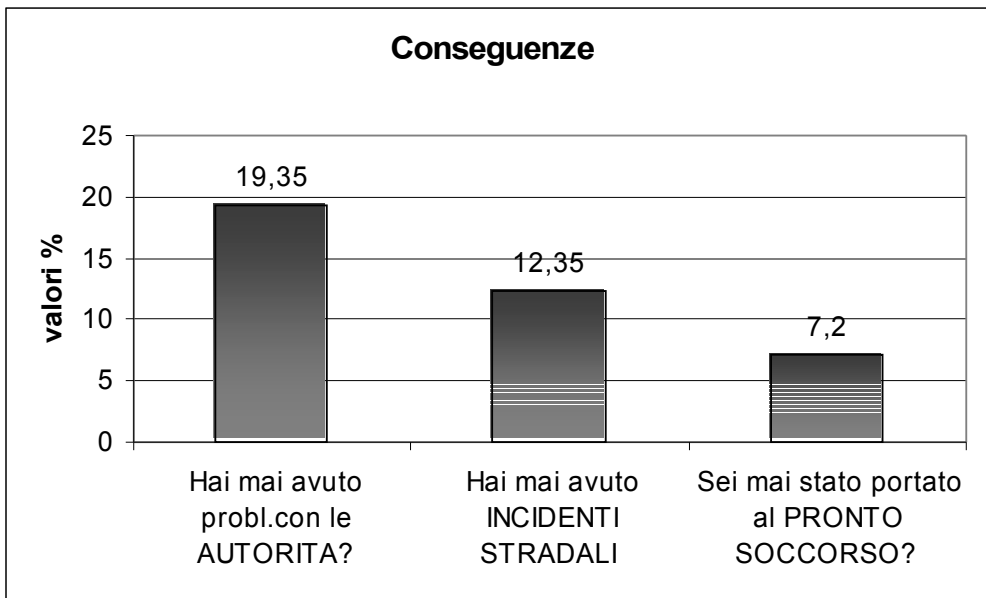
Nelle ripercussioni in ambito lavorativo troviamo un'altissima frequenza sulle difficoltà di concentrazione seguita da quelle relazionali e ritardi.

E' importante sottolineare come la pericolosità può crescere in base ai lavori svolti dagli intervistati; il rischio di incidenti sul posto di lavoro aumenta esponenzialmente nei lavori manuali.

A scuola, la frequenza massima è data dalla difficoltà di concentrazione seguita da quella di relazione. Interessante osservare come questi due aspetti possano facilmente causare ulteriori tipologie di conseguenze quali l'irritabilità, assenteismo e disagi di diversa natura, fino ad arrivare a bocciature o il ritiro da scuola.

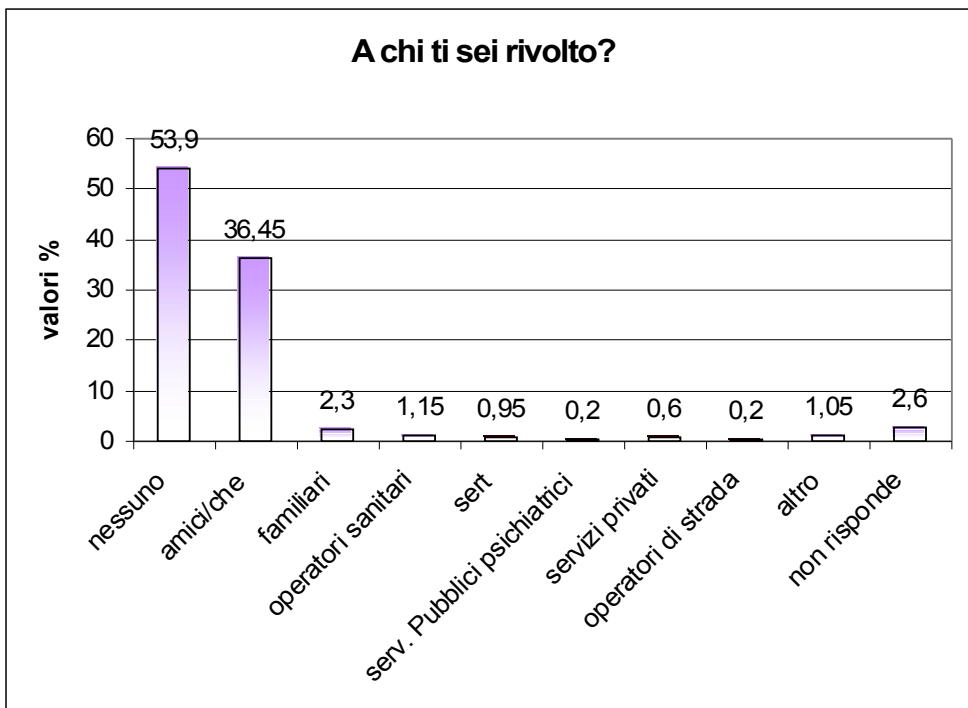
Incrociando le variabili psicologiche, fisiche e psicofisiologiche, ipotizzandole come cause di altre conseguenze indagate dal questionario (problemi con le autorità, incidenti stradali, ricoveri al pronto soccorso) non sono emerse correlazioni significative.

Importante è comunque non sottovalutare anche queste ulteriori ripercussioni nella vita dei ragazzi, e dar loro accento anche in un possibile intervento di *peer education*.



A chi ti sei rivolto?

Questa domanda ha un valore consistente nella pianificazione di interventi di *peer education*. Dal grafico emerge come il gruppo amicale, al contrario della famiglia, rappresenti una risorsa fondamentale, anche se ben il 53,9% tende a “far da sé” e non rivolgersi a nessuno. A fronte delle difficoltà relazionali che i ragazzi raccontano di avere con tutti i loro contesti di vita, amici compresi, qui si nota come malgrado tutto essi considerino questi ultimi come unica risorsa a cui appoggiarsi nei momenti di difficoltà. Appare centrale quindi, se si intende davvero tutelare la salute psicofisica dei giovani assuntori e abusatori, puntare molto sul contributo che i giovani stessi, da pari a pari, possono offrire: in termini preventivi (diffondendo una cultura dell’attenzione alla salute ed evidenziando i rischi presenti in determinati stili di vita) e in quanto attori fondamentali per ridurre i possibili danni successivi ad assunzioni problematiche di droghe, farmaci e alcool. Ma il contributo più importante che un giovane può fornire ad un suo amico che ha incontrato problemi riconducibili al consumo di sostanze psicotrope, è quello di svolgere una funzione di ponte con i servizi sociosanitari, permettendo a questi ultimi di prendere in carico ragazzi che altrimenti (e qui i dati parlano assai chiaramente) non vedrebbero mai.



