

*Aroldo Linari (a cura di)*

# PET-THERAPY E TOSSICODIPENDENZA

Esperienze di Interventi Assistiti con gli Animali  
in comunità

**IAA**  
Interventi  
assistiti  
con gli animali

Collana diretta da  
Lino Cavedon

**Erickson**

**I**l volume presenta una disamina sulla tossicodipendenza e sull'importanza dei percorsi riabilitativi in quest'ambito. In particolare, vengono messi in luce gli effetti positivi delle esperienze di Interventi Assistiti con gli Animali avviate presso la Comunità di San Patignano a San Vito di Pergine Valsugana.

Questi percorsi costituiscono, infatti, un valido supporto nel percorso che conduce al superamento della dipendenza dalla droga.

Le belle testimonianze presenti nel libro mostrano però anche come i progetti rieducativi con la mediazione del cane offrano l'opportunità di apprendere un mestiere e di esplorare nuovi percorsi di vita, e dunque di scoprire — o riscoprire — competenze e risorse personali.



## AROLDO LINARI

Istruttore cinofilo specialista in IAA, coadiutore del cane in IAA. Già operatore di comunità a San Patignano, sede di San Vito di Pergine Valsugana (TN), sino al 2016. Presidente della Cooperativa sociale «LavForLife» e responsabile Gruppo cinofilo «Cani da Vita» di San Patignano.

€ 15,00

ISBN 978-88-590-1973-2



9 788859 019732

[www.erickson.it](http://www.erickson.it)

# INDICE

|  |     |
|--|-----|
| LA COLLANA EDITORIALE DEDICATA<br>AGLI INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI <i>(L. Cavedon)</i>      | 7   |
| PREFAZIONE <i>(F. Samaden)</i>   | 9   |
| 01. CHE COS'È LA TOSSICODIPENDENZA <i>(A. Boschini)</i>  | 13  |
| 02. COLLEGI A QUATTRO ZAMPE: UN'ESPERIENZA IN COMUNITÀ <i>(M. Defranceschi)</i>                      | 31  |
| 03. DA SAN PATRIGNANO A «LAVFORLIFE» <i>(A. Linari)</i>  | 63  |
| 04. TRASFORMARE L'ESPERIENZA RIABILITATIVA IN UN LAVORO:<br>LA MIA TESTIMONIANZA <i>(A. Tarelli)</i> | 77  |
| BIBLIOGRAFIA   | 103 |

# LA COLLANA EDITORIALE DEDICATA AGLI INTERVENTI ASSISTITI CON GLI ANIMALI

Perché una collana dedicata agli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA)? Pensiamo sia arrivato il tempo in cui valorizzare le esperienze di lavoro di alcuni colleghi, competenti professionisti e profondi e appassionati conoscitori delle caratteristiche psicologiche di alcuni animali, che in questo decennio hanno realizzato studi ed esperienze cliniche con impostazione scientifica.

La ricerca clinica non beneficia oggi di contributi economici sostanziosi; pertanto ci si deve affidare alla intraprendenza di professionisti e di operatori motivati. Pur disponendo di numeri contenuti, la significatività dei risultati dei progetti realizzati legittima ampiamente la scelta di raccontare la metodologia impiegata, al fine di abbozzare primi protocolli di lavoro per specifiche patologie. È il rigore scientifico assunto dalle varie équipe che ci consente di considerare validi i risultati ottenuti, pur nella consapevolezza che sono auspicabili ulteriori successivi apporti esperienziali e confronti metodologici.

In base alla tipologia di utenza è poi imprescindibile che si debba scegliere il tipo di animale che meglio si addice al caso, nel rispetto della persona e dell'animale. Sono infatti evidenti le diverse esigenze di un anziano allettato rispetto a un adolescente con diagnosi di ADHD, di un bambino affetto da patologia rara rispetto a un tossicodipendente in fase di recupero. Ad esempio, la problematica dello spettro autistico è stata affrontata in due diversi progetti con la mediazione del cavallo e del cane; verrà pertanto raccontata descrivendo le peculiarità delle due diverse esperienze che, nella loro unicità, forniranno validissimi contributi.

Anche i contesti di realizzazione degli IAA esigono scelte differenziate: lavorare in un reparto ospedaliero, in una casa di riposo, in una scuola o nel contesto di un maneggio o di una fattoria richiede l'impiego di animali che vanno inseriti in maniera pertinente.

A queste esperienze si potrà attingere per replicare i modelli di lavoro, aumentando casistica e significatività degli stessi protocolli concepiti e sperimentati con specifiche patologie. Si potranno altresì utilizzare questi lavori per apportare migliorie, far salire di livello la valenza terapeutico-riabilitativa degli IAA e garantire maggiormente gli utenti nelle loro attese e aspirazioni verso il benessere.

C'è un pullulare di iniziative nelle varie regioni d'Italia; molti professionisti e operatori si sono formati o stanno acquisendo competenze al riguardo. Ci sono anche impegnativi e qualificati master proposti da alcuni Atenei italiani. Le Linee guida nazionali, approvate a marzo 2015 in Conferenza Stato-Regioni, sono state recepite da tutte le regioni e dalle province autonome italiane.

Intendiamo risultare utili arricchendo sempre più la collana di esperienze realizzate. Queste non avranno mai la pretesa della perfezione — pretesa così inquietante — ma sempre della serietà professionale, dell'entusiasmo e dell'onestà nel farsi carico di bisogni e nel perseguire risultati. La collana accoglierà esperienze rivolte alle persone con finalità educative, formative e di cura, ricerche dedicate agli animali e alla loro formazione, esperienze di pazienti che hanno beneficiato della relazione con gli animali. Saranno sicuramente maggiori le esperienze di interventi assistiti con il cane e con il cavallo; rimane la totale apertura a raccontare progetti realizzati con l'asino e con i piccoli animali, il gatto e il coniglio.

