

Coop. Ama-Aquilone
Dianova

Associazione



**Progetto Dipartimentale
sul fenomeno del cocainismo**

**IL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-
SANITARI
E L'USO DI COCAINA
REPORT ATTIVITA' DI RICERCA**

**Gruppo di ricerca
Fabio Mariani, Laura Mandozzi, Luana Sansoni, Carlo
Balduzzi, Barbara Mastrosani, Barbara Silvestri, Jessica De
Pacificis**

Premessa

In riferimento al piano di progettazione per l'anno 2010 del Dipartimento per le Dipendenze patologiche – Zone Territoriali n.12 e 13, in applicazione della DGR n. 1767 del 02/11/2009, è stata attivata la terza annualità del progetto relativo al cocainismo.

Il Progetto prevedeva le seguenti azioni da sviluppare:

- ricerca sociale sul consumo di cocaina attraverso contatti diretti con personale sanitario dei servizi pubblici e privati (campione di medici di medicina generale, medici dell'unità operative e servizi di medicina del lavoro, cardiologia, malattie infettive, pronto soccorso, psichiatria)
- diffusione dei risultati (relazione conclusiva, seminario pubblico).

La ricerca nasce dall'obiettivo di verificare, attraverso un'intervista qualitativa semi-strutturata rivolta a personale sanitario, i danni psicofisici e le patologie correlate all'uso di sostanze e di cocaina in particolare.

I dati raccolti sono stati elaborati con l'obiettivo di dare un primo quadro relativo al sommerso mondo dei consumatori che non afferiscono ai servizi territoriali.

Il gruppo di lavoro era composto da personale della Cooperativa "Ama-Aquilone" e dall'Associazione "Dianova", unitamente al personale del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche, ed era così formato:

- **Fabio Mariani, Resp. Centro Studi Coop. Ama-Aquilone;**
- **Laura Mandozzi, psicologa Coop. Ama-Aquilone;**
- **Luana Sansoni, sociologa DDP;**
- **Carlo Balduzzi, diretto Dianova sede di Montefiore dell'Aso;**
- **Barbara Mastrosani. psicologa Coop. Ama-Aquilone;**
- **Barbara Silvestri, psicologa Coop. Ama-Aquilone;**
- **Jessica De Pacificis, psicologa Coop. Ama-Aquilone.**

Struttura del progetto di ricerca

Si è costruito un percorso in grado di favorire il contatto (intervista semi-strutturata) con operatori socio-sanitari finalizzato alla raccolta di pareri, percezioni ed elementi oggettivi di professionisti delle seguenti aree:

- trattamenti sanitari con medici dei seguenti ambiti: emergenza e pronto soccorso, malattie infettive, cardiologia, medicina generale;
- trattamenti nell'area psichiatrica con medici nel DSM e delle più importanti cliniche anche prossime al territorio del DDP (es. Villa Silvia e Villa Serena);
- trattamenti nell'area psicologica con psicologi e psicoterapeuti di ambulatori privati.

Il Gruppo di lavoro ha sviluppato il questionario partendo da alcune ipotesi che andiamo a descrivere in relazione a tre aree di riferimento.

Valutazione personale sul mondo delle dipendenze

- macrovalutazione della dipendenza: malattia o vizio?
- livello di conoscenza personale della rete dei servizi nell'area delle dipendenze;
- credibilità delle prospettive di trattamento per soggetti tossicodipendenti: "tanto non serve a nulla ... solo raramente smettono";
- valutazione sul fenomeno sociale legato all'uso di cocaina: grado di diffusione dell'uso e abuso, ecc.

Patologie e problematiche di tipo sanitario in rapporto all'uso e abuso di cocaina

- correlazione tra disturbi e patologie e consumo di cocaina:
 - o quante malattie cardiache sono direttamente riconducibili all'uso di cocaina?
 - o quanti disturbi psichiatrici sono legate all'uso e abuso? ecc.
- elementi diagnostici ed uso di cocaina (esame urine eventuale, ecc.);
- modalità di relazione con paziente consumatore: come si pongono i pazienti (negazione, si tende a sminuire il problema, ecc.) e l'atteggiamento del medico (si propone con lo stile di educatore, ed. alla salute, moralizzatore, da colui che dà informazioni credendo che la consapevolezza dei rischi limiti il consumo, ecc.);
- livello di consapevolezza percepita dal paziente-consumatore e famigliari eventualmente coinvolti nel processo di cura;

Programmazione degli interventi socio-sanitari.

- proposte possibili in termini di servizi: es. maggior investimento nella prevenzione, ecc.
- proposte possibili in termini normativi: inasprimento sanzioni del codice stradale, ecc.

Il campionamento

Buona parte delle ricerche vengono svolte effettuando una rilevazione su di una parte limitata degli elementi che rientrano nel campo di indagine. Molti strumenti di rilevazione non possono essere applicati all'intero *universo* oggetto di ricerca e questo porta a considerare due problemi: *quanti* soggetti scegliere e *come* sceglierli.