CONCLUSIONI

a cura di *Renato Bricolo*

Uno degli aspetti più interessanti della ricerca presentata in questo testo, ultima di una serie di ricerche simili realizzate in Italia, è che ci permette di conoscere dall'interno il mondo del consumo e dello strutturarsi di nuovi comportamenti nei giovani, in una ampia fascia di età.

L'accesso ai giovani, infatti, è da sempre problematico, soprattutto quando si vuole conoscere e penetrare nel loro mondo, anche per una certa diffidenza che il mondo giovanile ha nei confronti di chi si vuole documentare su di loro e sulle loro abitudini.

Il mondo giovanile non ama essere esplorato, perché si sente quasi espropriato della sua identità, s-velato al mondo nel periodo della vita nel quale, invece, proprio perché alla ricerca della propria identità, è geloso del processo che consciamente o no, porta alla realizzazione di sé. Molto spesso questo s-velare sé agli adulti è vissuto con angoscia, mentre non lo è quando oggetto della rivelazione sono i coetanei, gli amici, i pari, come si suol dire. Anzi, in questo caso la comunicazione è molto ampia, spesso ricercata e voluta, perché la comunicazione delle proprie caratteristiche e problematiche cementa una appartenenza al gruppo: lo scambio favorisce il processo di identificazione con il gruppo, premessa poi per una progressiva autonomizzazione di sé dal gruppo stesso.

Un tempo era la collettività che gestiva questo processo, attraverso i riti di iniziazione, che prevedevano da un lato il cementarsi del gruppo dei giovani che dovevano affrontare i riti e le prove, e poi le prove stesse, per confluire poi nella società di appartenenza, godendone appieno i diritti e i doveri. Ora questo processo non esiste più: la società non gestisce più nulla, i processi di acquisizione dell'identità vengono gestiti individualmente o in piccoli gruppi spontanei, selezionati su basi di affinità elettive, più che di appartenenza. Un tempo non passava molto fra la maturazione sessuale, l'affrontamento e

superamento delle prove, e l'entrata nel sociale come adulti, con tutto ciò che derivava, sia sul piano sessuale, che sociale. Ora non è più così. Per un ampio processo di una nuova e differente organizzazione sociale si va assistendo ad un allontanamento dei giovani dall'entrata nella società, con l'assunzione dei diritti e doveri collegati. Di fatto si assiste alla periferizzazione dei giovani, sia nel senso spaziale che nel senso simbolico, soprattutto dei giovani che utilizzano, per individuarsi, vie nuove, originali, o comunque fuori dagli schemi sociali dominanti. Anche se a grande voce si invoca l'importanza della presenza e della partecipazione dei giovani ai processi sociali, ed alla gestione della società stessa, di fatto la nostra società allontana i giovani dall'entrare autonomamente nella gestione della stessa, e nella amministrazione della cosa pubblica sono considerati giovani i sessantenni. Questa periferizzazione del mondo giovanile, con una tendenza alla omologazione dello stesso ai codici sociali dominanti, pena una ulteriore periferizzazione, fa sì che i giovani si ritirino effettivamente in mondi reali o fittizi di loro appartenenza, con un sostanziale rifiuto di ogni interferenza vissuta come indebita intrusione, minacciosa proprio dei processi più intimi ed autonomi che molti giovani realizzano per proprio conto. Ne è la riprova il fatto stesso che quasi tutte le "penetrazioni" nel mondo giovanile vengano vissute male, vengano percepite come il termine scelto indica simbolicamente, e quindi vengano respinte. Ad ogni indagine di conoscenza scatta non già la conoscenza, e la riflessione sulla stessa come occasione e mezzo appunto di conoscenza, di aumento di scambi, di arricchimento nei rapporti interpersonali, affidando a questi ultimi il compito di integrare ed eventualmente correggere quanto lo richiede, ma l'allarme e la repressione: lo s-velamento chiama a crociate per difendere il bene dei propri figli dai pericoli che corrono per colpa di cattivi compagni e consiglieri, con l'incubo di tossicodipendenza, di deriva verso una amoralità, verso la perdita di valori e principi, e via così.

Da ciò la diffidenza, il rigetto, il rifiuto, la preferenza verso rapporti che non invadano il privato.

Se la maggior parte delle relazioni adulti-giovani, genitori-figli hanno le caratteristiche sopra descritte, una parte peraltro non piccola di adulti ed educatori, e genitori, ha un atteggiamento assolutamente acritico ed irresponsabile verso i propri figli, in una insana ed assurda esaltazione delle splendide caratteristiche della gioventù, fase della vita che tanto è problematica quando la si vive, tanto è oggetto di facili proiezioni da adulti, quando assume l'aspetto di Eden dove tutto è bello, facile ed armonico. Questa fascia di adulti non cerca, è vero, di "penetrare" nel mondo dei giovani, ma non già per rispetto, quanto più spesso per disinteresse, o per la convinzione che il processo di maturazione dei propri figli o allievi, od altro sia un processo individuale, spontaneo, che armonicamente porti all'essere adulti, al benessere, ecc. Il risultato è, in questo caso, comunque una lontananza affettiva, un distacco anche emozionale che fa sentire non solo

indipendenti, ma quasi abbandonati. Ora fra le caratteristiche dell'età giovanile c'è sicuramente la difesa ferrea della propria libertà, autonomia, del segreto di sé, e del proprio evolvere, ma c'è anche ed ancor più il bisogno di sentire che c'è qualcuno con loro, che in qualche modo si occupa di loro, che li pensa, forse anche che soffre per loro e con loro.