*Lino Cavedon*

# PREFAZIONE

*di Federico Samaden<sup>1</sup>*

La droga non è una malattia e, soprattutto, non è un problema che ha origini sanitarie. Questa è la premessa doverosa che dobbiamo fare per comprendere che cosa accade a un ragazzo che butta via quotidianamente la sua vita usando delle droghe.

La droga può considerarsi piuttosto una tana in cui ci si rifugia per la paura di vivere, schiacciati dal senso di inferiorità, dalle insicurezze e dai tanti timori che caratterizzano la vita di molti adolescenti, inghiottiti da un'epoca di vita incerta, piena di interrogativi e povera di risposte. A ciò si aggiunge la mancanza di esempi positivi, che è considerata la principale concausa che spinge all'uso di sostanze. Ogni vita ha infatti bisogno di essere accudita, affinché capisca il proprio valore. Ognuno ha bisogno di essere amato per imparare ad amare sé e gli altri.

Il mondo degli adulti, però, si è messo a correre troppo velocemente ed è diventato disattento, perché concentrato solo sulla sfrenata affermazione del sé. Così, per comodità, può capitare che gli adulti si nascondano dietro alla giustificazione che i propri figli non hanno bisogno di essere accuditi per lungo tempo e che la loro autonomia deve arrivare in modo rapido, anche se questo porta a un'indipendenza ancora fragile.

Abbiamo così assistito negli ultimi trent'anni a una progressiva delega delle responsabilità genitoriali ad attori esterni alla famiglia e a una conseguente progressiva debolezza nella costruzione della personalità dei giovani.

---

<sup>1</sup> Dirigente scolastico e Fondatore della sede trentina di San Patignano.

Il mondo circostante ha poi fatto il resto, proponendo un mix di disvalori che hanno contribuito a confondere le giovani vite in crescita.

È così che sempre più ragazzi iniziano a far uso di droghe, perché sempre più adulti sono deboli e incapaci di rispondere con coerenza al mandato genitoriale. La droga diventa perciò una tana comoda, anche se ovviamente molto dannosa, ma questo aspetto lo si capisce dopo esserci entrati, e a quel punto è spesso ormai troppo tardi per riuscire a uscirne da soli.<sup>2</sup>

I rapporti diventano solo un paravento, dietro cui nascondere le proprie insicurezze e l'incapacità di vivere, e i canali affettivi sono ostruiti da una diffidenza verso chiunque, nata dalla paura di essere giudicati. Un uomo che non riesce a vivere la propria affettività è un infelice che continua a cercare senza mai trovare il senso del proprio vivere. Ecco perché il cane e altri animali possono diventare i migliori guaritori di queste paure: perché sono esseri non giudicanti. Nella loro mancanza di giudizio, infatti, sanno riattivare i circuiti emozionali sgombrandoli dalla paura determinata dalle proprie insicurezze.

La droga è quindi un lento suicidio, una strada che conduce al baratro e che si percorre da soli, anche se apparentemente c'è la presenza di altre persone. La droga è diffidenza, solitudine e uso strumentale di ogni cosa o persona. Ogni sera, quando si va a letto, ci si promette di smettere, di abbandonare la devastazione che si è creata intorno e dentro di sé, ma poi, al risveglio, il primo pensiero è trovare il modo di reperire i soldi per comprare una dose. Le giornate trascorrono spesso così, cadenzate dalla costante ricerca di strategie per sopravvivere ai fallimenti, che accompagnano inesorabilmente la vita di un tossicodipendente.

Intorno al tossicodipendente spesso si moltiplicano le persone che pronunciano frasi del tipo: «Ma che cosa ti manca?». Ma anche quando ci sono i soldi, il benessere, gli amici e i familiari, in realtà a mancare è l'esistenza stessa, perché si manca a se stessi e non si riesce ad afferrare il senso di un vivere che si sente troppo lontano.

Per questo motivo uscire dalla droga significa affrontare la fatica di ritrovare se stessi, in un senso nuovo, con una motivazione che porti con sé il valore del vivere. Ecco perché non sono sufficienti le cliniche che disintossicano dalle sostanze e tantomeno i farmaci che vengono troppo spesso confusi con la cura del grande male che ci si porta dentro.

---

<sup>2</sup> Per un approfondimento si veda il sito [www.sanpatriignano.org](http://www.sanpatriignano.org).

---

In ogni uomo c'è un bisogno di andare verso l'infinito, chi fa uso di sostanze alza bandiera bianca e rinuncia a intraprendere questa incessante ricerca che contraddistingue la vita di ciascuno. Rinascere vuol dire ritrovare una possibile strada che porti a riscoprire la bellezza della vita e il suo valore, e che sappia anche andare oltre, conducendo in territori amarevoli e in cui sia possibile ritrovare la spiritualità — non intesa come religione —, ma piuttosto come espressione massima della realizzazione dell'uomo. È solo andando oltre la materia, che questo nostro vivere ci impone, che possiamo vedere l'infinito e ritrovarci fratelli in questo mondo.

# CHE COS'È LA TOSSICODIPENDENZA

*di Antonio Boschini<sup>1</sup>*

## Introduzione

Il termine tossicodipendenza indica la dipendenza da sostanze chimiche o, meglio ancora, la dipendenza da sostanze chimiche illegali, dette anche «droghe». Esiste però anche la dipendenza da sostanze legali, come alcol, psicofarmaci, ecc. Infine esistono le dipendenze cosiddette «comportamentali», come la dipendenza da cibo, da sesso o da gioco d'azzardo. Quindi la tossicodipendenza può essere considerata una delle tante forme di dipendenza, ma certamente tra le più gravi in termini di mortalità e morbilità.

Le droghe sono sempre esistite, e l'uomo le ha sempre usate, spesso nel contesto di riti magici o religiosi, o anche a scopo di evasione. Nell'era moderna, la dipendenza da cocaina e da oppiacei (oppio, morfina) è stata limitata a una minima parte della popolazione. Ma certamente la diffusione dell'uso di droghe ha avuto una crescita esponenziale dopo le rivolte giovanili che hanno infiammato il mondo occidentale alla fine degli anni Sessanta. A partire da quegli anni, c'è stata una enorme diffusione della cannabis e degli allucinogeni, associata al movimento contro-culturale degli «hippy». Da lì a poco è seguita poi una grande diffusione dell'eroina e di conseguenza della sua dipendenza. Negli anni seguenti si sono diffusi tanti altri tipi di droghe, in modo variabile, nelle diverse aree del mondo.

