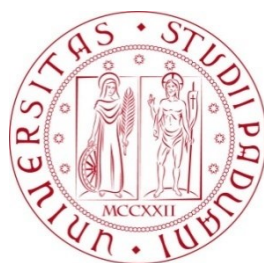


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E
STUDI INTERNAZIONALI

Corso di Laurea Triennale in
Servizio Sociale



TOSSICODIPENDENZA E RIDUZIONE DEL DANNO
“Route 4”
L’Unità di Strada nata a Padova

Relatrice: Prof.ssa Daria Panebianco

Laureanda: Sabrina Barbi
Matricola N. 1223867

A.A. 2021 – 2022

A Juri

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I - CONSUMO DI SOSTANZE	5
1.1 GLI APPROCCI ALL'USO DI SOSTANZE	5
1.2 LA LEGISLAZIONE DI RIFERIMENTO	9
<i>1.2.1 Convenzioni internazionali</i>	9
<i>1.2.1 Legislazione Europea</i>	10
<i>1.2.2 Legislazione Italiana</i>	12
1.3 LE PRINCIPALI SOSTANZE UTILIZZATE.....	16
<i>1.3.1 Cocaina</i>	17
<i>1.3.2 Amfetamine</i>	18
<i>1.3.3 Oppioidi</i>	20
<i>1.3.4 Cannabinoidi</i>	21
<i>1.3.5 Allucinogeni</i>	23
1.4 IL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE (SER.D.).....	24
CAPITOLO II - LA RIDUZIONE DEL DANNO	31
2.1 IL PROIBIZIONISMO	32
<i>2.1.1 Le “conseguenze assolutamente prevedibili” del proibizionismo</i>	35
<i>2.2.2 Il cambio di rotta</i>	36
2.2 LA RIDUZIONE DEL DANNO.....	39
<i>2.2.1 La nascita della RdD</i>	39
<i>2.2.2 Definizione di Riduzione del Danno</i>	43
CAPITOLO III - “ROUTE 4”: L'UNITÀ DI STRADA NATA A PADOVA	47
3.1 LE ORIGINI DEL PROGETTO	47
3.2 L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO PILOTA	49
3.3 LA VALUTAZIONE DEL SERVIZIO ROUTE4	51
3.4 LE INTERVISTE: TESTIMONIANZE DEGLI OPERATORI	62
CONCLUSIONI	75
BIBLIOGRAFIA	79
SITOGRAFIA	84

INTRODUZIONE

Alla base del presente elaborato vi è l'analisi del consumo di sostanze e degli approcci ad esse correlate, nell'intento di ridurre lo stigma, oramai radicato da decenni, nei confronti di chi consuma droghe.

In particolare, si pone l'attenzione sulla politica sociale di Riduzione del Danno (RdD), la cui promozione viene da sempre ostacolata dall'approccio conservatore di politiche maggiormente repressive o improntate sul proibizionismo.

L'interesse personale nei confronti del tema dell'utilizzo di sostanze (e delle conseguenti possibili problematiche connesse), è stato influenzato dall'esperienza di Tirocinio Universitario avvenuta presso il Servizio per le Dipendenze di Padova (Aulss 6 Euganea).

Nel corso di tale periodo formativo, costituito da un totale di 500 ore distribuite da febbraio 2021 a marzo 2022, ho avuto modo di osservare le fasi iniziali ed i primi sviluppi di quello che oggi chiamiamo "Route4": un servizio nato da una rete di realtà di Terzo Settore collocate nel territorio di Padova. Tale progetto, vincitore in seguito di un bando proposto dal Comune di Padova, "*per l'affidamento del servizio di Unità di Strada (US) per consumatori di sostanze psicoattive legali e illegali*" si è concretizzato nello sviluppo di un'US di "riduzione del danno", e di altri 4 elementi di novità rispetto al bando dell'amministrazione, ossia un'US di "Limitazione del Rischio (LdR)", l'organizzazione di appuntamenti formativi relativamente agli strumenti della RdD e della LdR, l'organizzazione di appuntamenti di formazione e sensibilizzazione con alcune realtà del territorio che lavorano con i minori (per realizzare laboratori sui comportamenti a rischio, favorendo una riflessione critica) ed infine la partecipazione ad alcuni eventi musicali organizzati nel territorio padovano, con l'obiettivo di agganciare i ragazzi delle superiori e dell'università per sensibilizzarli sul tema dei consumi e dei comportamenti a rischio.

L'avvicinamento al servizio e la possibilità di partecipare, in qualità di volontaria, alle uscite con l'US per la RdD, hanno sicuramente incentivato l'interesse generale riguardo l'uso di sostanze, ma in particolar modo hanno determinato la volontà di approfondire maggiormente l'approccio innovativo e non giudicante di RdD.

L'obiettivo di questa tesi è quindi quello di analizzare e promuovere la politica di RdD. Considerando che in ogni società esiste un certo livello di consumo, che alcuni individui mettono in atto comportamenti ad alto rischio e che non esiste allo stato attuale una soluzione universale, l'originalità di questo approccio si esprime nella "adozione di una

strategia pragmatica di contenimento, che *non esclude interventi ulteriori* (purchè improntati al rispetto del tossicodipendente e al riconoscimento dei suoi diritti fondamentali) ma *non li postula come necessario sviluppo*” (Pepino, 2000, pp. 674).

Inoltre, per poter, in un certo senso, dare voce agli operatori di strada che lavorano al progetto Route4, sono state condotte delle interviste semi – strutturate per approfondire alcuni temi salienti della RdD.

La tesi è articolata in tre capitoli. Nel primo capitolo si vuole fornire una panoramica sul consumo di sostanze: vengono quindi trattati inizialmente gli approcci al consumo di droghe, a seguire, si propone la descrizione, a titolo esemplificativo, di alcune fra le molte sostanze considerate illegali presenti sul mercato, continuando, si espone il quadro normativo in materia, distinto fra livello internazionale, europeo ed italiano. Infine, vengono descritte la nascita, evoluzione ed attuali prestazioni dei Servizi per le Dipendenze.

Nel capitolo II ci si concentra sull’approccio di RdD, fornendo inizialmente un excursus storico sulla nascita e conseguente fallimento del proibizionismo, il quale ha portato inevitabilmente, ad un cambio di rotta in riferimento alle politiche di approccio sul consumo di sostanze.

L’elaborato si conclude con il terzo capitolo, riguardante il progetto Route4, di cui accennato sopra. Vengono descritti lo sviluppo iniziale e a seguire i primi risultati. Si presentano, inoltre, i risultati delle 7 interviste effettuate, grazie alla significativa partecipazione degli operatori coinvolti nel progetto.

CAPITOLO I - CONSUMO DI SOSTANZE

1.1 Gli approcci all'uso di sostanze

Nel corso del tempo, il fenomeno dell'uso/abuso di sostanze è stato oggetto di interesse di svariati studi in molteplici ambiti disciplinari. I numerosi tentativi di fornire definizioni ed analisi eziologiche del consumo di sostanze si sono susseguiti a partire dalla metà del secolo scorso: esse si differenziano a seconda del focus di attenzione (Panebianco, 2019). L'OMS¹ definisce la dipendenza da sostanze come “condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione”.

Secondo il punto di vista medico-psichiatrico, le droghe sono sostanze psicoattive, di origine naturale o sintetica, il cui consumo ha effetti sul sistema nervoso centrale mediante la modificazione dei processi di trasmissione dei segnali e delle informazioni tra cellule nervose, provocando rallentamento o stimolazione della generazione di sostanze neurotrasmettitorie. L'uso di tali droghe comporta, inoltre, la compromissione degli equilibri psicologici e dei regolari processi mentali quali emozioni, pensieri, apprendimento, memoria, percezioni (Panebianco, 2019).

In riferimento ai disturbi connessi all'uso di sostanze, il DSM-V² definisce il “Disturbo da Uso di Sostanze” come “una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi” (DSM-V). Le droghe provocano un'alterazione biochimica cerebrale e possono produrre, a seconda delle loro proprietà, effetti depressivi, eccitanti, di natura allucinogena e, in taluni casi, congiunti tra loro.

Gli studi stimano che indicativamente il 20 – 40% degli individui che sperimentano l'uso di sostanze sviluppa una forma di dipendenza (Van Etten, Anthony, 1999; Vsevolozhskaya, Anthony, 2017). Ciò dimostra che alla base delle dipendenze patologiche vi sono alcuni fattori di vulnerabilità che rappresentano i determinanti

¹ Organizzazione Mondiale della Sanità

² Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Ultima edizione, pubblicato nel maggio 2013 negli USA, in Italia nel 2014.

essenziali del passaggio dall'*uso* alla *dipendenza*; essi possono essere di tipo individuale, genetico ed ambientale (Egervari et al., 2018).

Il dibattito nature vs nurture ha interessato per molti anni il mondo della psicologia. Nature è tutto ciò che riflette l'individuo come rappresentato dalla biologia, invece, per nurture si intendono i fattori ambientali che possono dare una spiegazione alle differenze fenotipiche tra gli individui (Dick, Riley, Kendler; 2010).

Nel campo delle dipendenze patologiche, tale visione dicotomica ha portato alla presenza di due differenti scuole di pensiero. Da un lato, gli studiosi avevano posto la loro attenzione su particolari tratti genetici legati ai comportamenti patologici per mezzo di studi clinici, i quali dimostravano la presenza di specifici markers genetici nei consumatori patologici (Cloninger, Bohman, Sigvardsson, 1981; Goldman, Oroszi, Ducci, 2005; Hart, Kranzler, 2015).

Il legame della dipendenza con alcuni tratti genetici è stato stabilito per alcuni endofenotipi come l'impulsività e la *novelty seeking* (Belin et al., 2008; Tarter et al., 2003); così come è stata provata, anche da studi storici, una differenza individuale che le persone presentano per le conseguenze indotte dall'uso di sostanze (De Wit, Phillips, 2012; Schuckit, 1980). Alcune ricerche, inoltre, hanno dimostrato come determinati polimorfismi di geni che codificano per alcuni recettori degli oppioidi siano saldamente associati allo sviluppo di forme di dipendenza e come differenti varianti genetiche possano influenzare la risposta al trattamento farmacologico con metadone (Kreek et al., 2012; Reed, Kreek, 2021).

Grazie agli studi di genetica, è stato così possibile ipotizzare la presenza di una serie individuale di costellazioni genetiche capace virtualmente di dividere la popolazione in gruppi a basso, moderato e alto rischio per lo sviluppo di forme di dipendenza patologica: una lettura innovativa ed interessante che tuttavia è solo parziale, in quanto i fattori ambientali giocano un ruolo rilevante (Nava & Sanavio, 2022).

Ecco quindi che invece, dall'altra parte, una serie di numerosi studi ha dimostrato come differenti elementi, comunemente definiti come "fattori ambientali", possano influenzare lo sviluppo dei consumi patologici (Belcher et al., 2014; Goldman, Oroszi, Ducci 2005). Alcuni esempi di tali fattori possono essere lo stress, errati stili di vita, bassa scolarità, esperienze individuali traumatiche (Enoch, 2012) e/o i disturbi dell'attaccamento (Strathearn et al., 2019). La rilevanza dei fattori ambientali è stata del resto dimostrata da

diversi studi condotti su coppie di gemelli omozigoti cresciuti in differenti famiglie affidatarie, che hanno messo in luce come l'ambiente possa determinare effetti diversi su identici background genetici (Lopez-Quintero et al., 2011).

Negli ultimi anni si sono sviluppate numerose teorie sulla neurobiologia dell'*addiction*, tutte caratterizzate da solide basi scientifiche. Le più accreditate sono la teoria della *sensitizzazione incentiva*, la teoria della *regolazione edonica* o *opponente*, la teoria dell'*aberrant learning behaviour* e la teoria dell'*anti-reward* (Nava & Sanavio, 2022).

La teoria della *sensitizzazione incentiva* suggerisce come l'uso ripetuto di sostanze possa indurre dei neuroadattamenti che portano una sensitizzazione dei sistemi dopaminergici con una conseguente iper-risposta agli stimoli e al desiderio di utilizzare la sostanza con lo sviluppo del *craving* (Berridge, Robinson, 2016; Elman, Borsook, 2016; Robinson, Berridge, 2008). L'uso ripetuto della sostanza con il tempo porterà a una riduzione della "sensibilità" gratificante indotta dagli stimoli correlati all'uso della sostanza e quindi a un incremento dell'uso (Noël, Brevers, Bechara, 2013).

La teoria della *regolazione edonica* o *opponente* propone che l'effetto iniziale (gratificante) indotto dall'uso della sostanza sarebbe capace di determinare dei cambiamenti omeostatici a livello cerebrale che hanno lo scopo di "controbilanciare" l'azione indotta. Tale effetto opponente sarebbe, peraltro, alla base dello sviluppo della tolleranza, della dipendenza e del *craving*. Secondo tale teoria, lo sviluppo dell'*addiction* sarebbe caratterizzato da una spirale costituita da tre fasi: la prima è la fase dell'anticipazione, dominata da un bisogno di utilizzare la sostanza nonostante le eventuali conseguenze negative (con presenza di *craving*); la seconda fase riguarda l'uso intenso (*binge intoxication*), in cui sono necessarie importanti quantità di sostanza per ottenere gli effetti edonici precedentemente sperimentati con dosi più basse; la terza ed ultima è la fase degli effetti negativi, che è caratterizzata dagli effetti anedonici e da un intenso *craving*. (Koob, Le Moal, 2001; 2008).

La teoria dell'*aberrant learning behaviour*, invece, si basa sul concetto che la ricerca della sostanza non è solamente collegata all'associazione con lo stimolo, ma anche a processi cognitivi più complessi quali la memoria e l'aspettativa della ricompensa, effetti che sono anche legati al contesto a cui gli stimoli vengono associati (Gardner, 2011). Secondo tale teoria, l'*addiction* sarebbe il prodotto finale di un processo dinamico costituito da vari step. Inizialmente vi è l'assunzione volontaria della sostanza, in grado di incentivare l'uso;

a seguire, avviene la perdita di controllo sull'uso e quindi compare un *habit*, cioè di un “comportamento abituale”; il terzo step sarebbe caratterizzato dalla capacità dello stimolo di guidare in maniera incontrollata il comportamento di assunzione (*addiction*). (Dalley, Everitt, Robbins, 2011; Everitt, Robbins, 2005; Everitt et al., 2008).

Per concludere, la teoria attualmente più accreditata: è quella dell'*anti-reward*, che si basa sul concetto di come il ruolo dell'effetto del rinforzo negativo indotto dall'uso sia l'elemento responsabile per il mantenimento dei comportamenti di dipendenza.

La teoria si basa su tre elementi chiave. In primis, gli effetti gratificanti delle sostanze sono capaci di indurre gli effetti rinforzanti e quindi di aumentare la probabilità, da parte della persona, di tornare a utilizzare in tempi brevi la sostanza; secondariamente, l'astinenza è l'elemento collegato al rinforzo negativo indotto dall'assenza della sostanza (che una volta nuovamente assunta è capace di alleviare lo stato affettivo negativo conseguente alla mancanza della sostanza); infine vi è la presenza del *craving*, che rappresenta il desiderio incoercibile di utilizzare la sostanza e che è associato agli effetti negativi correlati all'uso (Kakko et al., 2019; Koob, Volkow, 2010; Volkow, Koob, McLellan, 2016).

La neurobiologia delle dipendenze permette quindi di capire almeno due concetti fondanti: lo sviluppo dell'*addiction* e il fenomeno delle ricadute.

In un prossimo futuro sarà il *neuroimaging*, in base al funzionamento delle varie aree cerebrali coinvolte nell'*addiction* in risposta ai diversi stimoli, a permetterci di identificare con più precisione i meccanismi neurobiologici e di prevedere le ricadute (Moeller, Paulus, 2018).

Dal punto di vista sociale, invece, le interazioni e le strutture sociali nelle quali il soggetto è inserito sono elementi su cui le teorie sociologiche pongono molta attenzione. Secondo alcuni approcci, il consumo di sostanze stupefacenti deve collocarsi nel quadro delle condotte devianti, quei comportamenti che violano le norme giuridiche o quelle che orientano l'agire socialmente approvato in una data comunità, manifestazione di “non conformità a una norma o complesso di norme accettate da un numero significativo di individui all'interno di una collettività” (Giddens, 2010, p. 118).

1.2 La legislazione di riferimento

Per poter descrivere con completezza il fenomeno dell'uso di sostanze, si ritiene necessario esporre il quadro legislativo in materia a livello internazionale, europeo, e italiano.

1.2.1 Convenzioni internazionali

La coltivazione, l'uso ed il commercio di droghe psicoattive e di altro tipo sono apparsi sin dai tempi antichi. Parallelamente, le autorità hanno spesso limitato il possesso ed il commercio di droga per una serie di ragioni politiche e religiose.

Il primo trattato internazionale sul controllo della droga fu la *Convenzione internazionale sull'oppio*, firmata all'Aia il 23 gennaio 1912. La Convenzione entrò in vigore a livello globale nel 1919, quando fu incorporata nel Trattato di Versailles. L'obiettivo principale della convenzione era quello di introdurre restrizioni alle esportazioni invece di imporre il divieto o criminalizzare l'uso e la coltivazione di oppio, coca e cannabis. Ciò spiega il ritiro di Stati Uniti e Cina, che gravitavano verso approcci proibizionisti, nonché l'inizio dei negoziati che portarono alla *Convenzione internazionale sull'oppio relativa alle droghe pericolose del 1925* a Ginevra.

Nel XX secolo gli Stati Uniti guidarono una grande e rinnovata ondata di proibizione della droga chiamata *War on Drugs*, la quale ha avuto risvolti a livello globale.

Una *guerra* che, come racconta Fiorentini (2021) ben presto si è trasformata in una lotta contro le persone che usano droghe, e non si è mai avvicinata a nessuno dei risultati auspicati. È opportuno ricordare uno degli obiettivi espliciti della *Single Convention on Narcotic Drugs* del 1954 (che sostituì la Convenzione precedente)³: l'eliminazione totale delle produzioni illegali di oppio entro il 1984 e di quelle di coca e cannabis entro il 1989. “Non soddisfatti del fallimento conclamato, nel 1998⁴ i capi di stato riuniti all'Assemblea Generale dell'ONU di New York hanno rilanciato: “un mondo senza droghe in 10 anni”.” (Fiorentini, 2021, p.32).

È chiaro che tali obiettivi non sono stati raggiunti, anzi, ad oggi “[...] a partire dal '98 (per il quale abbiamo dati un minimo confrontabili) le persone che usano droghe sono aumentate ad un ritmo esattamente doppio rispetto all'aumento della popolazione

³ Convenzione unica sugli stupefacenti ONU di New York del 30 Marzo 1954

⁴ Sessione speciale dell'Assemblea Generale sui problemi mondiali della droga del 10 Giugno 1998

mondiale: 54% a 27%. Nessun risultato dal lato della riduzione della domanda, con prevenzione e riduzione del danno che continuano ad essere sovrastati dall'insensata repressione del consumo.” (Fiorentini, 2021, p.32).

Risulta rilevante tenere a mente l'idea guida della Convenzione del 1961 (seguita poi da quella del 1971 con il compito di aggiornare la prima per allargare il controllo ad altre sostanze) in quanto rappresenta ancora oggi l'ossatura del sistema internazionale di controllo. L'obiettivo, cioè, era quello di riservare la coltivazione, produzione, distribuzione e l'impiego di oppio, coca e cannabis unicamente a finalità mediche e scientifiche, punendo l'uso non medico anche nei paesi in cui esisteva una tradizione secolare di utilizzo di queste sostanze (Zuffa, 2021).

In seguito, la pressione politica aumenta nel 1988, quando viene promossa una nuova Convenzione Internazionale ONU contro il traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope: essa stabilisce strumenti di cooperazione fra i paesi per la repressione, dai sequestri dei proventi del traffico illecito alle estradizioni dei trafficanti. Le previsioni penali si precisano e si ampliano: per la prima volta si fa esplicito riferimento al possesso per uso personale, da considerarsi reato penale (*criminal offence*). “E' un giro di vite rispetto ai precedenti trattati, poiché le due precedenti Convenzioni erano concentrate sulla repressione dell'offerta di droga, mentre la Convenzione del 1988 impone di criminalizzare anche il versante della domanda. [...] La “stretta” sulle droghe corona la svolta neoconservatrice.” (Zuffa, 2021, p.15). Il modello del “pugno duro” (*tough on drugs*) viene esportato così “anche nell'Europa del Welfare: nel corso degli anni Ottanta, pressoché tutti i paesi europei varano leggi che estendono la pressione penale al consumo personale di droga, mentre l'imperativo del “Consumo zero” (Just say no) restringe il ventaglio terapeutico della dipendenza ai soli trattamenti finalizzati all'astinenza.” (Zuffa, 2021, p.16).

1.2.1 Legislazione Europea

Venendo ora alla situazione europea, il 1° dicembre 1989 viene creato il CELAD (*Comitato Europeo di Lotta alla Droga*) composto da rappresentanti degli allora 12 Stati membri della Comunità e della Commissione, con l'obiettivo di avviare i lavori che dovevano condurre all'approvazione di un piano europeo di lotta contro la droga. Nel 1990 il CELAD ha approvato ed inviato al Consiglio Europeo i suoi orientamenti per il

primo piano europeo sulla droga ed è a questo punto che si inizia a parlare dell'istituzione di un Osservatorio europeo sulla droga che sarà costituito nel 1993 (*Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze*) con lo scopo di fornire alla Comunità e agli Stati membri informazioni obiettive, che consentano di ridurre il consumo, la produzione e il traffico di droga (non si tratta quindi solo di aspetti sociali e sanitari ma anche traffico e repressione). Contemporaneamente ad esso nasce *la Rete europea d'informazione sulle droghe e le tossicodipendenze* (REITOX) che costituisce l'infrastruttura di raccolta e di scambio di informazioni e di documentazione dell'Osservatorio.

In seguito, nel 1992 con il *Trattato di Maastricht*, per la prima volta, all'interno di un trattato ci si riferisce a misure di politica contro la droga, in particolare, l'art. 152 (capo XIII Sanità) recita: "La Comunità completa l'azione degli Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti, comprese l'informazione e la prevenzione."

