



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E
PSICOLOGIA APPLICATA**

**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA
FORMAZIONE**

CURRICOLO EDUCAZIONE SOCIALE E ANIMAZIONE CULTURALE

RELAZIONE FINALE

"L'anima non conta": storie di strada, storia senza fine

RELATRICE:

PROF.SSA CLAUDIA MANTOVAN

CORRELATORE:

GIUSEPPE DI PINO

LAUREANDA:

ANGELICA BASSAN

MATRICOLA 2009144

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

Voglio dedicare questo elaborato finale a tutte le persone che mi sono state vicine durante il percorso accademico: senza di voi questo traguardo non avrebbe lo stesso significato.

Alla mia relatrice Claudia Mantovan, per aver scelto di affiancarmi durante la stesura, per la sua infinita disponibilità e appoggio.

Al mio correlatore Giuseppe Di Pino, per aver creduto nelle mie capacità e avermi permesso di diventare l'educatrice che sono oggi.

Ai miei genitori, per avermi dato l'opportunità di studiare e di inseguire i miei sogni.

A mia sorella, per avermi sempre incoraggiato ad affrontare ogni esperienza con audacia.

A Jacopo, per essere stato rifugio durante i momenti di difficoltà e presenza costante durante il cammino.

A Camilla, Ilenia e Caterina, le migliori compagne di viaggio che potessi desiderare.

*Il vostro amore è stato pura energia.
Vi sarò per sempre grata.*

*Maledetto il giorno in cui mi son fidato di questo paese
Lurido, sperduto, imbarazzato
Freddo, grigio, solitario, disastrato
Dove ho creduto di esserti vicino, ma vicini eran solo i guai
Ed i tuoi*

*Ma il sole risorge ogni giorno
E ogni giorno i ragazzi al parco si fanno
Giù da questo scoglio, giù nel mare in verticale
Giù e poi nuotare, non c'è altro da fare, senza bestemmiare,
Zitto e non fiatare, tanto
L'anima non conta
Tu libera e felice vai, mi ritrovi dove sai*

L'anima non conta – The Zen Circus

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUZIONE | 5 |
| CAPITOLO 1: IL SETTING COME ELEMENTO FONDAMENTALE NEL CONSUMO CONTROLLATO | 7 |
| 1.1 <i>Droga, set e setting: un progetto di ricerca</i> | 7 |
| 1.2 <i>Norme sociali e rituali: le componenti del setting</i> | 10 |
| 1.3 <i>Esempi pratici del funzionamento del modello</i> | 13 |
| CAPITOLO 2: POLITICHE SULLE DROGHE, RIDUZIONE DEL DANNO E AUTOREGOLAZIONE | 16 |
| 2.1 <i>Politiche sulle droghe: storie di stigma, criminalizzazione e patologizzazione</i> | 16 |
| 2.2 <i>Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi: l'approccio più efficace?</i> | 28 |
| 2.3 <i>NADPI: Dodici punti chiave per andare verso un modello operativo innovativo</i> ... | 36 |
| CAPITOLO 3: TIROCINIO FORMATIVO | 39 |
| 3.1 <i>Il contesto di Mestre e Marghera</i> | 39 |
| 3.2 <i>I colloqui di autoregolazione e il setting</i> | 44 |
| 3.3 <i>Il ruolo dell'educatore nei contesti "di strada"</i> | 51 |
| CONCLUSIONI..... | 55 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 57 |
| SITOGRAFIA..... | 58 |

INTRODUZIONE

Questa relazione finale vuole indagare il ruolo e l'influenza che il contesto sociale ha sul controllo del consumo delle persone che usano droghe, attraverso l'approfondimento della letteratura esistente e l'analisi dell'esperienza di tirocinio formativo svolto presso il Comune di Venezia.

L'obiettivo è quello di condurre una riflessione sul fenomeno dell'uso di sostanze, indagando in particolar modo la situazione delle persone che consumano droghe e vivono in una condizione di profonda emarginazione, stigmatizzazione e criminalizzazione. Propongo uno sguardo che vada oltre ai luoghi comuni attraverso i quali viene riduttivamente interpretata la questione. Ciò è possibile, in parte, prendendo coscienza rispetto alle azioni messe in atto per governare il fenomeno e le conseguenze che queste hanno provocato. Alla luce di quanto detto finora, le domande poste sono le seguenti: è possibile avere controllo sulla sostanza? In che modo le politiche sulle droghe hanno influito rispetto all'evoluzione del consumo di droghe? Qual è la strategia d'intervento migliore per sostenere le persone che usano droghe? Come educatore, qual è la posizione adatta da tenere all'interno dei contesti di "strada"?

Attraverso la stesura di questo elaborato, è stato possibile cercare delle risposte approfondite e basate su elementi concreti rispetto alle questioni sollecitate. Il primo capitolo tratterà il modello del triangolo di Zinberg, per poi approfondire gli elementi costitutivi del *setting*: norme sociali e rituali, attraverso la spiegazione con esempi pratici tratti dalla letteratura. È stato necessario indagare i processi sociali che influenzano i modelli e gli stili di consumo per poter comprendere il funzionamento del consumo controllato. Il cuore dell'elaborato, il secondo capitolo, offre un riassunto della storia delle principali politiche sulle droghe che hanno inciso profondamente sul contesto sociale italiano, riflettendo sulla Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi come strategia di intervento rispetto al fenomeno del consumo di droghe, ma anche come modello operativo innovativo. In questo modo è stato possibile condurre una riflessione approfondita rispetto ai fenomeni sociali, come la stigmatizzazione, e alle azioni politiche messe in atto che hanno inevitabilmente contribuito a scrivere le storie

di vita di molte persone: una storia infinita. Il capitolo conclusivo prende in esame l'esperienza di tirocinio formativo sulla base degli aspetti discussi precedentemente, con particolare attenzione ai colloqui di autoregolazione, al *setting* e al ruolo dell'educatore nei contesti "di strada". Osservare e riflettere sono degli strumenti necessari per poter essere operatori/trici consapevoli.

Questo elaborato, infine, vuole essere il coronamento di un percorso accademico profondamente significativo e l'inizio di un percorso professionale che richiede impegno, cura e cammino.

CAPITOLO 1:

IL SETTING COME ELEMENTO FONDAMENTALE NEL CONSUMO CONTROLLATO

1.1 Droga, set e setting: un progetto di ricerca

“[...] tutto ciò che pensiamo di sapere sulle droghe, sulla dipendenza e sulla capacità di scelta, in sostanza, è sbagliato. E il lavoro che svolgo – e la mia vita – possono mostrarne la ragione. Osservando le persone oggetto dei miei studi, ho cominciato a riflettere su cosa avesse condotto me e loro a occupare posizioni così diverse. Perché io ero quello con il camice bianco e non il fumatore di crack rinchiuso nello stanzino dell’esperimento? Cosa ci aveva reso diversi? Come ero riuscito a fuggire dai quartieri poveri e arretrati in cui ero cresciuto, e a sottrarmi a una vita adulta segnata dalle droghe, dalla prigione, da morti violente e dal caos, come quella che molti dei miei familiari e amici d’infanzia avevano vissuto? Perché, invece, ero diventato un professore di Psicologia alla Columbia University, con una specializzazione in Neuropsicofarmacologia? Cosa mi aveva permesso di compiere scelte così diverse dalle loro?” (Hart 2018, pp. 17-18).

Questa è la riflessione che ha condotto Carl Hart, psicologo e neuroscienziato afroamericano, alla stesura di quella che potremmo considerare la sua biografia: *A caro prezzo, droghe, neuroscienze e pregiudizi sociali*. Nel libro, l’autore ripercorre la sua storia di vita alla luce di alcuni interrogativi che si è posto nel corso degli anni. Hart nasce in uno dei sobborghi più malfamati di Miami e cresce immerso in un contesto profondamente segnato dalla questione razziale. Inizia precocemente a fumare sigarette, utilizza droghe e frequenta contesti sociali fortemente caratterizzati dalla subcultura afroamericana degli anni 60. La sua sembra essere una di quelle storie infinite, che si ripetono. Una delle tante della popolazione afroamericana, segnata da emarginazione ed etichettamento: questi due elementi hanno portato alcuni ad una sorte già scritta. L’autore ricorda i primi anni della sua infanzia, in cui i bambini neri e le bambine nere dovevano frequentare “classi speciali” poiché provenienti da famiglie

povere, dunque non sufficientemente preparati/e al livello di istruzione richiesto (Hart, 2018). Hart descrive anche il processo che porta il razzismo a trasformare le proprie vittime in carnefici, parlando dell'educazione ricevuta dai parenti prossimi e spiegando come il comportamento venga plasmato da modelli di rinforzo e punizione (*Ibidem*). Attraverso la narrazione dell'autore, è possibile avere un esempio pratico di ciò che Norman E. Zinberg chiama *setting* all'interno del suo modello: "" [...] 'contesto sociale', che modifica i comportamenti e che detta le reazioni di chi consuma droghe" (Zinberg, 2019). Partiamo dagli albori.

Norman E. Zinberg è uno psichiatra e psicoanalista americano. Le riflessioni che hanno condotto l'autore alla stesura del libro *Drug, set and setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*, sono iniziate nel 1962 (Zinberg, 2019). Al tempo, dopo anni di docenza a medici non psichiatri presso il Beth Israel Hospital di Boston, l'autore comincia a porsi varie domande sull'esitazione di questi medici nel prescrivere oppiacei per alleviare il dolore, timorosi di favorire l'insorgenza di uno stato di dipendenza (*Ibidem*). L'autore, in collaborazione con David C. Lewis, comincia a studiare il fenomeno e scopre che:

"Un ampio insieme di atteggiamenti sociali e culturali tradizionali verso l'uso di oppiacei era stato evidentemente interiorizzato dai nostri medici, e stava dominando i loro pensieri e il loro agire, generando paure che minavano la loro capacità di dare sollievo al dolore. Inoltre, gli atteggiamenti dei medici non solo determinavano la loro propensione a prescrivere o non prescrivere oppiacei, ma influenzavano anche gli effetti che questi farmaci avevano sui loro pazienti." (Zinberg 2019, p. 18).

In seguito a questa prima esperienza nel campo delle droghe, Zinberg viene considerato come psichiatra esperto del settore e comincia ad avere sempre più pazienti ritenuti tossicodipendenti. Compie diversi studi e dirige numerosi progetti di ricerca sul consumo di droghe. Una delle esperienze più incisive risulta essere quella avuta con i militari consumatori di eroina in Vietnam. L'autore, nel 1971, viene inviato in Vietnam dalla Ford Foundation e dal Dipartimento della Difesa. Attraverso l'osservazione sul campo, Zinberg intuisce essere il contesto sociale ad influenzare i soldati nel consumo di eroina e suggerisce all'Esercito di allontanare i soldati che consumavano droghe dal Vietnam (Zinberg, 2019).

Consiglio che il generale Frederick Weygand rifiutò. Secondo lo stesso, una simile scelta avrebbe portato al ritiro di tutti i soldati. “A quel tempo, la mia teoria su come i gruppi riescono a elaborare validi controlli sociali per sostenere un uso controllato non era ancora abbastanza evoluta da essere convincente.” (Zinberg 2019, p. 22). Un *follow-up* condotto dall’autore, e altri studi più estesi condotti da Lee N. Robins, su alcuni militari che rientravano per un breve periodo, a causa del loro consumo, hanno dimostrato che: “una volta sottrattisi a quella atmosfera nociva (il contesto sociale negativo), l’infezione (l’uso di eroina) sostanzialmente cessava. Circa l’88% degli uomini che erano dipendenti in Vietnam non lo diventavano nuovamente dopo il loro rientro negli Stati Uniti” (*Ibidem*). L’autore capisce che il contesto sociale ha un ampio potere e si chiede se questo possa essere usato positivamente per il controllo delle droghe (Zinberg, 2019). Nonostante ciò, comprende anche che la maggior parte degli studi condotti sulle droghe fino a quel momento, non prendono in considerazione la possibilità che possa esserci un controllo da parte del consumatore sulla sostanza. Solo a metà degli anni Settanta, la comunità scientifica ha riconosciuto l’esistenza e l’importanza di un ventaglio di modelli di consumo (*Ibidem*). Infatti,

“Il nuovo interesse per studi comparativi sui modelli di uso e abuso di droghe è dovuto ad almeno due fattori. Il primo è che, nonostante l’enorme diffusione del consumo di marijuana, la gran parte delle preoccupazioni circa i rischi per la salute si è dimostrata infondata. [...] Questi sviluppi hanno portato al riconoscimento, da parte del pubblico e dei professionisti, della possibilità che le sostanze illegali possano essere usate con moderazione e che la domanda su come il controllo agisca ai diversi livelli del consumo meriti molta più ricerca. Il secondo fattore a sostegno di questa nuova prospettiva di ricerca è rappresentato dal lavoro pionieristico di pochi scienziati che si sono concentrati sulla logica dei loro risultati ben più che sullo sguardo dominante sulle droghe illegali.” (Zinberg 2019, p. 31).

Infine, il progetto di ricerca che ha portato l’autore alla stesura di *Drug, set and setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*, è iniziato nel 1973 e aveva alla base due ipotesi abbastanza controverse all’epoca, e tutt’ora difficilmente accettate. La prima era rivolta a comprendere la motivazione che spinge una

persona a usare droghe illegali e quali effetti queste avessero sul consumatore, sostenendo fosse necessario considerare tre fattori: la sostanza (l'azione farmacologica della droga), l'individuo (l'atteggiamento della persona durante il consumo, inclusa la struttura della sua personalità) e il contesto (l'influenza del contesto fisico e sociale in cui avviene il consumo) (Zinberg, 2019). "Tra questi tre determinanti, il contesto ha ricevuto meno attenzione e analisi; perciò, è stato posto al centro del lavoro di ricerca (Zinberg & DeLong 1974; Zinberg & Jacobson 1975)" (Zinberg 2019, p. 33). La seconda ipotesi derivata dalla prima, invece, mette in evidenza il contesto sociale come fattore che porta sotto controllo l'uso di droghe, attraverso lo sviluppo di norme sociali e rituali (Zinberg, 2019).

1.2 Norme sociali e rituali: le componenti del setting

Senza entrare nel merito dei fattori *drug* e *set*, si andrà ad analizzare il *setting*. Questo è composto dalle norme sociali e dai rituali sociali: le prime sono rappresentate dai valori e dalle regole di condotta, mentre i secondi riguardano i modelli di comportamento. L'unione di questi fattori determina i controlli sociali informali (Zinberg, 2019).