Come è possibile destreggiarsi in queste contraddizioni, fra l'essere chiamati in causa, e l'essere respinti come intrusi? Come è possibile reggere questa antinomia? Banalmente, direi, che è possibile mettendosi in relazione con loro: relazione dinamica, affettuosa, anche conflittuale, ma rispettosa, per quanto possibile, delle loro scelte.

Mi pare sia quello che hanno fatto i gruppi conduttori di questa inchiesta, così ricca di contenuti e di indicazioni, pur nel rispetto della persona intervistata. L'aspetto più interessante di queste modalità di lavoro e di indagine con il mondo giovanile è che apre la possibilità di conoscere anche intimamente quello che questi giovani sono e fanno, senza riserve o bugie (vedi le notizie sincere sui consumi, sui malesseri acuti e protratti nel tempo, ad esempio) senza creare allarmi o atteggiamenti di difesa, di chiusura che li allontanerebbero da noi e da loro: perciò io spero che questi dati vengano colti per quello che dicono ed indicano, più che per conclusioni e decisioni di rigido interventismo repressivo.

Io credo che se avessimo ascoltato quanto queste ed altre indagini condotte con lo stesso spirito hanno evidenziato negli ultimi anni, probabilmente avremmo ristrutturato molti interventi, avremmo corretto molte iniziative e sicuramente non si sarebbe arrivati all'assurda criminalizzazione di simili comportamenti e delle persone che li adottano, come la recente legge approvata dal parlamento italiano prevede. Pare assurdo che il mondo degli adulti non possa che prendere una via repressiva e gravemente repressiva sul mondo dei consumi, obbligando alla pena ed alla cura come alternativa al carcere, invece di sviluppare altri interventi per una presa in carico precoce. Infatti, se si pensa bene, comunque anche questi interventi violentemente repressivi intervengono a cose fatte, a "latte versato", ed il potere dissuasivo è tutto da vedere, mentre sarà ben visibile l'effetto punitivo. Lascia sbalorditi che fra i più accesi sostenitori della lettura più restrittiva e punitiva di questi comportamenti ci sia stato un ministro della pubblica istruzione, mentre non sorprende se si pensa che questo ministro è Letizia (sic!) Moratti, da sempre portavoce di s. Patrignano, e della becera politica che questo gruppo prevede e molto democraticamente tende ad imporre. Il risultato sarà che avremo ancora di più sommerso, fuga, occultamento.

Fra i tanti dati emersi, mi preme sottolineare quelli della percezione dei disturbi, e come sono stati affrontati. Infatti, anche nei confronti di questo capitolo si assiste alla spaccatura più totale, naturalmente assunta in modo aprioristico, e senza nessun o quasi rapporto con il reale mondo giovanile di consumatori.

Non è raro assistere a prese di posizione assolutamente assolutorie, che non vedono le sostanze e gli effetti come sostanze con azione psicotropa, i cui effetti andrebbero analizzati, studiati e documentati, accanto ad altre opposte prese di posizione, che vedono nelle sostanze e nell'assunzione rischi di esiti drammatici, dalla tossicodipendenza, alla demenza, alla morte, ed anche qui senza documentazione nel campo dei consumatori.

Io non voglio dire che la valutazione degli effetti sugli assuntori debba avere assoluta dignità di conoscenza, rispetto ad ogni altra forma di sapere, o anche rispetto ad ogni norma etica (anche se toccare questo tasto mi angoscia non poco, per la facile strumentalizzazione del ragionamento), certo che però analizzare e valutare gli effetti con chi assume o anche semplicemente è contiguo al mondo degli assuntori, e quindi li può osservare da vicino, ha un suo valore di documentazione e di conoscenza.

Alla base di queste prese di posizione c'è, secondo me, un grave errore logico: si parte infatti dalla liceità accettata o negata dell'esperienza, per tirare le conclusioni relative.

Ora, se si è dell'opinione che la libertà di scelta sia e debba essere salvaguardata e faccia parte del patrimonio sacro dei diritti di scelta individuali, si passa alla difesa dei consumi, e ovviamente dei consumatori. Ineccepibile, solo che il criterio guida non può e non deve essere l'innocuità a priori stabilita, ma appunto criteri di valutazione dei diritti fondamentali della persona: gli effetti clinici, i sintomi, la patologia se c'è e quando c'è, sono un'altra cosa. I malesseri o i bisogni d'intervento, e le relative politiche di prevenzione, informazione, e responsabilizzazione sono un'altra cosa ancora.

Contemporaneamente, se si assume un altro atteggiamento, e si ritiene negativa l'assunzione di ogni sostanza che alteri in modo artificiale le funzioni psichiche, e si ritiene illecito ed illegale procedere alla ricerca ed alla sperimentazione di mezzi per ottenere uno stato modificato di coscienza, allora tutto diventa proibito, ed anche qui l'atteggiamento è ineccepibile, ma non si usino criteri clinici impropri, o non sufficientemente analizzati per arrivare alle conclusioni di cui sopra.

In altri termini, credo che sia necessario distinguere proprio da un punto di vista logico e formale le prese di posizione ideologiche, e le relative petizioni di principio, da ogni ragionamento e considerazione clinica, o anche più semplicemente farmacologica. Credo che sia necessario tenere distinti gli ambiti, pena una confusione di processi logici che complica una situazione già di per sé non semplice.

Ed i risultati, paradossali, sono evidenziati dalle ricerche oggi pubblicate: anche quando sono presenti sintomi, ed in una percentuale non trascurabile sono presenti, il soggetto interessato e cosciente della presenza di questi disturbi non li sa bene affrontare, e non sa a che rivolgersi, se non di fatto agli amici, al gruppo dei pari, con i quali tende a condividere ogni esperienza, come si diceva, ed anche quelle negative.