Nella progettazione del nostro lavoro, dopo aver precisato l'oggetto della ricerca (la percezione della diffusione del fenomeno del cocainismo) e aver stabilito la popolazione di riferimento (professionisti del pubblico e del privato) siamo arrivati alla fase del *campionamento*. Il campionamento costituisce una strategia alternativa a quella di sottoporre a rilevazione diretta tutti i membri dell'universo oggetto di ricerca; esso consiste nell'estrarre una porzione sufficientemente piccola di soggetti da poter analizzare e sufficientemente grande da poter estendere i risultati all'intero universo. Perché tale estensione sia possibile il campione deve possedere le caratteristiche di *rappresentatività*, (ossia la capacità di riprodurre su piccola scala l'universo di riferimento), e di *eterogeneità* e indicare *le procedure di campionamento* (procedura di selezione dei membri del campione). Tra le varie procedure di campionamento si è scelto quello del "*campionamento non probabilistico*" che consente di intervistare sole le persone disponibili a rispondere. Chiaramente i risultati non possono essere estesi all'universo con margini noti e predefiniti di affidabilità ma questo non inficia l'utilità della ricerca, in primo luogo perché dati non completamente affidabili sono sempre meglio dell'assenza totale di dati ed in secondo luogo perché hanno valore, per le scienze sociali, anche le conoscenze non trasferibili in modo automatico a popolazioni più ampie.

Quindi, anche con un campione non probabilistico si hanno notizie ed informazioni attendibili. Si riporta, nella tabella seguente, il target individuato, l'universo di riferimento e la stima del campione raggiungibile.

Target	Universo	Stima del campione raggiungibile	Campione raggiunto
Medici Medicina Generale	Dei 188 medici, scegliendo tra questi solo quelli che avevano più di 1.000 pazienti, se ne sono selezionati 104	30	24
Psicologi/psicoterapeuti del privato Psicologi/psicoterapeuti del servizio pubblico	63	32	25
U.O. Cardiologia	10	10	6

Pronto Soccorso	15	12	8
Totali	192	84	63

Report attività di ricerca

In relazione al campione individuato in fase di progettazione della ricerca, dobbiamo sottolineare che si è arrivati ad intervistare il 75% dello stesso (63 persone su 84). Considerando la difficoltà a trovare soggetti disponibili a partecipare alla ricerca, possiamo affermare di aver raggiunto un risultato sufficiente a rendere attendibili i dati raccolti di un percorso che si basa soprattutto su dati di carattere qualitativo.

Sesso		Età media	Professionisti	
Maschi	Femmine		Sett. pubblico	Sett. privato
33	30	50,2	51	12

I maschi e le femmine sono distribuiti in maniera omogenea e l'età media del campione è di 50,2 anni. Da segnalare che l'età media degli psicologi/psichiatri risulta notevolmente più bassa (media di 35 anni). I privati sono rappresentati solo da psicologi, psichiatri e psicoterapeuti in quanto i medici già dalla fase di campionamento erano solo coloro che operano nelle unità ospedaliere o per conto delle stesse (medici di medicina generale).

Struttura dell'intervista

L'intervista è sostanzialmente divisa in quattro macro aree, che hanno facilitato sia la somministrazione, che la lettura dei dati.

La prima, si focalizza sulla diffusione e l'uso di cocaina, ed indaga le conoscenze generali che gli intervistati hanno rispetto alla sostanza e ai suoi consumatori.

La seconda, rivolta esclusivamente a psicologi e psichiatri, centra l'attenzione sulle correlazioni tra disturbi psichici e uso/abuso di cocaina, il trattamento di essi, le ipotesi diagnostiche. Inoltre approfondisce la valutazione che gli specialisti fanno del concetto di "doppia diagnosi".

La terza, sposta l'attenzione sulla natura della dipendenza, la definizione di tossicodipendenza e la valutazione dei trattamenti conosciuti e presenti sul territorio.

La quarta, infine, accoglie proposte riabilitative, per il trattamento delle tossicodipendenze, e normative da parte di tutti gli intervistati.

Analisi dei dati rilevati

Prima area: uso e diffusione della cocaina

Per quanto riguarda la prima parte dell'intervista, relativa alla diffusione e l'uso (abuso) della cocaina, si rileva che gli intervistati valutano che negli ultimi cinque anni la diffusione di cocaina sia aumentata.

Come si evidenzia in tabella n.3, le valutazioni dei medici e quelle degli psicologi/psichiatri non si differenziano troppo.

Tabella n.3 - Rileva che la diffusione dell'uso di cocaina, negli ultimi anni sia :

	Medici		Psicologi/psichiatri		Generale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Diminuita	1	2,7	0	0,0	1	1,6
Costante	5	13,8	3	12,0	8	13,1
Aumentata	30	83,3	22	88,0	52	85,2
Totale	36	100,0	25	100,0	61	100,0

Anche per quanto riguarda, le caratteristiche dei consumatori, le valutazioni delle due categorie non si differenziano significativamente.

Dalle risposte dei medici, si evince che non vi è particolare distinzione nel soggetto assuntore: maggiore concentrazione risulta comunque tra i 20 e i 40 anni; il livello di scolarizzazione associato all'uso è di scuola superiore e laurea; le categorie professionali maggiormente riconosciute sono dirigenti e liberi professionisti. Da ciò emerge una relativa classe sociale medio-alta.