“Le norme sociali definiscono se e come una specifica droga dovrebbe essere usata. Possono essere norme informali e condivise da un gruppo, come accade per le massime che riguardano il consumo di alcol, ‘conosci i tuoi limiti’ e ‘non guidare quando sei ubriaco’; oppure possono essere formali, relative a leggi e politiche che regolano l'uso di sostanze (Zinberg, Harding & Winkeller 1981; Maloff e altri 1982). I rituali sociali sono modelli di comportamento stilizzati, prescritti, relativi all'uso di una sostanza. Hanno a che fare con le modalità di procurarsi la sostanza, di gestirla, con la scelta del contesto fisico e sociale dove assumerla, con le attività da svolgere dopo il consumo e con i modi per evitare effetti indesiderati. I rituali servono pertanto a sostenere, rinforzare, simbolizzare le norme sociali. Nel caso dell'alcol, per esempio, l'invito comune ‘Beviamoci un bicchiere’ automaticamente suggerisce un grado di controllo usando il singolare, ‘un’ bicchiere. Di contro, ‘Sbronziamoci!’ implica che si intende abbandonare ogni limite” (Zinberg 2019, p. 33).

Ciò riguarda non solo l'uso di droghe, ma in modo più ampio il

funzionamento dei gruppi sociali, i quali creano norme e cercano di farle rispettare indicando quali comportamenti sono corretti e quali non lo sono in determinate circostanze (Becker, 2017). Ritroviamo tutto ciò in Hart:

“Le relazioni sociali vengono spesso viste esclusivamente in chiave di influenza negativa rispetto al consumo di droga. Tuttavia, ciò che non viene registrato è la complessità dei comportamenti di gruppo. Gli esseri umani hanno concertato da sempre dei meccanismi per determinare cosa è ‘noi’ e cosa è ‘loro’, e il consumo di un determinato alimento o di una droga specifica è una maniera tipica per stabilirlo. I ragazzi più giovani sono particolarmente sensibili a questi segni di appartenenza e quindi, se il prezzo per far parte di un gruppo è l’assunzione di una droga, molti sono disposti a pagarlo. Alcuni gruppi sociali, peraltro, segnano i loro confini evitando certe tipologie di consumo di stupefacenti: per esempio, gli atleti rifiutano il fumo, gli hippy degli anni Sessanta rifiutavano i superalcolici, preferendo la marijuana o l’LSD, e i neri respingevano l’anfetamina, considerata una droga da bianchi. Sia a livello di cerchia di amici che di cultura nazionale, il comportamento relativo alle droghe non si limita alla voglia di sballarsi, ma è spesso utilizzato per circoscrivere l’appartenenza a un gruppo e determinare la propria collocazione sociale. Gli aspetti sociali connessi al consumo di droghe mutano al variare dell’età.” (Hart 2018, pp. 115-116).

Procedendo, l’autore sottolinea come, in realtà, la maggior parte dei consumatori non sviluppi dipendenza, e che una forma patologica di consumo è provocata soprattutto da bisogni relazionali insoddisfatti, da condizione di alienazione sociale e dalla difficoltà di rapportarsi con gli altri (*Ibidem*). A sostegno di ciò, esistono nella letteratura scientifica vari studi ed esperimenti condotti, tra cui quelli dello psicologo canadese Bruce Alexander e colleghi, ma, risalendo a B. F. Skinner, è possibile riscontrare l’importanza delle connessioni sociali nei principi del comportamento (*Ibidem*).

Ritornando alla personale esperienza di Carl Hart, egli riporta l’esperienza con la marijuana come quella più frequente durante gli anni delle scuole superiori, sottolineando quanto il fenomeno fosse diffuso tra gli anni Settanta e i primi anni Ottanta (*Ibidem*). È possibile analizzare anche un frammento in cui l’autore descrive il suo primo approccio alla sostanza, avvenuto grazie a due amici, i quali lo hanno convinto a provarla (*Ibidem*). Di lì a poco, Hart avrebbe iniziato a

venderla per il ruolo che la droga ricopriva nel suo ambiente sociale (*Ibidem*). Ciò che l'autore racconta, è un esempio pratico di ciò che Norman E. Zinberg chiama *norme informali*: l'insieme dei valori che portavano Hart, in quanto atleta, a non consumare marijuana per essere il più prestante possibile durante le partite, e le stesse che, in seguito, per influenza del gruppo, lo hanno portato invece all'assunzione. Per quanto riguarda i rituali invece, possiamo risalire ad un esempio pratico rifacendoci alle interviste del progetto di ricerca condotto da Zinberg. In questo caso, prendendo in considerazione le sostanze psichedeliche, i consumatori riferiscono di fare uso all'interno di un gruppo particolarmente interessato a queste sostanze e di seguire regole ben precise come: pianificare l'uso, consumare con persone di cui ci si fida e che possano essere di sostegno durante un viaggio brutto, stabilire cosa bere e cosa mangiare durante l'esperienza, quali attività svolgere, capire se nel caso di un brutto viaggio sono disponibili altre sostanze o torazina, capire se è il caso di parlare con le persone durante l'eventuale viaggio spiacevole, il consumo deve avvenire in un setting specifico possibilmente appartato e confortevole, designare una guida esperta all'interno di un gruppo in grado di sostenere i meno esperti (Zinberg, 2019). Oltre alle norme sociali e ai rituali, sono presenti anche rituali individuali:

R: Quando sei pronto per un viaggio con l'LSD, c'è un sacco di preparazione che devi fare. Per me era l'inizio o la fine della primavera, c'erano cinque amici, eravamo molto legati. Abbiamo preso una dose molto modesta di LSD, molto piccola, perché era la prima volta per me, gli altri l'avevano già fatto, ma anche loro hanno deciso così. Pensavamo che se tutti avessimo preso la stessa dose, avremmo viaggiato meglio sulla stessa lunghezza d'onda, ci siamo seduti e abbiamo ascoltato della musica, per la prima parte del viaggio. L'ho fatto anch'io, ma non è successo niente per circa due ore. Non sapevo cosa aspettarmi, abbiamo cominciato a parlare di un sacco di cose, quali erano le nostre aspettative, come sarebbe stato smaltire l'effetto, cose così. Sai, era fondamentalmente una cazzata, si ridacchiava, e robe così, un sacco di nervosismo. Ero davvero nervoso e poi, è salito, ed è stato un viaggio molto dolce, per tutto il tempo che è durato. Non sono entrato in alcuna dimensione astrale. Parlavo con i miei amici su che fare. Si stava facendo tardi e siamo andati in un bosco dove non c'era nessuno.

I: Eravate fuori Gloucester?

R: Sì, a casa di un amico. Siamo andati nel bosco, e gli alberi sembravano

bellissimi, e abbiamo guardato il tramonto. È stata un'esperienza molto bella. Nulla di religioso, solo molto bella (Zinberg 2019, p. 217).

Inoltre, le interviste condotte da Zinberg tra persone di diversa generazione mettono in evidenza il mutamento delle norme sociali e dei rituali; queste, infatti, cambiano nel tempo grazie all'evoluzione della società e al variare delle culture (Zinberg, 2019). Nel caso specifico del consumo di sostanze psichedeliche, ad esempio, i consumatori più vecchi attribuivano agli psichedelici un significato di "crescita personale" piuttosto che una connotazione ricreativa e vedevano il viaggio come una crescita intellettuale, una più profonda conoscenza del sé (*Ibidem*). I soggetti più giovani, invece, sono più legati ad obiettivi ricreativi, compreso una maggiore familiarità con le droghe e un minor senso di colpa nell'utilizzarle (*Ibidem*).

1.3 Esempi pratici del funzionamento del modello

All'interno di *Droga, set e setting: le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive*, Norman E. Zinberg riporta due interviste che egli ha strutturato per poter esplorare rispettivamente la sostanza utilizzata dal consumatore, la struttura di personalità dello stesso e il contesto sociale nel quale la persona vive (Zinberg, 2019). Nell'Appendice A, troviamo la traccia dell'intervista iniziale, più elaborata e complessa rispetto a quella presente in Appendice B (*Ibidem*). Si tratta di una serie di domande guida da porre alla persona durante il primo incontro. In questo caso, potremmo suddividere l'intervista in due parti: la prima atto ad acquisire informazioni di base, sui genitori e sulla famiglia, sul lavoro, sull'istruzione, sugli aspetti legali, sulle attività, sulle amicizie, sui rapporti con gli altri soggetti, sul/sulla partner e coniuge; mentre la seconda si occupa di esplorare la storia dell'uso di droghe specifica di quella persona (*Ibidem*). In questa parte, troviamo domande distinte per alcol e tabacco, primo uso di droghe illegali, altre droghe (non oppiacei), specificamente sugli oppiacei, procurarsi la droga, prepararsi, usare e, infine, droghe in generale (*Ibidem*). In alcune di queste sezioni vengono fornite indicazioni precise rispetto alla somministrazione dei quesiti, come avviene, ad esempio, per le domande

relative all'assunzione di altre droghe non oppiacei in cui l'autore suggerisce di usare la sequenza in ordine cronologico (*Ibidem*). La raccolta di tutte queste informazioni ci consente di ricostruire non solo la storia della persona che usa droghe: la storia di consumo, la storia familiare, gli ambienti vissuti; ma anche di comprendere le motivazioni che l'hanno spinto a modificare un determinato modello di consumo, una determinata sostanza, un determinato ambiente (*Ibidem*). In Appendice B, troviamo l'intervista da somministrare dopo il primo incontro (*Ibidem*). Questa esplora comunque categorie simili alle precedenti, ma è composta da domande differenti (*Ibidem*). Ad esempio, per quanto riguarda la sezione relativa alla storia dell'uso di droghe, nella prima intervista troviamo molteplici domande atte ad esplorare in modo approfondito la relazione del/la consumatore/trice con le sostanze, mentre nella seconda intervista troviamo un'unica sezione che si interessa del consumo avvenuto recentemente (*Ibidem*).

Entrando nello specifico: ci sono diverse domande relative al contesto che ci consentono di comprendere l'influenza dello stesso nei cambiamenti dei modelli di consumo della persona che usa droghe (*Ibidem*).

I: Hai usato eroina quando eri fuori dalla California?

R: Poche volte. Avevo degli amici che usavano saltuariamente e un amico dipendente, e qualche volta usavamo insieme e poi andavamo fuori a mangiare grandi cene e a farci di eroina. Non credevo alle stupidaggini che si dicevano sull'eroina. E non ci credo nemmeno adesso. Dà dipendenza. Devi stare molto attento, e quando andavamo a mangiare, ci facevamo e dopo andavamo a mangiare.

I: Era una cosa, tipo una cosa sociale?

R: Certo, una cosa sociale.

I: Era l'effetto della droga che favoriva questo comportamento sociale?

R: Sì. Beh, dipende da quanto ti fai. Se ti fai troppo, ti abbiocchi, no?, ma è anche una droga strana, sai, perché ci puoi anche trovare l'energia per fare qualsiasi cosa. Devi metterti nella giusta dimensione mentale. Penso che la cosa più importante del farsi di eroina sia combattere l'effetto del down. Molta gente lo fa con i tranquillanti, anche. Si pensa che tu debba andare a dormire, ma ci combatti contro e ti fai un bello sballo (Zinberg 2019, p. 185).

In questo frammento di intervista, ripresa dal progetto di ricerca dell'autore, è possibile notare come una semplice risposta ad una domanda sul contesto, "*Hai usato eroina quando eri fuori dalla California?*", ci fornisca informazioni riguardanti il contesto sociale di un determinato momento di vita della persona, il suo *set* e il modello di consumo della stessa:

- Gruppo di amici
- Uso saltuario
- Consumatore cauto e competente rispetto alla sostanza utilizzata.

Queste interviste risultano particolarmente efficaci ed interessanti quando vengono impiegate dalle/dagli operatrici/operatori della Riduzione del Danno per i colloqui di autoregolazione, di cui parleremo più approfonditamente nei capitoli due e tre.

CAPITOLO 2:

POLITICHE SULLE DROGHE, RIDUZIONE DEL DANNO E AUTOREGOLAZIONE

2.1 Politiche sulle droghe: storie di stigma, criminalizzazione e patologizzazione

Ogni persona appartiene a diversi gruppi sociali ed è inserita in un determinato contesto sociale. Parlando di *setting* e di come questo influisca sulle scelte delle persone che usano droghe, è necessario parlare anche di politiche sulle droghe. Nel modello del triangolo di Zinberg, le norme sociali sono composte da norme sociali informali e formali: quest'ultime sono costituite dalle leggi (Zinberg, 2019).

Facendo riferimento al contesto italiano, la prima disciplina in materia di stupefacenti risale al Regio Decreto-legge n°355 del 22 febbraio 1922, che delegava il Governo ad emanare norme atte a seguire quanto indicato nella Convenzione Internazionale dell'Aja del 1912¹. Questa particolare normativa, di stampo proibizionista, era motivata dall'ampia diffusione di oppiacei, in Europa e in Nord America, tra ampie fasce di popolazione, tramite modalità e forme differenti². Essa era indirizzata contro la diffusione degli stupefacenti e contro il traffico illecito, indirizzata alla tutela della salute pubblica minata dal mercato di droghe tradizionali d'importazioni e "nuovi preparati" creati dall'industria farmaceutica³. Per un lungo periodo le politiche furono influenzate dal concetto di "degenerazione", sviluppatosi da un dibattito tra accademici presente in *Il vino nel delitto, nel suicidio e nella pazzia* di Cesare Lombroso: Auguste Morel, neurologo francese, sosteneva che "nei folli, nei criminali e nei loro consanguinei" si potevano individuare "stimmate della degenerazione", trasmesse per via ereditaria e che, a lungo andare, comportavano "l'indebolimento della razza"⁴. In

¹ <https://www.centrostudilivativo.it/la-legislazione-sugli-stupefacenti-nellitalia-unita-una-prima-panoramica/>

² *Ibidem*

³ *Ibidem*

⁴ *Ibidem*

tutto ciò, Lombroso e la sua scuola di antropologia criminale, ritennero ci fossero anche fattori d'influenza come le condizioni sociali e ambientali di vita⁵. Nel 1910, il Ministro dell'Interno e Presidente del Consiglio, Luigi Luzzatti propose un disegno di legge sull'alcol che prevedeva l'introduzione di "asili di cura" per "alcolizzati abituali e pericoli"; fu però eliminato dal progetto approvato il 19 giugno 1913⁶. Raffaele Garofalo, relatore della legge al Senato, non ritenne utile l'operazione in quanto per gli "alcolizzati divenuti dementi" provvedeva già la legge del 14 febbraio 1904 n°36, quella sui manicomi⁷.

“La legislazione sui manicomi aveva stabilito il ricovero obbligatorio per gli alienati che rappresentavano ‘un pericolo per sé e per gli altri’ o costituivano ‘pubblico scandalo’, adottando una ratio che non si basava unicamente sulle esigenze curative del soggetto, bensì sul principio del mantenimento dell’ordine pubblico, con la conseguente separazione ed esclusione dalla società degli individui ritenuti pericolosi. [...] Al manicomio veniva affidato così un doppio mandato, di assistenza e di controllo sociale: più che curare i ricoverati, esso doveva ‘difendere’ la società ‘sana’ dalla loro reale o presunta pericolosità, per la quale gli alienati rappresentavano un pericolo o costituivano pubblico scandalo. In base a questi assunti, potevano essere quindi ricoverati non solo persone con effettive patologie mentali, ma tutti quei soggetti che mostravano pubblicamente comportamenti ritenuti socialmente o moralmente rimproverevoli, aprendo quindi le sue porte anche agli alcolisti”⁸.