Lascia molto perplessi che non ci sia il ricorso a nessuna organizzazione sanitaria, o di servizio psicologico, ove potersi confrontare, ove poter discutere e rappresentare i propri dubbi, o i propri bisogni. In altri termini, la prevalenza del mondo degli innocentisti, per così dire, e dei colpevolisti ha fatto spostare il piano del dibattito e del confronto su un piano astratto senza che ne sia derivato alcunché di applicativo, di adeguato alle esigenze delle persone di cui tutti dicono di occuparsi: e credo che anche qui si assisterà, e già si assiste, ad una differenziazione per censo e per cultura, fra chi avvertendo alcuni sintomi e bisogni, troverà, probabilmente nel privato, possibili facili risposte, e chi dovendosi rivolgere al pubblico, resta di fatto solo ed abbandonato. Ovviamente, la situazione troverà adeguato intervento e presa in carico quando sarà pesantemente evoluta, e quindi, essendo comparsa dipendenza, o grave patologia, sarà possibile, psicologicamente, e necessario, adire ai servizi esistenti, senza essere riusciti ad avviare meccanismi di presa in carico precoce che sicuramente avrebbero potuto facilitare gli interventi, se necessari.

I dati emersi dalle ricerche qui presentate evidenziano come, almeno sul piano teorico, sia possibile oltre che proficuo, pensare a degli interventi di presa in carico precoce. Di fatto, l'ostacolo principale ad una presa in carico precoce è la non percezione di patologia, o di sintomi, e di bisogno di essere aiutati. Questo, ovviamente, vale per tutti i processi patologici, e non solo per quelli legati all'uso di sostanze psico-attive. Il motivo per il quale vengono continuamente lanciate campagne di prevenzione negli ambiti sanitari più diversi è che, non raramente, patologie anche potenzialmente gravi, non danno segno precoce della propria esistenza, e che la maggior parte di noi non dà importanza a segni molto modesti, a sintomi poco rilevanti, e quindi ricorre ai servizi sanitari solo a stato di patologia avanzato, e conclamato. Qui, però, sembra che invece in non pochi assuntori sia presente la percezione di sintomi, malesseri, o anche patologie più definite, e quindi sia presente la premessa per poter operare un primo contatto, solo che sia possibile, e percorribile.

Io sono sempre diffidente delle diagnosi che vengono poste da sé stessi (depressione, ad esempio), e quindi sarei molto attento nel prendere per valido quanto indicato dagli intervistati, così come anche sarei non molto sicuro nel concludere che chi non avverte sintomi, non ne ha: il problema della percezione adeguata e corretta di sé è un enorme problema della medicina e della psicologia, problema a volte facilitato, ma molto spesso complicato dalla divulgazione massiccia che viene messa in campo attualmente. La percezione di sé, e successivamente il giudizio di benessere o malessere che ne deriva, e poi la diagnosi relativa, sono questioni di grande complessità, che dipendono da molte variabili scarsamente prese in considerazione dalla grande maggioranza delle persone, e spesso anche da medici e psicologi. La percezione di sé dipende fundamentalmente dal rapporto che noi abbiamo con noi stessi, dalla capacità che abbiamo di

ascoltarci, di porre dei paragoni fra ora e prima, dall'attenzione che poniamo agli atti automatici della nostra vita, dalla soglia di percezione del dolore, dalla percezione delle nostre sensazioni e dalla capacità di riflettere su noi stessi senza identificarci completamente con i vissuti di noi che abbiamo in quel momento. Da tutto ciò deriva la percezione di me, premessa per il giudizio di benessere o malessere, che a questa percezione è collegato. Anche qui, peraltro, il giudizio è influenzato da molti preconcetti dei quali siamo poco consci, ed infatti tendiamo ad etichettare come negativo, e quindi ascriviamo al malessere ogni stato d'animo non pienamente soddisfacente, anche quando pur non essendo soddisfacente, è assolutamente positivo, perché ad esempio significa che è in atto un processo trasformativo, o di presa di coscienza di un particolare tratto del nostro essere, che magari si sta modificando, mentre attribuiamo decisamente al positivo la percezione dell'assenza di elementi sgradevoli, anche quando questo sta a significare una stasi preoccupante del nostro essere nel mondo. Quando, poi, pensiamo di stare male, di male-essere, allora utilizziamo come diagnosi i termini che vanno per la maggiore, che sentiamo di più, e che a naso ci sembra siano i più appropriati per comunicare il nostro stato, senza essere in grado spesso di rapportarli ad un'idea decente di normalità o anormalità, e senza pensare a che cosa in realtà corrisponde, da un punto di vista di rigorosa applicazione, quel termine che noi usiamo. Anche qui, come sopra parlando dei preconcetti etici, dobbiamo rilevare come ordini logici diversi si intersechino fra di loro portando a conclusioni spesso improprie. Se io uso un termine scientifico secondo un senso comune che a quel termine attribuisce connotazioni comunemente accettate, ma diverse da quelle del codice scientifico di appartenenza, nomino uno stato d'animo utilizzando un termine diagnostico, di pertinenza psicopatologica, senza attribuire ad esso il senso scientifico che gli è proprio, e quindi lo utilizzo, clinicamente parlando, in modo improprio. E senza rendermene conto, entro in una logica che attribuisce etichette diagnostiche senza il minimo serio riferimento ai criteri clinici che sottendono quelle diagnosi, contribuendo involontariamente ad aumentare la confusione esistente. E viceversa, io posso non avere esperienze di me obiettivamente patologiche, semplicemente perché non le colgo. Due esempi per tentare di chiarire la questione: io posso essere effettivamente depresso, ma non pensare di esserlo, perché profondamente convinto che quella esperienza che ho della mia vita è la vita, e non pensare minimamente di attribuire alla depressione quanto credo e sento intimamente vero.