A partire dagli anni '90, quindi, l'UE ha reagito sviluppando una serie di strategie e piani d'azione in materia di droga. Questi ultimi fungono da strumenti di coordinamento per gli Stati membri, che continuano ad attuare autonomamente i relativi obiettivi. Oltre la metà dei paesi membri adegua ormai la propria politica nazionale in materia di droga alla strategia e ai piani d'azione sviluppati dall'UE.

Tra questi, si possono annoverare una serie di provvedimenti emanati nel corso del tempo. La *Decisione n. 102/97/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16/12/1996* riguarda l'adozione di un programma di azione comunitaria in materia di prevenzione della tossicodipendenza nel quadro dell'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (1996-2000). A seguire, il *Piano d'Azione dell'Unione Europea in materia di lotta alla droga (2009-2012)*, il quale stabilisce cinque priorità che devono essere implementate nella lotta contro la droga, ossia: il coordinamento a livello nazionale ed europeo, la riduzione della domanda di stupefacenti e la riduzione dell'offerta, la cooperazione internazionale e le attività di informazione. Tra le novità della *Strategia UE 2013-2020 in materia di droga*, vi è l'inserimento della Riduzione del Danno come pilastro della strategia; inoltre, si prefigge di raggiungere un elevato livello di tutela della salute e del benessere dei cittadini integrando l'azione degli Stati membri per prevenire e ridurre la tossicodipendenza, offrendo un elevato livello di sicurezza. Attualmente è in

vigore la *Strategia dell'UE in materia di droga 2021-2025*, approvato il 18 Dicembre 2020: la strategia mira a garantire un elevato livello di promozione della salute, stabilità sociale e sicurezza e a contribuire alla sensibilizzazione del pubblico. Tramite la strategia, l'UE e i suoi Stati membri ribadiscono il loro impegno a favore di un approccio globale, basato su dati probanti e che trovi un equilibrio tra la riduzione della domanda e dell'offerta di droga, nonché imperniato sulla salvaguardia dei diritti umani. Al tempo stesso, tale strategia si avvale degli insegnamenti tratti dall'impatto della crisi COVID-19 nel settore della droga e adotta un approccio orientato al futuro, promuovendo la ricerca, l'innovazione e la previsione per rispondere in modo più efficace alle crescenti sfide e anticiparle. È stato aggiunto un nuovo capitolo dedicato alla lotta contro i danni connessi alla droga. Tale sezione comprende misure e politiche volte a prevenire o ridurre i possibili rischi e danni sanitari e sociali per gli utilizzatori e la società, anche in ambito carcerario. Essa include inoltre aspetti quali la riduzione della prevalenza e dell'incidenza delle malattie infettive legate all'uso di droghe, la prevenzione dei casi di overdose e dei decessi connessi alle droghe e la fornitura di alternative alle sanzioni coercitive.

1.2.2 Legislazione Italiana

La legislazione italiana in materia di sostanze stupefacenti si è evoluta nel corso del tempo, prevedendo misure anche molto dissimili tra loro. Essa ha una storia lunga e travagliata, che vede il suo inizio a partire dalla legge 396/23⁵ *“Provvedimenti per la repressione dell'abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente”* al DPR 309/90⁶ *“Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”* e successive modifiche.

La prima realtà legislativa in materia di stupefacenti risale al 1923: la l.396/23 prevedeva l'applicazione di sanzioni consistenti in pene detentive brevi nei casi di consumo, vendita, somministrazione e detenzione di sostanze da parte di soggetti non autorizzati.

La successiva legge, varata nel 1954, è la l.n.1041⁷: *“Disciplina della produzione del commercio e dell'impiego degli stupefacenti”*. Essa prevedeva un inasprimento delle sanzioni penali a carico dei detentori di sostanze psicotrope, senza distinguere tra *uso*

⁵ Legge 18 febbraio 1923, n. 396, G.U. n. 53 del 5 marzo 1923

⁶ D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, G.U. n.255 del 31 ottobre 1990

⁷ Legge 22 ottobre 1954, n. 1041, G.U. n. 260 del 12 novembre 1954

personale e scopo commerciale. Questa impostazione repressiva fu applicata in seguito all'entrata in vigore delle disposizioni contenute nella Convenzione di Ginevra del 1936, la quale prevedeva severe sanzioni anche per coloro che venivano solo occasionalmente a contatto con gli stupefacenti.

Verso la fine degli anni '60 si registrava un generale aumento del consumo di droga, soprattutto nel mondo giovanile. La legge in materia in vigore in quel momento si applicava allo stesso modo sia per i *consumatori* che per gli *spacciatori*, apparendo così sempre più inadeguata. Il legislatore allora intervenne con la legge n. 685/75⁸: "*Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*". Pur continuando a riconoscere l'illegalità della detenzione di stupefacenti, la legge prevedeva l'ipotesi di non punibilità legate all'uso personale o ludico-ricreativo collegato alla "modica quantità" di sostanza detenuta. Attraverso la medesima, si riconosceva anche il ruolo esercitato dai Centri medici e di assistenza sociale (CMAS) e dalle comunità terapeutiche di recupero/assistenza per i *tossicodipendenti* consentendo, a questi ultimi, la possibilità di sottoporsi volontariamente ad interventi riabilitativi presso presidi ospedalieri e medici; ferma restando la possibilità del ricovero coatto nei casi ritenuti opportuni dall'Autorità Giudiziaria. Si realizzava in tal modo una vera e propria strategia della lotta alla droga attraverso la collaborazione di enti pubblici e privati, una maggiore tutela e controllo garantiti dalle Forze dell'Ordine e, un insieme di attività di prevenzione, cura e riabilitazione, con un approccio quasi totalmente medico.

Con l'avvento degli anni '80, il notevole uso di stupefacenti illegali, correlato alla inadeguatezza della informazione istituzionale, conduce all'aumento di decessi per overdose ed all'aumento delle patologie quali epatiti e AIDS. Nel 1984, il Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga⁹ istituisce, presso il Ministero dell'Interno, un Osservatorio Permanente del fenomeno droga con lo scopo di raccogliere, studiare, elaborare e diffondere i dati relativi alle droghe ed alle tossicodipendenze.

Nel corso degli anni '90 i consumi di sostanze continuano ad aumentare, emergendo così la necessità di un nuovo intervento legislativo. Infatti, il 26 giugno 1990 viene varata la

⁸ Legge 22 dicembre 1975, n. 685, G.U. n. 342 del 30 dicembre 1975.

⁹ Istituito con D.P.C.M. il 30 maggio 1984.

legge n. 162¹⁰ (Vassalli-Iervolino): “*Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*”.

Intervenendo sulla definizione del concetto di "modica quantità", previsto dalla legge n. 685 del 1975, si sostituisce quest'ultima con la coniazione della dicitura “dose media giornaliera”, come spartiacque tra l’aspetto di rilevanza penale e l’aspetto di rilevanza amministrativa di detenzione di sostanze stupefacenti. La legge 162/90 attua l'istituzione dei Servizi pubblici per le Tossicodipendenze (dei quali si parlerà in seguito), presso le unità sanitarie locali per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze.

Sempre riferibile al periodo degli anni '90 è il “*Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*”, conosciuto con la dicitura di D.P.R. 309/1990. Lo Stato italiano si allinea alle linee guida adottate dagli altri Stati Membri della Comunità Europea, unificando le disposizioni contenute nelle leggi n. 685 e n. 162.

Tale provvedimento, composto da 136 articoli, stabilisce regole riguardo alla produzione, al commercio e all’uso delle sostanze stupefacenti, alla repressione delle attività illecite, alla prevenzione delle *tossicomanie*, alla cura delle persone *tossicodipendenti*. Anche in questo caso, l’approccio è prettamente sanitario, infatti la non punibilità dei consumatori, non significa che l’uso non terapeutico delle sostanze sia espressamente consentito, ma solamente che tali persone sono considerate *malate* e non delinquenti, così la legge prevede che siano *curati* e non *puniti*.

Le sostanze stupefacenti non vengono definite in base ai loro effetti (se così fosse l’alcol e il tabacco sarebbero difficilmente separabili dalle altre droghe), bensì in base al fatto che siano contenute in un elenco che viene periodicamente aggiornato dal Ministero della Sanità.

Il referendum del 18 aprile 1993, cui è seguito il D.P.R. del 5 giugno 1993 n. 171, ha rimodulato la normativa vigente eliminando il contenuto dell'art. 73, c. 1 del D.P.R. 309/90: “in dose non superiore a quella media giornaliera determinata in base ai criteri di cui al comma 1 dell’art.78”. Tale intervento normativo ha contribuito a lasciare maggiore discrezionalità all'Organo giudicante nell'applicazione delle; non era legislativamente

¹⁰ Legge 26 giugno 1990, n. 162, Suppl. ord. n. 45 alla G.U. n. 147 del 26 giugno 1990, Legge 26 giugno 1990, n. 162.

normato quando si dovesse ritenere la sostanza destinata ad uso personale o destinata allo spaccio. L'onere probatorio ricadeva in capo all'accusa, mentre il soggetto inquisito era tenuto a dimostrare l'uso personale della sostanza in suo possesso.

Le seguenti modifiche al D.P.R. 309/90 sono state apportate dalla legge n. 45 del 18 febbraio 1999, la quale ha consentito il decentramento alle Regioni del 75% delle risorse finanziarie del Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga, istituendo presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri l'Osservatorio Permanente sul fenomeno della tossicodipendenza e riqualificando i Ser.T. e il loro personale.

Proseguendo con l'exkursus legislativo, nel 2000 viene emanata una legge quadro che promuove l'integrazione tra gli ambiti sociale e sanitario: è la l.328/00¹¹ "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*". In riferimento al consumo di sostanze, l'articolo 22 di tale legge indica fra gli interventi che costituiscono i L.E.A.¹² anche le prestazioni di tipo socioeducativo per contrastare dipendenze da alcol, droghe, farmaci attraverso interventi di natura preventiva e di reinserimento sociale.

Il T.U. nominato precedentemente, è stato ulteriormente modificato dalla legge n. 49 del 21 febbraio 2006, legge di conversione del d.l. n. 272 del 30 dicembre 2005 (Fini-Giovanardi), la quale è intervenuta prevedendo l'eliminazione del trattamento sanzionatorio differenziato in base alla distinzione tra droghe *leggere* e *pesanti*.

La legge Fini-Giovanardi, aspramente criticata, prevedeva una maggiore severità delle sanzioni, escludendo la possibilità di sospendere la pena detentiva attraverso un percorso terapeutico. Tra le altre, tale legge ha contribuito in maniera decisiva al sovraffollamento delle carceri italiane negli anni 2000, le pene previste erano considerate sproporzionate rispetto alla pericolosità delle condotte da reprimere. La Corte Costituzionale ha in seguito dichiarato, con sentenza n. 32 del 25 febbraio 2014, l'illegittimità costituzionale della Fini-Giovanardi: nella norma di conversione furono inseriti emendamenti estranei all'oggetto e alle finalità del decreto.

Viene così riportato in vigore l'art. 73 del D.P.R. 309/90 nella versione precedente, ovvero la legge Iervolino-Vassalli. Si recupera quindi l'antecedente distinzione tra gli illeciti riguardanti le droghe leggere da quelli concernenti le droghe pesanti.

¹¹ 8 novembre 2000, n. 328, G.U. n. 265 del 13 novembre 2000.

¹² Livelli Essenziali di Assistenza

L'intervento della Corte Costituzionale ha dato origine ad un vuoto normativo per quanto attiene alle sostanze stupefacenti illegali poiché le tabelle della legge Vassalli-Iervolino, non essendo aggiornate, non includono più le molte sostanze oggi classificate come droghe sintetiche. Il Governo ha così provveduto a colmare il gap legislativo attraverso la legislazione d'urgenza con il decreto-legge n. 36 del 20 marzo 2014, pubblicato nella G.U. il 21 marzo 2014, definendo i criteri di formazione delle nuove tabelle di classificazione delle sostanze psicotrope e stupefacenti dal punto di vista amministrativo. Il decreto-legge in questione è stato convertito in legge il 16 maggio 2014: essa prevede una lieve riduzione delle pene e, aspetto innovativo, è il via libera del Governo all'utilizzo della cannabis a scopo terapeutico.

Infine, si ritiene importante riportare un passaggio significativo, voluto e perseguito da operatori ed organizzazioni della società civile e del Terzo settore: il decreto del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 inserisce la Riduzione del Danno e la Limitazione del Rischio nei L.E.A.¹³.

Il decreto riconosce quindi il diritto delle persone che usano sostanze a ricevere prestazioni di servizi adeguate alle loro reali esigenze sociosanitarie e non centrate esclusivamente su schemi preordinati rigidi (prioritariamente patologici o di stampo morale). Tale novità rappresenta un'occasione importante per realizzare questo obiettivo in Italia, nella speranza di superare gli approcci di opposizione puramente ideologici e preconcetti diffusi in questi anni.

1.3 Le principali sostanze utilizzate

Come ogni prodotto di consumo, anche le “droghe” sono cambiate e continuano a farlo. Nello specifico, il cambiamento è determinato da molteplici fattori. In primo luogo, la concorrenza all'interno del narcotraffico, la quale porta all'immissione nel mercato di nuove tipologie di sostanze, in grado di *conquistare* nuove fasce di consumatori. Secondariamente, di notevole importanza sono i mutamenti sociali, in particolare in ambito giovanile, che determinano nuovi orientamenti, propensioni, stili di vita e di consumo, di cui l'uso di sostanze diventa parte integrante. In questo senso, è stato cruciale il passaggio, negli anni '90, dalle droghe da *estraneazione* (di cui era l'emblema l'uso di eroina per via endovenosa), a quelle da *prestazione*, socializzanti e performanti, come

¹³ DPCM del 12 gennaio 2017, G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017.

ecstasy, anfetamine, cocaina. Infine, la crisi economica, che ha profondamente impoverito l'Italia e reso lo *spaccio al minuto* un espediente per fare qualche soldo.

Lo scenario attuale è molto articolato: la stragrande maggioranza dei consumatori predilige una triade di sostanze: due legali, cioè alcol e tabacco, ed una illegale, la cannabis. Quanto alla minoranza, pur significativa, si avventura nell'uso di sostanze illegali quali cocaina, crack, oppioidi sintetici, eroina. Si è rilevata, inoltre, la diffusione di sostanze psicoattive di sintesi, raggruppate nel termine generico di *nuove droghe*, reperite su mercati criptati su internet (Luigi Ciotti, 2018).

Con la consapevolezza di non poter essere esaustivi, vista la continua evoluzione e creazione di nuove sostanze, verranno descritte di seguito cinque tipologie di *droghe* definite *illegali*: cocaina, amfetamine, oppioidi, cannabinoidi ed allucinogeni. Gli effetti e la composizione di tali sostanze sono stati studiati scientificamente in maniera approfondita, visto il loro consumo frequente e distribuito su scala mondiale.

1.3.1 Cocaina

La cocaina è un alcaloide naturale prodotto dalla pianta di coca, *Erythroxylon coca*. Questa pianta viene coltivata nelle montagne delle Ande settentrionali, luogo che offre un clima ottimale per la sua crescita. Colombia, Bolivia e Perù producono la maggior parte della cocaina a livello mondiale.

I principali effetti della cocaina sull'organismo sono: eccitazione, euforia, iperattività, agitazione, tachicardia, ipertensione, aumento della temperatura corporea, sudorazione, pupille dilatate. Le complicazioni dell'uso di cocaina includono convulsioni, infarto del miocardio, ictus e morte improvvisa. La cocaina viene tipicamente autosomministrata tramite insufflazione nasale (“sniffare”), fumata o iniettata per via endovenosa. Quando viene assunta per via endovenosa o fumata come crack, gli effetti iniziano in meno di un minuto, e durano fino a un'ora. Il decorso temporale è più lento quando la droga viene sniffata, con un picco di effetto a 20-30 minuti e una durata totale fino a 2 ore.

La cocaina crea una forte dipendenza in alcuni consumatori: le intense sensazioni di euforia ed energia possono portare in particolare ad una dipendenza psicologica. Quando i sintomi svaniscono, i consumatori possono provare stanchezza, ansia, depressione e sbalzi d'umore (“crash”). La cocaina non produce dipendenza fisica e non si verifica la

sindrome da astinenza fisica che si osserva con l'interruzione degli oppioidi o dell'alcol (Schreiber, 2022).

Nel 2018, circa 5,5 milioni di persone negli Stati Uniti di età pari o superiore ai 12 anni (2,0% della popolazione) hanno riferito di aver fatto uso di cocaina nell'ultimo anno. Il consumo di cocaina è stato più elevato tra i maschi (2,6%) rispetto alle femmine (1,5%) e le persone di età compresa tra i 26 e i 29 anni sono state le più forti consumatrici (6,0%). Nel 2017, un totale di 13.942 decessi per overdose negli Stati Uniti (il 20% di tutti i decessi per overdose) ha coinvolto consumatori di cocaina (Schreiber, 2022).

Nella relazione europea sulla droga 2022 si dichiara che “Nel complesso, gli indicatori suggeriscono che la disponibilità e il consumo di cocaina in Europa rimangono elevati in termini storici. Nel 2020 è stato sequestrato un quantitativo record di 213 tonnellate di cocaina. L'aumento del numero di laboratori di cocaina smantellati nel 2020, i sequestri di materie prime importate dall'America del Sud e le sostanze chimiche associate indicano congiuntamente una lavorazione su larga scala della cocaina in Europa. Sebbene siano stati osservati alcuni cali negli indicatori del consumo di cocaina nel 2020, questi sembrano essere stati di breve durata, con dati preliminari per il 2021 che suggeriscono un ritorno ai livelli pre-pandemici. Le segnalazioni di un aumento del consumo di cocaina crack in un piccolo ma crescente numero di paesi europei suggeriscono anche la diffusione del consumo di cocaina tra le persone con modelli di consumo di droga ad alto rischio. Nel complesso, i dati disponibili evidenziano che la cocaina svolge ora un ruolo più significativo nei problemi di salute legati alla droga in Europa.” (p.28)

1.3.2 Amfetamine

Gli stimolanti di tipo anfetaminico sono un gruppo di composti strutturalmente correlati che attivano il sistema nervoso centrale e periferico. Queste sostanze hanno una struttura chimica simile a quella dei neurotrasmettitori dopamina e noradrenalina.

Le amfetamine sono incluse in alcuni farmaci da banco, mentre altre sono disponibili su prescrizione medica.

Come la cocaina, le amfetamine esercitano i loro effetti stimolanti aumentando la trasmissione sinaptica tra le cellule nervose. Le amfetamine possono penetrare nei neuroni attraverso i trasportatori che normalmente assorbono dopamina, noradrenalina e serotonina dalla fessura sinaptica. I principali effetti delle amfetamine sono: ipertensione,

tachicardia, aumento della temperatura corporea, sudorazione, iperattività, agitazione, diminuzione dell'appetito, pupille dilatate, euforia, allucinazioni. Alcune complicanze dell'uso di amfetamine possono essere convulsioni, ictus, aritmie, infarto del miocardio e lesioni renali acute.

Le amfetamine possono essere assunte per via orale, per insufflazione nasale (“sniffate”), per fumo o per iniezione endovenosa. Queste droghe creano una forte dipendenza. I sintomi da astinenza includono ansia, affaticamento, depressione e psicosi, oltre al desiderio di assumere la droga (Schreiber, 2022).

Nel 2018, circa 5,1 milioni di persone negli Stati Uniti di età pari o superiore ai 12 anni (1,9% della popolazione) hanno riferito di aver abusato di stimolanti da prescrizione nell'ultimo anno. I maschi (2,1%) hanno superato le femmine (1,6%) e il tasso più alto di abuso (6,5%) è stato registrato nelle persone di età compresa tra 18 e 25 anni.

La metamfetamina è la droga di strada più comunemente riscontrabile tra gli stimolanti di tipo anfetaminico. Nel 2018, più di 1,8 milioni di persone negli Stati Uniti di età pari o superiore ai 12 anni (0,7% della popolazione) hanno riferito di aver fatto uso di metamfetamina nell'ultimo anno. La prevalenza era dello 0,8% nei maschi e dello 0,5% nelle femmine, e i consumatori più assidui erano le persone di età compresa tra i 30 e i 34 anni (1,6%). Nel 2017, un totale di 10.333 persone sono morte per overdose da psicostimolanti con potenziale d'abuso (principalmente metamfetamina e MDMA). Si tratta del 15% di tutti i decessi per overdose avvenuti negli Stati Uniti in quell'anno. (Schreiber, 2022).

Nella relazione europea sulla droga 2022 si dichiara che “Formulare osservazioni affidabili sulle tendenze recenti del consumo di stimolanti è difficile a causa delle limitazioni dei dati e delle incongruenze in alcune delle tendenze osservate. Tuttavia, la pandemia di COVID-19 ha perturbato l'economia europea della vita notturna e ciò sembra aver portato a una riduzione della domanda di stimolanti nel corso del 2020, sebbene sia stata probabilmente di breve durata. Più in generale, la purezza relativamente elevata dei sequestri e la stabilità dei prezzi, insieme ad altre informazioni, suggeriscono che nel complesso la produzione di amfetamina e metamfetamina nell'Unione europea rimane stabile o potrebbe anche essere aumentata negli ultimi anni. Come osservato altrove, vi sono segnali di un apparente aumento della disponibilità e del consumo di metamfetamina, sebbene da un livello basso. Tuttavia, tassi più elevati di consumo di

metamfetamina sono ancora osservati solo in un numero ridotto di paesi dell'Europa centrale e orientale. È altresì importante osservare che tutti gli indicatori suggeriscono ancora che l'amfetamina è nel complesso più comunemente disponibile e consumata nell'Unione europea, anche se va osservato che in alcune serie di dati la metamfetamina e l'amfetamina potrebbero non essere segnalate separatamente. Anche un aumento del numero di laboratori di amfetamina smantellati nel 2020 e il sequestro record di 21,2 tonnellate di questa droga, insieme ad altri dati, avvalorano la conclusione che la disponibilità di amfetamina rimane elevata e potrebbe persino essere in aumento. Una crescente preoccupazione riguarda il fatto che nell'Unione europea vi sia una certa produzione destinata all'esportazione verso mercati non UE, che potrebbe essere in aumento. I Paesi Bassi, ad esempio, nel 2020 hanno smantellato altri laboratori su vasta scala che producevano per l'esportazione al di fuori dell'Europa". (p.30)

1.3.3 Oppioidi

Gli oppioidi sono un gruppo eterogeneo di composti che hanno in comune la capacità di legare e attivare specifici recettori per gli oppioidi.