⁵ <https://www.centrostudilivativo.it/la-legislazione-sugli-stupefacenti-nellitalia-unita-una-prima-panoramica/>

⁶ *Ibidem*

⁷ *Ibidem*

⁸ *Ibidem*



Foto 1 – Cage (Fonte: Angelica Bassan)

Con l'ingresso dell'Italia in guerra nel 1915, cambiò l'approccio, l'alcol veniva distribuito ai soldati in trincea mentre la morfina veniva utilizzata per il trattamento dei feriti⁹. Nel 1921, il medico Badaloni, relatore della legge 15 giugno 1921 al Senato, espresse forte preoccupazione per la diffusione dell'uso di stupefacenti, soprattutto tra i giovani reduci¹⁰. Dunque, con la legge in esame, fu proposta la creazione di una nuova figura di delitto che sanzionasse anche “il danno immediato, di natura eminentemente sociale” causato dalla diffusione degli stupefacenti¹¹. Badaloni, sostenne anche la necessità di una pena detentiva per il/la consumatore/trice come deterrente, al fine di indirizzarlo/a verso un “trattamento di svezzamento”¹². Il 5 agosto 1921, il provvedimento fu approvato dal Senato e trasmesso alla Camera: durante il dibattito a Montecitorio, il neuropsichiatra Ferdinando Cazzamalli insistette sulla necessità di istituire strutture idonee al trattamento dei “tossicomani” senza alcun risultato¹³. La legge fu approvata il 18 febbraio 1923¹⁴. Negli anni successivi, la disciplina sugli stupefacenti fu modificata soprattutto rispetto alla figura del/la consumatore/trice, il/la quale viene sempre visto/a come un/una malato/a, a cui applicare le

⁹ <https://www.centrostudiliviatino.it/la-legislazione-sugli-stupefacenti-nellitalia-unita-una-prima-panoramica/>

¹⁰ *Ibidem*

¹¹ *Ibidem*

¹² *Ibidem*

¹³ *Ibidem*

¹⁴ *Ibidem*

procedure di ricovero coatto previste dalla legge manicomiale del 1904¹⁵. La tutela legislativa sostanzialmente sposta la sua attenzione dagli aspetti di salute psicofisica dei cittadini alla difesa della società dal presunto pericolo costituito dagli individui ritenuti impunibili per reati commessi sotto l'effetto di droghe e soggetti ad internamento in ospedale psichiatrico giudiziario¹⁶. Con l'avvento del fascismo, le leggi furono inasprite sottolineando il pericolo per il mantenimento dell'ordine pubblico¹⁷. “Il Testo Unico di pubblica sicurezza del 1926 definì gli intossicati da alcol o stupefacenti come individui socialmente pericolosi per sé e per gli altri, da trattare come gli alienati mentali pericolosi, disponendone l'internamento in manicomio e prevedendo, inoltre, l'obbligo di denuncia da parte dei medici”¹⁸. Vennero rafforzati aspetti autoritari e fu esteso il concetto di “pericolosità sociale” in modo tale da essere utilizzato come strumento di reclusione per oppositori politici¹⁹. I vari avvenimenti storici come la fine della guerra e la nascita della Repubblica misero in secondo piano le questioni relative al traffico e consumo di stupefacenti²⁰. L'Italia mantenne la sua presenza all'interno degli organismi internazionali interessati alla materia ma non aggiornò la normativa nazionale fino al 1954²¹. La legge 22 ottobre 1954 n°1041, “*Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego di stupefacenti*”, presenta un forte carattere repressivo e mira a colpire qualsiasi persona abbia a che fare, a vario titolo, con qualsiasi sostanza ritenuta stupefacente, senza distinzione tra consumatore e spacciatore²². “Il primo dibattito pubblico sugli stupefacenti dell'Italia repubblicana risale al 1954, e si svolge in vista del rinnovo di una legge ritenuta ormai superata, quella del 1923” scrive Vanessa Roghi, storica, in *Piccola città, una storia comune di eroina* in cui racconta i fatti accaduti, intrecciati alla sua biografia, tra gli anni 50 e 90 del '900 (Roghi 2018, p. 18). Specifica l'autrice rifacendosi alla storia delle sostanze stupefacenti:

¹⁵ *Ibidem*

¹⁶ *Ibidem*

¹⁷ *Ibidem*

¹⁸ *Ibidem*

¹⁹ *Ibidem*

²⁰ *Ibidem*

²¹ *Ibidem*

²² <https://www.centrostudilivativo.it/litalia-la-lotta-al-narcotraffico-e-la-legislazione-contro-il-consumo-di-droga-nellimmediato-dopoguerra/>

““La diacetilmorfina (o eroina) ha una storia abbastanza recente: è stata messa in commercio per la prima volta dalla Bayer nel 1898. Ottenuta riscaldando una miscela di morfina e acido acetico, viene venduta in Italia come farmaco che ‘non provoca dipendenza’ fino al 1923, anno nel quale viene resa illegale dalla legge n. 396, *Provvedimenti per la repressione dell’abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente*. Fino a quel momento la principale emergenza italiana in fatto di dipendenze è stata quella dell’alcool diventato una patologia sociale nei primi decenni del Novecento: fonte ne sono i numerosi ricoveri manicomiali per ‘frenosi alcolica’. L’alcolista viene rinchiuso. Stigma della miseria, l’alcolismo diventa la malattia della classe operaia. Morfina e cocaina, invece, iniziano a diffondersi in Italia durante la Grande guerra.”” (Roghi 2018, p. 18).

Negli anni, si era sviluppata una rete trafficanti internazionali, che trasportava le materie prime, come oppio ed hashish, dai paesi di produzione a quelli di consumo, sfruttando i porti italiani come luoghi di transito²³. L’oppio partiva dalla Turchia e, passando attraverso la nostra penisola, giungeva in Francia per la raffinazione (Roghi, 2018). Una volta concluso il processo di raffinazione, l’eroina raggiungeva il mercato statunitense attraverso i porti di Napoli, Genova e Palermo²⁴. In questa rotta, che prende il nome di French Connection, la mafia siciliana ebbe un importante ruolo di collegamento grazie ai suoi contatti con gangster italoamericani²⁵. Tra questi: Salvatore Lucania, noto come Lucky Luciano, Joe Adonis, Francesco Paolo Coppola (Frank “Tre Dita”)²⁶. Nel luglio del 1951, l’Acis, Alto Commissariato per l’igiene e la sanità, vieta di produrre eroina nei laboratori chimici italiani perché vuole eliminare alla base il traffico che passa dall’Italia gestito dalla mafia italo americana, ma a causa della sua posizione geografica, rimane il punto di snodo europeo più importante (Roghi, 2018). ““ C’è l’eroina prodotta dalle industrie chimiche per fini farmaceutici che sfugge ai controlli, poi c’è quella che arriva già pronta all’uso dalla Svizzera, oppure dalla Germania. ‘Ma le quantità massicce provengono sempre dalle

²³ <https://www.centrostudiliviatino.it/litalia-la-lotta-al-narcotraffico-e-la-legislazione-contro-il-consumo-di-droga-nellimmediato-dopoguerra/>

²⁴ *Ibidem*

²⁵ *Ibidem*

²⁶ *Ibidem*

misteriose vie dell'Oriente', racconta un'inchiesta del 1954.” (Roghi 2018, p. 20).

Nel 1965 fu predisposto un intervento legislativo che estendeva misure di prevenzione personale come sorveglianza speciale e divieto di soggiorno per i mafiosi o gli indiziati di appartenenza alla mafia; attraverso questo strumento molti mafiosi siciliani furono spediti in domicilio coatto a Napoli, in un momento in cui si stavano ridefinendo gli equilibri tra siciliani e marsigliesi per la gestione del contrabbando di sigarette e traffico di stupefacenti²⁷. “Ricevettero l'obbligo di dimora a Napoli e provincia mafiosi come Stefano Bontade, Gaetano Riina, Salvatore Bagarella, Vincenzo Spadaro e altri, favorendo i contatti diretti con i gruppi criminali napoletani e trasformando la stessa camorra”²⁸. Il fenomeno assume una dimensione importante e all'ambasciata di Roma viene inviato uno “*special agent*”, Charles Siragusa, del “*Bureau of Narcotics*”, il quale ha il compito di “tagliare alle radici” il traffico di stupefacenti in Europa²⁹. Esistono dunque, due mercati: quello legale delle ricette mediche e quello illegale (Roghi, 2018).

“La legge n. 1041 interviene sul problema su due piani. Da una parte inasprisce il regime sanzionatorio, stabilendo con l'articolo 6 la reclusione da 3 a 8 anni e con la multa da lire 300.000 a 4 milioni chiunque ‘acquisti, venda, ceda, esporti, importi, passi in transito, procuri ad altri, impieghi o comunque detenga sostanze o preparati indicati nell'elenco degli stupefacenti’, rendendo inoltre obbligatorio il mandato di cattura e l'arresto in caso di flagranza. Dall'altra ribadisce la scelta già fatta nelle leggi precedenti che, assimila il tossicodipendente al malato psichiatrico, prevedendo come scelta terapeutica possibile solo il ricovero in ospedali psichiatrici. L'alternativa carcere o manicomio proposta dalla legge n. 1041 risulta quindi inadeguata ad affrontare la nuova realtà sociale così come emerge alla fine degli anni Sessanta.”³⁰.

La prima legge sugli stupefacenti dell'Italia repubblicana inasprì le pene e non superò l'approccio repressivo, che portava a considerare il ricovero in ospedale psichiatrico come una scelta atta a tutelare l'ordine pubblico anziché la

²⁷ <https://www.centrostudilivattino.it/litalia-la-lotta-al-narcotraffico-e-la-legislazione-contro-il-consumo-di-droga-nellimmediato-dopoguerra/>

²⁸ *Ibidem*

²⁹ *Ibidem*

³⁰ *Ibidem*

salute della persona³¹. Il/la consumatore/trice veniva visto/a come un/una vizioso/a, colpevole del suo malessere e quindi da punire in modo esemplare per “mantenere sano il corpo sociale”³². Eppure, ci furono due casi di cronaca importanti nel 1954, che misero in evidenza agli italiani il lato oscuro di un governo all’epoca rappresentato nella sua facciata migliore: il processo per l’omicidio di Wilma Montesi e il processo a Carlo Migliardi. Il primo riguarda l’omicidio di una giovane ragazza, Wilma Montesi, che viene ritrovata morta, dopo due giorni in cui risultava scomparsa, sulla spiaggia di Torvaianica³³. In un primo momento, le indagini vengono frettolosamente concluse e il caso archiviato, ma in seguito si torna a parlare del caso quando, in clima di elezioni politiche, vengono coinvolte personalità vicine al governo democristiano: “si dice che la ragazza sia morta in seguito a un festino in casa del marchese Ugo Montagna, che organizza serate nella tenuta di Capocotta, non lontano da dove è stato ritrovato il cadavere di Wilma. C’è chi parla di uso di stupefacenti.” (Roghi 2018, p. 25). Il secondo caso riguarda il processo di Carlo Migliardi, direttore tecnico della società farmaceutica Schiapparelli di Torino, il quale viene accusato di aver sottratto per anni eroina³⁴. Iniziano le indagini con vari ufficiali “specialisti” della polizia tributaria:

“Inutile dire che le quantità ottenute nei vari procedimenti di lavorazione sono accertabili con la massima esattezza. I funzionari, dopo aver constatato che tali percentuali erano in misura notevolmente più bassa del dovuto, verificarono i residui (chiamati nel linguaggio tecnico ‘acque madri’) che le ditte debbono tenere sigillati in damigiane a disposizione delle autorità. Ne nacque un colpo di scena: i controlli stabilirono che le damigiane erano quasi tutte vuote. Fu facile agli indagatori di stabilire con calcoli precisi che dalla società Schiapparelli negli ultimi cinque anni erano spariti, o meglio erano stati sottratti, 350 chili di eroina e di altri sottoprodotti simili. Al prezzo di listino il valore complessivo era di 105 milioni, ma al mercato di contrabbando gli stupefacenti acquistavano un valore che toccava i 505 milioni di lire. Subito la polizia

³¹ <https://www.centrostudilivativo.it/litalia-la-lotta-al-narcotraffico-e-la-legislazione-contro-il-consumo-di-droga-nellimmediato-dopoguerra/>

³² *Ibidem*

³³ *Ibidem*

³⁴ *Ibidem*

tributaria e la direzione della Schiapparelli si ponevano la domanda: a chi la responsabilità dei colossali ammanchi.” (Roghi 2018, p. 26).

L'autrice all'interno del suo libro si sofferma su una riflessione interessante:

“La droga, come era stato l'alcool a fine Ottocento, viene considerata il 'più formidabile dei veleni sociali', ma quando colpisce la borghesia è 'frutto di una società di massonerie, di ingiustizie, di omertà e di bustarelle'. Quando invece colpisce i poveri è l'inevitabile conseguenza di una vita degradata (non c'è nessuna nobiltà nella miseria dei viziosi, dice la legge). Si tratta, come scrive lo psichiatra Pietro Cipriano in una sua riflessione sulla storia culturale della devianza in Italia, di 'risposte semplici, come quella di Kurt Schneider, che rifacendosi a Cesare Lombroso stabiliva, con formula tautologica, che le personalità psicopatiche sono quelle che a causa della loro abnormità, soffrono e fanno soffrire la società' e per questo vanno isolate.” (Roghi 2018, p. 31).

Prima dello spaccio, dunque, sono le prescrizioni di oppiacei la causa della grande diffusione dell'uso di droghe nei vari strati sociali (Roghi, 2018). Tuttavia, in quegli anni, non è ancora diffuso l'uso in larga scala di eroina, ciò viene constatato dai censimenti che ci furono in seguito alla legge del 1954 (*Ibidem*). L'articolo 20 della legge n°1041, infatti, dice che: “Il sanitario che assiste o visita persona affetta da intossicazione cronica prodotta da stupefacenti, deve farne denuncia, entro due giorni, all'autorità di pubblica sicurezza e al prefetto della Provincia di residenza”³⁵, pena un'ammenda da 10.000 a 50.000 lire e in caso di recidiva, arresto fino ad un anno e sospensione dall'esercizio della professione per una durata pari a quella della condanna. La svolta avviene negli anni Settanta, “l'eroina diventa un'emergenza nazionale” e la figura della persona che usa droghe, stavolta, viene rappresentata dal “capellone” con una chiara posizione politica, da “sorvegliare e punire duramente” (Roghi, 2018). Protagonista un fatto di cronaca: il caso Berger.

