

# Dipendenze: i volti di ieri e di oggi



**2000**

*Ci sono le persone, con i loro bisogni e le loro fragilità. Ci sono le sostanze, quelle di ieri (l'eroina), di oggi (le droghe chimiche, la cocaina) e di sempre (l'alcol). Ci sono le politiche, fatte di repressione del narcotraffico, di prevenzione dei consumi, di cura delle persone, di riduzione dei rischi individuali e collettivi. E ci sono le letture di un fenomeno che, a oltre 35 anni dal suo apparire, continua a dividere e ad accendere il dibattito. L'universo delle dipendenze è un universo frastagliato e complesso: per avvicinarlo occorrono chiavi di lettura che non semplifichino. E occorre una disponibilità emotiva a mettersi in contatto con le fragilità e le fatiche umane, che nelle sostanze cercano illusioni di riscatto e di benessere. Da più di trentacinque anni, la tossicodipendenza costituisce un problema sociale e di sanità pubblica. Il Gruppo Abele è stato tra le prime realtà in Italia ad accogliere questa domanda d'aiuto e a cercare con le persone percorsi di cura e di autonomia.*

## **Trentacinque anni di lavoro**

A quel tempo, le risposte istituzionali per chi aveva problemi di tossicodipendenza erano due: o il carcere o l'ospedale psichiatrico. Risposte del tutto inadeguate, frutto di disposizioni legislative in vigore dagli anni '50. Il Gruppo Abele fin da subito cercò nuove modalità di accompagnare i "ragazzi" nei loro sforzi di liberarsi dalla dipendenza.

### **L'idea di "camminare insieme"**

Si aprirono alloggi, si crearono opportunità di inserimento lavorativo, si diede luogo a Murisengo (provincia di Alessandria) alla prima comunità di recupero. L'idea era quella di "camminare insieme", alla ricerca di un percorso di senso con le persone, fatto di affiancamento educativo e condivisione della quotidianità. Nello stesso tempo, era chiara la necessità di sensibilizzare l'opinione pubblica su una problematica avvolta, allora come oggi, da una fitta coltre di rifiuto. Con due iniziative pubbliche – una "tenda" montata in piazza Solferino, nel cuore di Torino, e uno sciopero della fame – il Gruppo Abele manifestò la necessità di una diversa attenzione al problema droga e di un intervento strutturale da parte del settore pubblico. Di lì a poco, la prima vera legge sulla tossicodipendenza in Italia, la 685 del '75, sancì finalmente l'istituzione di servizi appositi per la cura e il sostegno delle persone tossicodipendenti.

Questa legge fu però modificata 15 anni dopo, nel '90, perché ritenuta troppo permissiva. Durante il dibattito parlamentare, il Gruppo Abele promosse, insieme a gruppi di cittadini e altre realtà sociali, un cartello dal titolo "Educare, non punire", che portò nelle varie città d'Italia la testimonianza dell'impegno di vent'anni a fianco delle persone tossicodipendenti. Oggetto di critica era la definizione di "dose media giornaliera" prevista dalla legge: una novità che trasformava chiunque fosse stato sorpreso in possesso di una dose superiore in "spacciatore". Tre anni dopo, nel '93, un referendum di iniziativa popolare abrogò questa disposizione normativa.

### **L'innesto dell'Aids sulla tossicodipendenza**

Nel frattempo il fenomeno della tossicodipendenza era andato incontro a notevoli mutazioni. Da problema che inizialmente coinvolgeva una minoranza di giovani sperimentatori che spesso acquistavano direttamente le sostanze nei Paesi produttori, il consumo di sostanze stupefacenti si è rapidamente trasformato in consumo di massa delle nuove generazioni, gestito dal narcotraffico. Intuendo il business, le diverse mafie si sono mostrate pronte a costruire saldi collegamenti tra i luoghi di produzione dell'oppio, il trasporto, la raffinazione e la vendita al dettaglio. I giovani delle periferie urbane e dei quartieri più degradati – anche se non bisogna dimenticare che la problematica dell'eroina coinvolge indistintamente tutte le classi sociali – sono stati i soggetti

maggiormente reclutati da un'offerta via via più aggressiva. A metà degli anni '80, l'innesto dell'Aids sulla tossicodipendenza ha contribuito ad aggravare la condizione delle persone consumatrici di droga. Fino alla scoperta e all'utilizzo degli antiretrovirali (il 1995-96 per l'Italia), la diagnosi della malattia equivaleva a una morte annunciata. Il numero degli eroinomani morti per Aids è impressionante: 25mila in 15 anni. Ancor oggi, tra le persone in Aids conclamato, più del 50% sono soggetti con una problematica di tossicodipendenza, attuale o pregressa.

## **Tante persone, storie diverse**

A distanza di oltre trent'anni da quando la dipendenza da eroina si è affermata come problema sociale, sono possibili alcune considerazioni. In base alle conoscenze disponibili, tre elementi ci restituiscono uno scenario fatto di fatiche e di dolore ma anche di aperture e di speranze.