Gli elementi che caratterizzano il consumatore, secondo il parere degli psicologi, possono essere così riassunte: il range di età è compreso tra i 20 e i 50 anni, con un consumo maggiore nell'età compresa tra i 30 e i 40; il livello di scolarizzazione associato all'uso è il diploma superiore, seguito dalle scuole professionali; le categorie professionali maggiormente riconosciute sono i liberi professionisti, e marginalmente i disoccupati ed operai; infine la classe sociale è quella medio-alta, mentre per la classe sociale bassa il consumo è marginale.

**Tabella n.4- Identikit del consumatore di cocaina
(era possibile indicare più di una preferenza)**

	Medici	Psicologi/psichiatri	Generale
Età	n.	n.	n.
16-20 anni	13	11	24
21-30 anni	21	15	36
31-40 anni	27	20	47
41-50 anni	18	15	33
Oltre i 50	11	9	20
Scolarità			
Elementare	0	1	1
Media	8	3	11
Superiore	19	21	40
Laurea	22	21	43
Scuola prof.	7	9	16
Occupazione			
Disoc.	9	6	15
Operaio	5	6	11
Impiegato	17	10	27
Dirigente	24	18	42
Libero pr.	26	22	48
Imprenditore	20	12	32
Classe sociale			
Bassa	5	5	10
Media	21	21	42
Alta	23	20	43

N.B.: In grassetto le risposte più frequenti

La tabella n.4 mette in evidenza un identikit percepito del consumatore di cocaina

**Tabella n.5 - Quali effetti psicologici e fisici, attribuibili all'uso di questa sostanza, rileva
(domanda aperta)**

	Medici		Psicologi/psichiatri		Generale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Disturbi umore	5	14,3	13	28,3	18,0	22,2
Stati di eccitazione e aggressività	25	71,4	20	43,5	45,0	55,6
Deficit carico-circolatori	3	8,6	3	6,5	6,0	7,4
Insonnia	2	5,7	1	2,2	3,0	3,7
Dist. Psichiatrici	0	0,0	9	19,6	9,0	11,1

Totale	35	100	46	100	81	100
N.B. le categorie di senso individuate sono frutto della sintesi delle risposte date						

Come si evidenzia in tabella n.5, tra gli effetti psicologici e fisici attribuibili all'uso della cocaina, gli intervistati riconoscono prevalentemente gli stati di iperattività, le alterazioni o disturbi dell'umore e deficit cardio-circolatori.

Inoltre, sono significative le risposte inerenti all'aumento di aggressività, e a stati di distorsione emotiva e cognitiva da parte degli psicologi e psichiatri.

Per quanto riguarda la correlazione tra uso e disturbi psichiatrici, la maggiore è con i disturbi dell'umore, stati di eccitazione e perdita di controllo; rilevante è anche la percezione di un possibile slatentizzazione di psicosi latenti (cfr. tab. n.6).

	Medici		Psicologi/psichiatri		Generale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Stati di eccitazione	16	24,2	17	2,8	33	26,2
Disturbi umore	21	31,8	20	3,3	41	32,5
Aggressività e perdita controllo	23	34,8	15	2,5	38	30,2
Disturbi Percettivi e cognitivi	6	9,1	8	1,3	14	11,1
Totale	66	100	60	100	126	100

Lo sguardo sul fenomeno sociale, da parte di tutti gli intervistati, si ferma all'analisi del consumo di cocaina come dinamica legata ad uno stile di vita socialmente desiderabile, quindi normalizzato e non stigmatizzato, funzionale ad un riconoscimento sociale di capacità e di performance personali e relazionali.

Rispetto invece al numero di consumatori, tra i pazienti degli intervistati, è stato difficile ottenere risposte esaustive e quindi fare una stima che corrispondesse alla realtà. Molti medici e psichiatri/psicologi, non sono stati capaci di risposte adeguate, ma va sottolineato che le caratteristiche di pazienti riconosciuti come consumatori, riflettono quelle generali descritte in tabella n.4, e che i consumatori ipotizzabili sono molto più di quelli di cui i professionisti hanno la certezza.

	Medici		Psicologi/psichiatri		Generale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Stili di vita	24	70,6	9,0	34,6	33	55,0
Altro	10	29,4	17,0	65,4	27	45,0
Totale	34	100	26	100	60	100

Tabella n.8			
Quanti pazienti secondo lei, usano cocaina ?			
	Medici	Psicologi/psichiatri	Generale
% dei pazienti in carico	2 %	20%	11%

Tabella n.9			
Identikit del consumatore di cocaina tra i pazienti in carico:			
(era possibile indicare più di una preferenza)			
	Medici	Psicologi/psichiatri	Generale
	n.	n.	n.
Età			
16-20 anni	13	2	15
21-30 anni	21	8	29
31-40 anni	27	16	43
41-50 anni	18	1	19
Oltre i 50	11	2	13
Scolarità			
Elementare	0	0	0
Media	8	2	10
Superiore	19	9	28
Laurea	22	15	37
Scuola prof.	7	3	10
Occupazione			
Disoc.	9	1	10
Operaio	5	3	8
Impiegato	17	5	22
Dirigente	24	7	31
Libero pr.	26	13	39
Imprenditore	20	7	27
Classe sociale			
Bassa	5	1	6
Media	21	17	38
Alta	23	8	31
N.B.: in grassetto le risposte più frequenti			