---

<sup>1</sup> Medico e responsabile terapeutico presso la Comunità di San Patrignano.

## Classificazione delle droghe

Non è facile classificare le sostanze illegali, in particolare modo in questi ultimi anni, dal momento che nuove sostanze vengono continuamente sintetizzate in laboratorio e immesse sul mercato. Di seguito proviamo a fornire una classificazione delle droghe più diffuse.

1. *Cannabinoidi*. Vi sono compresi i tanti derivati naturali della cannabis (indica o sativa) e i cannabinoidi sintetici («spice», ecc.). Il principio attivo è il THC. È la droga più diffusa nel mondo. La dipendenza insorge nel 10% delle persone che la utilizzano.
2. *Oppiacei*. Anche in questo caso vi sono quelli naturali, derivati dal papavero (eroina, morfina, ecc.) e quelli sintetici (metadone, ossicodone, idromorfone, ecc.) usati come farmaci antidolorifici. Elevato è il rischio di morte per overdose, molto elevato è il rischio di dipendenza.
3. *Cocaina*. Derivata dalla pianta della coca. Tradizionalmente gli effetti psichici della cocaina sul sistema nervoso centrale sono stati riassunti in quattro stadi di diversa gravità in dipendenza dalla dose e dalla frequenza d'uso: euforia, disforia, paranoia, psicosi.
4. *Anfetamine e metanfetamine*. Sono stimolanti di sintesi. Molto usati durante la Seconda Guerra Mondiale per dare ai soldati la forza e il coraggio di combattere. Sono ancora molto diffusi. Uno dei pericoli più gravi, che distingue in modo particolare questa classe di sostanze da altre classi di droghe, è costituito dall'elevata neurotossicità.
5. *Allucinogeni*. I più conosciuti sono l'LSD e la psilocibina. Sono molto tossici, ma non provocano dipendenza.
6. *Droghe sintetiche*, come MDMA, ketamina, ecc. Sono droghe prodotte in laboratorio, provocano danni a livello psichico e sono utilizzate spesso nelle discoteche o nei «rave party».

## La dipendenza dalle droghe

Il primo contatto con le droghe avviene comunemente in età adolescenziale e di solito è con la cannabis. Le droghe sintetiche sono un po' meno diffuse e seguono di 1-2 anni l'uso della cannabis. L'uso di cocaina o eroina, quando si verifica, è invece un po' più tardivo, in media verso i 17-18 anni.

Non si è certi di che cosa spinga alcuni ragazzi a sperimentare le droghe. A prescindere dalla vulnerabilità costituita dall'età (adolescenza), sembra però che a incidere maggiormente siano i fattori ambientali piuttosto che i fattori individuali. Tra i fattori ambientali possiamo considerare il contesto culturale — quanto è accettato l'uso di droghe nella società o quanto più le droghe vengono utilizzate — e il contesto sociale (la famiglia, la scuola, il quartiere). Molto importante è anche la facilità di accesso alle diverse droghe.

In molti casi l'uso di droghe è un'esperienza limitata sia nell'intensità sia nella durata nel tempo, e si risolve spontaneamente (per un approfondimento si veda Calamai, 2018).

In alcune persone, invece, l'uso di droghe è solo il primo stadio di una condizione cronica che viene definita dipendenza. Il perché in alcune persone si instauri una condizione di dipendenza da droghe mentre in altre questo non avvenga è oggetto di discussione. La scienza ha dato la sua risposta a questo quesito, ma l'argomento forse non è solo scientifico, in quanto può essere considerato sotto altri punti di vista non meno interessanti, come quelli antropologici, sociologici, psicologici, filosofici, ecc. Prima di tutto, bisogna distinguere la dipendenza fisica (*dependence*) da quella psicologica (*addiction*), che in realtà è la vera e più temibile dipendenza. Per spiegare la differenza tra queste due condizioni basta fare l'esempio di un paziente che ha usato antidolorifici oppiacei per curare il dolore. Questo paziente sviluppa certamente una dipendenza fisica, nel senso che interrompendo bruscamente la terapia ha una sintomatologia dolorosa (astinenza), ma se la terapia viene sospesa in modo graduale, l'aver usato questo tipo di farmaci non gli comporta alcun tipo di conseguenza. Esistono di contro altre persone in cui l'uso di questi farmaci provoca sia una condizione fisiologica di dipendenza fisica, che può essere facilmente risolta, sia una più problematica dipendenza psichica, tale che anche dopo la disintossicazione fisica, rimane un'estrema vulnerabilità, che porta a un elevatissimo rischio di tornare a usare quella sostanza, in quanto se ne sente costantemente il desiderio. *Dependence* e *addiction* sono due fenomeni con basi chimiche, neurologiche e psicologiche completamente diverse.

La caratteristica più insidiosa dell'*addiction* è la persistenza del desiderio di assumere la sostanza, talora anche dopo anni di astinenza. Ugualmente inquietante è il fatto che l'individuo non pensa più alle conseguenze negative dell'uso della sostanza (legali, affettive, sulla salute) nel momento

in cui nella sua mente insorge, prepotente e insopprimibile, il desiderio di assumerla (*craving*).

*L'interpretazione scientifica: l'addiction è una malattia del cervello*

Si tratta di una teoria condivisa dalla maggior parte dei ricercatori nel campo, e si basa su esperimenti in animali di laboratorio, a partire dagli anni Settanta, e poi avvalorata da studi di neurofisiologia e neuroradiologia (per un approfondimento si veda Quercia, 2014).