Ancora: io posso avere disturbi della memoria, e non rendermene conto e quindi mai io dirò di avere disturbi della memoria, pur avendoli. Da tutto questo ragionamento complesso e anche contorto, deriva che bisogna diffidare delle diagnosi autoposte, ed anche dell'assenza di diagnosi. Operatori che utilizzano l'etilometro nel tentativo di adeguare nei bevitori la percezione di sé allo stato dell'intossicazione, per evitare condotte pericolose, riferivano in una supervisione che molte persone i cui esiti

all'etilometro evidenziavano dati appena sotto il limite del normale spesso si attribuivano stati di intossicazione molto elevati, mentre bevitori che presentavano dati molto alti (nell'ordine del doppio, triplo del livello concesso dalla legge), viceversa, si attribuivano livelli bassissimi di intossicazione e si giudicavano in stato di benessere, ed in condizione di guidare la loro vettura. Da ultimo, ricordo come nella modificazione e semplificazione del linguaggio che si sta imponendo, sempre meno usiamo circonlocuzioni complesse per descrivere il nostro stato d'animo, e sempre più utilizziamo termini semplici, "radiografici" invece che descrittivi, e nulla è meglio, in questa prospettiva, che usare termini di derivazione clinica, con il risultato che c'è un'inflazione di malati psichici, a fronte, probabilmente, solo di una diffusione della percezioni di situazioni di difficoltà.

Purtuttavia, anche con i gravi limiti che ho appena tentato di analizzare, a mio giudizio appare assolutamente importante che nei questionari che utilizziamo per conoscere la situazione di giovani assuntori appaiano sintomi, e diagnosi, perché significa che comunque un numero non piccolo percepisce delle differenze fra il proprio stato di prima e dopo, fatto questo che dovrebbe spingere a creare momenti di possibile incontro e verifica del loro stato, e che potrebbe essere molto bene utilizzato anche in una logica di prevenzione basata sull'informazione. La premessa per una domanda terapeutica, infatti, è la constatazione di uno stato di sofferenza grave, attribuibile ad una patologia, ed il fatto che queste percezioni siano presenti in non pochi consumatori, può diventare la premessa per una presa in carico precoce. E qui, però, compaiono non pochi problemi. Innanzitutto, come e chi raccoglie queste segnalazioni di difficoltà, sintomi, disturbi? E dove? E con quale organizzazione, in quale struttura? Ovviamente, la competenza di questa patologia, vera o presunta (non dimentichiamo l'estrema cautela che deve esserci quando usiamo termini diagnostici in modo improprio) è dei servizi per le tossicodipendenze, e/o dei servizi psichiatrici. Credo di non offendere nessuno se affermo che nessuno di questi servizi gode di particolare attrattiva verso gli ipotetici utenti, che tendono a relegare questi servizi ad ambiti rigorosamente di patologie precise, non molto amate, e che con grande difficoltà si ammette di avere. Se un giovane ha dei dubbi di non essere in condizioni normali, difficilmente si avvicina ad un servizio per tossicodipendenti o psichiatrico per verificare la sua reale situazione. Non è questo il luogo per affrontare un'analisi critica del perché di questo particolare rigetto, frutto di preconcetti, di grossolanità di pensiero, ma anche di scarsissima attenzione degli amministratori verso l'organizzazione di questi servizi, che credo raccolgano le prime posizioni in una ipotetica graduatoria dei peggio organizzati, attrezzati, arredati, ecc. del nostro paese. Senza contare dei problemi posti dagli orari di accesso, quasi sempre configgenti con degli orari di una vita lavorativa normale, per cui per poter accedere è necessario esplicitare a mezzo mondo che si ha la necessità, appunto di accedere ad uno di questi servizi. E queste non sono quisquiglie, né per i

pazienti ordinari che accedono a questo genere di servizi, e ancora meno per adolescenti e giovani, già in atteggiamento dubitativo verso la società e le sue organizzazioni, e spesso portatori di assoluta mancanza di fiducia verso il mondo adulto e i tecnici che dovrebbero occuparsi di loro.

In esordio di questo contributo dicevo quanto è delicato il processo di contatto e collegamento verso una parte del mondo giovanile, e questo processo diventa ancora più complesso se l'interessato ha paura del rapporto, e teme reazioni avverse contro di lui. Anche per questi motivi, bisognerebbe che il collegamento con queste realtà di dubbio, sofferenza, segni di difficile interpretazione avvenisse in ambienti adatti, con persone rassicuranti, che i ragazzi sentono come alleati non minacciosi. A complicare le cose c'è anche la netta percezione che utilizzando sostanze psicotrope si accede ad un ambito non solo misterioso, per non dire misterico addirittura, ma anche illegale (senza che spesso i consumatori accettino questo stato delle cose, senza che lo interiorizzino) sensazione questa che tende a coprire tutto ciò che riguarda queste abitudini, comprese le conseguenze negative, reali o presunte. E quindi a maggior ragione, tenendo conto di tutte queste variabili bisognerebbe che i servizi di contatto e presa in carico precoce si connotassero come servizi di accoglienza, nel senso più ampio del termine. Il valore del primo colloquio, oramai, è acquisito in letteratura, e quindi anche da questo punto di vista si dovrebbe procedere con grande attenzione e grande cautela. Molto spesso il giovane che nutre dubbi su di sé ha bisogno di chiarirli, e diventa terapeutico aiutarlo a fare chiarezza, portarlo per mano a comprendere il proprio stato e che cosa può averlo provocato, con quali meccanismi; è importante aiutarlo a comprendere il suo stato, documentarlo se possibile, in modo che possa avere una visione integrata di sé, ed avere una visione chiara del suo eventuale processo terapeutico, con le aspettative lecite ed i percorsi da fare. Bisognerebbe con un certo sforzo proporre anche un approccio ampio, che possibilmente non sia solo farmacologico, ma neanche ne eluda a priori l'ausilio, quando necessario. E qui debbo tornare a ricordare come sia necessario avere una visione ampia del problema, analitica, scientifica, moderna (i saperi nell'ambito delle neuroscienze mutano e si aggiornano, e quindi si superano, anche, molto velocemente).