### **Quelli che non ci sono più**

Il primo elemento è caratterizzato dalla cruda constatazione che circa un terzo delle persone tossicodipendenti non c'è più. Alla mortalità dovuta all'Aids bisogna aggiungere quella collegata direttamente all'uso di eroina – le overdose e gli incidenti connessi di vario genere – oltre a tutte le malattie correlate allo stato di tossicodipendenza. Di coloro che hanno sviluppato una dipendenza pesante negli anni '70, '80, '90, oggi mancano all'appello circa 70mila persone (e la cifra è stimata per difetto). Altre stime dicono invece più di 100mila. Un dato, in ogni caso, è certo: la vita media di un eroinomane è inferiore ai 40 anni.

### **Quelli che ce l'hanno fatta**

Un secondo dato è costituito da quelli che sono riusciti a liberarsi stabilmente dalla dipendenza. Anche in questo caso mancano cifre certe. Disponiamo però di alcuni dati sui trattamenti delle comunità terapeutiche. Su questa base è realistico affermare che circa la metà di coloro che sono riusciti a portare a termine un percorso di 18-24 mesi di comunità non hanno avuto ricadute. Costoro, stimabili in circa 2500-3000 ogni due anni, bisogna aggiungere coloro che raggiungono un permanente stato di astinenza dalla sostanza (*drug-free*) grazie ad altre modalità di trattamento e di cura, prevalentemente di tipo ambulatoriale, oltre a un certo numero di remissioni spontanee.

### **Quelli che restano in bilico**

Un dato quantitativamente significativo è costituito da quanti, nel tempo, hanno cumulato non anni, ma decenni di convivenza con l'eroina. I più vecchi e fortunati di loro, non molti in realtà, hanno oggi 60 anni. Sono riusciti a sopravvivere lungo un'esistenza segnata dall'uso della sostanza, trascorsa tra periodi di "compatibilità", di tossicodipendenza da strada, di carcerazione, di tentativi di cura, di fasi anche protratte di remissione ma sempre contraddistinte poi da una ricaduta a medio-lungo termine. Non che tali soggetti non abbiano cercato o intrapreso percorsi riabilitativi. Ci hanno provato, più volte, senza però riuscire a "svoltare". Hanno sviluppato un rapporto "intermittente" con i servizi, sono rimasti in bilico alla ricerca di un equilibrio difficile, a volte impossibile, tra uso della sostanza e inserimento sociale.

# I nuovi volti della dipendenza e del consumo

Oggi i volti della tossicodipendenza sono molto variegati. Non sono cambiati solo i protagonisti, sono cambiate anche le sostanze stupefacenti presenti sul mercato e le modalità della loro assunzione.

## **L'invecchiamento dell'utenza eroinomane**

Il consumo di eroina ha, per così dire, raggiunto un "tetto". Se non è prudente affermare che è in diminuzione, molte fonti di informazione convergono nel ribadire che è quantomeno stabile. L'utenza eroinomane è invecchiata. Nelle comunità terapeutiche, ma anche nei Ser.T. (i servizi pubblici per le tossicodipendenze), l'età media delle persone in trattamento è di 30-35 anni. Il ciclo di vita pone nuovi compiti, nonostante la tendenza a protrarre a dismisura uno stato adolescenziale enfatizzato dall'uso della sostanza. Si formano coppie e nascono figli. Per molti la vita di strada, l'emarginazione, il carcere, acquisiscono le difficoltà relazionali e di malessere personale, e anche lo stato di salute psichica si aggrava. Molte persone in carico ai servizi psichiatrici fanno uso, e spesso abuso, di sostanze stupefacenti, interferendo così con le cure psicofarmacologiche.

## **Il diffondersi del poliabuso**

Il modello prevalente di consumo è il poliabuso: varie sostanze, legali e illegali, vengono usate alternativamente, in sovrapposizione e in supporto l'una dell'altra. Tra gli ultimi reclutati al consumo e alla dipendenza si evidenziano, sempre più numerosi, gli stranieri immigrati con o senza il permesso di soggiorno. L'abuso di alcol, cocaina ed eroina rappresenta spesso il capolinea di un progetto migratorio fallito, di fronte alle difficoltà di sopravvivenza e di inserimento nella società italiana. La maggior parte dei giovani "sperimentatori" di sostanze oggi si rivolge alle cosiddette nuove droghe o droghe di sintesi (anche dette "designer drugs" perché progettate e costruite in laboratorio). Apparentemente meno pericolose, perché confezionate in pastiglie che si assumono per via orale, non generano stati carenziali paragonabili all'eroina e vengono utilizzate nei contesti di aggregazione e di divertimento, mescolate spesso all'alcol.

## **La problematica del "nuovo consumo"**

Com'è noto, l'eroinomane non gode di buona reputazione presso i nuovi assuntori di "paste" (così vengono chiamate in gergo le pastiglie di ecstasy). È ritenuto un perdente e, in quanto tale, non si confà a un immaginario giovanile che predilige le droghe da prestazione e da integrazione. L'eroina richiama invece estraniamento, rassegnazione, rinuncia, sconfitta.

La popolarità delle nuove droghe, penetrate in questi anni tra decine di migliaia di giovani più o meno trasgressivi che frequentano discoteche, locali di tendenza e *rave-parties*, impone oggi all'attenzione dei Servizi (del pubblico e del privato sociale) la problematica del "nuovo consumo". Un consumo da interpretare non come anticamera della dipendenza (anche se per una minoranza di sperimentatori a più elevata problematicità personale l'eroina costituirà uno sbocco conclusivo), ma come fenomeno di per sé, caratterizzato da rischi e danni specifici.