In natura, gli oppioidi derivano dal papavero da oppio, *Papaver somniferum*. Le teste del papavero contengono una sostanza lattiginosa bianca chiamata lattice, che viene raccolta ed essiccata per produrre l'oppio. L'oppio è ricco di alcaloidi: circa il 10% del suo peso è costituito da morfina. Sono presenti quantità minori di codeina e tebaina (un precursore degli oppioidi semisintetici).

Il termine "oppiacei" viene utilizzato per descrivere questi composti presenti in natura. Piccole variazioni nella struttura producono una serie di oppioidi correlati con attività biologiche diverse. I principali effetti degli oppioidi sull'organismo sono: analgesia, euforia, sedazione, coma, nausea e vomito, costipazione, soppressione della tosse, costrizione delle pupille e depressione respiratoria. Gli oppioidi hanno un elevato potenziale di abuso e dipendenza. Sono potenti analgesici e producono un piacevole senso di benessere ed euforia. La tolleranza a questi effetti si sviluppa dopo diverse settimane di uso regolare, richiedendo dosi più elevate per ottenere lo stesso senso di sollievo soggettivo. È comune la dipendenza sia psicologica che fisica dagli oppioidi. Ciò può interferire con l'interruzione della terapia e può portare a una dipendenza a lungo termine da farmaci di questa classe, sia prescritti che illeciti (Schreiber, 2022).

Nel 2018, circa 9,9 milioni di persone negli Stati Uniti di età pari o superiore ai 12 anni (il 3,6% della popolazione) hanno dichiarato di aver abusato di oppioidi da prescrizione nell'ultimo anno. L'abuso è stato leggermente più elevato tra i maschi che tra le femmine e i tassi più alti di abuso sono stati registrati nelle persone di età compresa tra 30 e 34 anni (5,6%) e tra 18 e 25 anni (5,5%). Altri 0,8 milioni di persone di età pari o superiore ai 12 anni (0,3% della popolazione) hanno dichiarato di aver fatto uso di eroina nell'ultimo anno (Schreiber, 2022).

Per quanto riguarda l'eroina, (diacetilmorfina) è un oppioide semisintetico con una potenza da 2 a 5 volte superiore a quella della morfina. Essendo meno polare, attraversa la barriera emato-encefalica e penetra nel tessuto nervoso più facilmente di altri oppioidi. L'eroina è una droga illecita e viene tipicamente consumata tramite iniezione endovenosa o insufflazione nasale (Schreiber, 2022).

In Europa, dalla relazione europea sulla droga del 2022, “Gli indicatori del consumo di eroina e le riduzioni della quantità di eroina sequestrata da Turchia e Bulgaria nel 2020, insieme ai grandi sequestri segnalati in altri paesi di transito, suggeriscono che le restrizioni al trasporto dovute alla COVID-19 potrebbero aver perturbato il traffico di questa droga lungo la rotta dei Balcani verso l’Unione europea. Ciò potrebbe anche contribuire a spiegare la carenza di eroina nel 2020 segnalata da alcuni paesi. Qualsiasi interruzione del traffico si è rivelata di breve durata e i dati preliminari per il 2021 mostrano che i sequestri di eroina sono tornati ai livelli pre-pandemici. I paesi che hanno segnalato una carenza, tuttavia, hanno anche osservato il consumo di sostanze sostitutive, tra cui metadone, stimolanti e benzodiazepine dirottati. Sebbene l'eroina resti l'oppiaceo illecito più comunemente consumato in Europa e la droga responsabile della maggior parte dei decessi indotti dagli stupefacenti, vi è una crescente preoccupazione per il ruolo svolto dagli oppiacei sintetici nel problema della droga in Europa. Un'importante avvertenza a questo proposito è che gli attuali sistemi di sorveglianza potrebbero non documentare adeguatamente le tendenze nel consumo di oppiacei sintetici e, pertanto, si tratta di un settore in cui occorre migliorare la capacità di sorveglianza.” (p.36).

1.3.4 Cannabinoidi

I cannabinoidi sono un gruppo di composti strutturalmente correlati prodotti dalla pianta di *Cannabis sativa*. Da questa pianta sono stati isolati più di cento cannabinoidi.

I principali effetti dei cannabinoidi sul sistema nervoso centrale sono: euforia, rilassamento, sensazione di benessere, percezione distorta del tempo, sensazione migliorata o alterata, perdita di coordinazione, memoria compromessa, difficoltà a pensare e a risolvere i problemi, cambiamenti di umore (ad esempio, ansia), allucinazioni, deliri (in dosi elevate) (Schreiber).

La cannabis è la sostanza illecita più diffusa negli Stati Uniti. Nel 2018, più di 43 milioni di persone di età pari o superiore ai 12 anni (15,9% della popolazione) hanno dichiarato di aver fatto uso di cannabis nell'ultimo anno. Il tasso era più alto nei maschi (18,5%) rispetto alle femmine (13,4%) e il consumo di cannabis era più elevato tra le persone di età compresa tra 18 e 25 anni (34,8%) e tra 26 e 34 anni (29,6%).

La cannabis viene consumata fumando la pianta essiccata in sigarette (spinelli), pipe o pipe ad acqua (bong). Quando viene fumata, gli effetti della cannabis sono evidenti nel giro di pochi minuti. La cannabis può anche essere mescolata con il cibo, come brownies o biscotti, o preparata come tè: consumata per via orale fa effetto in circa 30 minuti o un'ora.

I consumatori cronici possono manifestare lievi sintomi di astinenza, come insonnia, ansia e irritabilità, quando interrompono l'assunzione della droga. La questione della cannabis come droga di passaggio verso altre droghe più pericolose non è risolta. La maggior parte delle persone che fanno uso di cannabis non passa all'uso di altre sostanze illecite.

Nell'ultimo decennio sono apparsi sul mercato molti cannabinoidi sintetici. Questi composti vengono spruzzati su materiale vegetale essiccato in modo da poter essere fumati, oppure sono disponibili come liquidi da vaporizzare e inalare. I prodotti sono venduti con diversi nomi di marca, come Spice e K2. I cannabinoidi sintetici producono alcuni degli stessi effetti piacevoli della cannabis, ma possono anche causare effetti collaterali dannosi (Schreiber, 2022).

La relazione europea sulla droga del 2022, dichiara che “Le restrizioni di viaggio associate alla COVID-19 sembrano avere un certo effetto sul traffico sia di cannabis in foglie e infiorescenze dai Balcani occidentali sia di resina di cannabis dal Marocco. La cannabis prodotta internamente potrebbe essere diventata una fonte più importante per il mercato europeo nel 2020. Ad esempio, le segnalazioni di un aumento dei grandi sequestri di foglie e infiorescenze provenienti dalla Spagna suggeriscono che questo paese potrebbe

diventare un fornitore più importante per il mercato dell'UE. Abbiamo anche continuato a riscontrare una crescente diversità nella gamma di prodotti a base di cannabis disponibili in Europa, con estratti e articoli commestibili ad alto contenuto di THC presenti sul mercato della droga e prodotti a base di CBD a basso contenuto di THC commercializzati. In modo preoccupante, nel 2021 un maggior numero di paesi ha segnalato prodotti a base di cannabis adulterati con cannabinoidi sintetici pericolosi, che rappresentavano rischi per la salute dei consumatori.” (p. 26).

Inoltre, nel 2020 i dati disponibili provenienti da 25 paesi mostrano che circa 80 000 persone sono state sottoposte a trattamento specialistico in Europa per problemi legati al consumo di cannabis, circa 43 000 per la prima volta. La cannabis è stata la droga problematica principale più frequentemente citata dai nuovi pazienti in trattamento, rappresentando il 45 % di tutti i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta in Europa. (Relazione europea sulla droga 2021. Tendenze e sviluppi, 2022, p.26)

1.3.5 Allucinogeni

Gli allucinogeni sono sostanze che alterano la percezione della realtà. Possono produrre distorsioni di ciò che viene percepito (illusioni) e possono creare false percezioni dell'ambiente esterno (allucinazioni). Essi influenzano anche l'umore, il pensiero e la capacità di giudizio. Alcuni derivano da fonti naturali, mentre altri sono sintetici (Schreiber, 2022).

Le persone che assumono allucinogeni possono vedere immagini, sentire suoni e provare sensazioni che non esistono, anche se possono sembrare molto reali. Altri effetti a breve termine di queste droghe sono alterazioni della percezione sensoriale, distorsione del senso del tempo, rilassamento, panico o paranoia, pensieri psicotici, comportamenti bizzarri, aumento della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna, ipertermia, sudorazione, nausea, bocca secca, perdita di appetito, mancanza di coordinazione, alterazioni del sonno. Il ripetersi di allucinazioni o di altre esperienze sensoriali (flashback) può verificarsi giorni, mesi o addirittura anni dopo l'assunzione della droga. In rari casi, il consumatore può sviluppare una psicosi persistente con disturbi visivi, cambiamenti d'umore, paranoia e/o disturbi del pensiero. Gli allucinogeni si distinguono dalle altre sostanze d'abuso perché non inducono dipendenza o assuefazione e non

presentano una sindrome da astinenza. Tuttavia, con l'uso ripetuto si sviluppa una certa tolleranza (Schreiber, 2022).

Nel 2018, circa 5,6 milioni di persone negli Stati Uniti di età pari o superiore ai 12 anni (2,0% della popolazione) hanno riferito di aver fatto uso di allucinogeni nell'ultimo anno. Il tasso più alto di utilizzo è stato registrato tra le persone di età compresa tra i 18 e i 25 anni (6,9%) (Schreiber, 2022).

Dalla Relazione europea sulla droga del 2022 emerge che “La prevalenza del consumo di sostanze allucinogene e dissociative è generalmente bassa in Europa. In alcuni paesi sono state sollevate preoccupazioni, ad esempio, in merito all’aumento dei problemi legati al consumo di droghe come ketamina e GBL e GHB, ma la situazione a livello nazionale sembra molto eterogenea e la portata dei problemi connessi al consumo di questo tipo di sostanze è difficile da quantificare. Il monitoraggio delle tendenze in questo settore è complicato anche dal fatto che l’uso intensivo di tali droghe avviene spesso in contesti di nicchia. Nonostante questi problemi, vi sono segnali di un aumento dei danni associati ad alcune di queste droghe e il miglioramento delle nostre capacità di sorveglianza per monitorare le tendenze delle droghe allucinogene e dissociative è di crescente importanza. Le informazioni provenienti da sette Stati membri dell’UE indicano, ad esempio, che il consumo di protossido di azoto può essere in aumento tra i giovani. Il consumo di protossido di azoto per intossicazione rappresenta una sfida normativa, poiché anche questa sostanza ha usi commerciali legittimi.” (p.41).

1.4 Il Servizio per le Dipendenze (Ser.D.)

L’ente pubblico che si occupa di attività di prevenzione, cura, riabilitazione ed inserimento sociale/lavorativo in favore di persone con problemi di dipendenza, è il *Servizio per le Dipendenze (Ser.D.)*.

Come afferma Barbo (2007), in Italia, in particolare in alcune realtà regionali, i Ser.D. esistono da molti anni, ma sono stati formalmente ed operativamente istituiti e strutturati in gran parte del territorio italiano soltanto dopo la legge nazionale sulle tossicodipendenze (Legge 309/1990).

“Questi servizi sono caratterizzati da una storia particolare, hanno subito ed espresso influenze di natura politica, ideologica, culturale e tecnica che hanno oscillato ed

oscillano tra i poli estremi del pragmatismo anglosassone, della coercizione dell'approccio tedesco, della solidarietà del cattolicesimo, della esasperazione clinica di soluzioni tecnicistiche, dell'illusione farmacologica, del controllo puro e semplice. In questa cornice i servizi pubblici e le realtà del privato sociale hanno sviluppato, attraverso la loro stessa esperienza, una capacità di analisi e di studio del fenomeno. Sono stati meglio definiti gli aspetti caratterizzanti della relazione con le persone assistite, della comprensione della domanda, ma anche dei bisogni inespressi, delle caratteristiche contestuali e di evoluzione della condizione di dipendenza e dei modelli inediti dei consumi” (Barbo, 2007, p.59).

La prima legge che si occupa di prevenzione, cura e reinserimento delle persone con tossicodipendenza è la Legge 685¹⁴ del 22 dicembre 1975, la quale istituisce i cosiddetti Centri medici e di assistenza sociale (CMAS).

Tuttavia, sono necessari più di dieci anni per far sì che maturino le condizioni culturali e sociali per politiche del controllo e prevenzione del fenomeno delle tossicodipendenze, le quali si baseranno su un sistema sanzionatorio pluridimensionale, cioè meno repressivo e rigido, più ricco di misure e flessibile nei percorsi (Fazzi & Scaglia, 2001). Negli anni '90 infatti vi è la convinzione che la tossicodipendenza sia una “forma di autoterapia a fronte di un sottostante disagio psichico” e che, come tale, vada affrontata (Lovaste, 2005). Ciò avviene grazie all'entrata in vigore della Legge 26 giugno 1990, n. 162¹⁵, confluita in Testo Unico DPR 309/1990¹⁶ al quale vanno aggiunte le ulteriori modifiche contenute nel testo della legge 21 febbraio 2006, n. 49¹⁷. I servizi per le dipendenze originariamente organizzati con finalità di controllo sociale, si sono poi strutturati come segmenti di diversa tipologia (servizi per le tossicodipendenze, di alcologia, comunità terapeutiche, ecc.) distinti e separati tra loro. L'evoluzione successiva, dettata dall'esigenza di dare risposta a continue modifiche dei modelli di consumo, l'emergenza

¹⁴ Legge 22 dicembre 1975, n. 685, Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope: prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

¹⁵ Legge 26 giugno 1990, n. 162, Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

¹⁶ DPR 9 ottobre 1990, n. 309, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

¹⁷ Legge 21 febbraio 2006, n. 49, Conversione in Legge, con modificazioni del Decreto Legge 30 dicembre 2005, n. 272, recanti misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'Interno. Disposizioni per favorire il recupero dei tossicodipendenti recidivi.

di bisogni sempre più complessi, ha orientato l'organizzazione dei servizi verso la creazione di sistemi di intervento territoriali e basati sulla logica del lavoro di rete (tra istituzioni, pubblico, privato, professionisti) (FeDerSerD, 2012).

Ad oggi, quindi, per quanto riguarda le attività e prestazioni dei Ser.D., essi “attuano interventi di primo sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie, specialmente nei confronti delle fasce giovanili della popolazione. In particolare, operano accertamenti sullo stato di salute del soggetto da trattare e definiscono programmi terapeutici individuali da portare avanti nella propria sede operativa o in collaborazione con una comunità terapeutica accreditata (mediante programmi residenziali o semi residenziali variamente articolati).” (Dipartimento per le politiche antidroga, n.d.)

All'interno del DPR 309/1990, il Titolo X “Attribuzioni regionali, provinciali e locali. Servizi per le tossicodipendenze” definisce le seguenti funzioni:

- 1) analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche del tossicodipendente anche nei rapporti con la famiglia;
- 2) controlli clinici e di laboratorio necessari per accertare lo stato di tossicodipendenza effettuati da strutture pubbliche accreditate per tali tipologie di accertamento;
- 3) individuazione del programma farmacologico o delle terapie di disintossicazione e diagnosi delle patologie in atto, con particolare riguardo alla individuazione precoce di quelle correlate allo stato di tossicodipendenza;
- 4) elaborazione, attuazione e verifica di un programma terapeutico e socio-riabilitativo, nel rispetto della libertà di scelta del luogo di trattamento di ogni singolo utente;
- 5) progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione.

Nel corso degli anni, si è verificata inevitabilmente un'evoluzione anche rispetto alla tipologia di professionisti operanti all'interno dei Servizi per le Dipendenze.

Prima del D.P.R. 309/1990, infatti, il personale presente all'interno del Dipartimento per le Dipendenze era composto prevalentemente da figure di tipo medico, infermieristico, amministrativo ed ausiliario. Con il Decreto, la situazione muta: l'articolo 118, comma n.2 specifica che “l'organico dei servizi deve prevedere le figure professionali del medico, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere, dell'educatore professionale e di

comunità in numero necessario a svolgere attività di prevenzione, di cura e di riabilitazione, anche domiciliari e ambulatoriali”.

Tale configurazione multiprofessionale è essenziale per affrontare in maniera completa ed esaustiva il problema della tossicodipendenza, partendo dal presupposto che per ottenere dei risultati sia necessario guardare al problema da un punto di vista integrato psico-socio-sanitario. Pertanto, il medico e l’infermiere interverranno sulla parte clinica – tossicologica e sanitaria, lo psicologo affronterà le problematiche interiori che sottendono all’abuso di sostanze stupefacenti, l’assistente sociale interverrà sulle aree di propria competenza, l’educatore professionale e quello di comunità si occuperanno di educare/rieducare la persona (Perino, 2013).

Nello specifico, per quanto riguarda il ruolo dell'Assistente Sociale, esso si realizza all'interno dell'équipe multidisciplinare, che si occupa dell'accoglienza, della diagnosi e della presa in carico della persona e dell’eventuale nucleo familiare. Viene predisposto, per ogni utente, un programma terapeutico e riabilitativo. Quest'ultimo viene realizzato attraverso un progetto individualizzato centrato sulla persona, sulle sue caratteristiche e sui suoi bisogni. Si tratta, inoltre, di un progetto condiviso tra gli operatori coinvolti e la persona, finalizzato a valorizzarne le capacità e le risorse per un suo positivo reinserimento nella società. (Dal Pra Ponticelli, 1987)

All’interno di un servizio per le dipendenze, l’A.S. compie interventi di segretariato sociale, sia per persone in carico, sia per persone che necessitino informazioni sulle sostanze o tossicodipendenze in generale, sia per gruppi e/o le famiglie. Svolge attività di consulenza e valutazione a favore della persona assistita e della rete familiare, colloqui di sostegno, verifica e motivazionali. Effettua visite domiciliari nelle abitazioni o in strutture quali RSA, Comunità terapeutiche, carceri, strutture sanitarie. Sono di competenza dell’Assistente Sociale, inoltre, attività di consulenza ai servizi socio – sanitari territoriali, interventi di prevenzione e promozione sociale sul territorio (con progetti di educazione alla salute nelle scuole – peer education, serate informative a favore dei genitori, degli adulti significativi, della collettività), attività di formazione didattica (supervisione di tirocini per studenti). Nell’ambito dell’équipe interdisciplinare evidenzia gli aspetti più propriamente sociali, socio – assistenziali e giuridici che riguardano la persona ed interviene su essi, elaborando ed implementando un progetto sociale individualizzato concordato, grazie alle tecniche e strumenti della professione, attivando risorse personali,

familiari ed ambientali della persona stessa, in un'ottica di empowerment e responsabilizzazione. Infine, l'Assistente Sociale svolge un importante lavoro di rete con i servizi sul territorio, quali Comunità Terapeutiche, Ospedale, UEPE¹⁸, Servizio Sociale territoriale, Tribunale per i Minori, SIL¹⁹, Centri Diurni, RSA²⁰, e così via. (Perino, 2013). Perino (2010), afferma che gli Assistenti Sociali, in particolare, sono chiamati ad “ampliare i propri orizzonti operativi, superare le vecchie modalità di lavoro, ad abbracciare una cultura dell'intervento in linea con le attuali tendenze dei bisogni sociali” (p.228) e a coniugare in maniera ottimale la funzione di aiuto e di controllo, spesso utilizzate sincronicamente negli interventi di sostegno.

Per concludere, se pensiamo che l'OMS definisce la tossicodipendenza come una “malattia, cronica, multifattoriale, con tendenza alle recidive”, mentre, di fatto, non esiste nessuna cura farmacologica che possa *guarire* tale *malattia*, si può comprendere intuitivamente come negli anni è sorta, in maniera inevitabile, la necessità di cambiare approccio nei confronti delle sostanze e del loro uso. Ecco infatti che la legislazione, seppur lentamente, e non ancora in maniera definitiva, si è evoluta da un approccio esclusivamente proibizionista, ad uno più tollerante, che inizia a pensare ai diritti della persona e non solo alle punizioni.

È andata modificandosi anche la visione sociale della persona che utilizza sostanze: in particolare, è esemplare l'analisi di Szasz sulla costruzione sociale della nozione di dipendenza e della figura del cosiddetto “drogato”. Tra i molti passi che meriterebbero di essere riportati, particolarmente significativo è il seguente: “E' come se l'uso dell'*acquasanta* fosse discusso nei testi di chimica inorganica [...] cercare di comprendere la tossicomania attraverso lo studio delle droghe ha all'incirca lo stesso senso che cercare di comprendere l'*acquasanta* studiando l'acqua” (Szasz, 1977, pp.14-15).

Risulta quindi essenziale, per i professionisti sanitari e sociali che si occupano di persone che usano sostanze, togliere le lenti dell'approccio esclusivamente medico - scientifico ed utilizzare un nuovo sguardo, orientato a politiche più innovative, che non demonizzino

¹⁸ Ufficio Esecuzione Penale Esterna

¹⁹ Servizio Integrazione Lavorativa

²⁰ Residenza Sanitaria Assistenziale

l'uso e che mettano al centro la persona in quanto libera e portatrice di diritti, nel pieno sviluppo dell'autodeterminazione.

CAPITOLO II - LA RIDUZIONE DEL DANNO

Considerati i dati esposti precedentemente, appurato che l'*utilizzo di droghe* è una costante a livello globale, si può affermare che l'obiettivo di eliminare completamente la presenza di sostanze ed il loro consumo, sia a dir poco irrealistico.