Le risposte degli intervistati sono abbastanza concordi nel valutare che le richieste di aiuto pervenute ai professionisti intervistati, sono legate soprattutto agli effetti collaterali dell'uso di cocaina (quali ad esempio insonnia, ansia o malesseri fisici.), di cui c'è una buona consapevolezza ma una scarsa accettazione (è forte la paura da parte dei consumatori dell'etichetta di "tossicodipendente").

Inoltre i consumatori richiedono aiuto per problematiche relazionali, particolarmente in ambito familiare. Le richieste d'aiuto quindi, nella maggior parte dei casi, provengono dai consumatori stessi, maggiormente consapevoli della problematica; al contrario una bassa consapevolezza necessita della richiesta d'aiuto da parte dei familiari o di altri operatori socio-sanitari.

(cfr. tab.n. 10, 10a, 10b).

Tabella n.10						
Chi chiede aiuto per problemi legati alla cocaina ?						
(era possibile indicare più di una preferenza)						
	Medici		Psicologi/psichiatri		Generale	
Paziente stesso	10	41,7	8	42,1	18	41,9
Familiari e/o amici	10	41,7	7	36,8	17	39,5
Altri operatori	4	16,7	4	21,1	8	18,6
Totale	24	100	19	100	43	100

Tabella 10.a - Che tipo di richiesta è stata posta ?						
(era possibile indicare più di una preferenza)						
	Medici		Psicologi/psichiatri		Generale	
Cura del sintomo psichico	13	54,2	9	50	22	52,4
Cura sintomi fisici	11	45,8	9	50	20	47,6
Totale	24	100	18	100	42	100

Tabella 10.b - Quale livello di consapevolezza aveva il paziente ?						
	Medici		Psicologi/psichiatri		Generale	
Bassa	26	70,3	8	44,4	34	61,8
Media	10	27,0	6	33,3	16	29,1
Alta	1	2,7	4	22,2	5	9,1
Non risponde	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Totale	37	100,0	18	100	55	100

Per quanto riguarda la presenza di patologie riconducibili all'uso di cocaina (come si evidenzia in tab. n. 11) dalle interviste è emersa un'incidenza maggiore per problemi legati all'apparato cardio-circolatorio correlato ad effetti psicologici quali attacchi di panico e crisi paranoiche.

Va sottolineato che le risposte ottenute da parte di psicologi (che non hanno una formazione medica) si soffermano prevalentemente sulla sfera psicologica (ad esempio disturbi d'ansia), mentre da parte degli psichiatri emerge una maggiore consapevolezza non solo delle compromissioni psichiche ma anche propriamente fisiche (ad esempio patologie cardio-circolatorie, disfunzioni sessuali e alterazioni funzionali degli apparati genitali).

Tabella n.11 Quali malattie riconducibili all'uso di cocaina ha riscontrato ? (domanda aperta)						
	Medici		Psicologi/psichiatri		Generale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Disturbi cardio circolatori	23	63,9	2	9,1	25	43,1
Disturbi psichici	0	0,0	9	40,9	9	15,5
Nessuno	13	36,1	11	50,0	24	41,4
Totale	36	100	22	100	58	100
N.B. le categorie individuate sono frutto della sintesi delle risposte date						

Tabella n.11.a - Se si, con quale incidenza ?						
	Medici		Psicologi/psichiatri		Generale	
	n.	%	n.	%	n.	%
0-10 %	5	13,2	2	8,0	7	11,1
10-30 %	2	5,3	6	24,0	8	12,7
30-50 %	8	21,1	1	4,0	9	14,3
50-70 %	2	5,3	0	0,0	2	3,2
70-90 %	0	0,0	0	0,0	0	0,0
100%	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non risponde	21	55,3	16	64,0	37	58,7
Totale	38	100,0	25	100,0	63	100,0

Seconda parte: riservata a psicologi e psichiatri

Le tabelle dalla 12 alla 15 si riferiscono alla seconda area dell'intervista, quella che si rivolge esclusivamente a psicologi, psichiatri e psicoterapeuti (pubblici e privati). Appare difficile fare una stima oggettiva dei pazienti consumatori: ciò che si riscontra è la sottostima che i professionisti fanno rispetto all'uso in generale, ma al contempo la stima di ipotetici consumatori è molto alta. I sintomi riconosciuti e per i quali viene richiesto l'aiuto possono essere associati all'uso di diverse sostanze, tra cui alcol e cocaina, quindi il riscontro clinico del consumo è minore rispetto a quello ipotetico.

Relativamente ai pazienti in carico, le caratteristiche che descrivono i consumatori di cocaina, sono leggermente mutate; quindi soggetti di età tra i 30 e i 40 anni, con titoli di diploma superiore e laurea, occupati come libero professionista ed imprenditore, di classe media.