Un dato comunque caratterizza oggi il fenomeno delle dipendenze e dei consumi. La sua continua evoluzione, che dà vita a sempre nuovi "assetti". Questa fluidità del fenomeno chiede ai servizi di ripensare continuamente l'adeguatezza dei propri interventi.

# Cannabis, la droga più diffusa

La droga illegale oggi più usata nel mondo è la cannabis. Dei 200 milioni di persone che si stima facciano uso di sostanze stupefacenti illecite, 163 milioni fanno ricorso a cannabis (dati ONU 2003).

## Legalizzare: i pro e i contro

Di fronte a un fenomeno così “di massa” si pone la questione di una eventuale legalizzazione delle droghe leggere. È una questione di difficile valutazione, che comporta dei “pro” e dei “contro”.

Occorre innanzitutto precisare che il dibattito riguarda le ipotesi di legalizzazione *e non* di liberalizzazione. La cannabis non verrebbe cioè inserita in una mera logica di mercato come avviene oggi per tabacco e alcol, ma confinata in circuiti a forte regolamentazione e limitazione rispetto alla vendita, l’acquisto e il consumo. Il modello di riferimento è rappresentato dai coffee-shop olandesi, gli unici locali dei Paesi Bassi dove è possibile acquistare e consumare hashish e marijuana, non oltre certe quantità e non da parte di minorenni.

Se per un verso la legalizzazione “sdrammatizza” l’uso sottraendolo ai comportamenti illegali e demitizzando il fascino della trasgressione, per altro verso non riesce a rivelarsi una misura risolutiva nello stroncare il mercato nero delle stesse sostanze che continua a proporsi nelle strade.

Ripartire i comportamenti d’uso della cannabis nella legalità risponde all’obiettivo di “normalizzare” il consumo, togliendolo dall’ambito del proibito e dell’illecito penale per ricondurlo tra i comportamenti ascrivibili alla libera scelta dell’individuo, pur rischiosi e di potenziale danno alla salute (propria e altrui) come già avviene per l’uso di alcol e tabacco.

## Perché non sperimentare?

Si tratta di evitare in questo modo l’esperienza di un’azione illegale a centinaia di migliaia di giovani che, per il fatto di fare uso di cannabis, sono sottoposti a sanzioni amministrative e al rischio di provvedimenti penali. In questa direzione, già nel ’93, alla prima Conferenza nazionale di Palermo sulla droga, il Gruppo Abele avanzò l’ipotesi di inserire la cannabis in un’apposita tabella di sostanze potenzialmente pericolose, in compagnia di alcol e tabacco, dando luogo a una sperimentazione, a tempo limitato, per verificare gli effetti di una parziale legalizzazione.

Le obiezioni principali sono note e non trascurabili: un prevedibile aumento del consumo a seguito del venire meno del divieto; il fatto che la misura della legalizzazione, là dove è stata applicata, non si è rivelata sufficiente a stroncare il mercato illegale parallelo, pur avendolo ridotto. Una posizione realistica, che tenesse conto della specificità del clima politico italiano, ha fatto optare per la non punibilità e la piena depenalizzazione del consumo personale (una prospettiva, questa, messa in crisi dalle posizioni dell’attuale governo di centro-destra). Anche l’Europa si sta muovendo, seppure a piccoli passi e in modo frammentato, in questa direzione.

## I rischi dell’abuso

Depenalizzazione ed eventuale legalizzazione non sottovalutano affatto la problematica correlata all’uso e in particolare all’abuso.

È noto come il consumo di cannabis, in una minoranza di situazioni, possa rivelarsi come problematico e connotarsi come dipendenza. La letteratura sottolinea il pericolo della cosiddetta “sindrome amotivazionale” che tende a innestarsi sul consumo problematico, comportando un progressivo disinvestimento dalle attività (scuola, ricerca, lavoro, tempo libero) e dalle relazioni (ci si rinchioda solo nelle compagnie che “fumano”, autoescludendosi da altri circuiti di socialità) e un contemporaneo ritiro nell’immaginario personale.

Gli interventi per tali situazioni, che coinvolgono ragazzi che spesso rivelano qualche difficoltà d’ordine personale, familiare o relazionale, costituiscono allo stesso modo che per l’alcolismo giovanile fondamentali azioni di prevenzione secondaria o di cura.

## **Cocaina, un mercato in crescita**

Da alcuni anni la cocaina, per l'abbassamento del prezzo di acquisto, è diventata accessibile alle tasche di molti giovani, meno attrezzati nel far fronte alle conseguenze di questo consumo. La pericolosità di questo nuovo fenomeno non può essere ulteriormente ignorata.

Sul piano fisico gli eccessi del consumo e l'abuso hanno innescato un'ampia fenomenologia di problematiche cardiocircolatorie (aumento della pressione arteriosa, aritmie, fibrillazioni) culminate a volte in infarti e ictus in età giovane. Ma anche rispetto alla salute psichica, dispercezioni, alterazioni comportamentali e induzioni deliranti connesse all'abuso rappresentano una sintomatologia sempre più diffusa.