“William Berger, attore di spaghetti western, passa l'estate del 1970 a Praiano, sulla costiera amalfitana, con la moglie, l'attrice Carolyn Lobravico. Casa loro è

³⁵ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1954/11/12/054U1041/sg>

frequentata da gente del cinema ma per la questura sono solo capelloni e drogati. La notte fra il 5 e il 6 agosto 1970 la villa viene circondata dalle squadre dei carabinieri Capriati: alle due di notte gli ospiti della casa vengono svegliati, messi in riga e perquisiti.” (Roghi 2018, p. 61).

In seguito, vengono portati in due ospedali psichiatrici giudiziari differenti: l'attrice rimarrà a Pozzuoli per 70 giorni chiedendo di essere curata per l'epatite virale. Verrà legata al letto di contenzione e morirà (*Ibidem*). Questo episodio risulterà come un gravissimo errore da parte delle forze dell'ordine per aver “certificato l'esistenza di intossicazione là dove non ce n'era, ritenendo droga semplici capsule per il mal di testa o, addirittura, acqua distillata, considerando “drogato” il capellone perché capellone” (Roghi 2018, p. 62). Il passaggio è evidente:

“L'ideologia della droga viene stabilita, diffusa, resa egemonica in questi primi anni Settanta, scrive lo psichiatra Giovanni Jervis, da persone che non hanno davvero idea di cosa stiano parlando, ‘da chi non ha mai introdotto nel proprio organismo droghe né leggere né pesanti (a parte le droghe leggere come l'alcool) e non sa neppure bene che cosa siano; non fa differenze fra droghe leggere e pesanti; non considera droga né l'alcool né gli psicofarmaci’, ma identifica il ‘drogato’ con il ‘capellone pittoresco, squattrinato vagabondo, che poi è, guarda caso, l'immagine di chi fuma hashish e non di chi si buca con l'eroina. Mediante l'identificazione drogato=giovane losco, sporco, sfaccendato e marginale è scattata in Italia l'operazione repressiva’ “” (Roghi 2018, p. 65).

L'ideologia della droga in Italia viene diffusa dai vari quotidiani e nel 1972, quando le anfetamine, utilizzate in larga scala e per via endovenosa, vengono inserite nell'elenco degli stupefacenti, giunge a Roma la morfina (Roghi, 2018). Prezzi bassi, ottima qualità: è il massacro (*Ibidem*). In pochi anni, il numero di persone che usano droghe aumenta drasticamente e l'eroina arriva anche nei piccoli paesini (*Ibidem*). Questa volta, la rappresentazione del “drogato” degli anni '70, coincide con quella di “un ragazzotto qualunque, piccolo borghese o proletario, che non ha mai visto altre droghe, a cui nessuno ha mai spiegato che l'eroina dà dipendenza fisica. È una vittima della disinformazione.” (Roghi 2018,

p. 95). A questo punto l'eroina riguarda da vicino la politica; il Partito comunista, grazie al gruppo di lavoro coordinato da Luigi Cancrini, spinge affinché venga modificata la legge del 1954 che non aiuta le persone a disintossicarsi, in quanto obbliga il medico a denunciare il "tossicomane" (*Ibidem*). Il 22 dicembre 1975 viene approvata la legge n° 685 che presenta alcuni elementi di novità: "il superamento dell'equiparazione intollerabile tra chi consuma e chi spaccia e la necessità di seguire il tossicomane al fine di garantirgli supporto medico e psicologico" (Roghi 2018, p. 98). Sembrerebbe dunque che al "tossicomane" vengano offerti servizi sociali e norme legislative "umanizzanti" perché la legge n. 685 prevede la depenalizzazione della detenzione per consumo personale di qualsiasi sostanza stupefacente in "modica quantità" se si tratta di uso non terapeutico, ma inasprisce le pene per l'associazione per delinquere volta allo scopo di spacciare sostanze stupefacenti (*Ibidem*). Mentre per quanto riguarda l'assistenza e la prevenzione:

"La cura e la riabilitazione dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope sono affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici. In esecuzione delle attribuzioni previste dall'articolo 2 le regioni organizzano, dirigono e coordinano sul loro territorio le attività curative di cui al precedente comma delegando tali servizi alle province e ai comuni. Ugualmente le regioni devono operare per il reinserimento sociale di coloro che, essendo dediti all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope, hanno bisogno di assistenza sociale a scopo di prevenzione o di riabilitazione."³⁶

Eppure, se il "drogato" non si sottopone volontariamente al trattamento terapeutico, dopo le denunce del medico o della polizia, la struttura inoltra una comunicazione al pretore che delibera direttamente il ricovero (Roghi, 2018). Si torna, ancora una volta, al punto di partenza in cui il "drogato" è il colpevole (*Ibidem*). Ogni regione, in mancanza di un sistema sanitario nazionale, è libera di gestire il fenomeno come meglio crede (*Ibidem*). Giovanni Jervis mette subito in luce i punti critici del provvedimento, il quale risulta essere "psichiatrizzante" e

³⁶ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1954/11/12/054U1041/sg>

“illiberale” a causa dell’ampio spazio di giudizio discrezionale che spettano al poliziotto, al magistrato o al medico (*Ibidem*). Nel ’75 vengono poste anche le basi delle prime comunità terapeutiche, e la domanda che pone Roghi è piuttosto interessante: “Nuovi luoghi di ‘cura’ o di ‘reclusione’?” (Roghi 2018, p. 101). Guido Blumir conduce un’analisi spietata: ““la difficoltà nel guarire la tossicomania può essere superata soltanto dall’istituzione di luoghi chiusi separati? Da scienziati laici e sacerdoti illuminati?”” (Roghi 2018, p. 102). Lo stesso Cancrini si dice preoccupato della riduzione del drogato a malato; infatti, l’ammissione alla comunità avviene attraverso una diagnosi, un ricovero di 24 ore, che consente di valutare la qualità e la quantità di “tossicodipendenza” per dedurre la dose di metadone necessaria per sostituire la droga che la persona era solita iniettare (*Ibidem*). Aniasi, ministro socialista, introdurrà il metadone in modo definitivo dando all’intervento un’impronta medico-farmacologica definitiva, e questo sarà un errore culturale al quale sarà difficile porre rimedio (*Ibidem*). Nonostante questo, nel ’75 il metadone suscita un notevole entusiasmo.

Lenta e inarrestabile continua la diffusione dell’uso di sostanze; nel 1982 “La Stampa” pubblica un articolo in cui si parla dell’allarme lanciato dalla Georgia su una nuova malattia infettiva che contagerebbe soprattutto omosessuali e tossicodipendenti (*Ibidem*).

““La psicologa Franca Romè fa l’elenco di quella che si sta rivelando una vera caccia alle streghe, che forse abbiamo dimenticato ma che vale la pena ricordare: accade che i morti di Aids, per esempio, vengano abbandonati nelle camere mortuarie a poliziotti con guanti di gomma che sostituiscono impresari di pompe funebri che non vogliono toccarli, o che inquilini e parenti siano cacciati di casa da chi teme il contagio. ‘C’è chi parla della natura che ‘violentata’ si ribella e punisce’. Un professore americano chiede a un suo neolaureando: ‘Pensi che Dio stia cercando di punire gli omosessuali? Se così fosse sbaglierebbe perché l’Aids non basta ancora’.”” (Roghi 2018, p. 174).

Cominciano ad essere diffuse una molteplicità di informazioni confuse e poco chiare circa le modalità di contagio, e la paura rispetto alle siringhe abbandonate nei parchi si fa sempre più presente (*Ibidem*).

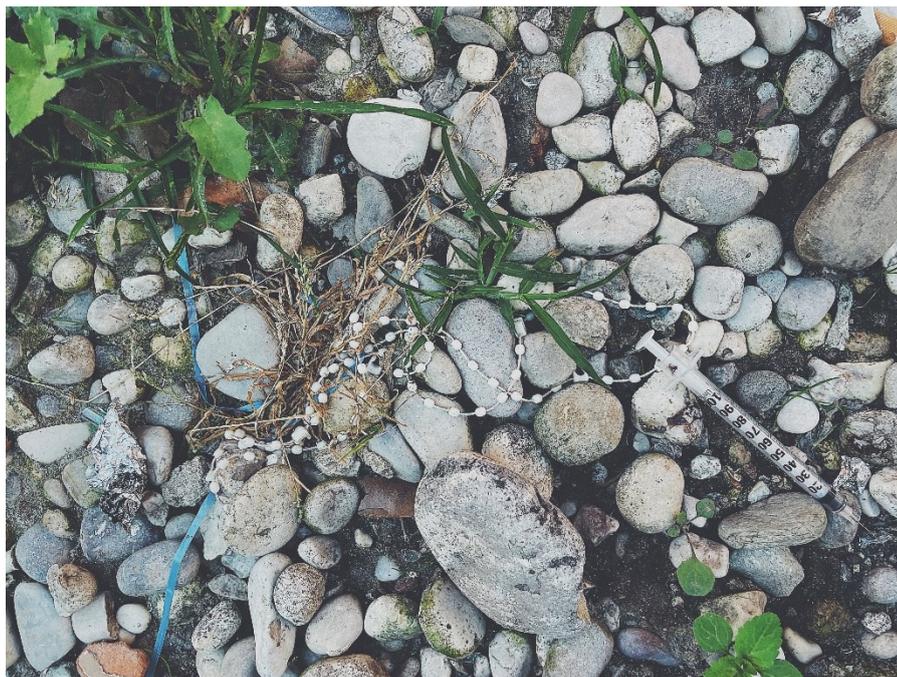


Foto 2 – Holy Dope (Fonte: Angelica Bassan)

“Dal 1986 si parla solo di Hiv, virus dell’immunodeficienza umana. Ma il cambiamento di nome non cambia la sostanza delle cose: l’Hiv sembra incurabile e i mezzi per contrastarlo sono del tutto insufficienti anche perché il moralismo, l’imbarazzo che suscitano producono soltanto ghettizzazione, vergogna e quindi assoluta sottostima del pericolo reale. Il primo farmaco per la cura viene approvato nel 1987.” (Roghi 2018, p.176).

Nel 1990 arriva un’altra legge, la n°309, approvata il 9 ottobre che sarà in seguito modificata dal referendum dei radicali del ’93; prevede la convocazione di una Conferenza nazionale di coordinamento per l’azione antidroga ogni tre anni, ma questo non verrà fatto (*Ibidem*). L’articolo 72 dice: “È vietato l’uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV, previste dall’articolo 14. È altresì vietato qualunque impiego di sostanze stupefacenti o psicotrope non autorizzato secondo le norme del presente testo unico.”³⁷. Inoltre, prevede la sospensione della patente, della licenza di porto d’armi, del passaporto e di ogni altro documento equipollente, o se straniero, del

³⁷ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1954/11/12/054U1041/sg>

permesso di soggiorno per motivi di turismo³⁸. Se la persona decide di prendere parte ad un programma terapeutico, viene sospesa la sanzione amministrativa e, qualora il programma fosse portato a termine con successo, il caso archiviato³⁹. Con il referendum abrogativo del '93, la detenzione per uso personale non costituisce più reato, restando tuttavia illecito amministrativo⁴⁰.

2.2 Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi: l'approccio più efficace?

Tra le tante modalità di risposta al fenomeno dell'uso di droghe, nei primi anni '90, si fa spazio la Riduzione Del Danno (RdD): in Europa è entrata a far parte della Strategia dei Piani d'Azione comunitari sulle sostanze stupefacenti, ed è considerata pilastro fondante delle politiche dell'Unione (Saitta, 2019).

“La Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi (di seguito RdD/LdR), secondo la letteratura internazionale e le linee guida europee è, insieme, un approccio, una politica e un sistema di interventi che mira a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe, legali e illegali, sul piano della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società (OEDT – Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze con sede a Lisbona). Più in generale è un insieme di strategie, politiche sociali e azioni messe in atto dai servizi sanitari, dalle associazioni e dagli individui per ridurre le conseguenze (fisiche e sociali) negative associate ad alcuni tipi di comportamenti, legali o illegali.” (Saitta, 2019).

Come approccio, ribalta l'accezione culturale sottostante al proibizionismo “(perseguimento dell'astinenza attraverso la punizione e l'esclusione sociale)” e propone una prospettiva inclusiva a favore di scelte individuali responsabili e la crescita della “soglia di tolleranza” sociale nei confronti dell'uso di droghe (Zuffa, 2010). L'Osservatorio Europeo sulle Droghe (EMCDDA) ha inserito tra i più importanti ed efficaci interventi di Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi: gli interventi di strada nei setting naturali (*Outreach interventions*), programmi di

³⁸ *Ibidem*

³⁹ *Ibidem*

⁴⁰

scambio siringhe (*Needle Syringe Programs NSP*), programmi con terapie sostitutive per gli oppiacei (*Opioid Substitution Treatments OST*), stanze del consumo (*Drug Consumption Room DCR*), analisi delle sostanze nei setting naturali (*Pill testing / Drug checking programs*), interventi di RdD/LdR in ambito penitenziario e programmi di distribuzione del naloxone (*Take Home Naloxone THN*) (Saitta, 2019). Il DCPM del 12 gennaio 2017, include all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) gli interventi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi (*Ibidem*). L'obiettivo della definizione dei L.E.A. della RdD/LdR consiste nell'acquisire uniformità nelle prestazioni, sia regionali che nazionali, superando le disparità di interventi che non dipendono dalla diversità dei contesti, ma dall'omissione di interventi necessari ed indispensabili (*Ibidem*). La Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi, in realtà, si è prima imposta come "quarto" pilastro nelle Raccomandazioni degli indirizzi dell'Unione europea agli Stati membri in tema di interventi sulle droghe (assieme alla repressione del narcotraffico, alla prevenzione e alla cura-riabilitazione), per poi affermarsi come approccio e principio ispiratore delle politiche complessive di governo dei territori, con l'obiettivo di coniugare modalità sinergiche ed azioni strategiche messe in atto da diversi attori ma volte agli stessi obiettivi di sanità pubblica e sicurezza urbana (*Ibidem*).