Nel nostro Paese, e non solo, la persona che consuma droghe, soprattutto se per via iniettiva, è spesso considerata dalla pubblica opinione come qualcuno che conduce una vita *non degna di essere vissuta*. La sua possibilità di tornare a far parte della società passa attraverso l'*uscita dal tunnel della droga*, ed il raggiungimento di una stabile disintossicazione, che non ammette ricadute. Tale approccio conservatore, con conseguenti politiche repressive nei confronti delle persone che usano sostanze, non fa altro che innescare meccanismi di emarginazione, clandestinità e criminalizzazione.

Come anticipato, l'approccio al consumo ed in generale ai potenziali problemi connessi alla dipendenza, si sta inevitabilmente orientando, seppur lentamente, a politiche più innovative: ne è un valido esempio la Riduzione del Danno (RdD), politica radicata in un modello scientifico di tutela della salute pubblica che attinge profondamente da una cultura di tipo umanitario e libertario.

Per apprendere al meglio il concetto di RdD, nel seguente Capitolo si ritiene necessario ricostruirne il percorso storico, a partire dal fenomeno del proibizionismo del XIX secolo. Inoltre, ripercorrere la lunga e variegata storia del proibizionismo serve per meglio comprendere, oggi, la realtà coercitiva e minatoria che attiene alle sostanze stupefacenti. La RdD nasce come alternativa in contrapposizione al paradigma medico – penale, quest'ultimo già utilizzato anche nel campo della psichiatria, predominante fino agli anni '60, che si poneva l'obiettivo di eliminare completamente il consumo di sostanze, colpevolizzando e punendo i "criminali/deviati" considerati "malati/vittime", soggetti passivi degli effetti della sostanza. Il fenomeno di massa di consumo di sostanze a partire dagli anni '70, obbligherà la revisione del concetto di devianza, a parlare della possibilità di consumi occasionali e ricreativi che non si tramutino automaticamente in dipendenza, della capacità di autoregolazione da parte dei consumatori, nello stesso modo in cui avviene per le sostanze legali. Grazie a numerosi contributi teorici, si diffonderà un modo diverso di guardare al consumo, non più condannato completamente, riflettendo sulle conseguenze del proibizionismo e di politiche repressive.

2.1 Il proibizionismo

Nel corso della storia sono stati fatti molti sforzi per regolare e vietare le sostanze d'abuso, come quello degli imperatori cinesi prima delle Guerre dell'Oppio (~1839–1860). La prima legge europea moderna per la regolamentazione delle droghe fu il Pharmacy Act del 1868 del Regno Unito: il suo primo obiettivo, relativamente inefficace, era regolare le vendite di oppio (Booth 1996; Berridge 2013). Il proibizionismo negli Stati Uniti nasce nel XIX secolo, con il pretesto da un lato di proteggere i cittadini dagli effetti dannosi delle sostanze, dall'altro giustificando la nascita di un modello repressivo – punitivo, il modello penale, al di sotto del quale secondo alcuni autori come T. Szasz e G. Blumir, si è mascherata un'opera di discriminazione ed emarginazione, creando i cosiddetti “capri espiatori”, permettendo allo stesso tempo di realizzare un'attività di controllo sociale da parte dei governi. Questi autori, di fatto, considerano il proibizionismo dei primi del '900 come uno strumento funzionale al processo di emarginazione delle minoranze etniche da parte della maggioranza bianca degli Stati Uniti. Ad esempio, la diffusione dell'oppio negli Stati Uniti avvenne grazie alla facile importazione dall'Asia per opera dell'imperialismo e l'industrializzazione della medicina con la diffusione capillare delle farmacie. L'utilizzo di tale sostanza era diffuso nella classe operaia, tra le donne borghesi ed anche tra donne che si prostituivano; in molti si rivolgevano alle fumerie cinesi, in quanto la comunità cinese era da sempre fumatrice di oppio per tradizione. Da qui nacque un processo di criminalizzazione di una minoranza la cui importanza economica cresceva nel Paese: “Molti americani vedono di malocchio i cinesi, perché rappresentano una forma di concorrenza sleale sul mercato del lavoro (prezzo della manodopera più basso), fatto che d'altra parte è funzionale agli imprenditori. Con questo provvedimento, quindi, le autorità salvano capra e cavoli: perseguitano i cinesi, accontentano le categorie di lavoratori che si sentono minacciate e, nello stesso tempo, conservano la manodopera a prezzi più bassi” (Blumir, 1976)

Nello specifico, il provvedimento cui fa riferimento Blumir è la *Prima Convenzione internazionale dell'oppio all'Aja* del 1912. Il congresso richiese ai firmatari di introdurre la graduale proibizione di oppio e cocaina al di fuori di usi strettamente medici. Lo scopo era quello di sradicare l'uso “non medico e non scientifico” di droghe. Furono inoltre proibite le fumerie d'oppio, così come “gli edifici nei quali queste persone conducono tale attività o commercio”. (Davenport-Hines 2002).

Il proibizionismo inizia quindi a diffondersi negli Stati Uniti ed in Europa e nel 1914, con l'Harrison Act, vengono prese ulteriori misure per regolamentare il mercato dei farmaci e narcotici. (Luty, 2016)

Nel primo decennio del XX secolo, il governo imperiale cinese ha cercato di proibire la coltivazione dell'oppio, nonostante le amministrazioni locali siano ricorse all'oppio come fonte di guadagno e per finanziare le proprie campagne elettorali negli anni '20. Persino le colture alimentari in quel periodo sono state rimpiazzate dall'oppio, causando anche delle carestie. In seguito alla Prima Guerra Mondiale, molti governi europei e stranieri tra cui Gran Bretagna, Francia e Giappone, ignorarono i trattati stipulati per eliminare il commercio dell'oppio, il quale si intensificò fino a raggiungere un picco nel 1930 (UNODC, 2007). Tali introiti finanziarono il Partito Comunista Cinese negli anni '40, sebbene il Presidente Mao stroncò severamente il suo commercio nella decade successiva (Booth, 1996; Baulmer, 2001).

Le pene previste dall'Harrison Act vennero in seguito inasprite, nel 1924, soprattutto in riferimento al consumo di eroina, non più prodotta dalle case farmaceutiche, a cui venne assegnata l'etichetta della droga più pericolosa; per di più, negli anni fra il 1920 e il 1934, venne proibito anche l'alcol. Il divieto di consumo di tali sostanze permetterà l'emergenza di un mercato nero sempre più in espansione: "Molti esperti ritengono che questo enorme mercato, dal budget di diversi milioni di dollari, fornì il capitale iniziale per la costruzione di una struttura criminale e di imperi economici quasi-legali, che hanno conservato a tutt'oggi un enorme potere e un'eccezionale forza economica." (McDermott, 1970)

In questo periodo, la diversificazione degli scopi del consumo di droga rappresenta una questione di classe: per finalità terapeutiche, spesso tra le classi più povere, e per attività ricreative ed edonistiche, soprattutto nelle fasce medio – alte della borghesia.

Dagli anni '50 in poi, le droghe ad uso ricreativo si diffusero tra la popolazione che frequentava locali notturni e ascoltavano jazz, solitamente persone giovani e di colore. Mc Dermott (1970) sostiene che nel processo di criminalizzazione venne anche coinvolta la comunità nord-africana. "Cocaina e Marijuana caddero sotto le regole del proibizionismo perché si pensava che eccitassero i maschi di colore, che le usavano quando volevano aggredire e violentare le donne bianche, e anche dopo essere stati colpiti sei volte, erano ancora in grado di uccidere un uomo bianco" (O'Hare, 1994, p.257).

Nel corso del proibizionismo, in particolar modo nei primi anni, l'approccio all'uso di sostanze può essere descritto come morale – penale: la responsabilità di chi usa sostanze viene riconosciuta in pieno e criminalizzata, il consumatore è considerato deviante in quanto al di fuori dalle norme sociali. Da qui nasce la necessità di proibire e punire in caso di trasgressione; la soluzione viene individuata nella repressione. Nonostante il forte giudizio morale della società e le politiche proibizioniste come quelle sull'alcol, il numero di consumatori non diminuisce. Ecco, quindi, che si comincia a guardare al fenomeno dell'uso di sostanze con le lenti del paradigma medico, secondo un approccio manicheo. Ci si trova di fronte ad una dicotomia: chi non usa sostanze è sano, chi usa sostanze è malato. L'approccio medico si occupa principalmente della dipendenza e del consumo considerandolo una malattia, soffermandosi sulle questioni biologiche e genetiche, insistendo sulla necessità di cura. Considerare la tossicodipendenza solo come una malattia, facendo risalire tutte le conseguenze alla sostanza e alla tossicodipendenza in sé, senza dar conto degli aspetti sociali, può essere paragonato a quello che avvenne nel campo della psichiatria, le cui conseguenze più estreme furono i manicomi. Nel paradigma medico - penale si "identifica la devianza come qualcosa di essenzialmente patologico che rivela la presenza di una malattia che si basa su una definizione medica, associando la devianza come prodotto di una malattia mentale". (Becker, 1997, p.25)

Le politiche orientate all'approccio medico – morale individuano come obiettivo predominante quello che viene denominato "Droga 0", cioè l'eliminazione totale delle sostanze e del loro uso. Le Nazioni Unite introdussero gradualmente misure internazionali per rafforzare il proibizionismo, in particolare con la "*Single Convention on Narcotic Drugs*" nel 1961, la "*Convention on Psychotropic Substances*" nel 1971 e la "*Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*" nel 1988.

La Convention del 1961 portò all'introduzione, nei Paesi occidentali, di leggi che criminalizzavano la manifattura, il possesso e la distribuzione di molte sostanze d'abuso che non fossero utilizzate per il trattamento di patologie (come definito dai medici). La Convention del 1971 è stata introdotta per proibire la cannabis e altre sostanze d'abuso sintetiche, che non erano incluse nei precedenti trattati. Ha inoltre introdotto la classificazione corrente delle sostanze d'abuso e ha permesso una riduzione delle pene detentive per le persone in trattamento per problemi di droga. La Convention del 1988 richiese ai Governi di cooperare per imporre il proibizionismo, di combattere il riciclaggio

di denaro e di estradare i trafficanti di droga. Ha inoltre permesso a una commissione di esperti di aggiungere ulteriori sostanze sintetiche, inclusi i precursori, alla lista delle sostanze stupefacenti considerate ed emendate alla Convention. (Luty, 2016)

2.1.1 Le “conseguenze assolutamente prevedibili” del proibizionismo

Nel 1993, Peter Cohen, già responsabile del Centre for Drug Research dell'Università di Amsterdam, nel suo intervento scritto allo United Nations Institute for Social Development affermava che “il proibizionismo [...] in materia di droghe [...] deve essere considerato un fossile, un anacronismo che sopravvive nella nostra epoca per ragioni politiche o simboliche; uno dei prodotti ormai fossilizzati della rivoluzione industriale britannica, della morale cristiana del XVII secolo, e delle idee dell'Illuminismo del XVIII secolo”.

Tuttavia, ancora oggi questa metodologia repressiva, stenta ad essere abbandonata. Massimiliano Verga (2019) sostiene che se assumiamo che il proibizionismo è nato per risolvere il “problema della droga”, non possiamo non rilevare come tale soluzione sia stata e sia tuttora una scelta assai poco proficua, anzi controproducente. Inoltre, ritiene plausibile affermare che gli effetti del proibizionismo non sono da ritenersi “collaterali”, bensì *conseguenze assolutamente prevedibili*. Non dovrebbe infatti destare particolare stupore il fatto che la proibizione abbia immediatamente stravolto sia l'identità farmacologica delle droghe, sia i modelli di consumo (ovvero le carriere dei consumatori), sia i mercati di queste sostanze. Da un lato, perché l'illegalità di alcune droghe è stata (ed è tuttora) uno stimolo per la creazione di “nuove” droghe che diversamente nessuno avrebbe avuto l'interesse ad inventare; da un altro, perché la proibizione ha inciso fatalmente sulla qualità delle sostanze illegali. Si pensi, ad esempio, alla loro adulterazione, cioè al cosiddetto “taglio”.

Il danno provocato a milioni di consumatori di sostanze che, non protetti dallo Stato, diventano vittime di prodotti di scarsa qualità, è una conseguenza paradossale molto spesso sottaciuta nell'applicazione delle politiche proibizioniste (Antonio Musmeci, 2019).

La provocazione di M. Verga, nel descrivere le conseguenze del proibizionismo assolutamente prevedibili, si basa su cinque brevi riflessioni che partono da cinque dati di fatto. Il primo è il seguente: una minoranza più o meno consistente della popolazione

apprezza e ricerca una serie di droghe, a prescindere dal loro status giuridico e dall'opinione morale della maggioranza. Esiste cioè una domanda di droghe che il proibizionismo, sino ad oggi, non è ancora riuscito ad eliminare e che, con ogni probabilità, non potrà mai eliminare. Il secondo “dato di fatto” è che con l'avvento del proibizionismo sono sensibilmente aumentati la varietà delle droghe e i profitti derivanti dal traffico illegale di queste sostanze. Il terzo “dato di fatto” è che il regime illegale delle droghe comporta un'incertezza diffusa sia sul tipo di sostanza, sia sulla sua qualità. A questi tre primi “dati di fatto”, per certi versi specifici del mercato delle droghe, se ne aggiungono altri due che, pur non caratterizzando in maniera peculiare questo mercato, lo caratterizzano in virtù della sua natura giuridica, in quanto intrinseci ad ogni fenomeno illegale. Il quarto “dato di fatto” è la non visibilità delle norme interne che lo regolano. Il mercato della droga è fuorilegge nel senso proprio del termine, in quanto non presenta alcuna disposizione legale volta a regolare il suo funzionamento se non, appunto, la repressione. Questo non significa che sia un mercato senza regole, ovviamente. Ma la proibizione favorisce lo sviluppo di strategie comportamentali e normative che, proprio perché nascono dal tentativo di sottrarsi alla repressione, sono per loro natura mirate a non rendersi evidenti. Il quinto e ultimo “dato di fatto” è che, in quanto illegale, il mercato della droga è un fenomeno fortemente incerto e intimamente pericoloso. Infatti, come si può facilmente intuire, tanto più si inasprisce il piglio repressivo, tanto più i trafficanti e i consumatori tenderanno a muoversi all'interno di confini sempre più insondabili dove, come si usa dire, può accadere di tutto.

Questi “dati di fatto” rafforzano la convinzione che i cosiddetti effetti collaterali non siano fenomeni imprevedibili ma intrinseci al proibizionismo, in quanto strettamente correlati alla connotazione giuridica del nemico che intende sconfiggere. Vale a dire, il proibizionismo è un modello che pone esso stesso le condizioni per non poter conseguire gli scopi per cui è nato.

2.2.2 Il cambio di rotta

Ad un certo punto, nello scenario mondiale si presentano due situazioni che portano inevitabilmente a nuove visioni e politiche di approccio nei confronti del consumo di sostanze: la prima riguarda l'impossibilità del raggiungimento dell'obiettivo “Droga 0”, la seconda è la pandemia di HIV, la quale tocca, fra gli altri, anche chi utilizza sostanze

per via iniettiva, persone che vivono all'interno della comunità locale, con la quale hanno scambi continui ed in questo senso quindi, prendono il via politiche di sanità pubblica che permettano di contenere il virus in un gruppo specifico che assume comportamenti a rischio, in modo tale da contenere la diffusione del virus stesso.

In riferimento alla prima situazione, nel corso degli anni '70 il paradigma medico – penale ed il concetto di devianza vengono messi in discussione. L'uso di droga assumerà una dimensione di massa, dimostrando un'evidenza socioculturale del fenomeno che spiazza le teorie sul “deficit individuale”, dimostrando che la gran parte del consumo non è problematico e che “l'approccio *disease* (medico) si trova ad avere buone chiavi di lettura per una porzione minoritaria dei comportamenti di consumo, sul resto, sulla gran parte del mondo dei consumi, non ha parola da dire” (Brandoli & Ronconi, 2007, p.44).

Fino alla metà degli anni '70, le ricerche che riguardavano le sostanze erano finalizzate a studiarne gli effetti negativi e dannosi. Con la tesi dell'escalation ineluttabile alla dipendenza, le ricerche si fondavano solo su soggetti tossicomani, mentre a seguire il fenomeno verrà osservato da un altro punto di vista per due motivi: l'enorme crescita di uso di marijuana degli anni '70, legato anche ad una subcultura, che ha smentito la “teoria dell'escalation cioè il fatto che le sostanze illecite non potessero essere usate con moderazione e che si dovesse sempre passare a droghe più pesanti, e la ricerca svolta da Robins sui veterani del Vietnam (1979), con la quale ha dimostrato che “il consumo di eroina non induce necessariamente all'uso compulsivo o la dipendenza e, che anche nel caso in cui si sia verificata un'eventualità di questo genere, essa si è rivelata una condizione assai più reversibile di quanto comunemente si riteneva.” (Ravenna, 1993, p.205). Vengono messi in dubbio quindi i pilastri su cui si reggeva il paradigma medico - penale, definendo la dannosità anche di altre droghe considerate lecite, tra cui quelle utilizzate nella medicina, dalla quale potevano manifestarsi fenomeni di dipendenza. Studiosi come Zinberg parlano di un possibile uso controllato della droga, dando una definizione precisa al consumo non dipendente: “consumo non occasionale ma abbastanza frequente che non sia privo di significato per il consumatore, e che non interferisca con i rapporti familiari, sociali e produttivi o con la salute” (Ravenna, 1993, p.206).

Si diffondono anche ricerche legate all'apprendimento di una modalità controllata di consumo, più difficili da assumere rispetto all'alcol quando la sostanza è illegale e non

rientra in un rito socialmente accettato. T. Szasz (1977) parla di possibilità di sostituire l'autocontrollo al controllo della coercizione terapeutica.

L'apprendimento è legato al contesto, definibile attraverso il proprio gruppo di appartenenza chiamato "setting" e cioè "contesto fisico e sociale in cui avviene in cui avviene concretamente il consumo di droga, che si strutturano quelle norme (sanzioni) e quei modelli di comportamento (rituali) rivolti a mantenere l'uso sotto controllo" (Ravenna, 1993, p.208).

La tossicodipendenza, non può essere spiegata solo come l'effetto di un farmaco, ma fondamentale è il tipo di risposta che ciascun soggetto dà a quel tipo di droga, quindi anche l'ambiente socioculturale opera una certa influenza (Ravenna, 1993).

Anche diversi professionisti italiani riconoscono la possibilità di essere consumatori occasionali o farmaco dipendenti: Cancrini (1972) afferma che "l'evoluzione verso la tossicomania non è assolutamente certa e inevitabile...essa è probabilmente facilitata dalla clandestinità in cui i consumatori sono costretti per la presenza di leggi troppo severe", ancora, "cattiva salute, criminalità, rischio di morte, non sono affatto le conseguenze obbligate dell'assunzione di un farmaco diabolico. Ma il logico prodotto di una serie di "leggi inadeguate". (p.49).

Secondo molti autori è lo stesso modello penale ad impedire che si consolidino e diffondano norme di comportamento di consumo "controllato", cioè ad ostacolare la creazione di una subcultura della droga che ne riduca i rischi e lo renda più accettabile dal punto di vista sociale, raggiungendo autocontrollo attraverso dispositivi autoregolativi all'interno dei gruppi che facciano dei rischi un'eccezione, non la regola. Il penale risulta avere dei forti costi sociali e la sua lotta contro la droga si rivela inutile, anzi rafforzerebbe il mercato illegale e i suoi traffici. Punire risulta essere inefficace sia per il processo di cura che come deterrente, quindi nella prevenzione, e non solo, il fenomeno come problema criminale viene costruito in maniera del tutto avulsa dalla pericolosità o dannosità della sostanza stessa, producendo emarginazione e criminalizzazione dei consumatori, in un sistema di rappresentazioni che si autoalimentano: "la microcriminalità droga correlata è costruita da questo approccio, non da "personalità tossicomane", costruzione a sua volta smentita da decenni di letteratura internazionale" (Brandoli & Ronconi, 2007, p.3)

2.2 La Riduzione del Danno

Come descritto precedentemente, due situazioni quali l'emergenza della diffusione dell'HIV e la palese incapacità di far fronte al consumo di sostanze per mezzo delle strategie adottate sino a quel momento, portano ad un'evoluzione delle politiche di approccio al consumo, tra cui alla RdD. Tali programmi furono implementati per creare un'alternativa alle politiche di contrasto alle droghe, di proibizione legale (“tolleranza zero”) e di totale astinenza, sostituendo le priorità di lotta alla sostanza e all'illegalità con la centralità della persona, dei gruppi e della loro salute. Per alcuni autori la riduzione del danno è essa stessa un obiettivo per le politiche e per i programmi riguardanti il consumo astinenza (Riley, O'Hare, 2000).

2.2.1 La nascita della RdD

La RdD nasce nel Nord Europa a partire dalla prima metà degli anni Ottanta: le sue origini risalgono ai primi programmi di prevenzione nati in alcune grandi città nord - europee, ad Amsterdam (Paesi Bassi) e a Liverpool (Regno Unito), in risposta al rapido aumento del numero di giovani consumatori di eroina (Marlatt, 1996).

Una tra le prime azioni di RdD di cui si ha notizia avviene prevalentemente per un approccio di salute pubblica: intorno al 1984, nel Nord – Est dell'Inghilterra si osserva che nella popolazione di persone che usano sostanze per via iniettiva si sta diffondendo l'HIV molto più frequentemente che nella popolazione generale. In quel periodo l'HIV era ancora una novità, tuttavia si nota un'incidenza molto elevata. In quella situazione, l'autorità di salute pubblica agisce mettendo in atto due azioni, una conseguente all'altra: prima, indaga sul motivo dell'elevata incidenza, venendo a conoscenza di una serie di ragioni ambientali (elevati costi delle siringhe) e culturali (c'è un vero e proprio “patto di sangue” tra i consumatori, il quale prevede lo scambio di siringhe); in seguito, l'autorità di salute pubblica conclude la necessità di fornire gratuitamente le siringhe sterili e per incentivare i consumatori ad utilizzarle, propone di raccogliere il materiale utilizzato e in cambio fornire quello sterile.