Col progressivo diffondersi tra i giovani dell'uso di cocaina è cresciuta la richiesta d'aiuto. Già nel 2002 in Lombardia circa il 15% dei nuovi utenti dei Ser.T. era costituito da consumatori di cocaina che avevano oltrepassato la soglia dell'uso compatibile. Rischi e danni non sono solo connessi agli effetti acuti e cronici dell'assunzione della sostanza. Bisogna anche considerare le conseguenze comportamentali rispetto al "rischio guida", alla stimolazione della aggressività (molte risse dentro e fuori i locali notturni non sono solo ascrivibili ai "fumi" dell'alcol), alla trasmissione delle malattie sessuali, tra cui Aids e epatite C. Anche il gioco d'azzardo e molti altri comportamenti di sfida vengono potenziati dall'uso di cocaina.

## **Alcol, la droga sottovalutata**

Se è vero che l'uso di sostanze oblianti accompagna da sempre l'evolversi delle società, oggi prendiamo atto di quanto l'alcol sia proposto dai media e vissuto dalla maggior parte delle persone come elemento puramente piacevole e non problematico, normalmente presente nei momenti di incontro e di svago. Questo avviene nonostante sia evidente il tragico primato dell'alcol come causa di elevata problematicità e mortalità.

### **Il tragico primato dell'alcol**

L'alcol è la prima causa di morte per i giovani uomini europei. Un decesso su quattro, tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni, è dovuto in Europa al consumo di alcolici, per un totale di 55.000 morti all'anno a causa di incidenti automobilistici, avvelenamento, suicidi e omicidi legati all'alcol (fonte OMS, 2001). In Italia, su un numero di bevitori superiore alle 33.000.000 unità, i bevitori problematici sono più di 4.000.000, fra cui 1.500.000 sono gli alcolisti (i nuovi alcolisti per anno sono più di 50.000). Il danno personale e sociale del fenomeno è altissimo: il numero di decessi alcol-correlati è pari a 30.000 unità, la prevalenza di patologie alcol-correlate in medicina generale è maggiore al 10%, così come il numero di ricoveri alcol-correlati. Senza dimenticare che il 46% degli incidenti stradali sono connessi all'alcol e che la mortalità per incidente stradale è la prima causa di morte fra i giovani (18-26 anni): nel 2001, 2050 giovani hanno perso la vita per incidenti. Il dato più preoccupante è tuttavia il fatto che l'alcol primeggia sempre di più nei consumi dei giovani.

### **Un'offerta aggressiva**

L'approccio all'alcol sta diventando sempre più precoce. I giovani si avvicinano al bere per molte ragioni, che variano in base alle circostanze personali e sociali (desiderio di appartenenza al gruppo, ricerca di un sostegno per affrontare situazioni di difficoltà, vincere la noia, piacere del gusto,

favorire la socializzazione). Le ragazze, pur bevendo meno dei ragazzi, si avvicinano ai modelli maschili di consumo, esponendosi a rischi gravi soprattutto in età fertile e durante la gravidanza.

È frequente, nelle fasce giovanili, l'abuso contemporaneo di alcol e altre sostanze psicoattive, sia legali che illegali. Le ricerche sul consumo delle "nuove droghe" (di cui l'ecstasy è la più rinomata) tendono a sottolineare il ruolo assunto dall'alcol nella serata che precede l'ingresso in discoteca e più in generale il suo largo utilizzo in funzione preparatoria del divertimento notturno.

L'innesto, nella cultura latina, dello stile del bere nord-europeo (non a tavola, ma concentrato nel dopo pasto serale e nel week-end), con una marcata tendenza all'esagerazione e all'abuso, è uno dei fattori che spiegano la maggiore esposizione alle bevande alcoliche da parte delle nuove generazioni. Le abitudini latine, comprese l'ampia diffusione degli aperitivi, si sono infatti sommate a quelle nord-europee. Inoltre l'aggressività delle case produttrici di alcolici nel "conquistare" ulteriori fasce di mercato (immissione di nuovi prodotti particolarmente seduttivi, campagne pubblicitarie miranti ad abbinare l'alcol ai modelli di vita desiderati) ha fatto sì che l'uso problematico si estenda in particolare tra i giovani.

### **La scarsa attenzione al fenomeno**

L'alcolodipendenza è stata, fino agli anni '80, una realtà fortemente sottovalutata in Italia, se non addirittura negata. L'umile lavoro degli alcolisti anonimi, la progressiva diffusione dei club di alcolisti in trattamento a seguito del forte impulso di Hudolin e della sua scuola, il lavoro di molte associazioni hanno successivamente consentito il "varò" della prima legge sull'alcol in Italia e la creazione di servizi pubblici, con la nascita di molte unità di alcologia all'interno dei Ser.T. o degli stessi reparti ospedalieri.

Oggi il fenomeno è in parte emerso, anche se non ancora in tutta la sua portata. La rete dei servizi è abbastanza capillare, anche se va ulteriormente rafforzata, in particolare in alcuni collegamenti: tra medici di base e unità operative di alcologia, tra reparti ospedalieri, case di cura e territorio. Si fa tuttavia ancora fatica a riconoscere l'evidenza epidemiologica del problema e la sua gravità sotto il profilo sociale, culturale e sanitario. Eppure è da questo riconoscimento che occorre partire, tanto per la necessaria presa in carico della problematica da parte delle amministrazioni locali e dei servizi quanto per promuovere iniziative a valenza culturale che si rivolgano a giovani e adulti.