“Gli interventi di RdD/LdR si caratterizzano per il loro marcato pragmatismo, per il ruolo di centralità conferito alle persone coinvolte ed alle loro competenze di autoprotezione e responsabilità, per la valorizzazione del contesto sociale come fattore di contenimento dei rischi. Essi si integrano, e sono interconnessi, sia con gli interventi di cura che di prevenzione. Per quanto concerne il trattamento, il lavoro delle Unità di strada e dei Drop-in funge spesso da 'ponte' nel raccogliere la motivazione e sostenere l'accesso a programmi riabilitativi, fornendo un contributo iniziale alla modificazione degli stili di vita. Rispetto all'ampio arco degli interventi di prevenzione, tutte le azioni di *outreach*, proiettate nelle diversità territoriali, costituiscono una inevitabile componente all'interno di un articolato continuum di azioni. Il mutamento del mercato delle sostanze psicoattive (non solo NPS tramite internet), e delle modalità e degli stili di consumo, richiedono un periodico aggiornamento degli interventi di RdD/LdR e una continua attività di ricerca.” (Saitta, 2019)

Inoltre, secondo l'EMCDDA, la Riduzione del Danno e la Limitazione dei Rischi privilegiano "l'approccio di combinazione" (*combination intervention*), ovvero la combinazione integrata di più servizi e prestazioni che concorrono a una maggior efficacia dei risultati rispetto ad un obiettivo (*Ibidem*). Pertanto, la RdD/LdR si realizza attraverso

- La trasmissione di informazioni corrette sui rischi connessi all'assunzione di sostanze psicoattive, con l'obiettivo di accrescere, individualmente e in gruppo, le conoscenze delle persone che usano droghe (di seguito PUD) e incentivare scelte consapevoli e responsabili;
- Le azioni di counselling, attraverso modalità informali, ad ogni intervento di Riduzione del Danno e di Limitazione dei Rischi, si valuta l'approccio più efficace nei confronti delle differenti soggettività e dei diversi riferimenti culturali delle PUD;
- Il coinvolgimento e la valorizzazione delle competenze delle PUD che possono essere ingaggiate anche nel *Peer Support*;
- La messa a disposizione di presidi sanitari come siringhe sterili, profilattici, naloxone etc.;
- La costituzione di servizi predisposti come Drop-In, Unità di Strada (in seguito UdS) e la definizione delle funzioni e delle prestazioni di RdD/LdR all'interno dei servizi per la cura delle dipendenze, che fa capo al Dipartimento per le Dipendenze;
- Il collegamento e l'integrazione con gli interventi di altre istituzioni e servizi;
- Il coordinamento, verifica e ridefinizione degli interventi, che richiedono l'aggiornamento e la formazione continua degli operatori (*Ibidem*).

In *Cocaina. Il consumo controllato*, Grazia Zuffa sottolinea come, guardando alla realtà dei servizi in Italia, sia necessario rafforzare il sistema di interventi di prossimità ovvero di *outreach* (Zuffa, 2010). Questa tipologia di interventi, infatti, facilitano l'aggancio con le persone che usano droghe in quanto forniscono risposta a bisogni immediati, ma favoriscono la costruzione di una relazione per poter procedere ad un orientamento dei /delle consumatori/trici stessi/e (*Ibidem*).

"Solo i servizi *outreach* in questi anni hanno dimostrato la capacità di seguire, con

uno scarto temporale accettabile, i molteplici cambiamenti che gli scenari del consumo hanno presentato. [...] Solo i servizi *outreach* sono stati capaci di modulare e rimodularsi per offrire risposte a rischi più importanti negli scenari del policonsumo sul breve e sul medio termine; mettendo da parte il lavoro sui percorsi a lungo termine, caratteristico dell'intervento sull'*addiction* da eroina, terreno prioritario del lavoro dei Sert e della maggior parte delle Comunità terapeutiche." (Zuffa 2010, p. 185).

All'interno di *Droghe e autoregolazione. Note per consumatori e operatori* di Grazia Zuffa e Susanna Ronconi, è possibile trovare la storia dei vari modelli di RdD che si sono succeduti nel tempo (Grazia Zuffa & Ronconi, 2017). Quello che viene chiamato "primo modello" della Riduzione del Danno, è stato una "declinazione di quel modello medico che rappresentava se stesso come alternativo al paradigma morale, liberatorio per consumatori-devianti e istitutivo di consumatori-malati." (*Ibidem*). Tuttavia, questi due paradigmi hanno convissuto felicemente nelle legislazioni, ad esempio, e la patologizzazione ha contribuito a creare un effetto iatrogeno (*Ibidem*). Questo modello è rimasto intrappolato all'interno del paradigma medico che si concentrava sui rischi e sulla "debolezza" dei/delle consumatori/trici anziché sulla promozione delle capacità di perseguire un uso sicuro e funzionale, mentre la sostanza invece veniva posta al centro e vista come disfunzionale (*Ibidem*). Il paradigma *disease* consegna di fatto il consumatore a un farmacocentrismo in cui la molecola gioca un ruolo fondamentale ed estraniante, e rinnova l'ipotesi passivizzante delle "droghe incontrollabili." (*Ibidem*).

"Che i farmaci o gli strumenti siano una variabile che entra in gioco, nella pratica della RdD, è reale e pragmaticamente efficace, ma che in loro assenza le competenze, le abilità, le strategie del consumatore non diano appigli, rivela un problema prima di tutto di sguardo. Oltre al fatto che nessuna molecola e nessuno strumento hanno efficacia se privati della soggettività che attribuisce loro un significato, un utilizzo, un'aspettativa." (Grazia Zuffa & Ronconi 2017, p. 161).

Il "secondo modello" della Riduzione del Danno, nel libro, viene inteso in un'accezione cronologica, in quanto sviluppatosi non linearmente e intrecciato al

“primo modello” (*Ibidem*). Le evoluzioni significative che lo riguardano sono rappresentate dal passaggio di concezione del modello come approccio trasversale e non più come “pilastro” o settore specifico d’intervento, e dallo sviluppo di quella parte dell’approccio di RdD che prende il nome di Limitazione dei Rischi, riferita agli interventi nei *setting* naturali di consumo (in particolare riguardanti il policonsumo di popolazioni giovanili) (*Ibidem*).

La proposta, invece, del 2017 riguarda la possibilità di centrare il nuovo modello, “terzo modello” sul sostegno al controllo e all’autoregolazione delle PUD (*Ibidem*). I/le consumatori/trici avevano da tempo indicato questa strada, ma stigmatizzati e criminalizzati, sono rimasti inascoltati (*Ibidem*). “Se il consumo controllato come obiettivo, la normalizzazione come orizzonte, la centralità del contesto come variabile fondamentale e il consumatore come ‘esperto di sé’ non vengono nominati, teoricamente assunti, e collocati in un paradigma, ogni sforzo quotidiano resterà inchiodato a una microfisica frammentata.” (Grazia Zuffa & Ronconi 2017, p.173). Si tratta di dare valore a ciò che era stato fatto nel “primo” e nel “secondo modello”, delineando nuovi contorni e introducendo, in ottica operativa, ciò che forniscono sperimentazioni e ricerche (*Ibidem*). Quando parliamo del modello operativo della Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi, facciamo riferimento ad un modello che adotta la teoria dell’apprendimento sociale di Bandura come paradigma, e il modello ecologico basato sulla triade drug-set-setting come modello interpretativo (*Ibidem*). Per quanto riguarda la *mission*, nella quale vanno inseriti il sostegno per il controllo e l’autoregolazione, va fatta chiarezza (*Ibidem*).

“Il processo di normalizzazione del consumo di droghe [...] non si basa tanto sul fatto che i consumi di droghe siano consumi di massa (anche se il dato quantitativo è comunque variabile significativa) né sul fatto che le sostanze siano più o meno potenzialmente dannose (sono normalizzate sostanze di tipologie assai diverse), quanto sull’essere definita come un ‘processo sociale attraverso il quale i comportamenti di gruppi o individui stigmatizzati o considerati devianti vengono inclusi nelle espressioni e modalità della vita convenzionale di ogni giorno’ (Parker, 1998 e 2005) e, entrando nel merito, ‘normalizzazione si riferisce a comportamenti umani che mostrano gradi di regolarità, l’uso di droghe è diventato convenzionale e integrato nella vita di molte

persone. la normalizzazione suggerisce di leggere il consumo come una attività della vita di ogni giorno' (Blackman, 2010).” (Grazia Zuffa & Ronconi 2017, p. 174).

Non solo c'è evidenza di questa regolarità, ma la società stessa prende atto della posizione quotidiana e stabile del consumo di massa di droghe, di conseguenza si dà norme circa ciò che è accettabile e ciò che non lo è, circa diritti e doveri delle PUD in quanto membri della società (*Ibidem*). Come riporta Becker in *Outsiders*, all'interno di una società esistono molteplici gruppi sociali, ed alcuni specifici gruppi istituiscono le norme sociali (Becker, 2017). Ora, dal punto di vista della persona etichettata come deviante, i cosiddetti outsiders, ovvero le persone che non vivono secondo determinate norme o le infrangono, potrebbero essere proprio coloro che hanno istituito le norme che il deviante avrebbe trasgredito (*Ibidem*). Ciò avviene per due ragioni: in primo luogo la persona percepita come deviante da un determinato gruppo sociale, sente di appartenere ad un gruppo in cui vigono altre norme e dunque non si percepisce come tale, ed infine, la persona può sentirsi giudicata secondo norme all'elaborazione delle quali non ha potuto partecipare, e che quindi non accetta in quanto imposte (*Ibidem*). La domanda sorge spontanea: in una società in cui esistono più gruppi sociali, e dunque più norme sociali che entrano in conflitto (ma non necessariamente), chi può imporre le proprie norme agli altri? E come ci riesce? “È naturalmente una questione di potere politico ed economico.” (Becker 2017, p.44). Dunque, nel governare i fenomeni, la società si dà delle norme, formali e informali, che sono più o meno condivise e che rientrano nella variabile *setting*, influenzando anche le strategie di controllo delle persone che usano droghe (Grazia Zuffa & Ronconi, 2017). In altre parole, la normalizzazione sottrae terreno e legittimazione ai controlli formali e dà maggior ruolo ai dispositivi sociali e informali (*Ibidem*). Il processo di normalizzazione influenza anche la percezione che le PUD hanno di sé: “una fluidità in cui il consumo non è un fattore identitario forte, la percezione che l'uso sia ordinario e lecito anche quando formalmente vietato e la non interiorizzazione dello stigma' (Parker, 2005)” (*Ibidem*). Lo stesso Zinberg ricorda che con il passare del tempo la conoscenza aumenta, le convinzioni errate si correggono e quindi i consumatori acquisiscono sicurezza e tendono a smettere di pensarsi come devianti (*Ibidem*). “Se questo è

lo scenario, gli interventi professionali a supporto dei consumatori che ne facciano richiesta in un momento di consumo fuori controllo o di altre difficoltà risponde credibilmente a una *mission* il cui orizzonte è il recupero di un consumo funzionale per il consumatore ben più che un orizzonte di “società astinente”.” (Grazia Zuffa & Ronconi 2017, p. 175).

Davanti a questo processo di normalizzazione si possono avere due reazioni:

“” [...] quella del panico morale, in cui si dà per persa una società così connotata, con relativo rilancio di un approccio allarmistico e di enfasi punitiva (con effetto deterrente) e patologizzante (con effetto di ‘recupero’); oppure quella dello sviluppo virtuoso di una *regolazione sociale*, basata proprio sulla plurale e vasta gamma di appigli regolativi – in contesti, culture, apprendimenti, saperi, strategie personali – che lo stesso contesto di normalizzazione offre.” (Grazia Zuffa & Ronconi 2017, pp. 175-176).

Diventa evidente la necessità di porsi alcune domande rispetto a questa professione in modo tale da consentire un’apertura al dialogo ed una interconnessione con i processi sociali e culturali, per arrivare a quelli individuali, che sono parte integrante di modelli e stili di consumo, sia delle strategie di regolazione (*Ibidem*).

In questa prospettiva, l’approccio più adeguato e coerente con quanto detto finora risulta essere quello proattivo perché centrato sulle competenze e capacità della persona che usa droghe, posizionato nel suo contesto e in continuo scambio con esso, sviluppa un consumo funzionale (*Ibidem*). È un approccio adottato da tempo nella promozione della salute, ma ancora scarsamente implementato nell’uso di droghe perché disincentivato dal modello medico e afflitto dallo stigma che le politiche e il sistema dei servizi impongono alle persone che usano droghe (*Ibidem*).

“Adottare questo approccio significa puntare sulle competenze – e sul loro riconoscimento – che i consumatori sviluppano: nel conoscere il proprio consumo, tanto da individuare quando questo diventi disfunzionale; nell’apprendere progressivamente; nell’adottare strategie di controllo e/o di recupero del controllo basate su fattori relativi ai

compiti di vita, agli obiettivi del consumo, allo stile di consumo; nell'interagire con il proprio contesto, trovandovi e norme e riti condivisi, e ulteriori risorse autoregolative (relazionali, ad esempio).” (Grazia Zuffa & Ronconi 2017, p. 177).



Foto 3 – Saxo Pipe (Fonte: Angelica Bassan)

Questo ha influenza positiva anche sulla *self efficacy*, che si basa non solo sul saper promuovere il cambiamento, ma anche sulla percezione della propria competenza (*Ibidem*). Puntare sulle competenze nel momento di deficit è più efficace, lo stesso Bandura sottolinea come la *self efficacy* sia fattore precursore che agisce prima della decisione verso il cambiamento, sull'elaborazione delle intenzioni e delle aspettative (*Ibidem*).

Gli obiettivi, infine, devono essere stabiliti attraverso l'accordo tra persone che usano droghe e servizi, in quanto nessun intervento ha mai avuto successo senza l'alleanza dei suoi destinatari; soprattutto in questo caso, in cui l'assunto della normalizzazione del fenomeno porta con sé competenze ed *agency* al cuore del cambiamento (*Ibidem*).

Nel “terzo modello” la Riduzione del Danno, per il sostegno al controllo, mette al centro il *setting*, sulla base dell'ipotesi della normalizzazione dell'uso di droghe e delle prassi di autoregolazione (*Ibidem*). La sua prospettiva è quella di sostenerle, rendendo le persone che usano droghe attrici e protagoniste competenti all'interno dei loro contesti di vita “(è questa la definizione migliore di

governo sociale di un fenomeno)” (Grazia Zuffa & Ronconi 2017, p. 184).

Le linee guida per i colloqui di autoregolazione, non sono ancora stati stesi in modo unitario, ma vengono tutt’oggi utilizzati gli Appendici presenti nel libro di Norman E. Zinberg; tenendo in considerazione tutti gli aspetti finora visti ed analizzati, assieme alle competenze specifiche dell’operatore professionale (*Ibidem*).

2.3 NADPI: Dodici punti chiave per andare verso un modello operativo innovativo

Nel giugno del 2013, si è svolto a Firenze un Seminario europeo per esperti in cui ricercatori/trici, operatori/trici e persone che usano droghe si sono scambiati pratiche e saperi; da questo incontro, svolto all’interno del progetto NADPI, sono stati stabiliti *Dodici punti chiave per andare verso un modello operativo innovativo*:

1. “Offrire consulenza piuttosto che aiuto”. Gli interventi devono sostenere le strategie naturali di autoregolazione.
2. “*Assessment* e autodefinizione piuttosto che diagnosi”. Definire la carriera di un consumatore è una fase fondamentale dell’intervento ed è diverso dal fare diagnosi. L’*assessment*, invece, implica un atteggiamento “esplorativo”, al fine di aiutare la PUD a riguardare la sua esperienza con le droghe alla luce della sua storia complessiva di vita.
3. “Identificare i vantaggi, così come gli svantaggi, derivanti dal consumo di droghe”. Entrambi gli aspetti sono indispensabili per comprendere la funzione che riveste il consumo di droghe e per poter compiere una scelta consapevole, determinando l’*equilibrio decisionale*.
4. “Sostenere i consumatori nell’essere *consapevoli dei successi*, sottolineare le loro risorse e competenze positive.” Questo è un elemento fondamentale per poter preservare l’autoefficacia. Per comprendere le motivazioni che hanno fatto perdere il controllo della sostanza alla persona, bisogna prima capire quali fossero gli elementi che gli consentivano di mantenere il controllo.