Tra queste esperienze poi, non si può non citare il progetto “Hadon”: nel 1986 nacque in un quartiere di Rotterdam un esperimento di lavoro di strada e informazione sulle sostanze, che aveva come priorità la prevenzione dell'AIDS ed il raggiungimento delle persone che non si rivolgevano ai servizi. Il metodo di lavoro prevedeva che gli operatori

visitassero spesso le scene della droga, cercando di venire a contatto con i “collettivi di consumatori”, spingendo il comportamento dei consumatori ad una tutela non solo della propria salute ma anche quella degli altri consumatori, raccogliendo le siringhe usate per poi scambiarle con siringhe sterili, in un vero e proprio processo di responsabilizzazione. L’operazione fu resa possibile proprio sfruttando la rete di relazioni tra tossicodipendenti, la solidarietà e la loro abitudine a scambiare e condividere oggetti, attività sociali che li tengono uniti come gruppo di appartenenza, che non si limita solo al consumo di droga, ma anche a svolgere insieme una vita ai margini della società (O’Hare, 1994).

Da uno studio svolto tra il 1988 e il 1989 sul progetto Hadon, è emerso che su 57.328 siringhe, ne siano state rese 46.610, cioè una percentuale di scambio pari all’81,3%. Lo scambio aumentava nei casi in cui si trattasse di scambi collettivi, cioè contenitori messi a disposizione di “collettivi di consumatori” con una capacità massima di 200 siringhe ciascuna, rispetto a scambi individuali. Inoltre, dallo studio etnografico, si ha avuto l’impressione che i consumatori coinvolti nel programma fossero più attenti ai comportamenti a rischio ed impiegassero più energia nel tutelare l’igiene e la salute. Questi sono stati i primi esempi di attivazione, auto-organizzazione e auto-promozione dei consumatori, da cui sono nati anche gli interventi di Riduzione del Danno offerti dal sistema dei servizi pubblici indirizzato ai tossicodipendenti, che hanno affiancato i programmi drug free, collegati alla distribuzione di metadone (O’Hare, 1994).

A Liverpool, invece, gli interventi di Riduzione del Danno non nascono per iniziativa dei gruppi organizzati di consumatori, ma per i servizi di tossicodipendenza nella regione del Marseyside, con il più alto numero di consumatori di eroina nel Regno Unito. I progetti pilota si sono realizzati con l’obiettivo primario di ridurre l’incidenza della sieropositività e migliorare le condizioni di vita e di salute dei consumatori di eroina. Sono gli anni in cui sorge il “lavoro di strada”, inteso come “modello di intervento che mira a raggiungere gli individui nel loro contesto, soprattutto coloro per i quali i servizi si sono, per diverse ragioni, dimostrati poco fruibili”, tra questi rientrano appunto i consumatori di sostanze. Il lavoro veniva svolto inizialmente grazie a delle unità mobili con cui gli operatori andavano incontro ai tossicodipendenti direttamente sulla strada, generalmente con camper attrezzati con i quali si offrivano “informazioni e strumenti di prevenzione (ad esempio, siringhe pulite in cambio di siringhe usate o preservativi per evitare il contagio nei rapporti sessuali), cercando di facilitare l’apertura di canali di comunicazione fra il

consumatore e il territorio, mettendolo in contatto, se vuole, con le agenzie formali di cura della dipendenza, e con gli altri servizi che possano essere utili per esigenze sanitarie, sociali e abitative”.

Quello di Merseyside, diversamente da altri programmi, “partiva dall’assunto che se il problema era quello di convincere i consumatori a entrare in contatto con i servizi, questi dovevano essere adeguati alle esigenze di coloro per i quali erano stati creati. Era finito il tempo in cui politici e operatori potevano permettersi di non sentire le loro critiche”. Inoltre, partendo dal presupposto che la carcerazione potesse incentivare l’uso di sostanze, si cercò una collaborazione con la polizia, la quale diffidava i consumatori dal primo arresto inviandoli ai servizi tossicodipendenza.

Nel 1986, nasce in Svizzera, a Berna, un altro “strumento” della Riduzione del Danno: le “Safer Injecting Rooms” o “Drug Consumption Rooms” (Sale di Consumo). Il secondo nome è più comprensivo, considerando che non tutti i consumatori usano le sostanze per via iniettiva (Zuffa, 2006). La definizione più esatta è la seguente: “servizi a bassa soglia dove le persone possono assumere legalmente, in ambiente igienico, e sotto la supervisione di operatori professionali le droghe in *precedenza* procurate” (Kimber et al. 2003, p.227).

Nel rapporto sulle Drug Consumption Rooms, l’European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) descrive le motivazioni che portarono l’apertura di tali servizi: “Divenne chiaro agli operatori di strada la necessità di uno spazio in cui mettere in pratica i messaggi educativi e seguire le istruzioni relative a igiene e salute, e dove garantire un immediato intervento medico in qualsiasi caso di emergenza. Le Consumption Rooms sono state concepite come tentativo di risolvere questi problemi.” (Hedrich, 2004, p.22).

Nonostante l’Italia abbia una lunga esperienza nel campo delle politiche di riduzione del danno, contraddistinta da una forte presenza di gruppi di volontariato attivi sul territorio, molto interessati e sensibili al tema della dipendenza, non è mai stata implementata una stanza del consumo. A livello locale però, sono state portate avanti alcune esperienze significative, come quella della “Stanzetta” di Collegno (Torino), che potrebbero supportare dei cambiamenti a livello nazionale. Queste esperienze rimangono spesso all’oscuro per motivi di status giuridico (Bergamo, 2019). Infatti, in Italia le politiche di riduzione del danno sono spesso contestate a livello politico in quanto descritte come

forme di proselitismo a favore del consumo (Jauffret-Roustide et al., 2013). Per questo motivo c'è una forte riluttanza alla sperimentazione formale di una stanza del consumo. Nel 2007, in via informale ma sotto la giurisdizione di ASL TO3, nel Parco Generale Carlo Alberto Dalla Chiesa di Collegno (Torino), viene aperta una stanza del consumo autogestita da consumatori (la "Stanzetta") e supervisionata dagli operatori dell'adiacente drop-in PuntOfermo. La Stanzetta e il drop-in si trovano nello stesso stabile, sono stati aperti a due mesi di distanza (Luglio-Settembre 2007) e sono entrambi tutt'ora funzionanti.

Uno studio condotto dal 2007 al 2017 descrive e mostra i risultati dell'esperienza (Bergamo et al. 2019 per maggiori approfondimenti). La Stanzetta ha mostrato implicazioni positive così come limitazioni. Lo status giuridico non chiaro ha portato con sé le limitazioni più importanti. Aperta 24 ore su 24, ha permesso ai consumatori di avere un luogo per il consumo ad accesso massimizzato, portando però con sé anche problemi di uso improprio del locale (ad esempio per dormire o accumulare beni personali). Ciò porta alla luce la necessità di un training formale e specifico per alcuni consumatori che potrebbero essere responsabilizzati a tal proposito. In dieci anni di esperienza non si è mai verificata nessuna morte per overdose.

Un altro importante risultato mostra che il numero delle siringhe rinvenute nel parco è significativamente diminuito. Questo sito ha inoltre permesso ai professionisti operanti nell'adiacente drop-in di entrare maggiormente in contatto con i consumatori, anche per indirizzarli ai servizi più tradizionali. Ulteriore conquista è l'accettazione da parte della Polizia Locale, del vicinato e dei frequentatori del parco e della presenza della Stanzetta (Bergamo, 2019).

Bergamo (2019) sottolinea l'urgenza di una sperimentazione formale di una stanza del consumo in Italia, ma anche il bisogno di considerare la de-medicalizzazione di questi servizi attraverso l'implementazione di modelli che si sviluppino sul supporto tra pari nella riduzione dei rischi e dei danni legati al consumo di sostanze. I risultati di esperienze quali quella di Collegno mostrano però dei punti di forza e delle potenzialità su cui è possibile basare una sperimentazione vera e propria.

2.2.2 Definizione di Riduzione del Danno

“Definizione o definizioni”? In letteratura non è presente una definizione unica che descriva completamente la RdD: si ritiene necessario, quindi, riportare diverse definizioni ed interpretazioni, le quali, in maniera complementare, possono descrivere al meglio la vastità della RdD. Avere una visione globale dei molteplici aspetti proposti da questa politica innovativa, è il primo passo che permette di distogliere l’attenzione dagli infiniti luoghi comuni presenti sul tema, accumulati nel corso degli anni.

In primis, che cosa *non* è RdD? La definizione di RdD non può essere ridotta ad una semplice operazione di “distribuzione di” o di “accesso a” materiali per la pratica del consumo “consapevole” (Nistri, 2020). Il suo ambito applicativo supera, infatti, i confini del consumo di sostanze (eroina, alcol, tabacco, ecc.) e coinvolge anche altre popolazioni presenti in contesti urbani e legate alla prostituzione, all’emarginazione della vita in strada oppure al consumo “invisibile” in contesti di divertimento giovanile o durante i grandi eventi (rave, free party, discoteche, ecc.), per fare qualche esempio. La prospettiva della riduzione del danno ha, in tal modo, coinvolto una eterogeneità di attori – professionisti, attivisti, peer, ecc. – dando prova di grande plasticità concettuale e pratica (Tammi, 2004; Nistri, 2020).

Russel Newcombe (1994) descrive la RdD come “una politica alternativa (non sostitutiva) a quella centrata sull’astinenza, la quale privilegia invece la *diminuzione* del consumo di droga.” Dalla definizione appena fornita emergono quindi i primi aspetti della RdD: si parla di *diminuzione* dell’uso di sostanze, e non eliminazione completa. L’uso, quindi, è *contemplato* ed *accettato*, al contrario dei precedenti modelli di approccio che bandivano le sostanze.

Susanna Ronconi (2015), afferma che la RdD è lo sguardo al consumo di droghe del consumatore stesso. Suggestisce, cioè, che gli operatori di RdD debbano guardare al fenomeno dell’uso di sostanze con “gli occhi” dei veri protagonisti, utilizzando quindi la lente dell’etnografia.

Il concetto di prendere in considerazione il punto di vista del consumatore si traduce nel termine “pragmatismo”: Riley e O’Hare (2000) lo considerano, tra le altre, una delle caratteristiche distintive della RdD. Il pragmatismo permette di comprendere il comportamento dei consumatori, aumentando la consapevolezza che per questi l’uso delle sostanze implica sia rischi sia benefici; in forza di ciò, per la comunità la riduzione

del danno può essere un'opzione più fattibile rispetto a una strategia finalizzata a eliminare completamente il consumo (Nistri, 2020).

Altre due caratteristiche distintive della RdD, spiegate da Nistri (2020), sono i diritti umani e l'attenzione al danno: "Ai diritti umani è associata la necessità del riconoscimento della dignità della persona e del rispetto dei suoi diritti, che comportano l'accoglienza della scelta del consumatore e delle sue decisioni come un dato di fatto; a livello operativo ciò si traduce per quanto possibile in un approccio non giudicante rispetto al suo stile di vita, una sospensione del giudizio [...] L'attenzione al danno si esprime nei termini di contenimento degli effetti negativi del consumo di sostanze, come già ricordato, sul piano sanitario, economico e sociale. La strutturazione di una strategia così orientata comporta la mancanza di condizioni o la quasi assenza di filtri per l'accessibilità, un presupposto definito "bassa soglia d'accesso": si intende incontrare le persone "dove queste si trovano", specialmente nei contesti informali, al di fuori dei setting dei servizi tradizionali, spesso troppo rigidi o percepiti come tali da chi vive situazioni di marginalità; inoltre, si occupa della cura dei rapporti interpersonali, della sensibilizzazione e dell'informazione, dell'accompagnamento e della strutturazione di percorsi più complessi, qualora richiesti." (Nistri, 2020, pp.451-480)

Ancora, gli autori Alberti I. e Pilotto F. (2002), sostengono che gli interventi di RdD si basano sulla constatazione che vi è chi, per motivi diversi, in una particolare fase della propria esistenza, non riesce o non vuole cambiare, ma proprio per le condizioni in cui vive, necessita di un sostegno essenziale per la sopravvivenza. "RdD significa perciò attivare tutte le forme di contatto e di accompagnamento affinché siano garantite le condizioni minime (cliniche, psicologiche, sociali) che permettano, quando diventa matura l'intenzionalità a cambiare, di poterlo fare evitando la loro irreversibile compromissione. Questo approccio operativo vuole investire gli operatori della responsabilità di dare chances di vita, sollecitando quella responsabilità possibile a chi si trova in difficoltà esistenziale. Di conseguenza è bene affermare che oggi non è più giustificata, perché atroce e disumanizzante, la logica del toccare il fondo per poi riemergere. Se si offre al tossicodipendente la possibilità di condurre una vita anche solo in parte decente, si evita che egli arrivi al baratro ed è più facile che trovi una motivazione per riscattarsi. Oggi per un tossicodipendente toccare il fondo può significare morire di overdose, contagiarsi con virus HIV, vivere in condizioni subumane, affrontare

l'esperienza del carcere, lasciare o essere lasciati dalla propria famiglia. [...] La RdD non è dunque un "principio etico", ma una scelta operativa, un intervento concreto misurato sul bisogno della persona nella sua precisa situazione. Non è neppure un "giudizio etico", non è approvare o meno un dato comportamento, ma è mettersi accanto alla persona con rispetto, ridonandole speranza ed accompagnandola nella ricerca di un progetto per il suo futuro."

Considerando le premesse precedentemente già accennate, ossia che in ogni società esista un certo livello di consumo, che alcuni individui mettano in atto comportamenti ad alto rischio e che non esiste allo stato attuale una soluzione universale, l'originalità di questo approccio si esprime nella "adozione di una strategia pragmatica di contenimento, che non esclude interventi ulteriori (purchè improntati al rispetto del tossicodipendente e al riconoscimento dei suoi diritti fondamentali) ma non li postula come necessario sviluppo" (Pepino, 2000, pp. 674-688).

In tal senso, la riduzione del danno e i trattamenti terapeutici non sono strategie opposte, né dovrebbero essere rappresentati come antagonisti.

Per concludere, venendo al lato più pratico della RdD, questo approccio, per garantire la qualità e l'integrità della vita umana in tutta la sua complessità, iscrive tra le proprie pratiche più diffuse la distribuzione e lo scambio di strumenti utili all'iniezione come siringhe o aghi (needle and syringe programmes, NSPs), la distribuzione di profilattici, l'accessibilità allo naloxone – un farmaco antagonista degli oppioidi in grado di invertire gli effetti dell'overdose –, l'analisi chimica delle sostanze (drug checking) (Nistri, 2020). L'avvio della RdD nel contesto italiano si colloca, come esperimento pionieristico in Piemonte e Lazio di gruppi auto organizzati, intorno al 1987 – 1989. Ha cominciato poi a diffondersi in particolar modo dopo la prima Conferenza nazionale su stupefacenti e tossicodipendenza, svoltasi a Palermo nel giugno '93 e ripresa dal Gruppo Abele di Torino. Nella metà degli anni '90, irrompe sulla scena il fenomeno del nuovo consumo di "droghe da party". A maggior ragione quindi gli approcci medico – morale vanno in crisi poiché si tratta di consumi di massa non legati a particolari condizioni individuali delle persone: basti pensare al consumo tra ragazzi in discoteca, si tratta di persone socialmente incluse, ben integrate nella comunità, che possono relegare l'uso della sostanza solo al week end, senza sviluppare malattie o disturbi correlati alla dipendenza.

Oltre alla riduzione del danno si afferma così una seconda “branchia” della stessa, cioè la limitazione del rischio. Tale distinzione si applica esclusivamente in Italia. La limitazione del rischio prevede la possibilità di fornire servizi per un consumo più sicuro. Si offre ad esempio il “drug checking”, il quale permette di verificare e testare la composizione chimica di una sostanza.

CAPITOLO III - “Route 4”: L’UNITÀ DI STRADA NATA A PADOVA

3.1 Le origini del progetto

Nel corso dell’anno 2021, una rete di realtà di Terzo Settore, composta da Associazione Tipsina, Avvocato di Strada, Associazione Noi Famiglie Padovane Contro l’Emarginazione ONLUS, Associazione Medici in Strada e Croce Rossa Italiana (comitato di Padova), ha percepito il bisogno di organizzare alcuni momenti formativi per dare spazio ad un dialogo riguardo tematiche quali l’uso di sostanze legali ed illegale e l’approccio della riduzione del danno. Tali riflessioni hanno portato all’ideazione e progettazione di un percorso formativo (Allegato A) aperto a tutti, con il supporto di professionisti che collaborano nelle associazioni sopra citate e dell’equipe multiprofessionale del Servizio Dipendenze di Padova.

Il percorso formativo si è composto di 11 incontri ed ha avuto inizio a marzo 2021 e fine a maggio 2021. L’obiettivo degli incontri era duplice: da un lato, la reazione di uno spazio in cui poter tornare a parlare di uso di sostanze, permettendo di fornire a chiunque strumenti conoscitivi adeguati, d’altra parte, l’individuazione di persone potenzialmente interessate allo svolgimento di attività di volontariato nell’ambito della riduzione del danno e limitazione del rischio, nell’ottica di una futura creazione di un’US e di un gruppo che si occupi di sensibilizzazione anche nelle scuole o in contesti informali come feste ed eventi.

Nel mese di settembre 2021, il Settore Servizi Sociali del Comune di Padova ha pubblicato un bando intitolato: *“Avviso pubblico esplorativo per manifestazione d’interesse da parte di organizzazioni del terzo settore per l’affidamento del servizio di coprogettazione e di co-gestione per l’attivazione di unità di strada per la prevenzione e il monitoraggio dei comportamenti a rischio tra i consumatori di sostanze psicoattive legali e illegali e di riduzione del danno tra le persone con dipendenza da sostanze”*.

I bisogni e gli obiettivi indicati nel bando sono i seguenti.

Bisogni:

L’attivazione del servizio in parola nasce dall’esigenza di arginare il fenomeno, in continua crescita, della tossicodipendenza e più in generale dell’uso e dell’abuso di

sostanze psicoattive legali e illegali. L'emergenza epidemiologica ha acuito tale fenomeno rendendo necessario un intervento sul territorio da parte di operatori dotati di esperienza e professionalità. L'attivazione di Unità di Strada mira all'informazione, sensibilizzazione e riduzione dei rischi nei contesti di maggior disagio sociale attraverso l'aggancio di persone dipendenti da sostanze o che comunque afferiscono all'area delle dipendenze patologiche.

Finalità ed obiettivi:

La procedura è volta ad individuare più soggetti che vogliono partecipare ad un tavolo di lavoro che mira a definire le azioni per gestire il servizio di US a favore di persone in situazione di dipendenza da sostanze psicotrope, al fine di avvicinare queste persone con l'obiettivo di agganciarle e offrire loro la possibilità di avviare un percorso riabilitativo, conseguendo in particolare i seguenti obiettivi:

- contrastare la grave emarginazione attraverso la gestione delle problematiche causate dalla dipendenza;
- monitorare e mappare la situazione delle persone dipendenti da sostanze psicotrope presenti nel territorio cittadino, supportare queste persone e offrire loro la possibilità di avviare un percorso riabilitativo.

Il servizio Unità di Strada (d'ora in poi denominato US) si colloca all'interno del sistema integrato di servizi e interventi sociali attivati dal Comune di Padova, rivolti alle persone dipendenti da sostanze psicotrope e in condizione di marginalità sociale. Si tratta di un servizio rivolto a persone e gruppi di persone che vivono in strada in condizioni di grave marginalità ed esclusione determinate da molteplici fattori, tra i quali anche la tossicodipendenza e svolge attività di primo ascolto della persona, orientamento ai servizi, affiancamento e accompagnamento sociale, con il fine di supportare le persone dipendenti da sostanze nell'avvio di un percorso di riabilitativo e di inclusione sociale. Il servizio prevede inoltre un'attività di mappatura e di monitoraggio delle zone cittadine dove è maggiormente frequente la presenza di persone a rischio marginalità anche causata da dipendenze e la raccolta di dati che possano dare indicazione dell'ampiezza del fenomeno.

Le associazioni sopra citate che hanno avviato il corso di formazione, insieme ad altre realtà quali COSEP Società Cooperativa Sociale, Cooperativa Sociale Equality, Associazione La Strada Giusta, ITARDD Rete Italiana Riduzione del Danno,

Associazione Mimosa hanno espresso la manifestazione di interesse per l'affidamento del servizio, con esito positivo.

Ad inizio ottobre 2021 è cominciata la coprogettazione con il Comune, che ha previsto una serie di incontri con i Servizi Sociali per il coordinamento del progetto. In seguito, a novembre, è stato avviato il progetto pilota della durata di cinque mesi, al termine del quale sarebbero stati raccolti gli esiti della sperimentazione e l'Amministrazione Comunale avrebbe valutato l'eventuale pubblicazione di un nuovo avviso pubblico per la manifestazione di interesse nell'ottica di dare continuità al progetto.

3.2 L'attuazione del progetto pilota

Partendo dalle indicazioni poste dall'Amministrazione Comunale, il servizio Route4 nasce e si sviluppa con un duplice obiettivo. Da una parte, l'emersione e la mappatura del fenomeno di uso e abuso di sostanze legali e illegali nel territorio padovano; dall'altra favorire percorsi di inclusione sociale delle persone che fanno uso di sostanze, tramite l'instaurazione di una relazione di fiducia con le stesse.

Il servizio di riduzione del danno e di limitazione del rischio vuole quindi favorire una migliore gestione del consumo, intendendo con essa la maturazione della consapevolezza rispetto allo stile di consumo di ciascuna persona incontrata, e l'implementazione di azioni di orientamento e conoscenza dei servizi del territorio. In ultimo, ma non meno importante, Route4 si propone di proseguire le azioni di formazione e sensibilizzazione della popolazione, avviate nel corso del 2021, per quanto concerne il tema dei consumi e delle dipendenze.