### **Prevenire e sensibilizzare**

La legge che vieta la vendita di bevande alcoliche ai minorenni non è rispettata; le limitazioni poste alla distribuzione e alla pubblicità non sono assolutamente sufficienti. Lascia perplessi il raffronto tra il rigore legislativo richiesto per i consumatori di cannabis e l'enorme lassismo rispetto all'alcol. Le stesse disposizioni relative ad alcol e guida, faticosamente ottenute anche per mettersi al passo con gli altri Paesi europei, rischiano di essere vanificate per la mancanza di rigorosi controlli e l'insufficienza della strumentazione tecnica a disposizione delle forze dell'ordine.

*Se le azioni di sensibilizzazione su particolari comportamenti a rischio (uso di alcol durante la guida, la gravidanza, il lavoro) sono irrinunciabili, priorità deve essere accordata a percorsi di prevenzione ed educazione da svolgersi anche con la cooperazione del mondo dell'informazione e dei mass-media. Nella prospettiva di sviluppare più consapevolezza dei rischi dell'associazione tra alcol e sostanze stupefacenti e di riconoscere la questione alcol all'interno del più ampio uso di droghe è importante promuovere una migliore conoscenza dei servizi (Ser.T., Consulteri), in particolare rivolti ai giovani, riducendone barriere e difficoltà di accesso e di consulenza.*

*Soprattutto è fondamentale modificare i Servizi (in particolare i Ser.T.) nella direzione di una loro de-medicalizzazione e di una loro caratterizzazione aperta ad un'ampia gamma di dipendenze, perdendo la centralità di solo alcune sostanze a vantaggio di un approccio più globale e olistico alla persona.*

# La politica dei quattro pilastri

Come contrastare la diffusione delle droghe, legali e non? Come promuovere una cultura dello star bene, che non passi attraverso il ricorso alle sostanze stupefacenti?

In linea generale, il Gruppo Abele condivide la “politica dei quattro pilastri”. Così è stata chiamata in varie parti d’Europa una strategia articolata basata su: lotta al narcotraffico, prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno.

## **Primo pilastro: la lotta al narcotraffico**

Il commercio della droga è uno dei più redditizi al mondo. L’attuale programma delle Nazioni Unite di “lotta alla droga” punta a bloccarlo sul nascere, convertendo le coltivazioni di foglie di coca, canapa e papaveri da oppio (ovvero le piante da cui si ricavano molte delle droghe) in piantagioni legali di ananas, pepe nero, arance, cuori di palma, caffè, banane e grano.

Nonostante l’apparente buon senso, quest’operazione rischia di rivelarsi inefficace se non tiene conto degli interessi dei *contadini di Asia e America Latina* (le principali aree di coltivazione). I raccolti dei prodotti di conversione rendono loro, infatti, fino a dieci volte di meno di quanto renda la produzione di piante illegali (per la quale essi ricevono compensi già minimi dalle organizzazioni di narcotraffico, che non consentono loro di elevarsi al di sopra di condizioni di povertà).

Se dunque le coltivazioni alternative non permettono condizioni di sopravvivenza dignitose, il ricorso alle coltivazioni illegali costituirà una tendenza costante rispetto alla quale nulla potranno il pesante controllo militare e l’intervento repressivo. Un programma di reale conversione delle coltivazioni di oppio e di coca può avvenire solo con accordi forti con le organizzazioni contadine, in cui emergano con evidenza i vantaggi (e non solo gli svantaggi) dei nuovi programmi, nonché con sostegni più ampi alle realtà regionali coinvolte, alle loro amministrazioni locali, in cambio di una maggiore affermazione di una cultura della legalità.

Nella lunga catena che va dalla produzione alla vendita/consumo, gli anelli deboli non sono però solo i contadini poveri dei Paesi in via di sviluppo. Vi sono le *persone tossicodipendenti*, la cui condizione di bisogno le spinge spesso a spacciare. E vi sono altri soggetti, altrettanto ricattabili, che vengono ingaggiati e allettati dallo spaccio: ci riferiamo ai *minori stranieri* non accompagnati, utilizzati spesso dalle diverse “cupole” come “cavalli” per il trasporto di dosi, veri e propri salariati dello smercio al minuto.

Molte ricerche indicano che la persona tossicodipendente dedica al piccolo spaccio azzera, o limita fortemente, tale attività allorché entra in un rapporto di aiuto con i servizi. Per i minori stranieri, la partita del “rientro” nella legalità si gioca con quella del permesso di soggiorno. I percorsi di recupero e di reinserimento dei minori stranieri entrati clandestinamente nel nostro Paese passano attraverso una disponibilità di risorse degli enti locali in grado di offrire al contempo tutela giuridica e promozione di opportunità. Solo così è possibile stipulare un “patto” tramite cui cercare di ottenere e sviluppare responsabilità e integrazione sociale.

La lotta al narcotraffico, pertanto, non passa solo per la repressione delle grandi organizzazioni criminali; passa in misura non minore attraverso l’aiuto e l’offerta di opportunità alle persone che il narcotraffico usa per realizzare i suoi immensi profitti.

## **Secondo pilastro: la prevenzione**

Se la repressione riguarda la riduzione dell’offerta di droghe, la prevenzione concerne la riduzione della domanda all’interno di ogni Paese.