Questo possibile approccio, a mio giudizio, potrebbe aiutare non poco anche la cultura degli effetti nocivi delle sostanze, nella misura nella quale l'assuntore li vive su di sé, li comprende, li scopre e, di fatto, se ne fa anche portatore presso i suoi amici, con i quali gli scambi sono sempre molto intensi: Non che io mi aspetti molto da tutto ciò, sicuramente però potrebbe diffondersi una cultura meno superficiale e più ragionata e problematica nel settore. Attualmente l'assunzione appare molto acritica, in generale ed in particolare sulle conseguenze negative, che vengono vissute quasi come destino ineluttabile. Per molti consumatori, infatti, fra l'idea di conseguenze negative evitabili con la non assunzione, e le conseguenze negative derivabili

dall'assunzione, vince la seconda opzione. Di questo dobbiamo essere coscienti, e da qui dobbiamo partire per impostare le nostre strategie di prevenzione e di riduzione del danno. Da qui dobbiamo partire per evitare di prospettare sfracelli derivanti dall'assunzione, profezie smentite dall'esperienza quotidiana degli assuntori e dei loro amici e testimoni, ma anche per iniziare un lento e preciso lavoro di documentazione, informazione e così via, per cercare di integrare conoscenze e decisioni, per vedere se contributi più pacati, personalizzati, per così dire, forniti dalle disavventure documentate e curate in alcuni dei loro amici non possa produrre dei cambiamenti di atteggiamento, ed una vigilanza maggiore, se non altro per alimentare quella cultura della diminuzione dei danni da molti rifiutata, ma che sempre più si rivela come saggia ed utile.

Io penso che sia necessario, lo ripeto per l'ennesima volta, uscire dalla scissione contrapposta delle fazioni "a favore o contro" che come tutte le posizioni massimalistiche appaiono, di fatto, poco utili o utili solo ad alimentare scontri che impressionano per il clamore, più che per altri risultati, per entrare in un mondo di ragionamenti sereni, analitici, personalizzati, di valutazione caso per caso, dove il nostro utente percepisca il nostro sforzo di entrare in rapporto con lui, di comprenderlo e di personalizzare il nostro ragionamento su di lui e con lui, piuttosto che di inserirlo artatamente in sovrastrutture ideologiche delle quali lui per primo non sa che farsene. Nostro compito non è intruppare in categorie non utilizzabili per un rapporto personale, ma partire da ragionamenti e premesse ampi e generalissimi per entrare in un rapporto individuale, per favorire una conoscenza ed una percezione di sé, un giudizio clinico, una accettazione, ma anche e soprattutto l'opportunità e la necessità di una evoluzione psicologica. Se questo processo riesce, ci si allea anche con la parte più sana dell'istinto, che ad un certo punto non accetta come regola definitiva di vita la stagnazione, e il fermarsi, ma sente l'inesauribile necessità del cambiamento, e su questo si sintonizza e si allea.

Gli operatori e i programmi, che qui sono stati presentati, hanno il merito di permettere tutti questi ragionamenti, ma soprattutto quello di dimostrare che un rapporto oltre che necessario è possibile. Che è possibile parlare di loro e con loro, dei loro sintomi e del loro mondo: che è possibile cominciare un processo di accompagnamento dei giovani contattati verso un mondo di presa in carico più articolata e complessa, nel quale perfezionare la comprensione articolata di sé. Questi progetti avevano un significato meramente preventivo, erano stati impostati poco più che come volantinaggio (per giudicare l'esito e l'ammissibilità ai finanziamenti, bisognava dimostrare quanti fogli informativi erano stati distribuiti, quanti contatti erano stati stabiliti) e però procedendo nella quotidianità in una prospettiva ampia di tensione verso la relazione, si è visto che questa è possibile, che è un bene prezioso che ci documenta in modo non invasivo ma immediato di come evolve questo

mondo (le prime segnalazioni sul dilatarsi dell'uso della cocaina risalgono a molti anni fa) e che con esso è possibile rapportarsi.

Agli organizzatori dei servizi, ora, studiare i possibili raccordi, come, dove, quando strutturarli: non partire dalle organizzazioni esistenti e rodiate dalle attività territoriali, non interpellarle, coinvolgerle ed integrarle appare l'ultimo sciocco errore di una politica, quella sulle droghe, che ne ha collazionato un po' troppi.

- AA.VV., *Giovani senza tempo. Il mito della giovinezza nella società globale*, Ombre corte, Verona, 2001.
- AA.VV., *La ricerca azione. Contributi per lo sviluppo educativo*, a cura di C. Scurati e G. Zanniello, Tecnodid Editrice, Napoli 1993.
- AA.VV., *Il lavoro di strada*, EGA, Torino, 1985.
- AA.VV. *Peer Education. Nuovi stili di consumo, nuove strategie di intervento*, EGA editore, Torino 2003.
- Amin, A., Thrift, N., *Città, ripensare la dimensione urbana*, Il Mulino, Bologna 2005
- American Heart Association, (a cura di) *Manuale di ACLS*, Centro scientifico Editore, Torino 2003.
- American Heart Association, (a cura di) *Manuale di BLS*, Centro scientifico Editore, Torino 2003.
- Bagozzi, F., *Ecstasy e media*, Ed. Ecò 2000
- Bagozzi, F., Cippitelli, C., (a cura di), *Giovani e nuove droghe: 6 città a confronto, il progetto mosaico come modello di intervento*, Franco Angeli, Milano 2003
- Buber, M., *Il principio dialogico e altri saggi*, Ed. San Paolo, Milano 1993.
- Bricolo, R., Berto, D., Schifano, F., *Nuove droghe, nuovi utenti? Una rilevazione delle sostanze d'abuso utilizzate dai primi ingressi in un Ser.T. (1992-1995)*, "Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo".
- Bricolo, R., Sabbion, R., Vendramin, A., *Interventi su assuntori di psicostimolanti derivati da anfetamine tipo MDMA ed analoghi*, Atti del Congresso della Società Italiana di Psichiatria, Palermo 1997.
- Bricolo, R., Vendramin, A., *Trattamenti psicofarmacologici dei disturbi da uso di MDMA*, Atti dell' VIII congresso della Società Italiana di Psichiatria Biologica. Napoli 29 settembre- 3 ottobre 1998.
- Bogetto, F., Munno, D., *Nuove droghe e nuovi tossicomani. Aspetti psicologici e socio-culturali*, Minerva Medica, Torino 2002.
- Camarlinghi, R., Cippitelli, C., Bragozzi, F., Canini, P., 2000, *Sulle preoccupazioni dell'ecstasy*, Animazione Sociale, Anno XXX, n° 142.
- Camarlinghi, R., Rossi Doria, M., Motta, O., Atakol, F., 2000, *L'educare alla prova dell'ecstasy*, "Animazione Sociale", Anno XXX, n° 144.
- Cancrini, L., *Quei temerari sulle macchine volanti: studio sulla terapia dei tossicomani*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1982.
- Cippitelli, C., 2000, *Ci sono cose da capire*, "Animazione Sociale", Anno XXX, n° 144.
- Cippitelli, C., *La magia del fare*, Youth Mag. 4, 2000
- Diamanti, I., *La generazione invisibile*, Ed. "Il Sole 24 Ore s.p.a", Milano 1999.