La descrizione degli interventi adottati da psicologi e psichiatri, sembra orientarsi maggiormente verso la terapia individuale, generalmente associata a quella farmacologica; nei casi viene indicato l'approccio integrato, i professionisti intendono l'avvalersi della collaborazione del servizio per le tossicodipendenze (Ser.T.) per il monitoraggio clinico che verifichi l'astinenza dall'uso. (tab. n. 12). La correlazione tra uso e disturbi psicologici, viene monitorata anche attraverso la somministrazione di test psicodiagnostici, anche se la maggior parte degli intervistati non si avvale di tali strumenti clinici. I test maggiormente usati sono MMPI, SCID e BDI (Back Depression Inventory), specifico per la rilevazione di sintomi depressivi, che sono quelli maggiormente riportati o rilevati. (tab. n. 13 e 14)

I disturbi psicologici maggiormente riscontrati sono i disturbi dell'umore, specificati anche con depressione maggiore, disturbi bipolari e stati maniacali; sono ricorrenti anche disturbi d'ansia, in particolare disturbo ossessivo-compulsivo e fobici; senza specifiche vengono menzionati i disturbi del sonno e delle condotte in genere. (tab. n.15)

La domanda relativa al concetto di "doppia diagnosi", come spiegazione dell'eziologia, clinica e diffusione del fenomeno, ha messo in difficoltà gli

intervistati. La maggior parte non dà una risposta, e le risposte ottenute riflettono un dubbio. La correlazione tra patologia e consumo di sostanze viene percepita, ma non è chiaro il rapporto di causalità, in quanto il disturbo mentale viene valutato un fattore di rischio per l'uso, così come ritengono l'uso possa indurre allo sviluppo di patologie psichiche.

Tabella n.12		
Quale intervento propone ai pazienti consumatori in genere (solo psicologi e/o psichiatri) ?		
	n.	%
Terapia farmacologica	11	22,0
Terapia individuale	16	32,0
Terapia di gruppo	7	14,0
Terapia familiare	2	4,0
Approccio integrato	6	12,0
Invio ad altri servizi territoriali	8	16,0
Non risponde	---	0,0
Altro	25	100,0
N.B. era possibile indicare più di una preferenza		

Tabella n.13 - Utilizza strumenti di psicodiagnostica per la diagnosi di disturbi correlati ?		
(era possibile indicare più di una risposta)		
	Psicologi/psichiatri	
	n.	%
Si	6	24,0
No	17	68,0
Non risponde	2	8,0
Totale	25	100,0

Tabella n.14- Se si, quali utilizza ?	
Psicologi/psichiatri	
	n.
SCID	3
MMPI	6
BDI	2
Totale	11

Tabella n.15 - Rispetto alla sua esperienza in ambito clinico, quali sono i disturbi psichici che riscontra più frequentemente in associazione all'uso di cocaina?		
	Psicologi/psichiatri	
	n.	%
Disturbi umore	19	36,5
Disturbi d'ansia	8	15,4
Altro Dist. Personalità Dist. Sonno Distorsioni	25	48,1

psicosi		
Totali	52	100,0
N.B. - Domanda aperta		

Terza area: natura delle dipendenze e trattamenti

Secondo il parere della maggior parte degli intervistati (medici e psicologi/psichiatri), gli effetti ricercati dai consumatori di sostanze sono principalmente il benessere e la ricerca di sicurezza in se stessi; in secondo luogo viene evidenziata la necessità di mantenere uno stile di vita elevata, che risponda al bisogno di ottenere buone performances sia sul versante lavorativo che relazionale.

Per quanto riguarda gli psicologi e gli psichiatri tale valutazione viene sottolineata, dalla carente correlazione che gli specialisti fanno con il concetto dello “sballo”, che viene rilevato una sola volta. Si evidenzia quindi una consapevolezza delle problematiche individuali e di disagi relazionali, che sottostanno all’uso di sostanze. Quasi tutti gli intervistati definiscono “tossicodipendente” chi usa frequentemente tutti i tipi di sostanza indicate: eroina, cocaina, alcol, cannabinoidi, tabacco, sostanze sintetiche. Si rilevano delle perplessità o dubbi relativi all’uso di cannabis e sostanze sintetiche, per la mancanza di sintomi di astinenza fisica, che sembra essere l’elemento distintivo per la definizione di una tossicodipendenza. (cfr. tab. n. 16 e 17)

Quindi la tossicodipendenza viene descritta come una patologia, coerentemente con la formazione e la professione degli intervistati, in entrambe le categorie.

Soprattutto per psicologi e psichiatri emerge nuovamente la dualità tra tossicodipendenza come sintomo o prodromo di patologia; per la suddetta categoria di intervistati, è importante sottolineare che non si evidenzia giudizio morale rispetto ai consumatori di sostanze, a differenza dei medici di base che appaiono più giudicanti e critici.

Diversi soggetti rilevano come la dipendenza da sostanze, possa considerarsi come una delle possibili forme di dipendenza (tra le altre vengono citate il gioco d’azzardo, il sesso o internet).