5. “*Qualsiasi cambiamento positivo* è l’obiettivo dell’intervento”. Il cambiamento è un processo graduale, che richiede tempo. È importante essere consapevoli dei passi compiuti, in questo le figure professionali possono svolgere un ruolo importante perché aiutano la persona a identificare, comprendere e valorizzare il processo in atto.
6. “Il cambiamento investe le variabili del consumo, droga, *set*, *setting*.” Può riguardare una sola variabile, oppure più variabili. Il modello droga (*drug*), individuo (*set*) e contesto (*setting*) è utile per fare il punto della situazione su tutti gli aspetti di vita che riguardano la persona che usa droghe, e può essere un passo preliminare per individuare gli obiettivi verso il cambiamento.
7. “Un *rapporto equilibrato tra consumatore e operatore*.” Stabilire gli obiettivi dell’intervento spetta alla PUD, in quanto protagonista attivo della propria esperienza di vita e la rende responsabile. In questo, l’operatore/trice professionale, attraverso strumenti come il counselling, aiuta la persona nei processi decisionali e nei passi da compiere.
8. “Sottolineare il ruolo del *contesto e della struttura di vita*.” Va posta una particolare attenzione alla strutturazione della vita della persona (i cosiddetti *life engagements*), in quanto costituisce un elemento importante per esercitare il controllo sul consumo.
9. “*Informazione e lavoro di advocacy* per i diritti dei consumatori”. Questa dovrebbe essere un’azione centrale: essere consapevoli dei propri diritti e rivendicarli è una forma di controllo delle persone che usano droghe sulla propria vita.
10. “Innovare l’intera offerta di intervento.” Le modalità di applicazione del nuovo modello proattivo sono la sfida futura per il modello di autoregolazione.
11. “Cambiare la *finalità dei servizi*.” La prospettiva di Riduzione del Danno, non dovrebbe essere considerata come l’ultima possibilità destinata ai cosiddetti “casi disperati”, ma andrebbe utilizzata come vero e proprio servizio. Questo, infatti, potrebbe non essere la soluzione adeguata a tutti, ma potrebbe altrettanto esserlo per le persone che vengono

continuamente e reiteratamente indirizzate ad altri percorsi evidentemente non adeguati ai loro bisogni.

12. “Le politiche di welfare e la rete dei servizi per le dipendenze: le politiche sociali possono essere più importanti per la “strutturazione della vita” dei consumatori che offrire loro un trattamento specifico per la dipendenza.” Sarebbe indispensabile una sinergia tra politiche in materia di droga e politiche di welfare proprio per innovare le stesse politiche sulle droghe. (Grazia Zuffa & Ronconi 2017, p. 199).

CAPITOLO 3:

TIROCINIO FORMATIVO

3.1 Il contesto di Mestre e Marghera

Il mio tirocinio formativo è stato svolto nel Comune di Venezia, in particolare presso il Drop In di Via Giustizia e l'Unità di strada dello stesso. L'ente nasce nel 1997, in seguito ad un ordine del giorno approvato all'unanimità in consiglio comunale, che impegnava la giunta ad avviare una sperimentazione di un progetto di *Harm Reduction* (RdD: Riduzione del Danno). Il Comune di Venezia è l'unico Ente Locale in Italia che fornisce questi servizi, che solitamente sono affidati alle ASL o al privato sociale. A partire dal 2006 fino all'anno 2012, un'équipe ad hoc, composta da quattro educatori (di cui due comunali e due con partita iva) e dieci consumatori/trici, si occupava anche dei luoghi del divertimento. I quattro educatori si riunivano settimanalmente per discutere di varie questioni e poi veniva fatta un'ulteriore équipe con le PUD ingaggiate come *peer operators* per organizzare il lavoro e confrontarsi. Il progetto, in seguito, chiude a causa del cambio di contratto degli/delle operatori/trici: gli operatori e le operatrici comunali non possono più lavorare nelle ore notturne. L'attività di *outreach* nei contesti del divertimento continua comunque per qualche anno, con la supervisione degli/delle operatori/trici del Comune di Venezia, perché se ne fa carico un'associazione che il gruppo di *peer operators* del progetto decide di fondare.

Nel tempo, si è pensato ad un luogo in cui i/le consumatori/trici di sostanze potessero accedere non solo per scambiare materiali sterili, ma anche per poter fare una pausa dalla vita di strada. Nasce così nel 2007 il Drop In, luogo dedicato inizialmente alle persone che consumano sostanze, ma frequentato anche da persone senza fissa dimora; tant'è che nel 2015, l'équipe del Drop In inizia a farsene carico in seguito ad una decisione presa dal Comune di Venezia. Il Drop In è composto da una sala d'accoglienza in cui è presente quasi sempre musica in sottofondo, poltrone, tavoli con sedie, una scrivania, una libreria molto grande, un armadio che contiene shampoo, bagnoschiuma, creme, profumo, spazzole,

etc., un piano cucina con un lavandino, alcuni cassetti ed il necessario per il caffè ed il thè. Nella sala principale c'è anche una piccola stanza in cui si trovano i materiali necessari per le persone che consumano, come siringhe, aghi, medicazioni, lacci emostatici, salviettine, preservativi, contenitori appositi per le siringhe utilizzate e molto altro. Attraverso una porta si accede poi allo spazio docce con i bagni e la stanza lavatrici/asciugatrici sulla sinistra, e sulla destra sala relax con poltrone e televisore. Superata un'altra porta troviamo gli uffici degli/delle operatori/trici, un magazzino, un bagno operatori/trici ed un armadio grande con i rifornimenti vari. I servizi offerti sono: scambio di materiale sterile, colloqui, docce, lavatrici e asciugatrici, accompagnamenti e dormitorio notturno (dedicato alle persone che usano droghe). Il servizio svolto dal Drop In e dall'UdS è a soglia zero; pertanto, le persone possono accedere senza alcun prerequisito. Al primo ingresso in Drop In viene fatta compilare una scheda in cui vengono chiesti alcuni dati alla persona, che non necessariamente è tenuta a darli completamente (ad esempio, può iscriversi con un nome di fantasia purché se lo ricordi). Poi le viene lasciato un numero di tessera con il quale si identificherà ad ogni ingresso successivo e che serve agli/alle operatori/trici per monitorare i servizi erogati, oltre che alla raccolta dati per la valutazione. Lo stesso iter riguarda anche l'UdS.

Una classica giornata in Drop In si svolge con l'apertura del posto da parte degli/delle operatori/trici, in seguito alla quale arrivano le prime persone. Si scambiano saluti e chiacchiere mentre si registra sul foglio il numero di tessera della persona e le si chiede se ha bisogno di fare la doccia. Se sì, viene fornito un asciugamano e la persona può accedere alle docce. In seguito, viene fornito tutto ciò di cui eventualmente si necessita come ad esempio i rasoi usa e getta, lo spazzolino ed il dentifricio etc. Alcuni magari si fermano a giocare a carte mentre altri necessitano di riposare in sala relax. Tramite un foglio specifico poi, ci si può prenotare per le lavatrici/asciugatrici. Qualcuno ha bisogno di supporto per documenti od eventuali stampe mentre altri hanno bisogno di fare semplicemente una chiacchierata. Alcuni leggono magari.

Una classica giornata di UdS invece inizia con gli/le operatori/trici che riforniscono il camper del materiale mancante e poi partono. Ci si muove nelle

zone adiacenti alla stazione dei treni e si cerca di intuire quale sia la situazione del giorno. Quali sono i movimenti. Si cerca di intercettare qualche persona: quando la si incontra, si accosta in un luogo adatto e viene fatta salire in camper. Qui in genere si inizia sempre con un breve colloquio in cui si chiede alla persona come sta o la si ascolta se ha bisogno di parlare di qualcosa di urgente. Poi, si scambia il materiale, consegnando siringhe pulite e raccogliendo quelle usate, segnando tutto su un'apposita tabella, come avviene per il Drop In. Inoltre, si forniscono anche informazioni nel momento in cui la persona ha bisogno di supporto. In UdS vengono raccolti i filtri per il Progetto di Allerta Rapida, che gli operatori e le operatrici di strada hanno ideato con il Laboratorio di Analisi Tossicologiche dell'ASL e con il SerD, utile al monitoraggio delle sostanze presenti nella scena. Nell'operatività, la scena, o scena della droga, è una costruzione complessa nella quale influiscono e interagiscono fattori sociali, economici, politici e culturali (formali e informali) che costruiscono la descrizione del fenomeno droga correlato in uno spazio urbano.

In alcuni casi vengono fatti interventi di formazione e prevenzione sulle sostanze e sullo stile di consumo, perché può succedere di incontrare persone che consumano da poco o che si avvicinano ad una determinata sostanza per la prima volta. A volte vengono fatti sopralluoghi in zone considerate importanti per la scena dei consumatori.

Gli/le operatori/trici impiegati/e in questo servizio sono sette.

La carta dei servizi risale alla prima attività di UdS; pertanto, non risulta essere più adeguata all'evoluzione dei servizi e al cambiamento storico avvenuto negli anni.

L'ente è in contatto con SerD, servizi per persone senza fissa dimora, psichiatria, malattie infettive e consultori, principalmente.

Nel complesso ci sono vari punti di forza che riguardano sia il Drop In che l'UdS. Il Drop In, ad esempio, è collocato tra il SerD e la stazione dei treni, dunque, è situato in una posizione strategica. Inoltre, è un luogo che ha degli spazi abbastanza ampi e permette l'accesso ad un alto numero di persone. È ben fornito per le persone che consumano sostanze ma anche per chi vive in strada senza fare uso; vengono fornite anche creme per il viso e profumo. Quest'ultima

scelta è particolarmente importante anche se può sembrare semplice e di poco conto, perché conferisce senso di dignità a persone che vivono in condizioni di vita estremamente difficili. Anche la presenza di giochi da tavolo, come le carte, permette alle persone di vivere un momento ludico e leggero, allontanandole per un po' da altre preoccupazioni.

L'UdS ha tra i punti di forza la possibilità di muoversi con un mezzo che consente non solo di spostarsi tra zone distanti fra loro ma consente anche di creare un luogo in cui la persona può fare una pausa dalla strada e stare tranquilla. Costituisce un luogo intimo e gli/le operatori/trici danno vita ad un contesto non giudicante in cui la persona è libera di essere sé stessa ed essere ascoltata.

Durante il primo periodo del tirocinio formativo ho svolto attività di osservazione e formazione specifica, confrontando le nozioni acquisite con gli studi e la pratica del lavoro educativo. In questa fase ho raccolto informazioni preziose circa le dinamiche di strada, il lavoro di prossimità, l'équipe di lavoro, la persona senza fissa dimora, la persona che usa droghe, l'importanza del contesto sociale, la convivenza tra cittadini/e e persone che vivono in strada. Nella fase successiva ho potuto sperimentarmi nella pratica affiancata dagli/dalle operatori/trici del Comune di Venezia. Attraverso l'osservazione partecipante ho potuto toccare con mano la complessità di due fenomeni molto discussi nel panorama italiano: l'immigrazione e l'uso di droghe.

Mestre e Marghera rappresentano lo sviluppo urbano sulla terraferma di Venezia, sono abitate da circa 200.000 persone e da otto anni sono governate dalle politiche del sindaco Luigi Brugnaro⁴¹.

È possibile notare fin dall'arrivo in Stazione dei treni, e percorrendo qualche passo verso la famigerata Via Piave, la forte presenza di forze di polizia, forze armate e polizia locale. Non solo, si possono osservare rifiuti in strada, rifiuti ingombranti abbandonati in prossimità dei cassonetti e persone stese a terra nelle zone limitrofe alla Stazione, ma che si possono rintracciare anche nelle aree più lontane. Si percepisce da subito un clima di forte tensione, dovuto al conflitto sociale che da qualche anno interessa Mestre, ed in modo meno incisivo a

⁴¹ <https://www.venezia.net/mestre.html>

Marghera. Durante le prime uscite in UdS, soprattutto, capita di incrociare lo sguardo di qualche cittadino malcontento: l'Unità di Strada viene percepita da molti come un incentivo al consumo di droghe. Le prime domande sorgono spontanee: perché il lavoro di strada viene percepito in questo modo? Qualcuno spiega ai/cittadini/e in cosa consiste il lavoro di strada? La risposta arriva forte e chiara: no. Agli/alle operatori/trici non è affidato, come in passato, il compito di organizzare incontri con la popolazione, e il regolamento del dipendente pubblico impedisce di rilasciare dichiarazioni a giornalisti/e senza il consenso dei dirigenti. Al momento dell'incontro in strada gli/le operatori/trici devono però rispondere e spiegare alle persone il lavoro e il senso che ha il camper dell'UdS. Questa è una delle scelte che all'interno del territorio porta disgregazione, disinformazione e di conseguenza genera un clima di paura mista a tensione.



Foto 4 – The Joker with the bib (Fonte: Angelica Bassan)

Durante le uscite, noto una forte presenza di forze armate e polizia locale: la soluzione sembra essere sempre quella della punizione, stigmatizzazione e criminalizzazione delle persone che vivono in strada. Becker lo spiega bene: la reazione sociale determina le norme e di conseguenza chi è, o non è, deviante (Becker, 2017). Si dice che la storia insegna, evidentemente non siamo molto bravi/e ad apprendere. Questa volta però, qualcuno capisce che questa non è la

soluzione giusta per governare il fenomeno. Il 24 febbraio viene organizzato un corteo, al quale partecipano circa 5000 persone, che sfilerà dalla stazione dei bus di Mestre fino al centro. In particolare, vengono chieste tre cose:

1. Maggior coordinamento tra gli organi che esercitano la vigilanza nelle strade e gli organi preposti alle varie forme di prevenzione al disagio, attraverso figure formate e specializzate in entrambi i settori con particolare attenzione alle risorse già disponibili;
2. Potenziamento dei servizi per l'assistenza e il recupero sociale dei soggetti in condizione di fragilità, il rafforzamento dei servizi sociali di strada e formativi sul tema dell'uso di droghe anche nelle scuole;
3. Una politica di rigenerazione urbana di recupero del patrimonio pubblico abitativo abbandonato e di sostegno dei negozi di vicinato nella prospettiva di un rilancio culturale, sociale e ricreativo dei quartieri.