Prima ancora di capire i meccanismi dell'addiction è stato necessario cercare di capire, sempre dal punto di vista neurobiologico, quali siano i meccanismi che sono alla base di comportamenti umani cosiddetti «normali», ovvero come nascono le motivazioni dell'agire umano.

Per favorire la sopravvivenza degli individui e il mantenimento della specie, l'evoluzione ha dotato il cervello umano (ma probabilmente anche quello degli altri animali) di aree e circuiti cerebrali detti «della gratificazione», o della ricompensa. In pratica, grazie a queste strutture e a determinati neurotrasmettitori (in particolare la dopamina), veniamo ricompensati, con un piacere fisico, o psicologico, per ogni attività che porta un vantaggio alla nostra vita e alla nostra sopravvivenza. Il mangiare, il bere, l'accoppiamento sessuale e l'allattamento, ma anche le attività più evolute — come l'accudire la prole e il creare relazioni sociali —, provocano un piacere fisico o un appagamento psicologico.

Tutte le sostanze chimiche che possono provocare dipendenza, che siano droghe o sostanze legali (alcol, farmaci), a prescindere dai loro diversi effetti sul cervello (sedativo, ansiolitico, euforizzante o stimolante), hanno in comune la capacità di ingannare, o dirottare, queste aree cerebrali della gratificazione, provocando una massiccia liberazione di dopamina. Quindi, qualsiasi di queste sostanze provoca un intenso stato di gratificazione, completamente sconnesso dai comportamenti che normalmente lo inducono. Questa esperienza alimenta la tendenza, conscia o inconscia, a potenziare quel tipo di sensazione piacevole (rinforzo positivo).

Nel tempo però questo determina un danno funzionale ai centri della gratificazione, tali che non rispondono più agli stimoli naturali ma solo a quelli chimici indotti dalla sostanza. Si verifica così un persistente stato di malessere psicologico (rinforzo negativo) caratterizzato da noia, apatia e anedonia. Quanto più precoce è l'uso della sostanza tanto più è duraturo e

tanto più il danno al sistema nervoso evolve, fino a portare a una condizione di addiction vera e propria, che infatti viene considerata dalla medicina come una malattia vera e propria (OMS, 2010). Sempre secondo questa teoria, in altre aree cerebrali (ippocampo, ecc.) rimarrebbero archiviate le memorie non solo dell'effetto della sostanza, ma anche dei vari contesti in cui è stata consumata. Queste memorie spiegherebbero il persistente (o quanto meno molto duraturo nel tempo) rischio di ricaduta.

Quindi la causa della dipendenza da droghe sarebbe la droga stessa, tramite il danno funzionale che provoca nel nostro cervello, il quale viene «dirottato» dalla ricerca delle gratificazioni naturali alla ricerca esclusiva delle gratificazioni chimiche. La diversa capacità delle droghe di provocare dipendenza viene comunque confermata e giustificata dalla diversa capacità delle droghe di provocare questa «ondata» di liberazione di dopamina.

La teoria scientifica di dipendenza come malattia ha avuto l'importante effetto di non considerare il «drogato» come un criminale, ma come una persona da curare. Prima di questa interpretazione, infatti, l'opinione prevalente era quella «della legalità», per cui il drogato, o tossicodipendente, era esclusivamente una persona antisociale, alla ricerca del proprio piacere, in altri termini un'edonista. Non c'era quindi la necessità di una cura, ma soltanto di una punizione.

#### *L'interpretazione umanistica: dipendenza e volontà*

Una diversa interpretazione viene fornita dalla concezione per cui la dipendenza è una lotta tra la volontà dell'individuo, che razionalmente cerca di mantenere l'astinenza, e l'intenso desiderio della sostanza. Questa è una visione del problema che storicamente ha preceduto quella scientifica, che, pur differenziandosi dalla colpevolizzazione della teoria della «legalità», si basa su interpretazioni di carattere filosofico e psicologico (Heather e Segal, 2015).

Da alcuni punti di vista la teoria scientifica e filosofica concordano, in quanto l'uso di droga vince contro il buonsenso e la ragione, e l'individuo con dipendenza perde la propria autonomia. La vittoria della droga sull'individuo è considerata una compulsione non resistibile da chi interpreta la dipendenza come una malattia, mentre è considerata un intenso desiderio, ma resistibile, da chi ha una interpretazione filosofica o psicologica.

Il desiderio di droga, secondo la teoria «filosofica», non è diverso, se non forse per l'intensità, di qualsiasi altro impulso, o desiderio umano, e non

necessariamente dimostra l'esistenza di un danno cerebrale provocato dalla droga. Infatti, qualsiasi persona si trova costantemente, nella vita, a dovere lottare contro degli impulsi verso azioni che razionalmente percepisce come sbagliate. La persona obesa o diabetica deve lottare contro la golosità, un marito o una moglie devono resistere alla tentazione di tradire il coniuge, ognuno non deve cedere al desiderio di impossessarsi di un oggetto non proprio. La nostra capacità di resistere a una tentazione viene comunemente detta «forza di volontà». Anche lo zucchero, l'attività sessuale e qualsiasi altra attività gratificante danno il via a una reazione chimica, che si traduce in una aumentata produzione di dopamina nel cervello, ma non per questo si può dire che danneggiano la funzionalità cerebrale.

In realtà queste teorie, se in parte confutano l'ipotesi di dipendenza da droghe come malattia, dall'altra mettono in evidenza come le dipendenze comportamentali abbiano meccanismi comuni, anche dal punto di vista chimico, con la dipendenza da droghe, legali o illegali. Analogamente queste teorie trovano conferma nel fatto che molto spesso si passa da una dipendenza da sostanze a una comportamentale, o viceversa (Goeders, 2004; Satel e Lilienfeld, 2014; Volkow et al., 2010).

Se è vero, come dicono i propugnatori della teoria della «malattia», che le droghe cambiano il funzionamento del cervello, allora è vero che il cervello è talmente plastico che si modifica e si adatta continuamente a qualsiasi nostro comportamento: vivendo la nostra vita modifichiamo quindi il nostro cervello.