Le cause dell’uso rilevate sono di tipo prevalentemente socio-ambientale, quali la ricerca di performance relazionali migliori e accettazione di sé all’interno del gruppo dei pari; tali dinamiche appaiono legate a bassa stima di sé da parte dei consumatori, e ad un disagio relazionale in cui lo stile di vita appare centrale.

Gli intervistati in generale sono a conoscenza dei servizi presenti sul territorio per le tossicodipendenze.

Vengono nominati principalmente ser.t. e comunità terapeutiche.

Da parte degli psicologi e psichiatri tra i principali trattamenti utilizzati nel campo della cura vengono menzionati, terapia di gruppo, terapia individuale, gruppi auto aiuto, colloqui ambulatoriali e terapie farmacologiche. Vengono indicati come più efficaci la terapia di gruppo e i gruppi di auto mutuo aiuto, contrapposti alla terapia individuale che appare scarsamente efficace soprattutto perché può essere inficiata da un uso attivo da parte del paziente.

L’approccio riabilitativo appare centrato sull’individuo, e viene posto l’accento sulle potenzialità personali e la motivazione al cambiamento. In generale, le indicazioni terapeutiche sono quindi individualizzate e si allontanano dallo stereotipo colpevolizzante nei confronti della famiglia, che non viene mai menzionata negli interventi possibili.

Generalmente vengono ritenuti maggiormente efficaci gli interventi di tipo residenziale e farmacologico, anche se tendenzialmente l'efficacia riscontrata o ipotizzata è solo parziale.

I medici di base, invece, sono a conoscenza di servizi presenti sul territorio quali Ser.t e Comunità terapeutiche ma, tale conoscenza, appare limitata ad una semplice informazione personale facendo risultare gli intervistati "distaccati" dal problema sociale.

Rispetto alla cultura della riabilitazione emerge che per il medico la stessa è valida attraverso le

comunità terapeutiche, viste come un insieme di attività di recupero dove vi è l'unione di supporto farmacologico e psicologico. Appaiono inoltre deleganti verso terzi per la riuscita della cura.

In generale, l'efficacia dei trattamenti è descritta in tabella n. 19.

Tabella n.16 - Ritiene tossicodipendente chi usa frequentemente			
SOSTANZA	Medici		
	SI	NO	NON SO
Eroina	38	--	--
Cocaina	38	--	--
Alcol	37	1	--
Cannabinoidi	32	1	1
Tabacco	28	4	2
Sostanze sintetiche	19	2	1
N.B. - In grassetto le risposte prevalenti			

Tabella n.17 - Ritiene tossicodipendente chi usa frequentemente			
SOSTANZA	Psicologi/psichiatri		
	SI	NO	NON SO
Eroina	25	--	--
Cocaina	25	--	--
Alcol	24	1	--
Cannabinoidi	24	1	1
Tabacco	20	3	--
Sostanze sintetiche	22	2	1
N.B. - In grassetto la risposta prevalente			

Tabella n.18 - Quanto è aumentata la diffusione del fenomeno rispetto a cinque anni fa secondo lei?			
	Medici	Psicologi/psichiatri	Generale

	n.	%	n.	%	n.	%
Per niente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Poco	2	5,3	1	4,0	3	4,8
Abbastanza	17	44,7	14	56,0	31	49,2
Molto	17	44,7	8	32,0	25	39,7
Moltissimo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non risponde	2	5,3	2	8,0	4	6,3
Totale	38	100	25	100	63	100

Tabella n.19
Come valuta i principali trattamenti utilizzati nel campo della cura delle dipendenze

	Medici		Psicologi/psichiatri		Generale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Totalmente inefficaci	4	10,5	3	12,0	7	11,1
Parzialmente efficaci	14	36,8	10	40,0	24	38,1
Abbastanza efficaci	13	34,2	11	44,0	24	38,1
Molto efficaci	7	18,4	1	4,0	8	12,7
Totalmente efficaci	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Non risponde	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Totale	38	100,0	25	100,0	63	100,0

Quarta area: proposte riabilitative e normative

Le proposte riabilitative che gli intervistati suggeriscono per la problematica dell'uso di cocaina, sono tendenzialmente quelle classiche, come la prevenzione e la formazione.

Si differenziano le due categorie, con una maggiore attenzione da parte degli psicologi e psichiatri per l'aspetto del trattamento: input innovativi vanno in direzione di gruppi specifici per cocainomani (simili a quelli per alcolisti), strutture ad hoc, che abbandonino la metodologia classica della comunità terapeutica, stigmatizzante e lontana dal contesto socio-ambientale di appartenenza.

Per quanto riguarda le proposte normative e legali emergono una molteplicità di risposte che si differenziano principalmente in due filoni di pensiero contrapposti: maggiori sanzioni per il traffico illecito di stupefacenti o, dall'altra parte, legalizzazione della sostanza come deterrente alla criminalità; per quanto riguarda gli psicologi e psichiatri, in molti non hanno un'idea ben precisa, ma resta chiaro l'approccio rivolto alla persona, anche in tal senso. La riflessione si rivolge più al singolo che alla società; anche questa categoria sembra particolarmente concentrata sulla problematica del traffico illecito di stupefacenti.