Un corteo organizzato da *ViviAmo Marghera*, *Marghera Oggi 2.0*, *Giovani Per L'umanità*, *Gruppo di Lavoro Via Piave*, *Marghera Libera e Pensante* e Prince Howlader, presidente di *Giovani Per L'umanità*. A queste, si affiancano altre 30 associazioni circa. Il corteo finisce nelle pagine di testate giornalistiche e giornali online come: *VeneziaToday*, *Il Gazzettino*, *Venerdì di Repubblica*. Questa iniziativa è stata talmente rumorosa che, di lì a poco, il sindaco sceglie di far partire un nuovo progetto: una nuova Unità di Strada, composta da due unità mobili, che lavori in strada 12 ore al giorno e in sinergia con il servizio "Pronto intervento sociale, inclusione e mediazione" (del quale fa parte), con le forze armate e altri servizi come il SerD. Gli/le operatori/trici del Drop In avranno il compito di affiancare per un periodo le nuove leve, che arriveranno dalla collaborazione con una cooperativa del privato sociale, per poi occuparsi solamente del Drop In. Il progetto parte il 19 giugno.

3.2 I colloqui di autoregolazione e il *setting*

Come trattato all'interno del capitolo *Il setting come elemento fondamentale nel consumo controllato*, nel paragrafo *Norme sociali e rituali: le componenti del setting*, quando parliamo del contesto sociale non possiamo limitarci ad un'interpretazione approssimativa, ma dobbiamo considerare tutte le sue

componenti: norme sociali informali, norme sociali formali e rituali (Zinberg, 2019). Delle norme sociali formali abbiamo parlato nel paragrafo precedente, facendo riferimento al contesto e alle scelte politiche specifiche che riguardano le città di Mestre e Marghera. Attraverso le annotazioni del diario di bordo, tenuto durante il tirocinio formativo, andremo ad analizzare le norme sociali informali e i rituali che coinvolgono le persone che usano droghe.

Prendiamo in considerazione la storia di una ragazza, che qui chiamerò Sofia:

Sofia è una giovane ragazza italiana cresciuta da genitori che tenevano festini a base di droga in casa, usa per la prima volta a sedici anni. Da qualche tempo aveva un compagno, anche lui consumatore, e convivevano in un appartamento di loro proprietà. Una sera il compagno di Sofia non si sente molto bene e comincia a rigettare sangue. Lei prontamente chiama l'ambulanza, ma al loro arrivo lui non vuole essere soccorso. Quando viene riferito ai soccorritori l'uso di sostanze, questi se ne vanno. Dopo un po' di tempo il compagno di Sofia perde i sensi e lei chiama nuovamente i soccorsi. Lui muore agonizzante dopo l'arrivo in ospedale. Muore di ischemia, probabilmente causata da cocaina. Sofia qualche settimana dopo la scomparsa del compagno scopre di essere gravida. In tutto questo tempo, Sofia ha sempre avuto un consumo molto controllato e ben ponderato. Subito dopo la perdita del compagno sembrava non essersi resa conto del lutto ma poco dopo aver scoperto di essere gravida, ha avuto un momento di grossa difficoltà. La incontriamo in strada e l'operatore in turno le chiede come sta. Inizia una conversazione in cui lei riferisce di essere molto sollecitata dalla situazione e di voler andare via da Mestre, ha una casa vicino alla stazione che vuole vendere. È però consapevole di quanto sia complesso e richieda tempo fare tutto questo passaggio; quindi, prima vorrebbe prendersi una pausa dalla sostanza andando in comunità. In questo, la madre non la vuole nemmeno vedere mentre la nonna riesce ad avere polso rispetto alla situazione. Sofia manifesta la volontà di andare in una comunità in cui però non la giudichino per il suo uso in stato di gravidanza e con l'operatore si accordano per provare a contattare una comunità specifica. In seguito, riuscirà ad entrare in comunità e proseguire il percorso. Da poco ha partorito una bellissima bambina, sana e forte.

La situazione riguarda una consumatrice molto esperta e consapevole del suo uso, ma anche della sua situazione. In questo caso, le norme sociali informali incontrate durante l'infanzia e l'adolescenza hanno influito sulla storia di vita di Sofia: l'esperienza precoce con le sostanze, lo stile di consumo che prevede l'uso all'interno dell'abitazione e non in strada. Anche nello sviluppo della traiettoria di vita, gli avvenimenti hanno avuto un ruolo centrale: la perdita del marito, la gravidanza e il fenomeno del consumo a Mestre, hanno orientato Sofia verso la scelta di un percorso terapeutico.



Foto 5 – Forgotten Childhood (Fonte: Angelica Bassan)

Un'altra storia che ho incontrato durante il tirocinio è quella di una giovanissima ragazza che chiamerò Marta.

Marta è una ragazza di 19 anni e arriva da Pordenone. Si contraddistingue subito per la sua innata bellezza. Arriva a Mestre dopo un anno e mezzo di comunità a San Patignano. Al suo arrivo fumava eroina ma, stando con un gruppo di persone che consumava per via iniettiva e la prendevano in giro dicendole che “fumare è da pivellini”, poco dopo ha iniziato a iniettare. Nel periodo in cui la incontriamo la vediamo spesso con D., un uomo che ha una

brutta fama in strada: solitamente ha rapporti molto conflittuali con le donne che sfociano quasi sempre in violenza fisica e verbale. Lei si rivolge all'UdS per lo scambio materiale ma gli/le operatori/trici cercano da subito di creare una relazione con lei per comprendere meglio la situazione e poterla sostenere. In un primo momento la vediamo stare bene, ma con il passare delle settimane la circostanza si aggrava: ultimamente deve iniettare sotto al piede perché non riesce a trovare vene in altri punti del corpo. Gli/le operatori/trici provano ad incontrarla senza la presenza di D., lei riferisce di aver aumentato il consumo e di non stare bene: viene sempre più spesso a Mestre e questo influisce molto sul suo consumo. Dopo diversi colloqui con lei, gli/le operatori/trici riescono a farle capire che il contesto di Mestre e D., la influenzano negativamente per quanto riguarda il controllo del suo consumo e la invitano a riflettere sulle priorità che ha nella sua vita. Le viene suggerito di scendere a procurarsi la quantità necessaria per un paio di giorni, evitare di assumere in strada a Mestre per non fermarsi più a lungo del dovuto e, in caso, usare in treno. In questo modo diminuisce la frequentazione del posto e fugge al *setting* che la condiziona portandola a perdere il controllo. Marta è una ragazza molto eclettica e in breve tempo mette in pratica i suggerimenti. Ora la si vede raramente in strada e il suo controllo sulla sostanza, ci riferisce, è migliorato.

Anche in questo caso, le norme sociali informali sono state incisive rispetto al modello di consumo di Marta, che inizialmente fumava le stagnole e poi, attraverso l'influenza del gruppo, è passata al consumo iniettivo. Ci torna utile citare nuovamente Becker: "I controlli sociali influenzano il comportamento individuale, in primo luogo, tramite l'uso di potere che si esprime attraverso l'applicazione di sanzioni: il comportamento conforme ai valori è ricompensato e quello contrario punito." (Becker 2017, p.87). L'autore si riferisce ai controlli sociali esercitati dalla società, ma anche all'interno dei diversi gruppi sociali vengono stabilite delle norme e dei controlli a cui la persona è soggetta. Pertanto, le persone che hanno maggior potere all'interno di un gruppo definiscono le norme a cui gli/le altri/e partecipanti devono sottostare: pena, l'emarginazione.

L'ultima storia, delle tante, che scelgo di riportare è quella di un ragazzo proveniente dalla Repubblica Ceca, che qui chiamerò Viktor.

Viktor è un *traveller* di trent'anni, su di lui non si sa molto. Sembra abbia fatto un grave incidente che gli ha causato un intervento delicato alla schiena, in cui è stato inserito un impianto di titanio. Racconta di spostarsi di paese in paese a seconda del clima presente, perché influisce sul dolore che prova. Lui, infatti, è ceco però comunica in spagnolo. Non solo, parla fluentemente tutte le lingue simili al ceco come ad esempio lo slovacco, ma anche il francese e l'inglese. Parla anche un po' italiano, spesso lo mescola allo spagnolo. Si trova a Mestre da un anno o poco più, non può più tornare in Cechia perché dice di avere una condanna. Ogni tanto viene in Drop In ed è sempre difficile da gestire. Un giorno, mentre siamo in UdS, lo vediamo sbattere violentemente la testa contro un muro vicino alla fermata del bus. Viene verso di me ed inizia a parlare molto velocemente, ma ad un certo punto si ferma e mi dice: "Scusa, no quiero molestarte", poi se ne va. Lo incontriamo nuovamente qualche giorno dopo, è più tranquillo e l'operatore in turno riesce ad agganciarlo. Viktor ci riferisce di stare male: dovrebbe prendere dei neurolettici ma attualmente non sa che cosa fare, nel mentre usa cocaina per via iniettiva. Qui a Mestre dice di stare molto male perché le persone sono meno propense ad aiutarsi e per procurarsi la dose bisogna spesso delinquere. L'operatore in turno gli dice che proverà a cercare una soluzione contattando il SerD.

Anche in questo caso, è possibile analizzare le componenti relative al *setting*. Viktor è un consumatore molto esperto e competente, la sua traiettoria di vita è molto complessa e l'aver vissuto in contesti così diversi tra loro gli ha dato modo di sviluppare *skills* che non tutte le persone che usano droghe hanno. Nonostante la profonda sofferenza che gli reca il contesto e il suo stato mentale, è comunque cosciente della situazione e del suo comportamento. Viktor sta rendendo la sua situazione ancora più complessa: a causa della mancanza di psicofarmaci si automedica attraverso l'uso di uno stimolante, che aumenta però le sue paranoie e lo rende aggressivo; in tutto ciò, aumenta la propensione a commettere crimini.

Le storie di vita che ho riportato in questo paragrafo sono solo alcune delle tante storie che ho sentito raccontare durante il tirocinio formativo, e che tutt'ora incontro tra le strade di Mestre. Storie segnate da forti traumi, profonde difficoltà

e una vita ai margini. Allo stesso tempo, persone che hanno delle competenze incredibili. Ma qual è la trappola?

Dalla Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia, la popolazione tra i 15 e i 19 anni che ha consumato almeno una sostanza illegale nell'ultimo anno risulta essere il 27,9% nel 2022 contro il 18,7% nel 2021⁴². Tra la popolazione che va dai 18 ai 64 anni, la percentuale nel 2022 risulta essere del 12,0%⁴³. Si parla dunque di una percentuale alta di persone che hanno usato droghe illegali, specie se pensiamo che al 1° gennaio 2022, la popolazione di giovani tra i 15 e i 19 anni residente in Italia ammonta a: 2.866.117 persone⁴⁴. Questi sono dati nazionali, tuttavia la gran parte di queste persone non coincidono con la rappresentazione sociale della persona che usa droghe.

Come analizzato e trattato nei capitoli precedenti, ciò che influenza il grado di controllo sull'uso della sostanza è un insieme di variabili quali: *drug* (droga), *set* (l'individuo) e *setting* (contesto) (Zinberg, 2019). Pertanto, la differenza tra le persone che socialmente vengono rappresentate, attraverso processi di stigmatizzazione e criminalizzazione, come "tossici/che" e la restante popolazione che usa droghe è la traiettoria di vita (Hart, 2018). Come riporta Tamar Pitch nel suo libro *Contro il decoro. L'uso politico della pubblica decenza*, riflettendo sulle conseguenze del decreto Fini-Giovanardi (convertito in legge nel 2006): "Insomma, queste misure colpiscono i giovani e i migranti, in particolare quelli e quelle con meno risorse economiche e culturali, mentre i vizi privati dei ricchi vengono proposti come virtù di media." (Pitch 2013, p. 25). Misure che discriminano ulteriormente tra "quelli a cui tutto è permesso" e le persone a cui vengono imposti limiti sempre più rigidi (*Ibidem*). Un giovane adolescente minorenni, arrivato in Italia dalla Tunisia tramite i cosiddetti "barconi" dopo promesse di lavoro e soldi, con l'aspettativa della sua famiglia, che destino avrà? Sembra abbastanza scontata la risposta. Una storia senza fine, quella di molte persone che per diversi eventi infausti approdano alla strada: non da vittime, ma

⁴² <https://www.politicheantidroga.gov.it/it/attivita/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2023-dati-2022/>

⁴³ *Ibidem*

⁴⁴ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#>

da persone che spesso sono cresciute conoscendo solo un modo di vivere e a cui sembra lontana una prospettiva differente. Persone che spesso vengono considerate incapaci e rappresentati come “in grado di fare qualsiasi cosa pur di recuperare la dose”. Purtroppo, anche da parte dei servizi e degli/delle operatori/trici. Eppure, studi condotti, come quello riportato in *A casa di mia sorella, niente. La vita e i consumi delle persone che usano droghe durante il lockdown*, dimostrano una grande competenza nella gestione del consumo da parte dei/delle consumatori/trici.

“ [...] è interessante esaminare le aspettative diffuse nel mondo degli operatori così come descritte nel primo capitolo: si temeva che l'evento avverso del *lockdown* avrebbe avuto riflessi negativi sulle capacità di controllo delle persone che usano droghe, specie col venir meno del consueto supporto dei servizi stessi. Da qui un certo ‘stupore’ perché ‘lo scenario peggiore’ della ‘perdita di controllo’ non si è verificato e le persone hanno dimostrato di saper stare ‘sopra la droga’: uno ‘stupore per l’inatteso’ – scrivono gli autori della ricerca – ‘di cui si dovrebbe fare ammenda’.” (Cippitelli & Ronconi 2022, p. 10).

In una società profondamente legata allo stigma del/della “tossico/a”, e del/della “carcerato/a”, perché questo è un altro aspetto che riguarda le persone che usano droghe, è davvero possibile cambiare la propria traiettoria di vita?

Il *Libro Bianco sulle Droghe 2023* parla proprio dei risultati prodotti dalla criminalizzazione delle persone che usano droghe:

“Diventano catastrofici i dati sugli ingressi e le presenze di detenuti definiti “tossicodipendenti”: lo sono il 40,7% di coloro che entrano in carcere, mentre al 31/12/2022 erano presenti nelle carceri italiane 16.845 detenuti ‘certificati’, il 30% del totale (+10% sul 2021). Questa presenza record (dal 2006 ad oggi) è alimentata dal continuo ingresso in carcere di persone ‘tossicodipendenti’, che dopo i due anni di pandemia ha ripreso ad aumentare (+18,4% rispetto al 2021).”⁴⁵

Inoltre, la repressione colpisce principalmente la cannabis (75,4%), poi a

⁴⁵ <https://www.fuoriluogo.it/mappamondo/la-traversata-del-deserto-analisi-e-dati-in-pillole/>

seguire la cocaina (18,8%) e l'eroina (4,2%); dal 1990 oltre un milione di persone risultano segnalate per possesso di derivati della cannabis.⁴⁶ Sono aumentate del 33% anche le segnalazioni di minorenni per consumo di droghe di cui il 97% per cannabis; questo non denota un aumento del consumo tra i giovani, ma sottolinea come i giovani siano sempre più oggetto di repressione.⁴⁷ Le politiche sulle droghe sono un elemento piuttosto incisivo all'interno del *setting*, soprattutto per quanto riguarda le conseguenze sulle vite delle persone a lungo termine.