Di Blasi, M., *Un contributo alla comprensione dei nuovi stili di consumo giovanili*, Franco Angeli, Milano 2003.

Ferretti, U., Santioli, L., *Nuove droghe tra realtà e stereotipi*, Franco Angeli, Milano 2003

Fornari, F., *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*, Feltrinelli, Milano 1981.

Giuliani, M., Fornai, F., *Ecstasy. Effetti e rischi di un nuovo fenomeno d'abuso*, Pisa University Press, Pisa 2004.

Geninatti, S., Bellavia, F., Chiappa, G., *Contributo alla definizione di nuove droghe*, "Bollettino Farmacodipendenze e Alcoolismo", 2001.

Gori, E., *Adolescenza a rischio*, Franco Angeli, Milano 1997.

Gori, E., *Il tripode delle nuove droghe*, ed. Comunità, Milano 2000.

Grame, P. Dowling., *Eve and Ecstasy. A report of five deaths associated with the use MDEA and MDMA*, Jama 1987 vol. 257.

Guaita, F., *Interventi di prevenzione con operatori di strada. Organizzazione, operatività, valutazione*. Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali. Azienda U.S.L.L.

Günter, A., *No drugs, no future*, Feltrinelli, Milano 2004.

Hardman, J. G., Limbird, L. E., *Le basi farmacologiche della terapia*, The McGraw-Hill Companies, Milano 2003.

Inaba, D. S., Cohen, W. E., *Eccitanti Sedativi Psichedelici*, Piccin, Padova 1997.

Lapassade, G., *Gli stati modificati di coscienza*, Ed Sensibili alle foglie, Roma 1980.

Lapassade, G., *Notti rituali, Comunicare la notte*, Si.Lab, 1995.

Lapassade, G., *Dal rave alla trance*, Sensibili alle foglie, Roma 1997.

Lapassade, G., *Dallo sciamano al raver: saggio sulla Trance*, Urrà, Milano 1997.

Macchia, T., Giannotti, C. F., Taggi, F., (a cura di), *I servizi e le sostanze ricreative*, Franco Angeli, Milano 2004.

Maggi, B., (a cura di), *La formazione: punti di vista a confronto*, Etas Libri, Milano 1991.

Merzagora Betsos, I., *Cocaina: la sostanza, i consumatori, gli effetti*, Franco Angeli, Milano 1997.

Moore, D. P., *The little black book of psychiatry*, Mediserve, Milano 2003.

Morley, KC et al., *Cannabinoids prevent the acute hyperthermia and partially protect against the 5-HT depleting effects of MDMA in rats*, Neuropharmacology, 2004 Jun.

Negus, S. S., *Interaction between the reinforcing effects of cocaina and heroin in a drug-vs-food procedure in rhesus monkey: a dose-addiction analysis*, Psychopharmacology (Berlin), 2005 Jun; 180 (1).

Olievenstein, C. C., *Il destino del tossicomane*, Borla, Roma 1993.

Pagoda, P., Castelli, V., *Se mi tingo i capelli di verde è solo perché ne ho voglia*, Castelvecchi, Roma 1999.

Pagoda, P., *Discotech*, Adnkronos Libri, Milano 1999.

Pagoda, P., *Sulla rotta del Rave*, Feltrinelli, Milano 2002.

Ravenna, M., *Adolescenti e droga*, Il Mulino, Bologna 1993.

Ricaurte, G., et al., *Severe dopaminergic neurotoxicity in primates after a common recreational dose regimen of MDMA*, Science 2002; 297.

Ricaurte, G., et al., *Hallucinogenic Amphetamine Selectively Destroys Brain Serotonin Nerve Terminals*, Science 1985; 229.

Samorini, G., *Allucinogeni, Empatogeni, Cannabis*. Bibliografia italiana commentata, Edizioni Grafton 9, Bologna 1998.

Santomauro, M., Gruppo di studio delle Emergenze Urgenze Cardiocircolatorie della società Italiana di Cardiologia, *Manuale pratico. Guida alla scelta del defibrillatore*, Società italiana di cardiologia, Roma 2005.

Saunders, N., *E come Ecstasy*, Feltrinelli, Milano 1997.

Schifano, F., et al., *Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use, England and Wales 1996-2002* Hum Psychopharmacol, 2003 oct; 18.

Schifano, F., et al., *Review of death related to taking ecstasy*, England and Wales, 1997-2000, British Medical Journal 2003; 326.

Schwab, M., et al., *Correspondence to Fatal Mdma intossication*, Science 2002; 297.

Squier, M. V., et al., *Death after ecstasy ingestion: neuropathological findings*, "Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry". 1995; 58.

Testoni, I., Ronconi, L., Bivi, T., 2001, *Le rappresentazioni dell'ecstasy in giovani frequentatori di discoteche*, Bollettino Farmacodipendenze & Alcoolismo, vol. 24(4).

Zuffa, G., *I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno*, Sellerio editore, Palermo 2000.

Bibliografia specifica

Pianeta droghe

Gori, E., *Il tripode delle nuove droghe*, ed. Comunità, Milano 2000.