Gli psicologi e gli psichiatri appaiono meno giudicanti ed emotivamente coinvolti; pensano a norme meno punitive e più educative, ad esempio la riabilitazione prevista dalla legge.

Conclusioni

Dall'analisi delle interviste effettuate è necessario sottolineare una significativa diversità di atteggiamento rispetto alla problematica del cocainismo, e rispetto all'intervista stessa.

Da parte degli psicologi e psichiatri, nell'ambito pubblico (DSM, CIM) e privato è emerso un atteggiamento sufficientemente collaborativo ed interessato nei confronti del progetto. Va sottolineato che la maggiore disponibilità all'ascolto e alla collaborazione degli psicologi nasce da una rete relazionale facilitata, dalla comune categoria professionale.

Gli psicologi appaiono più interessati alle finalità del progetto, mostrando una maggiore competenza che a volte rende più tecnicistica e formale la comunicazione.

Al contrario, dall'analisi delle interviste effettuate con medici nell'ambito pubblico (medici di base, medici di unità operativa ospedaliera tra cui cardiologia, pronto soccorso, DSM) è emerso un atteggiamento nei confronti della ricerca piuttosto superficiale. I medici sono apparsi come osservatori passivi o "genitori giudicanti" che si limitano a dare opinioni rigide sul problema, senza osare possibili soluzioni reali e concrete. Le percezioni avute rispetto all'approccio relazionale con l'intervistatore da parte dei medici di base sono state principalmente di apparente disinteresse verso l'argomento, difesa intesa come preoccupazione di mantenere le proprie opinioni anonime sia per se stessi che verso la privacy del paziente trattato.

Non hanno dimostrato particolare conoscenza del servizio dipartimentale delle dipendenze patologiche e non si riscontra un contatto diretto al riguardo. La percezione di se stessi in chiave personale e professionale rispetto al mondo della sostanza è scarsa, infatti appaiono impreparati, poco interessati al tema e non differenziano i vari tipi di sostanze, non fornendo informazioni personali.

Al contrario, la valutazione generale a fronte delle interviste con psicologi e psichiatri è positiva. Si è rilevata un maggiore consapevolezza e conoscenza della problematica, una presa di distanza minore, avvalorata dal contatto di tipo professionale con soggetti tossicodipendenti.

Sembrano essere coscienti di poter contare su una rete professionale e territoriale per l'intervento nell'ambito della tossicodipendenza, e di poter credere ad un progetto condiviso per la riabilitazione, in quanto posseggono strumenti conoscitivi e professionali che agevolano e promuovono l'intervento sull'individuo.

APPENDICE

Il questionario (intervista semi-strutturata)

Data _____	Ricercatore _____
Età: _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Professione/specializzazione: _____	Ente di riferimento/ U.O. _____

- parte sulla cocaina (da somministrare sia ai medici che agli psichiatri/psicologi)

1. Rileva che la diffusione dell'uso di cocaina, negli ultimi 5 anni sia:
 aumentata diminuita costante

2. Costruiamo insieme l'identikit di chi, secondo lei, usa cocaina:

○ Età		16-20		0	1	2	3
	2	3	21-30			0	1
	1	2	3	31-40			0
	2	3	41-50			0	1
	2	3	Oltre 50			0	1
○ Scolarizzazione		1. elementare				1	2
	2	3	2. media			0	1
	2	3	3. superiore			0	1
	3		4. laurea		0	1	2
	2	3	5. scuola prof.			0	1
○ Occupazione		1. disoccupato		0	1	2	
	2	3	2. operaio			0	1
	2	3	3. impiegato			0	1
	2	3	4. dirigente			0	1
	2	3	5. libero pr.			0	1
	2	3	6. imprend.			0	1
○ Classe sociale di appartenenza		1. bassa		0	1	2	
	2	3	2. media			0	1
	2	3	3. alta			0	1

3. Quali effetti psicologici e fisici, attribuibili all'uso di questa sostanza, rileva?

4. Quali correlazioni pensa ci siano tra l'uso di cocaina e i disturbi psichiatrici?

stati di eccitazione
 disturbi dell'umore (depressione e maniacalità)
 aggressività e perdita di controllo
 disturbi percettivi e cognitivi
 altro -----

1.0. Nell'attuale contesto economico e socio-culturale ed in base alla sua esperienza professionale che tipo di fenomeno sociale sta rappresentando l'uso di cocaina?