3.3 Il ruolo dell'educatore nei contesti "di strada"

Il lavoro di strada appare come un'esperienza di frontiera, spesso complessa sotto vari punti di vista, ed essere educatore in questo ambito rappresenta una sfida continua (Capantini, 2002). Gli elementi più critici riguardano:

- La relazione "a legame debole" con le persone che si incontrano, ovvero una relazione spesso occasionale ed estemporanea, spesso sfuggente;
- La difficoltà nel cercare di non proiettare i propri bisogni di operatori/trici sulla persona, minando dunque la volontà della persona che spesso può essere molto diversa dalle nostre aspettative;
- L'impatto emotivo e psicologico dovuto a ciò che le persone portano con sé;
- Il lavoro di rete con i vari servizi che si occupano dell'ambito dell'uso di droga;
- Lo scarso riconoscimento della professionalità (*Ibidem*).

Laura Capantini conduce una riflessione interessante sul lavoro di strada, e altre pratiche del lavoro sociale, prendendo in considerazione le Lezioni Americane di Italo Calvino; è particolarmente suggestiva la considerazione sulla "Leggerezza", la prima delle Lezioni Americane (*Ibidem*).

Calvino nella prima Lezione Americana parla del mito di Perseo e la Medusa per introdurre la sua idea di *leggerezza* (Calvino, 2022). Ci sono diversi elementi

⁴⁶ *Ibidem*

⁴⁷ <https://www.fuoriluogo.it/mappamondo/la-traversata-del-deserto-analisi-e-dati-in-pillole>

che l'autore utilizza per dare un senso alla *leggerezza*, e sono tratti proprio dal racconto letterale (*Ibidem*). Il primo è rappresentato da Pegaso, il cavallo alato che nasce dal sangue riverso dalla testa decapitata di Medusa: alcune versioni del mito vedono proprio Perseo come cavaliere della creatura (*Ibidem*). Inoltre, Perseo ai piedi porta dei sandali alati, che aveva ottenuto dalle sorelle di Medusa, le Graie, e questo è il secondo elemento che rende il significato di *leggerezza*. Quanto alla testa decapitata, l'eroe non l'abbandona ma la porta con sé, all'interno di una sacca: il capo della Gorgone viene utilizzata per pietrificare i nemici attraverso la chioma di serpi diventando un'arma invincibile (*Ibidem*). Qui, dice Calvino, è importante soffermarsi: Perseo padroneggia il volto tenendolo nascosto, esattamente come prima lo aveva vinto guardandolo attraverso lo specchio (*Ibidem*). "È sempre in un rifiuto della visione diretta che sta la forza di Perseo, ma non in un rifiuto della realtà del mondo di mostri in cui gli è toccato di vivere, una realtà che egli porta con sé, che assume come proprio fardello." (Calvino, s.d., p.3). Riprendendo le *Metamorfosi* di Ovidio poi, Calvino ci racconta dell'uccisione di un mostro marino ad opera di Perseo, il quale voleva liberare Andromeda (*Ibidem*). Dopo questa fatica, continua l'autore, l'eroe va a lavarsi le mani e nel mentre, per non sgualcire la testa di Medusa con la sabbia, la poggia "a faccia in giù" su uno strato di foglie e ramoscelli nati sott'acqua: "Mi sembra che la leggerezza di cui Perseo è l'eroe non potrebbe essere meglio rappresentata che da questo gesto di rinfrescante gentilezza verso quell'essere mostruoso e tremendo ma anche in qualche modo deteriorabile, fragile" (Calvino, 2022). Quello che succede poi è ancora più sorprendente: i ramoscelli a contatto con il capo della Gorgone si trasformano in coralli, e le ninfe per adornarsi di coralli avvicinano i ramoscelli e le alghe alla testa (*Ibidem*). Attraverso la suggestione di queste immagini, Calvino cerca di dare una forma alla *leggerezza*. Allo stesso modo, Laura Capantini sceglie di fare un paragone utilizzando l'immagine della Medusa, associandola ai problemi e ai contesti nei quali si trova ad agire l'operatore/trice sociale che opera in *setting* destrutturati e in relazioni spesso "pesanti come macigni" (Capantini, 2002). ""In certi momenti mi sembrava che il mondo stesse diventando tutto di pietra: una lenta pietrificazione più o meno avanzata a seconda delle persone e dei luoghi, ma che non

risparmiava nessun aspetto della vita. Era come se nessuno potesse sfuggire allo sguardo inesorabile della Medusa.’ (Calvino, 2022)” (Capantini, 2002). A volte, tutto sembra imm modificabile, fermo, immobile tanto da assomigliare alle pietre, dice l’autrice: ovunque ci volgiamo, ecco apparire la Medusa (*Ibidem*). Allora come interpretare il mito? “la ‘leggerezza’ e la ‘riflessione’ come ‘risorsa e metodo’ per affrontare la negatività e il potere paralizzante di Medusa” (*Ibidem*). La figura di Perseo è affascinante per diverse ragioni:

1. La capacità di volare con sandali alati, un’immagine che suggerisce alcune caratteristiche di chi opera in *setting* destrutturati e deboli: un’idealità alta (un invito a coltivare una propria dimensione spirituale) e la capacità di muoversi con efficacia e leggerezza nelle relazioni informali, fugaci, tipiche del *setting* di riferimento;
2. La strategia per affrontare la forza pietrificante di Medusa: Perseo decide di affrontare lo sguardo della Gorgone, ma non lo fa direttamente, questa è una metafora della separazione e della riflessione come strumenti di protezione (*Ibidem*).

Guardare direttamente la Medusa potrebbe significare porsi davanti alle difficoltà con un atteggiamento disposto ad un forte coinvolgimento personale, a una disponibilità di presa in carico infinita, ad un’elevata aspettativa, ad un forte senso di onnipotenza, con il rischio di avere risultati deludenti (*Ibidem*). È invece necessario cercare vie alternative, indirette, come la “via dello specchio” che ci consentano di far fronte alle contingenze proteggendosi (*Ibidem*). L’operatore/trice dovrebbe aumentare la propria capacità di “influire con successo quando riconosce e accoglie la consapevolezza della propria differenza e i limiti del proprio intervento, e decide di tutelare sé stesso e il proprio lavoro, attrezzandosi con strumenti di riflessione” (*Ibidem*). Alcuni degli strumenti di riflessione, utili all’operatore/trice sono: confronto con l’équipe, gruppi di supervisione, tempi personali, guardare ai problemi con prospettive differenti (*Ibidem*).

L’autrice conduce una riflessione anche sul racconto di Ovidio, dove tratta il rapporto evocativo tra Perseo e la Medusa (*Ibidem*). Rispetto alla testa decapitata, Capantini dice che “avere la meglio sull’energia negativa che in tali

realtà si sperimenta, significa assumerla come parte integrante del proprio bagaglio esistenziale; da quel momento Perseo non si separa più dal suo fardello mostruoso.” (*Ibidem*). È dunque necessario accogliere la sofferenza, ma allora come convivere con questa potenza negativa? Attraverso la cura, la protezione e il rispetto (*Ibidem*). C’è bisogno di porre attenzione all’umanità, alla dignità e alla sofferenza delle persone che si incontrano (*Ibidem*). Quando il fardello mostruoso diventa l’arma più potente, significa che l’operatore/trice è riuscito/a a dominare le negatività per affrontare meglio le difficoltà (*Ibidem*). Infine, il mito ci dice che dall’energia negativa può scaturire una positività inattesa: all’interno delle problematiche c’è sempre una straordinaria forza trasformatrice (*Ibidem*).

CONCLUSIONI

In conclusione, si potrebbe affermare che il controllo sulla sostanza sia possibile nel momento in cui le persone conducono vite soddisfacenti e hanno priorità più importanti rispetto al consumo di droga. Questo è testimoniato in primis da Carl Hart, come riportato nel primo capitolo, neuroscienziato e tutt'ora consumatore, ma anche dai ragionamenti condotti nel secondo e nel terzo capitolo.

Il fenomeno dell'uso di droghe ha avuto un'evoluzione alquanto complessa, dovuta all'intreccio di politiche punitive e criminalizzanti, alla rappresentazione sociale andata costruendosi nel tempo a causa, anche, delle influenze mediatiche e, purtroppo, dei vari modelli applicati al trattamento delle persone che usano droghe che si sono susseguiti nel tempo.

Le domande che sorgono spontanee al termine di questo elaborato, ma che prendono vita anche nelle riflessioni degli/delle operatori/trici che operano nei contesti di "strada", riguardano soprattutto il futuro della gestione del fenomeno: depenalizzare il consumo di droghe potrebbe costituire un cambiamento significativo? Legalizzare le droghe potrebbe essere il prossimo passo verso una società che guarda alle persone che usano droghe come ad individui capaci? Ci sono altre alternative possibili?

Per quanto riguarda la depenalizzazione, abbiamo degli esempi internazionali. Quello più noto riguarda il Portogallo, che nel 2001 ha depenalizzato il consumo e il possesso di stupefacenti, considerandolo come illecito amministrativo.⁴⁸ "La legge mira alla Limitazione dei Rischi e alla Riduzione del Danno, prevedendo programmi di supporto medico e sociale per i tossicodipendenti".⁴⁹ Questo potrebbe apparire come un successo, ma in realtà non fa altro che tornare a considerare la persona che usa droghe come una persona malata anziché criminale. Per quanto riguarda la legalizzazione delle droghe, attualmente non c'è uno Stato che abbia legalizzato tutte le droghe illegali ma molti hanno legalizzato l'uso di cannabis.

⁴⁸ <https://www.internazionale.it/video/2020/11/06/depenalizzare-eroina-portogallo>

⁴⁹ *Ibidem*

Pat O'Hare è considerato uno dei padri della Riduzione del Danno internazionale e nel 1986, assieme ad altri/e colleghi/ghe, ha avviato nella contea del Merseyside il primo programma di scambio siringhe al mondo. O'Hare ci lascia un quesito fondamentale: "Dato che il primo e più ovvio danno correlato al consumo di alcune droghe è la criminalizzazione, la strategia di riduzione del danno pone la domanda: le leggi vengono varate per contenere i danni causati dal consumo, oppure esprimono il sistema di valori dominanti?"

Concludo quindi lasciando una riflessione aperta: nel contesto italiano sarebbe possibile optare per la depenalizzazione delle droghe o eventuale legalizzazione di alcune droghe? Sarebbe abbastanza per riconoscere i diritti di chi le usa? Potrebbe avere una ricaduta sulla salute delle persone? Aiuterebbe a stemperare il conflitto fra persone che usano droghe in strada e residenti nelle zone di scena aperta? Insomma: la regolazione sociale del fenomeno, permetterebbe a tutti di vivere meglio?

BIBLIOGRAFIA

- Becker, H. S. (2017). *Outsiders. Studi di sociologia della devianza*. Milano: Meltemi.
- Calvino, I. (2022). *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio*. Milano: Mondadori.
- Capantini, L. (2002). *Tra leggerezza e molteplicità: Percorsi di orientamento per le «relazioni a legame debole»* in Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane, n°37. Milano: La Vita Felice
- Reperibile al link: <https://www.psychomedia.it/cpat/articoli/37-capantini.htm>
- Cippitelli, C., & Ronconi, S. (2022). *A casa di mia sorella, niente: La vita e i consumi delle persone che usano droghe durante il lockdown*. Pisa: Edizioni ETS.
- Grazia Zuffa, & Ronconi, S. (2017). *Droghe e autoregolazione. Note per consumatori e operatori*. Roma: Ediesse.
- Hart, C. (2018). *A caro prezzo*. Milano: Neri Pozza Editore.
- Pitch, T. (2013). *Contro il decoro. L'uso politico della pubblica decenza*. Roma-Bari: Laterza.
- Roghi, V. (2018). *Piccola città. Una storia comune di eroina (3ª ed.)*. Roma-Bari: Laterza.
- Saitta, A. (2019). *Indirizzi per la prima applicazione, in modo omogeneo sul territorio regionale, delle prestazioni LEA per i Servizi di Attività di Riduzione del Danno (RdD) e di Limitazione dei Rischi (LdR) in ambito sanitario, con riferimento ai consumi e agli abusi di sostanze psicoattive e alle dipendenze patologiche*. Deliberazione della Giunta Regionale 12 aprile 2019, n. 42-8767.
- Reperibile al link:
http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2019/19/attach/dgr_08767_1050_12042019.pdf
- Zuffa, G. (2010). *Cocaina. Il consumo controllato*. Torino: EGA - Edizioni Gruppo Abele.

SITOGRAFIA

- *Gazzetta Ufficiale*: “La Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, quale fonte ufficiale di conoscenza delle norme in vigore in Italia e strumento di diffusione, informazione e ufficializzazione di testi legislativi, atti pubblici e privati.”
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1954/11/12/054U1041/sq>
- *Centro Studi Livatino*: “Il Centro Studi Rosario Livatino, costituitosi nel 2015, a 25 anni dal sacrificio del magistrato siciliano, è un gruppo di giuristi – magistrati, avvocati, docenti universitari, notai – che, traendo esempio dal giudice ucciso per mano mafiosa nel 1990 e proclamato beato il 9 maggio 2021, studia temi riguardanti in prevalenza il diritto alla vita, la famiglia, la libertà religiosa, e i limiti della giurisdizione in un quadro di equilibrio istituzionale.”
<https://www.centrostudilivatino.it/la-legislazione-sugli-stupefacenti-nellitalia-unita-una-prima-panoramica/>
<https://www.centrostudilivatino.it/litalia-la-lotta-al-narcotraffico-e-la-legislazione-contro-il-consumo-di-droga-nellimmediato-dopoguerra/>
- *Camera dei Deputati*: è il sito istituzionale della Camera dei Deputati
https://www.camera.it/leg17/995?sezione=documenti&tipoDoc=lavori_testo_pdl&idLegislatura=17&codice=17PDL0031070
- *Dipartimento per le politiche antidroga*: è la sezione del sito del *Governo Italiano* dedicato appunto al Dipartimento per le politiche antidroga, ovvero la struttura per la promozione e il coordinamento dell’azione di Governo in materia di politiche antidroga.
<https://www.politicheantidroga.gov.it/media/iadfrgci/sintesi-introductiva-alla-realzione-al-parlamento-2023-dati-2022.pdf>
- *Venezia.net*: è il sito ufficiale per la città di Venezia.
<https://www.venezia.net/mestre.html>
- *Fuoriluogo*: è il portale di Forum Droghe, un’associazione nazionale fondata nel 1995 che si batte per la riforma delle politiche pubbliche sulle droghe a partire da una nuova rappresentazione sociale del fenomeno

della droga e della figura delle persone che usano droghe.

<https://www.fuoriluogo.it/mappamondo/la-traversata-del-deserto-analisi-e-dati-in-pillole/>

- *Statistiche Istat*: è la banca dati per avere accesso diretto alla statistica italiana.

<http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869#>

- *Internazionale.it*: è il sito web dell'omonimo settimanale italiano d'informazione fondato nel 1993 da Giovanni De Mauro.

<https://www.internazionale.it/video/2020/11/06/depenalizzare-eroina-portogallo>