L'équipe dedicata alle azioni di progetto è un gruppo di lavoro multidisciplinare che coinvolge operatori e operatrici di strada provenienti da differenti esperienze, in particolare con minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta e sfruttamento, sex workers e consumatori di sostanze. Ciò ha permesso di approcciarsi al servizio di US con sguardi ed esperienze differenti, agevolando quindi la relazione con le persone incontrate e la progettazione di aree di intervento non preventivate in sede di avviso di interesse, tra queste le azioni rivolte alla popolazione giovanile e alla prevenzione.

Si segnala, inoltre, la presenza di una psicologa di strada all'interno dell'équipe. Tale figura permette di garantire una adeguata accoglienza della persona e facilita la lettura e

l'emersione dei bisogni che questa avverte, supportando la persona nel prenderne consapevolezza.

Grazie all'esperienza multidisciplinare dell'équipe, la traduzione operativa degli obiettivi sopraelencati si è quindi concretizzata nelle seguenti azioni:

- US di “riduzione del danno”, rivolta prevalentemente ai consumatori cronici;
- US di “limitazione del rischio”, rivolta a giovani consumatori e tesa a realizzare azioni di prevenzione presso i luoghi di aggregazione noti per il consumo di sostanze (elemento di novità rispetto al bando dell'amministrazione);
- Organizzazione di appuntamenti formativi relativamente agli strumenti della riduzione del danno e della limitazione del rischio (elemento di novità rispetto al bando dell'amministrazione);
- Organizzazione di appuntamenti di formazione e sensibilizzazione con alcune realtà del territorio che lavorano con i minori, per realizzare laboratori sui comportamenti a rischio, favorendo una riflessione critica (elemento di novità rispetto al bando dell'amministrazione);
- Partecipazione ad alcuni eventi musicali organizzati nel territorio padovano con l'obiettivo di agganciare i ragazzi delle superiori e dell'università e sensibilizzarli sul tema dei consumi e dei comportamenti a rischio (elemento di novità rispetto al bando dell'amministrazione).

Il servizio Route4 lavora in stretto contatto e in rete con le realtà pubbliche (Comune di Padova, SerD AULSS 6) e private (rete di US, associazioni rivolte a giovani, CAT, gruppi rivolti alla marginalità, ecc.) del territorio. Grazie a queste forme di collaborazione, l'US ha la possibilità di intercettare velocemente situazioni di bisogno e segnalazioni del territorio stesso, nonché di distribuire, grazie al Servizio per le Dipendenze e al Banco Alimentare, materiale sterile e beni di prima necessità, insieme a materiale informativo predisposto dall'équipe di progetto (Allegato B).

Rispetto al materiale informativo, l'équipe di Route4 ha ideato e progettato uno strumento innovativo, partendo da un'esperienza virtuosa in Spagna, “Energy Control”²¹, finalizzato all'aggancio dei giovani: si tratta della creazione di biglietti da visita (Allegato C) costruiti con una grafica accattivante e riportanti il nome delle sostanze legali e illegali. Questi

²¹ <https://energycontrol-international.org/>

sono collegati, grazie ad un QR-code, alla pagina Instagram²² del progetto, dove è possibile trovare un approfondimento in merito alla sostanza di cui la card porta il nome. Le card sono state ideate per contenere poche informazioni ma essenziali e hanno una grafica accattivante che stimola i giovani alla collezione. Nell'Allegato D si riporta, il contenuto di un post della pagina Instagram collegato alla Card relativa all'eroina. Il contenuto del materiale informativo è stato condiviso ed approvato dai Servizi Sociali del Comune di Padova e dal Dipartimento per le Dipendenze dell'AULSS 6 Euganea. I biglietti da visita danno la possibilità agli operatori e alle operatrici di aprire un confronto e un dialogo con i giovani ed è grazie all'approccio non giudicante dell'équipe e allo strumento accattivante che i giovani sono stimolati a seguire la pagina social del progetto e a tenersi quindi aggiornati ed informati in merito alle sostanze legali e illegali.

3.3 La valutazione del servizio Route4

Sin dagli arbori del progetto, l'équipe si è posta l'interrogativo relativo alla valutazione d'impatto dello stesso, proprio perché trattasi di un progetto sperimentale finalizzato alla possibile prosecuzione di progettualità di riduzione del danno nel territorio. Al fine, quindi, di progettare e verificare le singole azioni progettuali previste, l'équipe ha valutato di suddividere i cinque mesi di progetto pilota in quattro periodi differenti:

- 1° periodo: mappatura e conoscenza del territorio;
- 2° periodo: aggancio delle persone che fanno uso;
- 3° periodo: costruzione del materiale informativo;
- 4° periodo: attuazione di interventi di limitazione del rischio.

La suddivisione in periodi ha permesso all'équipe di approcciarsi in modo graduale all'attuazione delle azioni di progetto, permettendo un adeguato tempo di analisi e valutazione in itinere. Si è reso, quindi, necessario individuare differenti strumenti valutativi a seconda della tipologia di intervento messo in atto e a seconda degli obiettivi cui esso si riferisce. Trattandosi di un progetto sperimentale, la valutazione d'impatto riveste un ruolo fondamentale in quanto, tutto ciò che è possibile dimostrare in termini qualitativi e quantitativi, ma anche in termini di efficienza ed efficacia, può portare ad

²² [@route4_padova • Foto e video di Instagram](#)

una maggiore implementazione delle progettualità di riduzione del danno e di limitazione del rischio e può fornire all'amministrazione pubblica gli elementi e i riscontri necessari per provvedere ad una nuova manifestazione di interesse che garantisca, quindi, continuità alle azioni avviate nel territorio e che possa dare effettiva risposta ai bisogni emersi. Per procedere ad una analisi dello schema e degli strumenti valutativi utilizzati da Route4, si rende necessario riprendere gli obiettivi di progetto, intendendo con essi sia quelli posti dall'Amministrazione Comunale, sia quelli posti dalle organizzazioni attuatrici. A titolo di semplificazione, si provvede, quindi, a darne uno schema riassuntivo.

Obiettivi dell'Amministrazione Comunale:

Obiettivo generale:

- avvio di servizio di US a favore di persone in situazione di dipendenza da sostanze psicotrope, al fine di avvicinare queste persone con l'obiettivo di agganciarle e offrire loro la possibilità di avviare un percorso riabilitativo.

Obiettivi specifici:

- contrastare la grave emarginazione attraverso la gestione delle problematiche causate dalla dipendenza;
- monitorare e mappare la situazione delle persone dipendenti da sostanze psicotrope presenti nel territorio cittadino;
- supportare queste persone e offrire loro la possibilità di avviare un percorso riabilitativo.

Target di riferimento:

- persone e gruppi di persone che vivono in strada in condizioni di grave marginalità ed esclusione determinate da molteplici fattori, tra i quali anche la tossicodipendenza.

Attività previste:

- attività di primo ascolto della persona, orientamento ai servizi, affiancamento e accompagnamento sociale, con il fine di supportare le persone dipendenti da sostanze nell'avvio di un percorso di riabilitativo e di inclusione sociale;
- attività di mappatura e di monitoraggio delle zone cittadine dove è maggiormente frequente la presenza di persone a rischio marginalità anche causata da dipendenze;
- raccolta di dati che possano dare indicazione dell'ampiezza del fenomeno.

Obiettivi del Servizio Route4

Obiettivo generale:

- far emergere e mappare il fenomeno di uso e abuso di sostanze legali e illegali presente nel territorio tramite la rilevazione di numero di contatti, numero di persone, luoghi di frequentazione, età e tipo di consumo.

Obiettivi specifici:

- favorire l'inclusione sociale delle persone che usano sostanze, creando un aggancio relazionale con i consumatori per favorire una migliore gestione del consumo e l'orientamento e la conoscenza dei servizi del territorio;
- formare e sensibilizzare la popolazione rispetto al tema dei consumi e delle dipendenze.

Target di riferimento:

- Consumatori cronici in situazione di grave marginalità sociale;
- Giovani consumatori;
- Cittadinanza estesa;
- Minori;
- Studenti delle scuole superiori e studenti universitari.

Attività previste:

- US di "riduzione del danno";
- US di "limitazione del rischio";
- Organizzazione di appuntamenti formativi aperti alla cittadinanza;
- Organizzazione di appuntamenti di formazione e sensibilizzazione con alcune realtà del territorio che lavorano con i minori e ragazzi;
- Partecipazione ad alcuni eventi musicali organizzati nel territorio Padovano.

Come si può notare, le attività previste si muovono su binari differenti che coinvolgono:

- beneficiari delle attività di US (giovani consumatori, minori, consumatori cronici);
- la cittadinanza;
- l'équipe di progetto.

La complessità e la diversità delle azioni sopra riportate, necessita dell'individuazione di strumenti adeguati alla valutazione delle stesse. Route4 ha quindi individuato diversi strumenti valutativi a seconda degli obiettivi di riferimento e delle azioni correlate.

Lo strumento maggiormente utilizzato, in quanto rappresentativo di tutte le azioni di progetto, è la relazione mensile dell'US di riduzione del danno e di limitazione del rischio, predisposta dalla coordinatrice del servizio e dal presidente della cooperativa capofila e inviata mensilmente all'Amministrazione Comunale.

Tale relazione si presenta come un report dettagliato delle attività e dei servizi offerti, nonché dei contatti avuti sia con i diretti beneficiari delle US, sia con altri enti e organizzazioni del territorio. Questo strumento permette di dare immediata restituzione all'Amministrazione Comunale, garantendo quindi un monitoraggio e una valutazione in itinere del servizio stesso, nonché permettendo la creazione di una mappatura e di una raccolta dati, come richiesto dalla stessa amministrazione.

All'interno della relazione, infatti, vi è prima una parte legata alle uscite in strada, in cui emergono, e in cui vengono schematicamente riportati e rappresentati, dati quantitativi come:

- Giorno e fascia oraria dell'uscita;
- Obiettivo dell'intervento (riduzione del danno/limitazione del rischio);
- Zone raggiunte;
- N. persone consumatrici raggiunte;
- Note rilevanti.

Nella seconda parte della relazione, invece, emergono prevalentemente elementi qualitativi ad integrazione di quelli quantitativi precedentemente esposti, che mostrano, in linea generale, le azioni e i contatti presi, nonché una panoramica dei materiali distribuiti e delle attività di prevenzione organizzate nel territorio. Per quanto concerne, invece, l'équipe di progetto, sono stati previsti una serie di momenti di confronto e di scambio utili sia per l'attività stessa di Route4, sia per monitorare lo stato di benessere degli operatori coinvolti. Trattandosi di un'équipe multidisciplinare con diverse esperienze personali e professionali del lavoro di strada, ed essendo appartenenti a diverse organizzazioni, si ritiene fondamentale la previsione di momenti di confronto e scambio utili ad un maggior coordinamento delle attività di progetto ma anche utili ad avere degli spazi dedicati per un costante monitoraggio e una valutazione in itinere, sia relativamente alle azioni messe in campo, sia relativamente al vissuto emotivo di ciascuna persona dell'équipe. Sono stati quindi previsti dei momenti dedicati, a seconda

dell'obiettivo dell'incontro. Si riporta in seguito una breve descrizione dei momenti di équipe previsti:

- Coordinamento settimanale di équipe – permette il raccordo tra operatori, in quanto mai presenti tutti e tutte contemporaneamente nello svolgimento dell'attività lavorativa. Il momento di coordinamento permette inoltre il confronto e il ragionamento relativo al fenomeno dell'uso di sostanze e a come questo cambia nel tempo, in modo da individuare possibili azioni strategiche di riduzione del danno e limitazione del rischio da porre in essere.
- Supervisione metodologica – ha permesso di fare una prima valutazione a metà progetto e di impostare una adeguata pianificazione in itinere, creando lo spazio di confronto in merito a cosa ha funzionato e cosa è da rivedere. La supervisione viene organizzata e condotta da un professionista esterno all'équipe ed esperto di riduzione del danno e limitazione del rischio.
- Supervisione emotiva – permette di garantire uno spazio di condivisione e di ascolto degli operatori e delle operatrici coinvolte e di monitorare, quindi, lo stato di benessere dell'équipe.

L'équipe di progetto si rapporta mensilmente con il Comune di Padova e con il Servizio per le Dipendenze. Questi incontri permettono di approfondire il dialogo in riferimento alle attività proposte e quindi di dedicare dei momenti alla valutazione e al monitoraggio del progetto stesso. Da una parte, c'è il Comune di Padova che ha l'interesse di seguire l'implementazione del servizio al fine di avere maggiori informazioni in merito al consumo e uso di sostanze nel territorio. Dall'altra, c'è il Servizio per le Dipendenze che ha la possibilità di supportare l'équipe di progetto, sia in termini di confronto e di intervento, sia in termini di rifornimento di materiale sterile da distribuire in strada.

Si propone in seguito una tabella esplicativa e sintetica dei principali strumenti valutativi individuati dall'équipe, correlati a obiettivi, azioni e indicatori.

OBIETTIVI	AZIONI	STRUMENTI VALUTATIVI	INDICATORI
Avvio di servizio di US.	US di “riduzione del danno”; US di “limitazione del rischio”; Attività di mappatura e di monitoraggio delle zone cittadine dove è maggiormente frequente la presenza di persone a rischio marginalità anche causata da dipendenze; Raccolta di dati che possano dare indicazione dell’ampiezza del fenomeno.	Report settimanale dell’equipe; Report uscite in strada; Relazione mensile US riduzione del danno e limitazione del rischio condivisa con Amministrazione Comunale (con elementi quantitativi e qualitativi); Organizzazioni riunioni mensili con il SerD e con il Comune.	N. uscite totali; N. uscite riduzione del danno; N. uscite limitazione del rischio; Zone raggiunte; N. persone consumatrici; Età persone incontrate; Tipologia di consumo delle persone incontrate; Elementi principali di conversazione emersi.
Emersione e mappatura del fenomeno di uso e abuso di sostanze legali e illegali.			
Contrastare la grave emarginazione attraverso la gestione delle problematiche causate dalla dipendenza.	Primo ascolto della persona, orientamento ai servizi, affiancamento e accompagnamento sociale.	Report settimanale dell’equipe; Relazione mensile condivisa con l’Amministrazione Comunale; Consegna materiale informativo e sterile; Consegna Naloxone; Organizzazione riunioni mensili con il SerD e con il Comune.	Tipologia di materiale consegnato; N. materiali consegnati; N. Naloxone consegnati; N. uscite in strada della psicologa di progetto; N. colloqui effettuati dalla psicologa di strada; N. segnalazioni/inviati ad altri servizi del territorio; N. accompagnamenti.
Favorire l’inclusione sociale delle persone che usano sostanze, creando un aggancio relazionale con i consumatori per favorire una migliore gestione del consumo e l’orientamento e la conoscenza dei servizi del territorio.			
Formare e sensibilizzare la popolazione rispetto al tema dei consumi e delle dipendenze.	Organizzazione di appuntamenti formativi aperti alla cittadinanza.	Questionario di valutazione ex-post relativo al percorso formativo concluso.	Grado di soddisfazione dei partecipanti.
		Relazione mensile condivisa con l’Amministrazione Comunale.	Partecipazione ad incontri con altre realtà del territorio; Raccolta stimoli ed esigenze formative e di sensibilizzazione emerse.

	Organizzazione di appuntamenti di formazione e sensibilizzazione con alcune realtà che lavorano con i minori e ragazzi;	Relazione mensile condivisa con l'Amministrazione Comunale; Osservazione; Confronto con educatori delle altre progettualità coinvolte.	N. contatti con altre realtà del territorio; N. incontri di formazione e sensibilizzazioni effettuati; Grado di soddisfazione dei partecipanti; Grado di partecipazione; Raccolta stimoli ed esigenze formative e di sensibilizzazione emerse; N. materiali distribuiti.
	Partecipazione ad alcuni eventi musicali organizzati nel territorio Padovano.	Relazione mensile condivisa con l'Amministrazione Comunale; Osservazione; Report degli operatori.	N. persone raggiunte; N. persone che hanno preso materiale al banchetto; Raccolta delle informazioni richieste; Elementi che hanno permesso l'aggancio dei giovani.
	Creazione materiale informativo rivolto ai giovani.	Interazioni con la pagina Instagram Route4.	N. di interazioni con la pagina Instagram. N. di follower

Al termine dei cinque mesi del progetto pilota, l'Amministrazione Comunale ha deciso di indire una nuova manifestazione di interesse "per l'affidamento del servizio di US per consumatori di sostanze psicoattive legali e illegali", con scadenza nel mese di aprile 2022. All'interno del documento esplicativo "Avviso pubblico esplorativo per manifestazione d'interesse per l'affidamento del servizio di US per la prevenzione e il monitoraggio dei comportamenti a rischio tra i consumatori di sostanze psicoattive legali e illegali e di riduzione del danno tra le persone con dipendenza da sostanze fino al 31.10.2022.", l'Amministrazione Comunale fa emergere come il lavoro svolto nella prima fase di progetto pilota abbia permesso una raccolta di dati e informazioni tali da far riconoscere la necessità e l'importanza di proseguire con il lavoro di riduzione del danno e limitazione del rischio avviato nel territorio padovano nel 2021.

Rispetto ai dati raccolti da Route4 nel corso del progetto pilota, l'Amministrazione Comunale esprime un parere positivo, riconoscendo, quindi, l'impatto di questa tipologia

di servizi e aggiungendo nella manifestazione di interesse anche l'area di intervento legata alla prevenzione e ai giovani, non presente nell'avviso di novembre 2021, parlando quindi, oltre che di riduzione del danno, anche di limitazione del rischio. Questa aggiunta dimostra come l'équipe di Route4 abbia potuto, grazie alle professionalità interne all'équipe stessa, portare degli elementi di innovazione ad una prima proposta del Comune e sia riuscita a dimostrarne il valore, l'impatto e l'efficacia.

Si riporta un estratto preso dal documento sopracitato:

“Il servizio ha avuto un impatto positivo sia per l'emersione e il monitoraggio di un fenomeno che si sta via via diffondendo, sia per gli interventi di tipo informativo e preventivo, rivolti non solo a coloro che fanno uso di sostanze, ma anche alla popolazione giovanile in senso ampio. Le attività poste in essere per lo svolgimento del servizio sono state molteplici. È stata avviata un'importante attività di mappatura del territorio, con l'individuazione e il supporto di persone con comportamenti a rischio o consumatori, con particolare attenzione all'elaborazione di strategie volte ad intercettare e agganciare persone minorenni presenti nel territorio che si trovino in situazioni di rischio e che siano dedite, nonostante la giovane età, al consumo di sostanze. Durante le uscite delle US è stato distribuito materiale per la riduzione del rischio tra i consumatori. In un'ottica sia di limitazione del rischio che di riduzione del danno, è stata attuata una rilevante attività informativa attraverso la distribuzione di materiale di informazione e sensibilizzazione rispetto al tema delle dipendenze (es. volantini, brochure, etc.). Inoltre, è stato previsto il posizionamento periodico di un punto informativo nel Piazzale della Stazione per la distribuzione del suddetto materiale anche con lo scopo di un orientamento ai servizi e un primo aggancio con la potenziale utenza. Nel periodo novembre 2021 – marzo 2022 è stato contattato un numero cospicuo di persone, che hanno sempre mantenuto l'anonimato ma che sono state di volta in volta, a seconda dei casi, informate, supportate e indirizzate ai servizi presenti nel territorio (SerD, consulenze legali, visite e ricoveri in ospedale, etc.).”

Riduzione del danno e prevenzione

dall'informazione all'azione

La voglia di tornare a parlare di "Riduzione del danno e prevenzione" a Padova nasce dalle **esperienze quotidiane** delle singole organizzazioni oggi coinvolte nell'iniziativa (Croce Rossa Italiana Comitato di Padova, ass. Medici in strada, ass. Tipsina, ass. Noi famiglie padovane contro la droga e l'emarginazione, Coop. Soc. Diogene, Sportello Avvocato di strada Padova, ass. La strada giusta) e dalla **consapevolezza** che negli ultimi decenni sono sempre meno le occasioni in cui si parla di uso di droghe. Ciò accade nonostante questo **tema sia ancora attuale e in continua evoluzione**, e oggi rappresentato anche dal fenomeno della **poli-assunzione di sostanze** d'abuso classiche, compreso l'alcol e nuove sostanze psicoattive.

Il progetto è sostenuto e realizzato con il contributo essenziale del **Dipart. Dip. ULLS6 Euganea di Padova**.

La frequentazione al corso è gratuita e prevede il rilascio di un **attestato di partecipazione**, qualora il numero di presenze sia superiore al 75% delle ore complessive con video acceso. L'attestato sarà indispensabile e per far parte del gruppo operativo che si costituirà al termine del corso.

Per iscrizioni: riduzioneeldannopadova@gmail.com

Per info: 3456843057 -

riduzioneeldannopadova@gmail.com

1. Presentazione del ciclo di formazione

23 marzo 2021 dalle 20 alle 20.30

M. Canton, Croce Rossa Italiana Comitato di Padova

2. Panoramica della situazione sulle Dipendenze del territorio

23 marzo 2021 dalle 20.30 alle 21.30

Dott. G. Zecchinato, Direttore Dipart. Dip. ULSS6 Euganea

3. Il concetto di "Riduzione del danno"

30 marzo dalle 20 alle 22

Dott. Di Pino Giuseppe, Coordinamento ITARDD, Network Italiano riduzione del danno

4. Le sostanze psicotrope: uso, abuso, effetti...

6 aprile 2021 dalle 20 alle 22

Dott. G. Zecchinato, Direttore Dipart. Dip. ULSS6 Euganea

5. Alcolismo e psicofarmaci

13 aprile 2021 dalle 20 alle 22

Dott. S. Lobello e dott.ssa N. Regonati, Dipart. Dip. ULSS6 Euganea

6. Infettivologia e malattie sessualmente trasmissibili

20 aprile 2021 dalle 20 alle 22

Dott.ssa Silvia Cavinato, Azienda Ospedaliera - Università di Padova

7. La famiglia del tossicodipendente

27 aprile 2021 dalle 20 alle 22

Dott. A. Stivanello, Dipart. Dip. ULSS6 Euganea

8. Modalità di accesso ai servizi per le dipendenze

4 maggio 2021 dalle 20 alle 22

Dott.ssa R. Foscaro, Dipart. Dip. ULSS6 Euganea

A. Filippin, ass. Noi famiglie padovane contro l'emarginazione

9. La relazione di aiuto

11 maggio 2021 dalle 20 alle 22

R.M. Mazzon, ass. Noi famiglie padovane contro l'emarginazione
Ayari Abderrahmen, facilitatore culturale presso servizio di riduzione del danno, Comune di Mestre

10. Esperienze esterne e strumenti dell'attività

18 maggio dalle 20 alle 22

Dott. L. Camoletto, Gruppo Abele di Torino-Progetto Penelope,
Croce Rossa Italiana Comitato di Padova

11. Orientamento ai servizi legali e alla legislazione in materia di detenzione, uso e spaccio di sostanze illegali

25 maggio dalle 20 alle 22

Sportello Avvocato di strada e ass. La strada giusta



Associazione
Tipsina



Allegato B – Materiale informativo predisposto dall'equipe di progetto.