In particolare, se si indulge in attività che ci provocano un piacere, il nostro cervello può continuare a cercare quel piacere, o anche altri piaceri. In questo senso si tratta di un normale meccanismo di apprendimento e non di malattia.

## **Le cause della dipendenza da droghe**

Sia reputando la dipendenza una «malattia», sia considerandola una debolezza della volontà umana, rimane da spiegare per quale motivo solo alcuni individui diventano dipendenti dalle sostanze, mentre altri usano droghe per un certo periodo e poi smettono, o comunque non sviluppano una dipendenza. Se le droghe fossero, con il loro meccanismo d'azione, la causa della dipendenza, tutte le persone che usano droghe ne diventerebbero dipendenti.

Partendo da questa considerazione, è possibile dedurre che la dipendenza da droghe possa essere determinata probabilmente da più di una causa (Wright, 2018). Vediamo di seguito quali possono essere queste cause.

1. *Il tipo di sostanza usata.* Sappiamo che gli oppiacei determinano frequentemente dipendenza, molto più della cannabis (10%), mentre gli allucinogeni non provocano dipendenza.
2. *Letà.* Più precoce è l'uso di una droga, maggiore è il rischio di dipendenza.
3. *I fattori genetici.* Sembra che incidano per il 50% sul rischio di dipendenza. Non è chiaro se l'influenza genetica sia relativa a una determinata sostanza, o si manifesti come predisposizione generica, indipendentemente dal tipo di sostanza.
4. *Gli eventi dei primi anni di vita.* È dimostrato che i traumi dell'infanzia predispongono alla dipendenza. Per traumi si intendono eventi come abusi sessuali, fisici e psicologici, condizioni patologiche familiari (dipendenza, patologie psichiatriche...), abusi extra-domestici (bullismo, ecc.).
5. *Le patologie psichiatriche non diagnosticate.* È la cosiddetta teoria dell'«auto-terapia», per cui l'uso di una determinata droga diventa continuo in quanto elimina i sintomi di un disturbo psichiatrico, evidentemente non diagnosticato e non curato.

## La cura della dipendenza da droghe

La diversità di interpretazioni sulle cause della dipendenza da droghe si riflette anche sulle enormi difficoltà del trattamento delle persone che presentano questo tipo di dipendenza.

Nel tempo, il primo trattamento adottato per la dipendenza da droghe (o alcol) è stato la semplice disintossicazione. Ben presto i medici hanno capito però che il rischio di ricaduta, dopo la disintossicazione, era talmente elevato da costituire la regola. Su questa base, la dipendenza da sostanze è stata ben presto considerata una «malattia cronica e recidivante». Gli studi scientifici hanno poi ipotizzato le basi biologiche e neurologiche di questa «malattia» (Ministero della Salute, 2010). In realtà la disintossicazione curava la dipendenza fisica, la dependence, che nulla ha a che vedere con la dipendenza vera, l'addiction.

Preso atto di questi insuccessi la ricerca medica si è indirizzata prevalentemente verso l'approfondimento dei meccanismi molecolari e biologici della malattia-dipendenza, con lo scopo di trovare delle terapie farmacologiche per curarla (Kranzler, Ciraulo e Zindel, 2014).

Di contro gli psicologi, i sociologi, i sacerdoti, ma anche medici con una formazione umanistica hanno cercato di curare l'uomo con un problema di dipendenza e non tanto la malattia-dipendenza, perseguendo un obiettivo molto diverso: il *recovery*.<sup>2</sup>

### *Le cure farmacologiche*

A oggi non sono state trovate cure farmacologiche realmente efficaci per la cura delle dipendenze, e probabilmente non è possibile trovarle, come non si trovano per ogni altro disturbo comportamentale. Gli unici farmaci prodotti, e ampiamente utilizzati, sono farmaci sostitutivi, agonisti, dell'eroina come il metadone e la buprenorfina. In pratica sono sostanze che hanno lo stesso meccanismo di azione dell'eroina, quindi sono a loro volta droghe ma — non essendo iniettabili, avendo un diverso metabolismo ed essendo distribuiti dai servizi sanitari per le dipendenze — riducono le conseguenze negative dell'uso iniettivo di eroina (decessi, overdose, malattie infettive, criminalità, prostituzione, emarginazione sociale). Quindi non sono farmaci per cura della dipendenza, ma sono efficaci nel «ridurre i danni» dell'uso di eroina. Sempre per quanto riguarda la dipendenza da eroina, che rimane la più temibile, ci sono farmaci anche antagonisti, ovvero che ne bloccano l'effetto a livello cerebrale, ma richiedono una motivazione da parte del paziente che difficilmente si mantiene nel tempo.

Inoltre, non esistono farmaci sostitutivi, o agonisti, per le droghe stimolanti come la cocaina, le anfetamine, la MDMA, ecc., né per la cannabis e neppure per l'alcol. Verso queste droghe quindi non è possibile neanche una cura orientata alla «riduzione del danno».

### *I trattamenti finalizzati al recupero globale (recovery) dell'individuo*

Non esiste nella lingua italiana un termine che corrisponda esattamente al significato della parola «recovery». Il termine medico che si avvicina di

---

<sup>2</sup> Per maggiori informazioni si veda il sito [www.sanpatrignano.com](http://www.sanpatrignano.com).

più è forse quello di «guarigione», mentre gli operatori e gli educatori traducono il termine con la parola «recupero» (della persona). Se consideriamo la dipendenza da droghe una forma moderna di schiavitù (una schiavitù chimica), allora possiamo dire che il *recovery* è la forma moderna di emancipazione da questa schiavitù. Tra gli elementi determinanti del *recovery* non c'è soltanto l'astensione totale e permanente dall'uso della sostanza, ma è previsto anche un pieno reinserimento sociale.

Nel 1982, l'ASAM (American Society of Addiction Medicine) elaborò la seguente definizione per il termine «recovery».