6. Quanti suoi pazienti, secondo lei, usano cocaina?

----- (su un totale di-----)

1.0. Costruiamo insieme l'identikit dei suoi pazienti che usano cocaina

o	Età	16-20	0	1	2	3
		21-30			0	1
	2	3				
		31-40				0
	1	2	3			
		41-50			0	1
	2	3				
		Oltre 50			0	1
	2	3				
o	Scolarizzazione	1. Elementare			1	2
		2. media			0	1
	2	3				
		3. superiore			0	1
	2	3				
		4. laurea	0	1	2	
	3					
		5. scuola prof.			0	1
	2	3				
o	Occupazione	1. Disoccupato	0	1	2	
		2. operaio			0	1
	2	3				
		3. impiegato			0	1
	2	3				
		4. dirigente			0	1
	2	3				
		5. libero pr.			0	1
	2	3				
		6. imprend.			0	1
	2	3				

○	Classe sociale di appartenenza	1.bassa	0	1	2
		3			
		2	3	2. media	0 1
		2	3	3. alta	0 1

8. Chi chiede aiuto per problemi legati alla cocaina?
 il paziente stesso i familiari/amici altri operatori

8.a. Che tipo di richiesta è stata posta?

8.b. Quale livello di consapevolezza aveva il paziente ?

- Bassa
- Media
- Alta
- Altro

9. Ha riscontrato la presenza di malattie riconducibili all'uso di cocaina (ad esempio al sistema cardio-vascolare, o respiratorio o piuttosto che altro...)?

10. Se si, con quale incidenza?

0-10% 10-30% 30-50% 50-70% 70-90% 100%

• Domande per psicologi e psichiatri (no medici di base)
--

1. Complessivamente, quanti sono i pazienti da lei trattati in un anno? _____

2. E' possibile fare una stima del numero di pazienti tossicodipendenti o con uso problematico di sostanze o gioco d'azzardo?

3. Per quanti ha un riscontro clinico del consumo di sostanze?

4. Per quanti ipotizza un consumo?

5. Costruiamo ora insieme l'identikit dei suoi pazienti che usano cocaina:

○	Età	16-20	0	1	2	3
					0	1
		2	3	21-30		
		1	2	3	31-40	0
		2	3	41-50	0	1

		Oltre 50	0	1
2	3			
○	Scolarizzazione	1. elementare	1	2
3				
3		2. media	0	1
3				
2	3	3. superiore	0	1
2	3			
3		4. laurea	0	1
3				
2	3	5. scuola prof.	0	1
2	3			
○	Occupazione	1. disoccupato	0	1
3				
2	3	2. operaio	0	1
2	3			
2	3	3. impiegato	0	1
2	3			
2	3	4. dirigente	0	1
2	3			
2	3	5. libero pr.	0	1
2	3			
2	3	6. imprend.	0	1
2	3			
○	Classe sociale	1. bassa	0	1
3				
3		2. media	0	1
3				
2	3	3. alta	0	1
2	3			

6. In che direzione orienta l' intervento rispetto ad un paziente che usa/abusa di sostanze (al di là della possibilità che altri svolgano parte del lavoro)?

- terapia farmacologia
- terapia individuale
- terapia di gruppo
- terapia familiare
- approccio integrato
- altro

7. Utilizza strumenti di Psicodiagnostica per la diagnosi di disturbi correlati?

si no

8. Se sì, quali

9. Rispetto alla sua esperienza in ambito clinico, quali sono i disturbi psichici che riscontra più frequentemente in associazione all'uso di cocaina?

1.
2.

9.a. Tra i disturbi segnalati al punto 9 quali riscontra più frequentemente come primari e quali come secondari all'uso di cocaina?

PRIMARI	SECONDARI

10. In che termini il concetto di doppia diagnosi, cioè della presenza di patologie mentali e di uso di sostanze, può essere utile per spiegare l'eziologia, la clinica e la diffusione del fenomeno delle dipendenze, secondo lei?

- Natura della dipendenza e conoscenza dei servizi/trattamenti a livello locale
- (da somministrare a medici di base e psichiatri/psicologi)

1. Quali effetti dannosi, attribuibili alle sostanze stupefacenti, rileva?

2. Quali effetti cerca, per la sua esperienza clinica, chi fa uso di queste sostanze?

3. Ritiene tossicodipendente chi usa frequentemente:

SOSTANZA	SI	NO	NON SO
Eroina			
Cocaina			
Alcol			
Cannabinoidi			
Tabacco			
Sostanze sintetiche			

4. Pensa che la tossicodipendenza sia :
.....

5. Quali sono secondo lei, i motivi principali che portano ad usare sostanze?
.....

6. Quanto è aumentata la diffusione del fenomeno rispetto a cinque anni fa secondo lei?

- per niente
- poco
- abbastanza
- molto
- moltissimo

7. E' a conoscenza dei servizi presenti nel territorio per la tossicodipendenza?

- si
- no

8. Se si, quali strutture ricorda?
.....

9. Questi sono i principali trattamenti utilizzati nel campo della cura delle dipendenze
.....

Per ciascuno di essi può dirmi se li ritiene:

totalmente inefficaci
parzialmente efficaci
abbastanza efficaci
molto efficaci
totalmente efficaci.

- Proposte da parte dei professionisti (da somministrare a medici generali e psichiatri/psicologi).

1. Quali proposte sosterebbe in termini di servizi per affrontare concretamente il problema della cocaina? (prevenzione, farmaci, vaccino, comunità, strutture serali , casa accoglienza...)

2. Quali proposte sosterebbe in termini normativi per affrontare concretamente il problema della cocaina? (inasprimento del codice della strada, multe, detenzione...)