Allegato C – Biglietti da visita.



Allegato D – Contenuto di un post su Instagram relativo all'eroina.





3.4 Le interviste: testimonianze degli operatori

Il presente elaborato si conclude con i risultati ottenuti da alcune interviste che sono state effettuate con una serie di obiettivi di fondo, individuati nel corso della stesura della tesi stessa e grazie alla partecipazione al progetto Route 4, del quale ho potuto osservarne la nascita, in quanto tirocinante del Ser.D. di Padova nel corso del 2021. Dopo aver frequentato il corso formativo nel periodo da marzo a maggio 2021, ho potuto partecipare, in qualità di volontaria, alle uscite con l'US del progetto Route 4, organizzate sul territorio di Padova.

Si vuole quindi raccontare e spiegare al meglio la dimensione pratica e tangibile della RdD, descrivendola con le parole di chi effettivamente vive la strada come setting lavorativo ed è coinvolto in tale dimensione; è sorta, inoltre, nel corso del tempo la volontà di dare voce a tali professionisti, talvolta sconosciuti, oppure la cui professionalità viene spesso (erroneamente) messa in dubbio e criticata a causa del “sentito dire” e per pregiudizi diffusi.

Nel corso del mese di ottobre 2022, sono state organizzate delle interviste a 7 operatori di strada, tra di essi alcuni con più anni di esperienza pregressa di RdD, altri meno, ma facenti tutti parte del progetto Route 4; si sono resi disponibili ad un confronto su alcuni temi salienti riguardanti per l'appunto la RdD.

Nel dettaglio, le interviste, di tipo semi – strutturato, sono state eseguite singolarmente con ciascuna persona; 3 di queste con modalità telefonica, 1 in videochiamata e le restanti 3 faccia a faccia. La durata delle interviste variava a seconda del livello di approfondimento delle risposte, indicativamente fra i 30 e 75 minuti massimo.

Per garantire l’anonimato degli intervistati si è scelto di non fare riferimenti dettagliati sul tipo di formazione né l’esperienza lavorativa; l’età e gli anni di lavoro sono espresse in fasce.

Intervistato n.	Anni di esperienza lavorativa nel settore della RdD per le tossicodipendenze	Fascia d’età
1	< 1	20 – 30
2	1 ÷ 5	20 – 30
3	15 ÷ 20	30 – 40
4	1 ÷ 5	30 – 40
5	> 20	40 – 50
6	> 20	50 – 60
7	> 20	50 – 60

Tab. 3.4: Caratteristiche intervistati

Le domande poste riguardano i seguenti temi: l’influenza della propria storia personale sul lavoro attuale; i pro e i contro della politica di RdD; l’importanza della fornitura di materiale in generale, da bevande come the caldo, a strumenti sterili come esempio le siringhe; i pregiudizi sulla RdD e sull’operatore di strada; i possibili rischi per l’operatore di strada (fisici, emotivi, ecc); le strategie trovate e/o a disposizione per la rielaborazione dei vissuti e delle situazioni complesse; gli episodi più difficili vissuti.

Per quanto riguarda l’influenza della propria storia personale sulla scelta di operare in questo settore, le risposte sono variate da persona a persona, ma nel complesso la maggioranza si è avvicinata al mondo delle dipendenze in seguito all’esperienza di persone care quali amici o familiari. Ad esempio, Int.2 afferma: *“Sì, ci sono stati più di un caso nella mia famiglia con problemi di dipendenza. Mi ha affascinato l’approccio non giudicante della riduzione del danno, opposto alla visione che c’era invece nella mia famiglia, per l’appunto moralista e giudicante.”*

Anche la scelta lavorativa dell'Int.3 è stata influenzata dalla storia personale: *“Ho scelto di lavorare in questo ambito perchè quando ero alle superiori era il periodo in cui era stata chiusa via Nelly a Padova. Io sono di Mestre. A Mestre è arrivato il boom dell'eroina e quindi anche nelle varie scuole del territorio: molti amici del mio quartiere hanno iniziato ad utilizzarla, in tutti i contesti che frequentavo dove prima non c'era questa problematica, con la disinformazione dell'epoca è arrivata in modo molto forte. Molti conoscenti e amici hanno cominciato ad utilizzare l'eroina con tutte le conseguenze del caso. Da lì mi sono avvicinata ad un progetto del comune di Venezia 'Progetto giovani' dove venivano contattati una serie di ragazzi diventati poi operatori-pari per iniziare a fare formazione su sostanze e comportamenti a rischio”*.

Ancora, Int.5: *“La mia storia personale influisce nella scelta di fare l'operatore della RdD in maniera assoluta. [...] Sono arrivato alla riduzione del danno poco dopo la mia adolescenza perché cresciuto in un paesino di provincia, molti miei coetanei usavano sostanze, tra cui eroina per via iniettiva, molti dei quali anche deceduti. Mi ero reso conto che socialmente e professionalmente dal sistema istituzionale venivamo rappresentati e trattati in maniera non adeguata. “È facile dire no” non era esattamente un approccio funzionante. In seguito, entrato in militanza nei Centri Sociali, quando il Comune della città dove vivevo ha avviato un progetto di RdD (gli operatori venivano individuati in contesti sociali prossimi al fenomeno e capaci di leggerlo come attitudine e non come professionalità, che arriverà in seguito), mi è stato proposto di entrare a far parte del progetto stesso ed ho accettato.”*

Si pongono in una posizione intermedia Int. 1: *“Diciamo che mi è capitato; quando mi hanno parlato del progetto mi è piaciuta molto l'idea, non ne sapevo nulla dell'ambito della RdD e non pensavo fosse praticata e finanziata in Italia. Effettivamente di recente ho perso una persona che molti anni fa utilizzava sostanze, il che mi ha fatto riflettere sulla possibilità di entrare in un mondo che non conosco e che si legava ad un aspetto che ho visto molto poco, di questa persona vicina.”* ed Int. 4: *“Mi piacciono tantissimo tutti i lavori nei quali si è a contatto con le persone, a bassa soglia. [...] Invece, quando il Comune ci aveva consigliato un progetto per poter gestire il problema emergente della tossicodipendenza in una particolare zona di Padova, siamo stati formati da Pino di Pino, esperto in riduzione del danno per le dipendenze: mi sono avvicinata a questo ambito ed in quel caso sì, il mio passato ha avuto una certa influenza nel senso che finalmente ho trovato un punto di vista in sintonia con il mio pensiero sul consumo di sostanze. A livello familiare ho avuto un parente che è venuto a mancare per abuso di eroina, negli anni 80. Tuttavia, quello di collegare la storia personale a questo tipo di lavoro spesso è un luogo comune: si pensa che gli operatori abbiano avuto un passato legato al consumo, o perso necessariamente una persona cara, e così via. Posso confermare che non è sempre così, molti*

miei colleghi non hanno mai consumato sostanze, magari anche astemi, o non hanno mai avuto nessun tipo di relazione con persone con problemi di dipendenza prima dell'esperienza lavorativa.”

Alla domanda sui pro e contro della RdD il 100% degli intervistati ha descritto i pro come “infiniti”, “moltissimi”, “superiori ai contro”, “decisamente importanti”.

L'Int. 7 afferma di poter parlare solo dei pro: *“Non vedo contro: si tratta di un intervento non invasivo, di essere presenti in strada e le persone possono o meno decidere di rivolgersi a noi. [...] La speranza di queste persone è quella che noi possiamo fare da tramite con i servizi. Un libro che ho letto diversi anni fa, presentava l'operatore sociale in generale, ma specialmente quello di strada, come un marketing manager che prova a gestire i benefits a cui i propri utenti possono accedere, e quindi deve accorciare quella soglia dei servizi tradizionali, per permettere alla persona di essere accolto dai servizi stessi; deve essere in qualche modo preparato, educato. Dall'altra parte è importante che i servizi sappiano che è stato fatto questo lavoro di screening ed avere dei feedback rispetto alla motivazione che ha la persona nel momento in cui dovesse fare delle richieste quali metadone, ingresso in comunità, e così via. Quando ho iniziato il mio lavoro, nei primi mesi noi davamo le siringhe, le persone ci raccontavano le loro vicende, es. “Domani vado in comunità”, “Settimana prossima smetto”, e così via, eppure le persone erano sempre lì. Mi chiedevo quindi se il mio lavoro servisse. Poi nel corso dei mesi mi sono trovato in situazioni in cui ho accompagnato alcune di queste persone al Ser.D. a colloquio con professionisti per decidere l'inserimento in comunità, oppure ho accompagnato fisicamente delle persone in comunità, al loro ingresso. Ho iniziato quindi a rendermi conto che su tempi lunghi si possono vedere i risultati. [...]”*. Infatti, l'Int.1, lavorando da relativamente poco tempo in questo ambito, non ha ancora vissuto a pieno momenti gratificanti tali per cui possa confermare nella loro totalità i pro della RdD, si è reso conto che serve del tempo per vedere dei risultati.

Tutti gli intervistati concordano sul fatto che tra i pro della RdD vi è l'approccio di tipo non giudicante, il quale *“facilita molto l'aggancio ed il contatto mentre si è in strada. Inoltre, si accorciano molto i tempi sulla costruzione di una relazione di fiducia. Il non giudizio permette che la persona si fidi e possa iniziare a raccontarsi, raccontare la storia della sua vita. Questa relazione poi si evolve, non si tratta solo di stare in strada a fornire materiale ma si facilita l'aggancio con i servizi ed i vari passaggi che seguono. Quello che cerchiamo di fare si potrebbe definire come facilitazione al cambiamento. Se non avviene il cambiamento nessuno giudica questo fatto, per lo meno si forniscono delle possibilità.”* (Int.2), in più: *“Questo approccio dà la possibilità di comunicare meglio con i più giovani, che hanno bisogno di essere ascoltati, di*

non essere giudicati. Non parlo solo di chi fa un uso 'strong' ma anche chi usa saltuariamente.”
(Int. 4)

L'Int. 3 fa anche una considerazione sulla motivazione: *“La RdD permette alla persona di essere trattata alla pari dell'operatore e ciò porta ad una responsabilizzazione della persona: quando essa sceglie di mettere in atto un cambiamento, è sicuramente un cambiamento con una motivazione molto più fondata, che ha scelto per se stessa e non perchè obbligata da altri enti o motivi. Questo secondo me è il punto più forte oltre a tutta la prevenzione di malattie, aspetti sanitari ecc. l'aspetto motivazionale è molto forte nelle politiche di riduzione del danno”.*

Per quanto riguarda i contro, individuati in numero decisamente inferiore rispetto ai pro, viene espressa più volte la difficoltà di parlare di riduzione del danno con determinate persone, in determinati ambienti: *“Politicamente è una lotta costante”* (Int. 4). Int. 6 afferma: *“Un aspetto negativo potrebbe essere il riscontro dell'opinione pubblica, che non conoscendo nel dettaglio la RdD, può ipotizzare che noi andiamo ad alimentare il consumo, dando le siringhe ad esempio, senza considerare invece le implicazioni che ci sono ad esempio in quanto a costi sociali da sostenere nel momento in cui una persona si ammala di AIDS”.*

Ancora, Int.3: *“[...] I passi da fare sono ancora molti prima che venga riconosciuta anche da altri servizi. Riconosciuta non solo in termini di 'bontà d'animo' nel prevenire le malattie ma come politica che guarda alla persona consumatrice”*

Altra criticità generale, che si può considerare come difficoltà metodologica sul lavoro di RdD, è che non sempre si pensano interventi che contemplino la capacità dinamica di stare appresso ai cambiamenti sulla scena della strada. Come tutti i fenomeni umani anche la tossicodipendenza è variabile e muta nel corso del tempo. Infatti, Int.5 suggerisce che *“le unità di strada, quindi, devono essere in grado di tenersi aggiornate sui modelli di consumo e dotarsi in tempo degli strumenti di uso sicuro necessari ad intercettare quel fenomeno”.*

Continuando la trattazione dei temi discussi, siamo giunti al compito dell'US di fornire materiale come siringhe sterili, cibo, the caldo, salviettine disinfettanti, e così via. Anche su questo aspetto le risposte degli intervistati sono polarizzate: tutti concordano sull'importanza di questa pratica, senza riscontrare particolari criticità. L'utilità di fornire questo genere di materiali può essere descritta con visioni differenti. Da un punto di vista sanitario, Int. 7 racconta: *“Un partito politico italiano di destra definiva gli operatori di strada 'droghini', in quanto fornitori di siringhe. Quello che forniamo è materiale sanitario che serve per prevenire infezioni, altre malattie, ecc. Non ha senso mascherarsi dietro al finto moralismo: le persone utilizzano comunque le sostanze. Negli Stati Uniti, in alternativa alle siringhe*

utilizzavano le pompette per l'inchiostro. Le persone trovano comunque un modo.”, inoltre, “Se vogliamo metterla su un piano biicamente economico, costa meno distribuire delle siringhe sterili per prevenire determinate malattie che non sostenere i costi dei farmaci per le malattie per tutto l'arco della vita di una persona. Si parla anche di salute pubblica, è importante attuare modelli preventivi. Si chiama riduzione del danno proprio per questo. Non è 'cancellazione' del danno, non sarebbe possibile.” (Int.7)

Tutti concordano sull'importanza della tutela della salute fisica delle persone, ma non è la sola spiegazione in riferimento all'utilità di fornire materiali. Gli intervistati mettono in luce il fattore relazionale. Int. 4 infatti a tal proposito dice: *“In un'ottica più personale, relazionale, quando si fa un contatto con una persona è corretto che ci sia uno scambio. Noi diamo qualcosa che serve alla persona oltre che per sua tutela, anche come mezzo per iniziare a costruire una relazione di fiducia, fondamentale in questo lavoro.”*. Ancora, Int.5: *“Fornire materiali è strategico in quanto strumento di relazione. Lavorando con una popolazione stigmatizzata, se ci presentiamo con lo strumento sterile per assumere la sostanza, abbattiamo lo stigma più grosso, stiamo dicendo “puoi usare la sostanza, la scelta è tua”. La relazione quindi si costruisce in un clima necessariamente più autentico.”*

Passiamo ora al tema dei pregiudizi sul lavoro di RdD e sugli operatori di strada. Un tema molto sentito, che di certo non rende facile un lavoro già di per sé piuttosto complesso. Come già accennato precedentemente, una tra le difficoltà presenti in questo tipo di lavoro, è la comunicazione con chi non fa parte di questo ambito. Gli operatori, nelle interviste, confermano la presenza di numerosi pregiudizi e critiche in merito al loro operato. Feedback negativi possono arrivare da altri professionisti, in generale dall'opinione pubblica, dalla politica, talvolta anche dalle persone stesse incontrate in strada. *“Il pregiudizio principale è che non siamo professionisti ma persone che magari hanno usato determinate sostanze e che siamo pro-consumo, che le nostre azioni portino a continuare o aumentare l'uso.”* (Int. 2). Int. 7: *“[...]ad esempio agli occhi delle forze dell'ordine nel corso del tempo, la percezione era che noi operatori di strada fossimo 'un pelo sopra' ai nostri utenti, un feedback non molto positivo. Può capitare, avendo un'esperienza come operatore di strada, che nelle comunità non vieni assunto, perché troppo poco severo/rigido, troppo collusivo con l'utenza. A mio avviso, la sospensione del giudizio dovrebbe essere però alla base di tutti i rapporti umani, anche quelli professionali, non solo degli operatori di strada. Credo che questo pregiudizio passerà con gli anni. Anche l'amministrazione comunale inizialmente titubante ha iniziato a rendersi conto dell'utilità di questo servizio”*. Int, 4: *“Mi sento giudicata quando spiego il mio lavoro a persone che non sono del mio ambito, che mi categorizzano come una persona di*

sinistra che usava droghe ed ora vuole sistemare le cose. Una volta mi è capitato con alcuni ragazzi di parlare degli effetti dell'eroina e uno di questi ha detto "immagino che tu mi possa capire!" dando per scontato che io abbia utilizzato quel tipo di sostanza." I pregiudizi ci sono anche da parte di altri professionisti, magari non chi lavora al SerD che conosce il mondo della riduzione del danno, ma ad esempio è capitato in ospedale facendo accompagnamenti con qualche persona." Altro pregiudizio diffuso riguarda il fatto di fare questo lavoro semplicemente con il cuore, senza competenze, infatti, come racconta Int.3: "[...] la teoria e il livello di professionalità spesso vengono sminuiti. [...] il dispiacere maggiore però cresce quando questo giudizio arriva da professionisti pari che non riconoscono la professionalità e preparazione che invece c'è dietro alla riduzione del danno." Interessante il racconto dell'Int. 5 di un breve episodio che fa cogliere nell'immediato lo stigma: "Facevo l'operatore in unità di strada a Venezia. Era giunta, al sindaco, una lamentela da parte di un bar: il proprietario aveva riportato che gruppi di tossicodipendenti stavano infastidendo i clienti. Ricevo una telefonata e mi viene chiesto di andare a parlare con il gestore del bar per capire cosa succede: tale azione è più che naturale per una giunta 'intelligente', che infatti ha deciso di mandare noi professionisti come intermediari. Peccato che il gestore non volesse parlare con noi, in quanto "amici dei tossici", così ha detto.", continua poi spiegando: "Sei rappresentato neanche come l'"avvocato" delle persone che usano sostanze, bensì come quello che aiuta le persone a farsi. Certo, se un Ser.D. ha bisogno che una persona che vive in strada venga raccolta e accompagnata in una comunità in cui si è deciso di far entrare la persona, allora sì, sei un ottimo strumento di lavoro. Comunque, fortunatamente, nel tempo questa cosa sta pian piano cambiando, a seconda dei contesti." Infine, in riferimento ai pregiudizi presenti dal punto di vista delle persone incontrate in strada, si può fare il paragone con le due facce di una stessa medaglia, infatti "Da un lato il pregiudizio più comune è che noi operatori siamo ex consumatori, tanto che spesso le persone che incontriamo ce lo chiedono, o lo danno per scontato, dall'altro, mi è capitato che mi sia stato chiesto se avessi mai usato sostanze come se questa fosse una prova di adultità, di aver avuto una determinata esperienza che mi permette allora di essere autorizzato a parlare di certi argomenti." (Int.1)

I rischi nei quali un operatore di strada può incorrere più citati nelle interviste riguardano "Da un lato quelli di tipo fisico, dovuti a situazioni pericolose che si possono creare in strada, dall'altro di tipo emotivo, come il burnout, il portarsi a casa situazioni difficili, non riuscire a smettere di pensare al lavoro" (Int.7). Concorda anche Int.2: "Il rischio principale è quello di non riuscire a gestire determinate situazioni complesse e talvolta pericolose in strada. Anche il burnout è un forte rischio". Int.4: "Il primo rischio che mi viene in mente è quello di non avere

confini. Se non hai i confini con le persone che incontri in strada rischi tanto, sia di perdere un po' il ruolo, sia perché emotivamente puoi farti coinvolgere moltissimo". In riferimento al rischio emotivo, Int.5 aggiunge: "Route 4 interviene su consumatori di strada, persone che vivono un grave stato di esclusione. Quotidianamente si ha a che fare con storie drammatiche. Il rischio emotivo è enorme. Anche solo il fatto di lavorare con persone per le quali le opportunità di cambiamento sono davvero poche, quindi il rischio di fallimento è molto alto. Attraverso il fallimento dell'utente, l'operatore percepisce un fallimento proprio. Gli operatori della rdd sono ad alto rischio burnout."