Un processo attivo, sostenuto nel tempo, mirato ad affrontare i problemi biologici, psicologici, sociali e spirituali che la dipendenza ha provocato. Questo impegno ha come obiettivo l'astinenza ed è mirato a superare i problemi comportamentali del controllo degli impulsi verso la sostanza, a riconoscere i problemi nelle relazioni con gli altri e la gestione delle proprie emozioni. Il processo del *recovery* implica azioni volte al superamento di processi interiori e comportamenti negativi e dannosi per l'individuo, favorendo così nuove e positive relazioni con gli altri e con l'ambiente. I concetti di umiltà, accettazione e resa sono utili in questo processo. Altri comportamenti correlati al *recovery* sono la richiesta di aiuto, l'apertura, l'onestà, l'empatia, la fiducia e il perdono.<sup>3</sup>

Nelle diverse definizioni che sono seguite a questa non vengono fissati riferimenti temporali, ma la Comunità scientifica tende a considerare «recovered», quindi a più basso rischio di ricaduta, la persona che non usa droghe (o alcol) da almeno 5 anni. Le prime esperienze di trattamenti finalizzati al *recovery* sono state quelle degli Alcolisti Anonimi (AA), nate nel 1935 e strutturate nel modello dei 12 passi (W.B., 2019). Su questo modello sono poi nati i gruppi dei Narcotici Anonimi (NA). Questi trattamenti sono mirati al rinforzo della motivazione individuale e della forza di volontà. Si basano sul mutuo-aiuto tra persone con dipendenza e sul senso di appartenenza; sono ispirati a un senso di profonda spiritualità (W.B., 2019).

I programmi degli AA e NA hanno creato anche perplessità, se non critiche, nella Comunità scientifica, in particolare proprio tra i medici e

---

<sup>3</sup> Per un approfondimento si veda il sito [www.asam.org/resources/definition-of-addiction](http://www.asam.org/resources/definition-of-addiction).

i professionisti della cura delle dipendenze, proprio per l'orientamento e l'enfasi di natura religiosa o spirituale. Negli ultimi anni, in particolare nei paesi anglosassoni, è nata una collaborazione tra i Sistemi sanitari pubblici e le iniziative di mutuo-aiuto su base di volontariato, che ha portato a un evidente aumento nelle percentuali di guarigione. I benefici di questi programmi sembrano derivare più da azioni e miglioramenti sul piano sociale, cognitivo e affettivo, che non dagli aspetti spirituali.<sup>4</sup>

### *Le Comunità Terapeutiche (CT)*

Le CT sono percorsi sempre orientati al *recovery*, ma di tipo residenziale, e più specifici della dipendenza da droghe (mentre il percorso non residenziale è più spesso utilizzato nella dipendenza da alcol). Le varie CT possono differire per molti aspetti, anche in funzione della tipologia degli utenti, ma tendenzialmente condividono la filosofia di base. Spesso esiste un approccio demedicalizzante, sia nei confronti della dipendenza sia di un eventuale problema psichiatrico associato. Tradizionalmente le CT si autodefiniscono «drug free», in quanto la somministrazione di farmaci sostitutivi o psicotropici non viene considerata come il trattamento di elezione e, a volte, viene addirittura osteggiata, mentre vengono considerati particolarmente rilevanti gli aspetti delle relazioni sociali e interpersonali degli utenti. I modelli di intervento come le CT sono stati formulati largamente nella convinzione del potenziale terapeutico dell'interazione sociale.<sup>5</sup>

Rispetto al modello scientifico di dipendenza come malattia, le CT *drug free* hanno una visione diversa del problema, centrata non sulla malattia ma sull'individuo che ne è affetto. Tendenzialmente la dipendenza è considerata la conseguenza di problemi psicologici e di relazione che la persona non è riuscita a gestire. Non a caso si usano i termini «residenti, utenti, clienti» e non «pazienti». Le persone acquisiscono crescenti responsabilità in tempi relativamente rapidi e questo contrasta molto con il modo con cui vengono approcciati nei servizi pubblici. Le interazioni tra le persone nelle CT sono

<sup>4</sup> Per un approfondimento sul tema si veda il sito [www.gov.uk/algorithm-and-drug-misuse-prevention-and-treatment-guidance](http://www.gov.uk/algorithm-and-drug-misuse-prevention-and-treatment-guidance).

<sup>5</sup> Per un quadro generale sulle Comunità Terapeutiche (CT), si veda il volume di Palumbo, Dondi e Torrigiani (2012).

guidate da norme e regole che più o meno sono comuni per le diverse realtà: ovviamente non è permessa nessuna droga, ma anche nessun tipo di violenza e, al contrario, le relazioni si basano su principi morali come l'onestà, l'aiuto reciproco, il rispetto, ecc.

### **Le basi neurobiologiche del *recovery*: la neuroplasticità cerebrale**

Oggi le neuroscienze riconoscono che i danni cerebrali strutturali, anche quelli provocati dalle droghe secondo la visione scientifica del problema, possono essere riparati. Anche dopo un danno neuronale considerato irreversibile, il cervello cerca di compensare il danno creando nuove connessioni e nuovi circuiti cerebrali.

Questo processo avviene grazie alla neuroplasticità, una potenzialità del Sistema nervoso ben riconosciuta nelle fasi dello sviluppo dell'individuo, ma che persiste nell'età adulta.

Come la dipendenza può essere considerata una conseguenza negativa della neuroplasticità, per cui un'abitudine diventa una necessità imprescindibile e incontrollabile, allo stesso modo il processo del *recovery* si basa sugli stessi principi neurobiologici, quando sono indirizzati nella direzione opposta.

È quindi razionale pensare che i percorsi terapeutici descritti nei loro aspetti sociali, emozionali, culturali, spirituali e comportamentali abbiano una corrispondenza in fenomeni che avvengono a livello cerebrale. L'obiettivo finale è quello di insegnare al cervello ad apprezzare, gratificarsi e trovare soddisfazione per attività «normali» (un buon pasto, una relazione affettiva, la famiglia, il lavoro, gli amici, lo sport, il sesso, la carriera, ecc.), in sostituzione della sostanza chimica o del comportamento patologico verso cui c'era una dipendenza. Sarebbe auspicabile che, oltre a una scienza che studia l'addiction, si sviluppi anche una scienza che studi il *recovery*.