La riduzione della domanda di stupefacenti richiede anzitutto un forte investimento educativo, non solo sui giovani a partire dai primi cicli della scuola dell’obbligo, ma soprattutto con gli adulti. Le scelte della società degli adulti non possono infatti non essere oggetto di considerazioni preventive.

Se la tossicodipendenza è in parte interpretabile come tentativo illusorio di far fronte ad un disagio personale e a difficoltà psichiche che non hanno trovato altre vie di risoluzione, essa è anche, in termini più generali, interpretabile come la deriva di comportamenti consumistici che caratterizzano



la nostra società. Nella “cultura del consumo” si cerca una scorciatoia alla costruzione di piaceri e soddisfazioni più complesse e mature, che implicherebbero un maggior ingaggio personale nei rapporti interindividuali, nelle proprie attività, nella ricerca dell’espressione di sé.

Possiamo dire che gli interventi preventivi, per essere efficaci, necessitano oggi di un’articolazione a più livelli.

- a) *Prevenzione primaria a-specifica.* Con questo termine si intende anzitutto la promozione di capacità, di senso critico e di opportunità, tramite cui i bambini prima e i ragazzi poi possono esercitare e sviluppare doti e creatività. Si deve insistere sulla formazione e sulla qualità delle principali agenzie deputate a fornirle: la famiglia, la scuola, il territorio. Bisogna investire in aiuti e sostegni, nelle necessarie integrazioni, in un’offerta aggiuntiva di risorse. La gioventù è un investimento per il futuro, ma l’Italia è tra i Paesi d’Europa che non è nemmeno dotato di un apposito ministero. Non solo, ma l’investimento italiano sui giovani è al di sotto della metà dell’investimento medio degli altri Paesi d’Europa. Sono dati che ci interrogano.
- b) *Prevenzione primaria specifica.* Qui il riferimento è soprattutto all’importanza di una corretta informazione sulle droghe. Tuttavia l’informazione, per arrivare a segno, non dev’essere solo corretta, ma mirata a differenti target della popolazione a rischio. Solo così ha più probabilità di essere interiorizzata dai giovani e suscitare comportamenti conseguenti. L’incrocio tra formazione generale e informazione specifica, coniugato con modalità d’intervento tese a stimolare il protagonismo giovanile, sembra oggi essere alla base dei metodi preventivi più efficaci.
- c) *Prevenzione secondaria.* È la prevenzione che vuole raggiungere chi già consuma sostanze stupefacenti, legali e illegali.

Il primo target è oggi costituito dai preadolescenti (12-13enni) che già nella scuola dell’obbligo fanno uso, e talvolta abuso, di alcol e tabacco. Tutta la letteratura al riguardo, nazionale e internazionale, concorda nell’individuare tali comportamenti precoci come possibili precursori del consumo di cannabis. Il secondo target riguarda invece gli adolescenti che usano hashish e marijuana, talvolta anfetamine ed ecstasy. Questo vasto universo del consumo dev’essere trattato in quanto tale, e non confuso con la dipendenza. Il consumatore, saltuario o abituale, dev’essere cioè aiutato a sviluppare una motivazione ad una scelta di cessazione del consumo.

L’esperienza dimostra purtroppo che non basta elencare i possibili “effetti indesiderati” dell’assunzione di sostanze, né la motivazione sopravviene automaticamente al manifestarsi di danni non sempre e non solo transitori. Che fare allora? Sul versante soggettivo, è necessario che chi consuma, e non intende smettere, apprenda anzitutto la capacità di riconoscere i segni dell’alterazione, non solo rispetto agli effetti attesi ma anche inattesi, e i sintomi di malessere che si possono manifestare medio-lungo termine. Cercare di creare una coscienza critica rispetto ai limiti del proprio stato psico-fisico, può costituire una importante linea di difesa per chi non intende cessare l’assunzione. Sul versante delle sostanze è strategico venire a conoscenza, in tempo reale, di ciò che le sostanze di sintesi effettivamente contengono. La loro composizione chimica è significativamente variabile come i prodotti con cui vengono tagliate. Se un ragazzo deve ricorrere al Pronto Soccorso, per un’ incauta assunzione, i medici devono poter sapere qual è il veleno che ha preso, perché altrimenti non sanno quale antidoto somministrare, o perderanno troppo tempo nel venirne a capo. Da tempo associazioni e operatori impegnati nel settore hanno ripetutamente chiesto di poter analizzare le pastiglie nei luoghi in cui vengono spacciate e consumate. Sono a disposizione strumenti tecnici agili e veloci, sufficientemente attendibili, in grado di fornire ai medici ma anche ai ragazzi stessi la conoscenza dei prodotti in circolazione. È una modalità per costruire un “sistema rapido di allerta” teso alla riduzione dei rischi e dei danni che, al momento, le attuali leggi non prevedono.

### **Terzo pilastro: la cura**

Rispetto al trattamento degli stati di tossicodipendenza, nelle polemiche che spesso infuriano sul sistema dei servizi dedicati (pubblici e del privato sociale), assumono importanza tre sottolineature: rispetto al ruolo delle comunità terapeutiche, del metadone a mantenimento, dell'esperienza della somministrazione controllata di eroina.

- a) *Le comunità terapeutiche.* I trattamenti residenziali a lungo termine costituiscono ancora uno tra gli strumenti più validi per il conseguimento dell'obiettivo dell'emancipazione dalla dipendenza.