Gunter Amendt, Patrick Walder, *Le nuove droghe*, Feltrinelli, Milano 1998

Saunders, N., *E come ecstasy*, Feltrinelli, Milano 1995

Taussing, M., *Cocaina. Per un'antropologia della povere bianca*, Bruno Mondadori, Milano 2005

Movimenti giovanili, culture, musiche e droghe:

Collin, M., *Stati di alterazione*, Mondadori (Oscar), Milano 1997

Fontaine, A., Fontana, C, *Raver*, Sensibili alle Foglie, Roma 1997

Hebdige, D., *Sottocultura, (il fascino di uno stile innaturale)*, Costa & Nolan, Milano 1983

Lowe, R., Shaw, W., *Traveller e raver*, Shake edizioni, Milano 1996
Mckay, G., *Atti di insensata bellezza*, Shake edizioni, Milano 2000
Montecchi, L., *Officine della dissociazione*, Pitagora editrice Bologna 2000
Natella, A., Tinari, S., *Rave Off*, Castelvecchi, Roma 1997
Santacroce, I., *Flou*, Castelvecchi, Roma 1995
Thornton, S., *Dai Club ai rave*, Feltrinelli, Milano 1995
Tonelli, A., *E Ballando ballando* (la storia d'italia a passi di danza) Angeli, Milano 1998
Torti, M.T., *Abitare la notte*, Ed. Costa & Nolan, Milano 1998

Orizzonti socio antropologici di riferimento

Baumann, Z., *La società dell'incertezza*, Il mulino, Bologna 1999
Bonomi, A., *Il distretto del piacere*, Bollati Boringhieri, Torino 2000
Harrison, G., *Il culto della droga*, Ed. Cleup, Padova 1987
Hebdige, D., *La lambretta e il videoclip (cose e consumi dell'immaginario contemporaneo)*, EDT Torino 1991
Le Breton, D., *Passione del rischio*, ed Gruppo Abele, Torino 1995
Maffessoli, M., *Il tempo delle tribù*, Armando, Roma 1998
Maffessoli, M., *Nel vuoto delle apparenze*, Garzanti 1993
Maffessoli, M., *Del nomadismo (per una sociologia dell'erranza)*, Angeli Milano 2000

Siti web di interesse

www.emcdda.org osservatorio europeo di Lisbona
www.who.ch organizzazione mondiale della sanità
www.isdd.co.uk istituto per lo studio tossicodipendenze Londra
www.drogues.gouv.fr istituto francese per l'analisi e la ricerca sulle droghe
www.infoset.ch/inst/isf centro ricerca tossicodipendenza Zurigo
www.trimbos.nl/indexuk.html Trimbos Institute di Utrecht
www.affarisociali.it Ministero Affari Sociali
www.abele.arpnet.it Gruppo Abele
<http://joshua.micronet.it/cnuova/homens.htm> Comunità Nova
www.nida.nih.gov NIDA (National Institute of Drug Abuse), USA
<http://health.org/> Prevline: prevenzione on line
www.oeko-net.de/ecdp/ progetti di riduzione del danno nella comunità europea
www.drugtext.org riduzione dei rischi
<http://recomputer.electrifrog.co.uk/crew2000> frequentatori di club e rave (crew 2000, organizzazione scozzese riduzione del danno)
<http://www.proselyt.com/technoplus/index.htm/> Technoplus France (analogo frequentatori rave)
www.druguse.com discussione sui rischi associate all'assunzione sostanze

Per contatti:

*C.A.T Cooperativa Sociale- ONLUS
Viale Guidoni26, 50127 Firenze
tel: 055 4222390
e-mail: info@coopC.A.T..it
[http:// www.coopC.A.T..it](http://www.coopC.A.T..it)*

*PARSEC Cooperativa Sociale, Roma
Viale Jonio 331, 00141 Roma
Tel. 06 88209991
e-mail coop.parsec@tiscali.it
www.parsec-consortium.it*

*Progetto Operatori di Strada "Flash" Zona Fiorentina Nord-Ovest
cell:335 5451311
e-mail: camperflash@email.it*

INDICE

Prefazione.....	4
IL PROGETTO FLASH.....	5
a cura di Daniela Vegli.....	5
Inquadramento storico-economico del progetto.....	5
Il contesto lavorativo e le diverse metodologie utilizzate.....	6
Strumenti di lavoro in evoluzione.....	11
Conclusioni.....	11
PREVENZIONE E LAVORO DI STRADA: QUALI STRATEGIE NUOVE	13
a cura di Stefano Bertoletti.....	13
Specializzazioni.....	15
Sistemi e integrazioni.....	16
La peer education ed oltre.....	17
Basse soglie diffuse.....	19
Infoshop.....	20
Drop in.....	21
Sportelli di informazione e consulenza	21
Due ricerche utili per continuare a porsi domande	23
a cura di Claudio Cippitelli.....	23
La ricerca: strumento indispensabile del lavoro di strada.....	23
Le aree tematiche.....	24
Tanti piccoli disturbi. Qualcuno meno piccolo.....	25
Con nessuno. O con un amico.	26
I consumi e le tossicodipendenze. Ancora un problema giovanile?.....	27
Progetto "Rubik - Flash".....	30
a cura di Filippo Innocenti, Rebecca Rossi.....	30
Introduzione.....	30
Descrizione del campione.....	31
Età inizio assunzione.....	39
Relazioni fra età e frequenza d'uso.....	45
Abuso di alcool.....	47
Uso sostanze nei contesti.....	48
Problemi dovuti all'assunzione di sostanze.....	53
PROGETTO MONITOR.....	56
a cura di Valentina Mastrodicasa, Mattia Marras, Pierpaolo Coccia, Filippo Tito.....	56
Scopo della ricerca.....	56
Il questionario	57
Frequenza d'uso.....	60
La prima volta.....	63
Hai mai avuto problemi per l'assunzione di sostanze?.....	64
Hai mai avuto difficoltà per l'uso di sostanze?.....	77
A chi ti sei rivolto?.....	79
CONCLUSIONI.....	80
a cura di Renato Bricolo.....	80
Bibliografia generale.....	90
Bibliografia specifica.....	92
Siti web di interesse	94