Ci sono svariate forme di terapia, sia per la malattia mentale in generale, sia applicabili al campo delle dipendenze, che in forme diverse cercano di favorire o indirizzare nella giusta direzione i processi di «guarigione cerebrale».

Vengono citati di seguito quelli per cui esiste maggiore evidenza scientifica.

## DA SAN PATRIGNANO A «LAVFORLIFE»

*di Aroldo Linari*

Nel 1989 è stata aperta a San Vito di Pergine Valsugana la sede trentina della Comunità di San Patrignano. Seguendo i principi e i valori specifici della grande famiglia di San Patrignano, per sostenere il percorso di recupero dei ragazzi, anche nella sede trentina della Comunità vennero realizzati dei settori professionalizzanti ai quali destinare i ragazzi una volta entrati in un percorso di recupero: il settore della falegnameria, il settore della realizzazione di telai di alta gamma per biciclette, il settore cucina, il settore fabbri, il settore manutenzione, il settore lavanderia e il settore del canile.

A causa dei miei problemi di tossicodipendenza entrai in comunità, presso la sede di San Vito di Pergine, circa venti anni fa. All'inizio era stato per me pensato un percorso all'interno del settore cucina. Arrivato in struttura seppi della presenza del settore canile e del piccolo, allora, gruppo di ragazzi che, seguito dall'operatore di riferimento, si occupava dei cani e che già da qualche anno aveva avviato attività di pet-therapy.

Nello specifico i ragazzi che si occupavano di Interventi Assistiti con gli Animali costituivano il Gruppo cinofilo «Cani da Vita» di San Patrignano. Così chiesi subito di essere inserito in canile, l'idea di poter lavorare a contatto con gli animali mi affascinava e fui accontentato. La mia passione per i cani e per gli animali in genere ha, infatti, radici lontane, legate alla storia della mia famiglia che, fin da quando ero bambino, mi ha dato l'opportunità di potermi prendere cura di specie diverse, dai cani da caccia che vivevano con noi agli animali da fattoria ospitati nelle nostre masserie.

Appena iniziata la mia avventura nel settore del canile, le mie mansioni erano elementari; per indicazione degli operatori potevo occuparmi esclusi-

vamente della pulizia degli spazi destinati ai cani e di quelli che ospitavano le attività di pet-therapy e potevo accompagnare i cani in passeggiata solo in presenza di ragazzi che erano in canile da più anni.

Dopo tre mesi dal mio ingresso, potei assistere per la prima volta allo svolgimento di un intervento assistito con il cane, fino a quel momento, infatti, le attività di pet-therapy erano state sospese per la pausa estiva. Ne rimasi positivamente colpito, benché all'epoca non riuscissi ancora a capire come potesse un animale portare benefici a una persona. Non sapevo nulla di pet-therapy e l'ignoranza personale del momento mi portava a essere un po' scettico. Quello che all'epoca mi interessava di più era imparare le tecniche di preparazione dei cani, non tanto le motivazioni per le quali qualcuno potesse star meglio a contatto con un animale.

Il tempo passava e il mio percorso di crescita stava dando risultati positivi, così dopo circa sei mesi dal mio inizio mi fu affidato un primo cane, un possente e bellissimo labrador nero di circa un anno e mezzo... si chiamava Top. Ogni giorno, potevo tenerlo con me, mi accompagnava ovunque e in breve divenne il mio migliore amico. Costruii con lui una fortissima e bellissima relazione e più riuscivo a capirlo, più il suo mondo mi affascinava. Attraverso la relazione con Top, la mia passione per i cani cresceva e io stavo sempre meglio, mi sentivo bene ed ero felice del lavoro che svolgevo. C'erano ovviamente anche dei periodi in cui la tristezza prendeva il sopravvento, ma anche quando questi momenti bui si presentavano, a San Patrignano, ho avuto la fortuna di avere tanti operatori e ragazzi che mi stavano vicini e che mi volevano bene, che mi parlavano e mi sostenevano per riuscire a farmeli superare. Quando pensavo che la mia vita fosse stata ormai distrutta dalla droga, rischiando di abbattermi e di perdere le speranze di costruire un futuro diverso e migliore, loro intervenivano e con grandi iniezioni di ottimismo mi rimettevano in carreggiata... lo stesso faceva Top. Cominciai infatti a notare che il suo atteggiamento cambiava in base ai miei stati d'animo. Passava da evidenti e veloci proposte di gioco nei momenti in cui ero felice e stavo bene, ad accoccolarsi vicino e offrirmi contatto quando ero un po' più giù, riuscendo sempre a farmi rilassare. Quando, a causa di momenti no, l'apatia in me cresceva, sapere di dovermi prendere cura di lui mi aiutava molto. Lui aveva dei bisogni, io dovevo soddisfarli, lo dovevo aiutare, non potevo permettermi di «parcheggiarmi» e non far nulla.

Tutto questo, vissuto per ognuno in modo diverso, accadeva anche per gli altri ragazzi ospiti a San Patrignano, assegnati al settore del canile, e

spesso i benefici percepiti personalmente, dalla relazione di ciascuno con il proprio cane, diventavano oggetto di confronti costruttivi, affascinanti e a volte commoventi.

L'attenzione all'analisi dei comportamenti di Top cresceva proporzionalmente alla voglia di comprenderli più a fondo, così cominciai a studiare. Da prima volevo sapere tutto sui cani, in seguito passai ad approfondire i processi che, grazie a una corretta relazione con l'animale, portavano benefici alle persone.

Grazie a San Patrignano iniziai a frequentare diversi corsi, sia cinofili sia di pet-therapy, e divenni finalmente coadiutore del cane in IAA e istruttore cinofilo. Ogni giorno, io e i miei compagni di settore — altri ragazzi che lavoravano in canile, come me, svolgendo il loro programma di recupero — dedicavamo ore alla preparazione dei cani (questo aspetto lo approfondirò più avanti), allenandoci individualmente o in gruppo, oppure leggendo testi, articoli o facendo ricerche per poi discuterne insieme e confrontarci.