Se è vero che le comunità sono uno strumento selettivo (perché pochi ne intraprendono motivati il percorso, perché solo la metà di quelli che vi entrano lo completa, perché solo il 25% del totale non ricade più nell'uso), è anche vero che, con un programma impegnativo della durata di 18-24 mesi, a cui bisogna aggiungere la delicata fase del reinserimento, molte persone sono riuscite a dare un taglio netto con la vita precedente cessando completamente il consumo di sostanze.

Il successo, pur relativo, delle comunità terapeutiche è legato ad alcune scelte imprescindibili: la volontarietà dell'accesso e della residenzialità; l'accompagnamento costante di un'équipe di educatori nell'aiutare alla costruzione e alla realizzazione di un progetto per sé e per la propria vita compatibile con le risorse di ognuno; la grande attenzione alla delicatissima fase di passaggio dalla comunità al reinserimento sociale. Scarsi risultati sono invece riscontrabili nei trattamenti di persone agli arresti domiciliari in comunità, allorché cioè la decisione di disintossicarsi non è una scelta personale ma una costrizione per legge.

Nel corso di trent'anni di esperienza le comunità si sono molto modificate. La loro tipologia è oggi molto variegata in funzione dei diversi bisogni di trattamento. E' più stretto il rapporto con i servizi ambulatoriali in un intreccio di collaborazioni funzionali al risultato terapeutico complessivo. Le strutture dei programmi si sono progressivamente diversificate: dai centri crisi e dalle comunità di pronta accoglienza per situazioni di emergenza e il primo intervento di disintossicazione, alle comunità per madri e bambino, per coppie di persone entrambe dipendenti, per chi è in Aids e ha fatto uso di eroina, per alcolodipendenti, per coloro che sono portatori di problematiche psichiatriche correlate all'uso di sostanze stupefacenti.

La "terra di mezzo", tradizionalmente abbandonata tra gli ambulatori e le comunità, è oggi, in molte realtà territoriali, sempre più coperta da una rete articolata di interventi in cui il sistema dei servizi nel suo complesso ha risposto alla varietà dei bisogni residenziali: da quelli del riparo per le persone dipendenti in strada e senza dimora, a quelli di una "tregua" dall'uso forsennato e compulsivo di sostanze, fino alle comunità terapeutiche e agli alloggi di transizione per facilitare il reinserimento sociale.

- b) *I programmi a mantenimento metadonico.* È noto come il metadone sia il farmaco "principe" per far fronte agli stati carenziali indotti dall'assenza di eroina.

Ormai da molti anni il metadone si è rivelato utile anche per i trattamenti protratti (non a scalare per le disassuefazioni, ma di mantenimento a dosaggi "fissi"), per consentire, a chi non riesce a non ricadere nell'uso delle sostanze, di non essere schiavo della necessità di procurarsi il denaro per l'acquisto, di non scivolare nella vita di strada e di degrado che spesso ne deriva, di non farsi risucchiare in attività illecite.

Gran parte delle persone dipendenti che intraprendono programmi metadonici a lungo termine non smettono completamente l'uso di eroina ma la utilizzano, con una frequenza e una quantità molto più limitata. Spesso riescono a condurre un'attività lavorativa accompagnata da una discreta vita familiare. Questo tipo di trattamento consente loro un'integrazione sociale, altrimenti impossibile da raggiungere perché incapaci di vivere senza sostegno di una sostanza, pur avendoci tentato, senza successo, molte volte. Il "sostitutivo" svolge questa funzione, oltre a

quella di difendere le persone dal rischio di overdose o di infezione dovute all'assunzione per via endovenosa.

La diffusione tra le persone dipendenti di tale tipo di trattamento comporta due particolari attenzioni.

La prima riguarda i "drop out", ossia coloro che non riescono a beneficiarne in alcun modo e non modificano neppure in trattamento il loro uso di droghe illegali e di eroina in particolare. È evidente che per questa fase di utenza, più restia e in difficoltà nel rispondere positivamente a qualsiasi programma, è necessario individualizzare il più possibile l'intervento, lavorando contemporaneamente sul doppio registro della riduzione dei danni e dei tentativi di recupero, nella consapevolezza che il continuare a seguirli senza abbandonarli offre, nel tempo, maggiori probabilità di cura.

La seconda attenzione di cui necessitano i trattamenti metadonici protratti consiste nella forte integrazione tra gli interventi farmacologici e gli interventi psicosociali. Tutta la letteratura internazionale e nazionale ribadisce che là dove c'è integrazione tra i due interventi, il programma complessivo risulta più efficace. Il rischio è che oggi, per via dei tagli alla spesa sanitaria e l'erosione degli organici dei servizi, le risorse umane e finanziarie che garantiscono l'integrazione vengano meno e che il farmaco, notoriamente meno costoso di altri interventi (quali ad esempio le borse lavoro e il reinserimento lavorativo sociale o programmi abitativi per i senza dimora o le persone uscite dal carcere), sia lasciato solo, senza che ci sia una solida capacità dell'utenza a farne uso proficuo.

I trattamenti metadonici protratti non sono da considerarsi a tempo indeterminato. Laddove pervengono a pieni risultati si giunge, pur dopo anni, a un lento scalare e alla totale emancipazione da qualsiasi sostegno chimico.

c) *Somministrazione controllata di eroina.* La somministrazione controllata di eroina a persone tossicomani è una proposta che, sperimentata con buoni risultati in Svizzera, suscita periodicamente accese discussioni in Italia. Gli operatori svizzeri insistono nel ritenerla non una misura di riduzione del danno, ma un trattamento medico a tutti gli effetti. Un trattamento terapeutico, dicono, per quei tossicodipendenti (in genere con una lunga storia di dipendenza alle spalle e di reiterati tentativi di uscirne) non più reclutabili per altri interventi, nemmeno per il trattamento metadonico protratto. Del resto il primo imperativo in medicina recita così: "Là dove non riesci a effettuare un programma di cura che porti alla completa guarigione, effettua almeno un programma di cura che consenta i maggiori vantaggi possibili per la persona". In questo caso i "maggiori vantaggi possibili" sono: non essere prigionieri del mercato illegale, evitare il rischio di carcerazione, scongiurare la possibilità di un ulteriore aggravamento del proprio stato di salute, evitare uno stile di vita che danneggi il proprio equilibrio personale, la propria autostima e così via. In Svizzera, è bene ricordarlo, la sperimentazione ha avuto esito più che soddisfacente perché a fianco del trattamento con eroina si sono fortemente integrati i trattamenti psico-sociali. Molto si è investito in politiche della casa, del lavoro e del tempo libero, in interventi terapeutici e di contrasto all'emarginazione. In Italia la somministrazione controllata di eroina resta un capitolo inattuale perché le ragioni della politica non sembrano al momento consentire una sperimentazione di questo tipo.

#### **Quarto pilastro: la riduzione del danno**

L'ultimo pilastro in materia di politiche sulla droga è la riduzione del danno. È una strategia articolata (di carattere sanitario e sociale) di supporto alla popolazione tossicodipendente. In Italia se ne comincia a parlare agli inizi degli anni '90, quando l'Aids si diffonde tra le persone eroinomane fino a cambiare il volto del fenomeno droga. Di fronte al dilagare del virus si sono imposti, legittimandosi anche di fronte all'opinione pubblica, interventi di riduzione del danno ormai "classici", quali la distribuzione di siringhe pulite, lo scambio della siringa sporca con quella pulita – da parte dell'operatore o tramite apposite macchinette – le unità di strada, l'offerta di preservativi. Di qui anche, un po' a catena, altri interventi che mirano alla salvaguardia della vita, come la distribuzione di materiale sterile e la diffusione di Narcan quale farmaco salvavita in caso di overdose, fornito direttamente alle persone tossicodipendenti.

Non fu subito chiaro che questi interventi, di carattere più strettamente sanitario, costituivano solo una parte e non esaurivano gli interventi di riduzione dei danni. Poco a poco si evidenziò, ma con sempre più forza, l'importanza degli interventi sociali, con la creazione e il rafforzamento di un sistema di servizi a bassa soglia di accesso. L'intervento di supporto ai bisogni primari (dormitori, mense, docce e lavanderie, luoghi alternativi alla strada in cui stare di giorno) ha consentito una fondamentale integrazione con le risorse socio-assistenziali e ha reso innanzitutto più efficace l'intervento sanitario stesso, potendo questo "appoggiarsi" su un'utenza meno distratta dall'affannosa ricerca di soluzione dei problemi elementari e quotidiani della sopravvivenza, più attenta alla continuità delle cure.

Costruendo una rete di risposte alle necessità di chi, se non vive letteralmente in strada, con la vita di strada ha molto da spartire, è stato possibile costruire, contatto dopo contatto, una relazione che ha significato maggiore conoscenza reciproca, l'instaurarsi di un rapporto di fiducia, l'emergere di una richiesta di aiuto evolutiva diretta ad affrancarsi in primo luogo dagli aspetti più pesanti e distruttivi connessi alla dipendenza compulsiva. Le tante domande di "tregua" hanno spesso costituito l'occasione per trovare e definire insieme le possibili risposte (centri crisi, mantenimenti metadonici, borse lavoro, affidamenti ai servizi per evitare la carcerazione), ma hanno anche consentito di liberare risorse per la persona, non più totalmente dedita alla rincorsa della sostanza e del denaro per procurarsela.

L'intervento sociale di riduzione del danno è contenimento, limitazione, per quanto possibile, del progressivo slittamento, lento o rapido che sia, verso i punti di non ritorno della dipendenza. Significa aiutare una persona, che non vuole o non riesce a risolvere la dipendenza da eroina, a "stare" dentro limiti di compatibilità con il vivere sociale, con la legalità, con la cura di sé, con la propria salute, con un'organizzazione della propria vita che non si traduce in un'equazione esclusiva con la sostanza e con lo stile di vita indotto. Se l'intervento riesce, anche la persona riesce a essere "altro" oltre che un eroinodipendente.

La riduzione del danno è un pilastro irrinunciabile. Non è una resa di fronte al dramma della tossicodipendenza, ma è un prendersi cura della persona in difficoltà. Inoltre è una politica che tutela la sicurezza pubblica: un'offerta di servizi a bassa soglia, facilitando l'integrazione sociale delle persone tossicodipendenti, può infatti diminuire i reati correlati alla necessità quotidiana di procurarsi le dosi. In questo senso è una riduzione dei danni non solo individuali ma collettivi connessi al consumo di sostanze stupefacenti.