Il primo anno era passato e io mi sentivo sempre meglio. In quel periodo, un nuovo ragazzo era entrato nel nostro settore e mi fu affidato. Come successe a me e come succede ancora oggi a tutti i ragazzi che entrano in comunità, durante il primo anno, in base ovviamente alle proprie difficoltà e caratteristiche personali, si viene seguiti da un ragazzo più anziano, che avendo già effettuato quel percorso diventa una guida a tutti gli effetti, un tramite, un amico che accompagna il nuovo arrivato, ovviamente sempre con il supporto degli operatori. Non feci altro che sostenerlo cercando di trasmettergli tutto ciò che avevo imparato fino a quel momento a San Patrignano e che mi era stato trasmesso dagli operatori e dai ragazzi più anziani.

Come venne fatto con me al mio ingresso in comunità, all'inizio il mio compito fu quello di insegnargli le mansioni più elementari relative alla cura dei cani e agli spazi a loro dedicati. Lo portavo con me quando allenavo Top o gli altri cani, mi facevo aiutare nel portare gli animali in passeggiata, lo facevo assistere agli interventi assistiti con il cane svolti dai ragazzi più avanti di noi nel percorso e rivolti a utenti esterni che si recavano presso il nostro centro per beneficiarne. Dopo circa sei mesi feci in modo che gli venisse affidato un cane del quale prendersi cura, Karman, bellissimo maschio di golden retriever di circa 2 anni.

Il mio assistito ne fu felicissimo e iniziai a constatare che anche lui, attraverso la costruzione di un rapporto con il suo cane, cominciava a stare meglio ed era felice di svolgere le sue mansioni in canile. Durante il mio

percorso di recupero ho seguito tanti ragazzi e ho potuto direttamente osservare come, solo in rari casi, la presenza degli animali non riusciva a sortire benefici. Quindi posso assolutamente affermare che prendersi cura di un'altra vita e grazie a questo tornare a prendersi cura di se stessi è un metodo che funziona. Nel 2002, iniziai a coadiuvare i cani in progetti di EAA (Educazione Assistita con gli Animali) rivolti a ragazzi facenti parte dell'Anffas Trentino Onlus (Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale), che ogni giorno venivano accompagnati presso il nostro centro (sin dal 1997) e dopo varie esperienze mi appassionai definitivamente.

Nel 2005 fui nominato dal nostro Direttore di allora, Federico Samaden, Responsabile di settore e del Gruppo cinofilo «Cani da Vita» di San Patrignano. Grazie ai cani e all'esperienza vissuta a San Patrignano e a ciò che ho appreso dai ragazzi che ho avuto l'onore di conoscere durante il mio percorso, ho avuto la fortuna di rinascere dalle mie ceneri. Partendo dalle competenze acquisite e in collaborazione con i Responsabili della comunità, ho avuto la possibilità di perfezionare un programma specifico da mettere in atto come strategia funzionale per i ragazzi inseriti nel progetto del canile, non solo per il loro percorso di crescita e di recupero personale dalla tossicodipendenza ma anche come strumento di professionalizzazione. Di seguito vengono esposte le varie fasi e le caratteristiche del programma.

*I fase: acquisizione delle conoscenze etologiche e delle competenze relative all'igiene e all'alimentazione dei cani*

Per l'acquisizione delle competenze di questa fase iniziale si procede attraverso i seguenti punti.

1. Osservazione dei cani nelle attività quotidiane e di comunicazione.
2. Apprendimento delle modalità di gestione del canile: dalla corretta procedura per le pulizie, all'osservazione delle feci raccolte, alla toelettatura.
3. Accompagnamento dei cani in passeggiata.

*II fase: acquisizione delle tecniche di preparazione e educazione dei cani*

La seconda fase del programma si struttura in tre anni di formazione continua. L'insegnamento comprende i corsi organizzati dalla comunità,

conformi alle Linee guida nazionali per gli Interventi Assistiti con gli Animali. Inoltre il Responsabile del Gruppo, coadiuvato dai componenti più anziani, impartisce lezioni teoriche e pratiche, relative all'educazione e all'istruzione dell'animale. In questa fase vengono approfonditi particolarmente gli aspetti che riguardano la corretta socializzazione del cane e la sua specifica preparazione agli IAA.

### *III fase: affidamento del cane*

La terza fase prevede una forma di valutazione. L'affidamento di un cane infatti corrisponde a un momento di verifica molto importante della persona inserita all'interno del programma. Al Responsabile compete, quindi, accertare l'adeguata preparazione teorica e pratica dell'aspirante coadiutore, l'adeguatezza delle sue doti di affidabilità nella coadiuzione del cane, i meriti individuali acquisiti nelle precedenti fasi e la sua capacità di mantenere fede alle proprie responsabilità. Se la valutazione è positiva, si ottiene dal Responsabile l'affidamento di un cucciolo o di un cane adulto.

### *IV fase: coadiutori del cane in IAA*

In questa fase, dopo aver superato il tirocinio pratico, all'aspirante viene riconosciuto il ruolo di coadiutore del cane in IAA. All'inizio viene autorizzato a svolgere attività esclusivamente all'interno della comunità, ma in seguito, considerando anche i meriti legati al suo percorso di recupero, può essere autorizzato a operare all'esterno.

### *V fase: professionisti in IAA*

Nell'ultima fase, alla conclusione con merito del programma di recupero, viene offerta, ai ragazzi che volessero reinserirsi con questo lavoro, l'opportunità di collaborare con il Gruppo cinofilo «Cani da Vita» di San Patrignano.

## **Da San Patrignano a «LavForLife»**

Nel 2005, dopo aver concluso il mio programma di recupero con successo, e dopo aver svolto un corso per operatore di comunità ho scelto di