Appurata la presenza di rischi in special modo di tipo emotivo, sorge spontaneo domandarsi quali siano le strategie trovate o a disposizione degli operatori. *"Emotivamente a volte ti trovi davanti a situazioni impegnative, dolorose, tragiche, e devi iniziare a mettere un po' le distanze fra la tua emotività e l'aiuto che puoi dare. Se ti fai coinvolgere troppo non sei più in grado di essere obiettivo e fornire aiuto, aiuto inteso in uno spettro molto ampio. Quali sono le chiavi? Equipe, supervisione, lavoro di gruppo, condivisione, trasparenza e consapevolezza del proprio limite. All'inizio vorresti avere il successo, risolvere i problemi di tutti. Se sei da solo è pesantissimo, se condividi è meno rischioso. L'onestà è essenziale perché anche quando ci si trova in situazioni di imbarazzo o di errore, la condivisione con il gruppo di lavoro è fondamentale. Essere trasparenti, onesti, umili è importantissimo."* (Int.6) La risorsa riportata da tutti gli intervistati è certamente la supervisione, di vitale importanza per l'esistenza di un gruppo di lavoro, come spiega Int.5: *"Quando si costruisce un gruppo di lavoro sociale vanno garantite sia la formazione continua che la supervisione metodologica ed emotiva. Purtroppo, visto il sempre più ridotto investimento nel sistema di welfare, nei servizi che si occupano di dipendenze, la riduzione del danno è l'ambito in cui si investe meno, infatti sono sempre di più i gruppi a cui manca budget per le supervisioni che però sarebbero fondamentali. Certamente, anche l'equipe è uno strumento importante, anche nell'ottica di prevenzione del burnout, ma non è sufficiente. I gruppi operativi sviluppano delle dinamiche che solo uno sguardo esterno può rompere."* L'Int.3 parla nello specifico delle supervisioni garantite dal servizio Route4: *"Questo progetto è stato costruito molto bene infatti abbiamo a disposizione una supervisione metodologica ed emotiva una volta al mese, che ci dà la possibilità di tenere monitorato sia il nostro modo di lavorare che l'impatto emotivo. Il rischio più grande solitamente è che in questi lavori può capitare che non ci siano molti spazi di pensiero, confronto e rielaborazione di vissuti ed operato, il che appunto nel contesto specifico di Route 4 non si è verificato. Nella coprogettazione con il Comune abbiamo entrambi ritenuto importante che ci fossero questi margini. Importantissimo anche il fatto che siamo in rete con ITARDD e quindi*

abbiamo un costante confronto con altri professionisti esperti su situazioni difficili.”. Parallelamente alle supervisioni ed alle strategie più ‘formali’, se ne creano altre sia di gruppo fra operatori, sia in autonomia. Ad esempio, come racconta Int. 7: “[...] nel corso di uno dei miei precedenti lavori, in cui molte persone esponevano contenuti pesanti della loro vita, problemi, assistevo a situazioni particolari come risse, ecc. a fine servizio capitava di andare a casa di uno dei colleghi per stare insieme, confrontarci, e questo tempo serviva per rielaborare situazioni, e così via.”. Invece, in riferimento alle strategie trovate in autonomia, si riporta l’esempio dell’Int.4: “Mi capita spesso di portarmi storie e situazioni a casa. Io seguo un corso di apnea e quindi normalmente il lunedì dopo l’uscita ne approfitto per utilizzarlo come modo per ‘sfogarmi’. È normale avere bisogno di tirare fuori ciò che si prova. Talvolta non te ne accorgi, e questo è un problema perché si può arrivare ad un burnout” e dell’Int.1: “Nella vita privata la mia strategia quando sono sovraccaricato di emotività, sembrerà banale ma è quella di dormire, per riposare e staccare, oppure mi svago con miei amici, parlo di altro, ecc.”.

Infine, l’ultima domanda posta agli operatori, riguarda il racconto dell’esperienza più difficile vissuta fino a questo momento. Le risposte sono state molto variegate, il significato del termine ‘difficile’ chiaramente varia da persona a persona. Si ritiene quindi importante riportare di seguito le esperienze raccontate dagli operatori.

Int.1: “Trovo complicato gestire la comunicazione con gruppi di ragazzi molto popolati. La sensazione che provo è quella di stress e urgenza. Un momento in cui mi sono sentito in difficoltà invece in termini emotivi, risale ad un’uscita in cui ho parlato per molto tempo con un consumatore, lui ha scelto di raccontarsi molto, nel frattempo stava fumando crack e a qualsiasi cosa gli dicessi o gli stessi proponendo, lui mi rispondeva negativamente, come se qualsiasi mia proposta fosse inefficace. Mi sono portato a casa tutta la sua emotività espressa.”

Int. 2: “In quanto donna, non è semplice dare la giusta risposta a molti uomini che in strada, spesso hanno un approccio particolare, ammiccanti ed espliciti. Relazionarsi con queste persone e capire qual è la risposta adatta da dare non è semplice. Non si può completamente chiudere il rapporto, bisogna capire come dire di no o far capire che il loro atteggiamento ti sta mettendo a disagio senza però chiudere la relazione. Un episodio nello specifico che ho trovato difficile, è avvenuto a inizio settembre. Una persona che seguiamo in strada, donna, molto giovane, vive in strada, con problemi di varie dipendenze (alcol principalmente ed altre sostanze), era incinta al 5° mese di gravidanza e dopo un litigio con il proprio compagno ha deciso di fare un’interruzione di gravidanza tramite un farmaco. Quel pomeriggio lei era ubriaca, in preda ad una crisi, stava litigando con il ragazzo e per rompergli una bottiglia in testa. Sono riuscita a distrarla. Sono stati dei giorni tosti, lei aveva preso queste pastiglie di Citotec da sola, in stazione,

non voleva farsi visitare in alcun modo. La cosa difficile è stata capire se far intervenire o meno l'ambulanza perché in questi casi ci si gioca la relazione. Dopo un confronto con l'équipe si è deciso di chiamare l'ambulanza: è andata bene, è salita ed è stata controllata, anche se non ha voluto andare in ospedale.”

Int.3: “Mi vengono in mente due situazioni difficili. La prima riguarda ragazze in stato di gravidanza, (ci sono stati due casi difficili da gestire che per motivi diversi sono stati problematici). E poi, il fatto di incontrare in strada problematiche che vanno ad unire dipendenza e problematiche psichiatriche. Intervenire con colloqui, accompagnamenti diventa molto difficile.”

Int.4: “Una situazione che mi viene in mente riguarda quando non sapevamo come agire di fronte ad una ragazza che era appena uscita da una comunità ed era in strada con un amico, aveva consumato eroina e stava molto male. Ad un certo punto il suo amico se ne doveva andare e quindi abbiamo provato a capire dove abitasse lei, che autobus dovesse prendere ecc. però si rifiutava di essere aiutata. Siamo quindi riusciti a convincere l'amico ad accompagnarla in stazione. Dopo un po' però l'abbiamo rivista, da sola, molto disorientata. Abbiamo provato a parlarle ma lei nuovamente rifiutava il nostro aiuto, diventando anche un po' violenta. Ci siamo confrontati con parte dell'équipe e abbiamo deciso di non insistere ulteriormente. Mi sono portata a casa questa situazione ci ho pensato molto perché mi chiedevo quale sarebbe stata la scelta migliore. Se insisti ti bruci il rapporto e la volta successiva la persona non ti parla più, se la lasci da sola magari le può capitare qualcosa di grave, però non siamo Dio non abbiamo né poteri né il controllo di tutto. Le persone devono essere protagoniste della loro vita e per questo hanno la responsabilità delle loro scelte.”

Int.5: “Nella mia carriera oltre a svariati morti di clienti per overdose, malattie, ecc, ho vissuto due esperienze dirette con la morte. Ad un rave è morta, dopo che avevo chiamato il 118, una ragazza di 17 anni per ipertermia maligna; la seconda morte invece più recente, riguarda un ragazzo morto annegato ad un rave nel quale ero presente, come nella prima situazione, in qualità di operatore. Nel primo caso, l'équipe esplose e fu cambiata completamente, l'episodio portò a galla delle dinamiche che già erano problematiche; infatti, non avevamo supervisioni emotive bensì solo metodologiche. Non venne fatto un lavoro collettivo di gruppo di rielaborazione di quanto successo. Nel secondo caso invece eravamo un gruppo che non aveva mai lavorato insieme prima, erano diverse parti di gruppo di lavoro italiani, in un contesto gigantesco. Il clima di gruppo era diverso. Facemmo poi una supervisione su quanto accaduto, come erano state gestite le emergenze, e così via. Il gruppo, molto coeso, sta continuando a lavorare insieme.”

Int.6: *“Nel mio lavoro, trovo difficile vedere una persona inizialmente con delle risorse anche dal punto di vista fisico, e nel lungo termine osservarne il cambiamento, vedere la persona che si consuma lentamente. Magari persone giovani, inizialmente ordinate, ben vestite, che hanno relazioni sociali con gli altri, man mano sempre più coinvolti dalla sostanza, la solitudine, perdono la casa, il lavoro, e non hanno ancora elaborato un pensiero orientato ad un percorso di cura.”*

Int.7: *“Stando in strada non si incontra solo il proprio target specifico, si incontrano anche persone che non hanno problemi di dipendenza ma di altro tipo come persone senza fissa dimora ecc. non si escludono a priori ma si dà uno spazio anche a loro, in quanto facenti parte di questo spazio sociale. Nel 2000 c'erano molti rumeni senza permesso di soggiorno ed in situazioni problematiche. In quel periodo ho aiutato una persona rumena a recuperare il permesso di soggiorno che lui aveva depositato a Vicenza; il giorno in cui doveva ritirarlo non si è presentato il suo datore di lavoro, ha avuto quindi paura ed è andato via. In realtà glielo avrebbero comunque dato; dopo mesi di telefonate e ricerche l'ho accompagnato io a Vicenza. Era felicissimo. Un paio di mesi dopo, durante il mio lavoro in unità di strada, arrivava spesso al furgone un ragazzo ceceno, ex militare. Una sera aveva appoggiato la bici lì vicino, un'altra persona facendo manovre con la macchina gliel'ha schiacciata, mi sono avvicinato solo per vedere la situazione e il ragazzo ceceno pretendeva che io pagassi la bicicletta, atteggiandosi in maniera molto minacciosa. Mi sono spaventato, e non poco. Quando il ragazzo rumeno (che avevo aiutato mesi prima e che mi vedeva un po' come il suo 'eroe') ha saputo questa cosa, ha cercato il ragazzo ceceno e la mattina dopo, quando mi sarei dovuto incontrare con lui per sistemare la questione-bicicletta, si è presentato per difendermi e convincere il ragazzo ceceno che io non c'entrassi nulla con la storia della bicicletta. Questo è un esempio per spiegare che nella maggior parte delle situazioni in cui ho vissuto un pericolo personale, quello che mi ha rassicurato sono stati gli altri utenti, persone con cui avevo già un buon rapporto, che erano la maggiore e migliore 'difesa' da chi non mi conosceva o non capiva determinate situazioni.”*

Per concludere, non si può non sottolineare la grande capacità e professionalità degli intervistati nel parlare di un tema complesso e variegato come quello della riduzione del danno e dell'uso di sostanze. Insieme alla vasta preparazione in materia ed alla professionalità che deriva da percorsi di laurea, formazioni continue, supervisioni, esperienza maturata sul campo negli anni, partecipazioni ad eventi e congressi sul tema, emerge, in modo spiccato, la tenacia del gruppo di lavoro, la volontà di parlare di RdD e di cercare di abbattere i pregiudizi ad essa connessa. Professionisti che, nonostante la

presenza di un forte stigma nei loro confronti, portano avanti il loro operato a testa alta, con degli obiettivi ben chiari, nella speranza che l'evoluzione dell'approccio al consumo di sostanze continui il suo percorso, giungendo ad una visione meno riduzionista e giudicante.

CONCLUSIONI

L'obiettivo posto all'inizio della stesura di questo elaborato era quello di descrivere il consumo di sostanze e gli approcci ad esso correlati, nell'intento di ridurre lo stigma, oramai radicato da tempi lontani, nei confronti di chi consuma droghe. Inoltre, si è voluto esporre il tema della Riduzione del Danno, politica di approccio innovativa e non giudicante che si fa spazio tra altre visioni più repressive e che demonizzano l'uso. Quest'ultime sono maggiormente accettate dalla società in quanto derivanti da decenni di politiche proibizioniste, le quali, mirando alla moralità, ai concetti di giusto vs. sbagliato, sano vs. malato, sono facilmente permeate e si sono poi radicate all'interno dell'opinione pubblica.

La scelta di attuare tali politiche è stata ed è tuttora una scelta assai poco proficua, anzi controproducente. Molti studiosi affermano che non dovrebbe destare particolare stupore il fatto che la proibizione abbia immediatamente stravolto sia l'identità farmacologica delle droghe, sia i modelli di consumo, sia i mercati di queste sostanze. Da un lato, perché l'illegalità di alcune droghe è stata, ed è, uno stimolo per la creazione di "nuove" droghe che diversamente nessuno avrebbe avuto l'interesse ad inventare; da un altro, perché la proibizione ha inciso fatalmente sulla qualità delle sostanze illegali. Si pensi, ad esempio, al cosiddetto "taglio". Il danno provocato a milioni di consumatori di sostanze che, non protetti dallo Stato, diventano vittime di prodotti di scarsa qualità, è una conseguenza paradossale molto spesso sottaciuta nell'applicazione delle politiche repressive.

La letteratura conferma che il proibizionismo è un modello che *pone esso stesso le condizioni per non poter conseguire gli scopi per cui è nato*.

Volgere lo sguardo alla storia di quanto accaduto e alle cosiddette "conseguenze assolutamente prevedibili", è fondamentale per apprendere la necessità di mettere in atto politiche differenti, che riducano l'emarginazione e l'esclusione sociale, agendo su tutto il contesto, mettendo al centro la persona e non la sostanza.

Grazie allo studio approfondito della RdD, della sua nascita e delle attività che propone, si può realizzare come essa lavori per tutelare sia il singolo soggetto da un lato, che la salute pubblica dall'altro.

La sospensione del giudizio, nella filosofia della RdD è centrale: il professionista, per creare una relazione con la persona, non può imporre il proprio sistema di valori o

affermare il proprio modo di vedere il mondo come unico, valido e degno di essere perseguito poiché, così facendo, creerebbe la più grande barriera alla comunicazione ed alla comprensione. Il non giudizio rende testimoni imparziali dell'esperienza dell'altro; altro caposaldo della RdD è infatti il pragmatismo, concetto che prevede di prendere in considerazione il punto di vista del consumatore.

Nel terzo capitolo del presente elaborato si è riportata l'esperienza di una realtà nata nella città di Padova, in seguito ad una forte collaborazione di Servizi principalmente di Terzo Settore. Il progetto Route4 sta riscontrando risultati positivi, riconosciuti anche dall'Amministrazione Comunale con la quale è stata avviata una collaborazione.

Le interviste condotte con gli operatori hanno evidenziato la grande professionalità e la forte volontà di cambiamento. Professionisti che svolgono un lavoro complesso soprattutto dal punto di vista emotivo e che si devono relazionare con persone che spesso si trovano in uno stato di sofferenza e difficoltà elevato, in strada per l'appunto, setting ben diverso da quello di un ufficio di un qualsiasi servizio. Per di più, capita spesso che la loro professionalità non venga riconosciuta. Il loro operato viene considerato, talvolta, come una banale azione *pro-consumo*, oppure come un'iniziativa messa in campo solo per la loro "bontà d'animo"; ciò avviene a causa di numerosi pregiudizi presenti che non permettono di guardare oltre.

La possibilità di partecipare alle uscite di RdD con l'US e di condurre le interviste agli operatori del servizio, mi hanno permesso di realizzare quanto sarebbe importante implementare questa tipologia di politica.

La conclusione a cui sono arrivata riguarda la consapevolezza che anche in Italia esista, seppur in minoranza, la volontà di cambiare rotta, di avviare nuovi progetti e servizi a bassa soglia che, in ottica di non giudizio, possano essere un supporto, un tramite, per una fetta di popolazione che altrimenti non si rivolgerebbe ai servizi più "formali".

Tale volontà, tuttavia, sembra mancare a livello politico ed organizzativo: ne è un esempio il fatto che la RdD faccia parte dei L.E.A. dal 2017, e nonostante ciò la presenza di questi servizi non è scontata né distribuita in maniera equilibrata sul territorio italiano.

A livello politico manca quindi la volontà di realizzare un lavoro "laico" di informazione alla cittadinanza, volto ai vantaggi non solo dei singoli ma dell'intera comunità. Tale mancanza non è priva di conseguenze, che si traducono per l'appunto nella scarsa presenza di servizi di RdD sul territorio, i quali potrebbero avvicinare il più possibile i

consumatori, soprattutto coloro che vivono in una situazione di emarginazione, povertà ed esclusione sociale. Non di meno, vi è la mancanza di coordinamento tra servizi di RdD e gli altri pilastri delle politiche per la tossicodipendenza, perdendo così “per strada” una serie di informazioni che sarebbero utili a conoscere realmente e gestire il fenomeno. Per non parlare delle *Drug Consumption Rooms*, le quali permetterebbero di ridurre la mortalità e morbilità legata al consumo di droga, facilitando i processi educativi e di empowerment, divenendo un possibile “servizio ponte” per l’eventuale inizio di un trattamento, percorsi di recupero e riabilitazione.

L’impressione è che in Italia non si sposti lo sguardo sulle esperienze positive di altri Paesi, che stanno avanzando in un percorso più tollerante, smantellando a poco a poco il paradigma medico-penale e lasciando spazio ad un approccio realista che de-criminalizza il consumo.

Si rischia, in questo modo, di perdere una parte di popolazione, lasciata indietro in quanto considerata meno meritevole di diritti.

Per concludere, trovo che una risposta valida, di fronte ad uno Stato Sociale che pretende di scegliere chi aiutare, una politica che fatica a dialogare con approccio pragmatico, insistendo sulla morale e la retorica, possa essere una frase molto breve e coincisa quanto ricca di significato, di Don Luigi Ciotti, fondatore del gruppo Abele di Torino, ossia:

“La peggior droga è quella dell’indifferenza”.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. (2014). Raffaello Cortina.

Barbo, M. (2007). Stress e burn-out negli operatori: politiche e strategie di intervento nei servizi per le tossicodipendenze. *Stress e burn-out negli operatori*, 1000-1018.

Baumler, A. (2001). *Modern China and opium: A reader*. University of Michigan Press

Becker, H. S. (1987) *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.

Belcher A. M. et al. (2014). *Personality Traits and Vulnerability or Resilience to Substance Use Disorders*, in "Trends in Cognitive Sciences", 18, 4. (pp. 211-7).

Bergamo, S. (2019). Droga: riduzione del danno e consumo di sostanze psicotrope – le stanze che non esistono, un’esperienza italiana. (Disponibile online:<http://www.saluteglobale.it/index.php/2019/11/11/droga-riduzione-del-danno-e-consumo-di-sostanze-psicotrope-le-stanze-che-non-esistono-unesperienza-italiana/>)

Berridge, K. C., Robinson, T. E. (2016). *Liking, Wanting, and the Incentive-Sensitization Theory of Addiction*, in "American Psychologist", 71, 8. (pp. 670-9).

Berridge, V. (2013). *Demons: our changing attitudes to alcohol, tobacco, and drugs*. Oxford University Press.

Blumir, G. (1976). *Eroina. Storia e realtà scientifica, diffusione in Italia, manuale di autodifesa*. (p.25). Feltrinelli.

Booth, M. (1996). *Opium: A history*. St. Martin's Griffin.

Brandoli, M., & Ronconi, S. (2007). *Città, droghe, sicurezza: uno sguardo europeo tra penalizzazione e welfare*. (Vol. 32). FrancoAngeli.

Cancrini, L., Meucci, G. P., Scapicchio, P. L., & Togliatti, M. M. (1972). *Droga: Chi come perché e soprattutto che fare*. Sansoni.

Cloninger C. R., Bohman M., Sigvardsson S. (1981). *Inheritance of Alcohol Abuse: Cross-Fostering Analysis of Adopted Men*, in "Archives of General Psychiatry", 38, 8. (pp. 861-8).

Cohen, P. (1993). *Re-thinking drug control policy: Historical perspectives and conceptual tools*. Paper presented at the United Nations Research Institute for Social

Development (UNRISD) Geneva, 7-8 July 1993, Palais des Nations, Symposium, The crisis of social development in 1990's.

Dalley J. W., Everitt B. J., Robbins T. W. (2011). *Impulsivity, Compulsivity, and Top-Down Cognitive Control*, in "Neuron", 69, 4. (pp. 680-94).

Davenport-Hines, R. (2002). *The Pursuit of Oblivion: A Global History of Narcotics*. W. Norton

De Wit H., Phillips I. J. (2012). *Do Initial Responses to Drugs Predict Future Use or Abuse?*, in "Neuroscience & Biobehavioral Reviews", 36, 6. (pp. 1565-76).

Dick D. M., Riley B., Kendler K. S. (2010). *Nature and Nurture in Neuropsychiatric Genetics: Where Do We Stand?*, in "Dialogues in Clinical Neuroscience", 12, 1. (pp. 7-23).

Egervari G. et al. (2018). *Shaping Vulnerability to Addiction - The Contribution of Behavior, Neural Circuits and Molecular Mechanisms*, in "Neuroscience & Biobehavioral Reviews", 8s. (pp. 117-25)

Elman L., Borsook D. (2016). *Common Brain Mechanisms of Chronic Pain and Addiction*, in "Neuron", 89, 1 (pp. 11-36).

Enoch M. A. (2012). *The Influence of Gene-Environment Interactions on the Development of Alcoholism and Drug Dependence*, in "Current Psychiatry Reports", 14, 2. (pp. 150-8).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2022). *Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi*.

Everitt B. J. et al. (2008). *Neural Mechanisms Underlying the Vulnerability to Develop Compulsive Drug-Seeking Habits and Addiction*, in "Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences", 363, 1507. (pp. 3125-35).

Everitt B., J, Robbins T. W. (2005). *Neural Systems of Reinforcement for Drug Addiction: From Actions to Habits to Compulsion*, in "Nature Neuroscience", 8, 11. (pp. 1481-9).

Fazzi, L., & Scaglia, A. (2001). *Tossicodipendenza e politiche sociali in Italia* (Vol. 108). Franco Angeli.

FeDerSerd. (2012). *Il sistema di intervento per le dipendenze tra crisi globale e bisogni emergenti*. Mission, n.34.

Gardner E. I. (2011). *Addiction and Brain Reward and Antireward Pathways*, in "Advances in Psychosomatic Medicine", 30. (pp. 22-60).

Giddens, A. (2010). *Fondamenti di sociologia*. Il Mulino.

Goldman D., Oroszi G., Ducci F. (2005). *The Genetics of Addictions: Uncovering the Genes*, in "Nature Reviews Genetics", 6, 7. (pp. 521-32).

Hart A. B., Kranzier H. R. (2015), *Alcohol Dependence Genetics: Lessons Learned from Genome-Wide Association Studies (GWAS) and Post-GWAS Analyses*, in "Alcoholism: Clinical and Experimental Research", 39, 8. (pp. 312-27).

Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms* (p. 8). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Jauffret-Roustide, M., Pedrono, G., & Beltzer, N. (2013). Supervised consumption rooms: the French paradox. *Int J Drug Policy*, 24(6), 628-30.

Kakko J. et al. (2019). *Craving in Opioid Use Disorder: From Neurobiology to Clinical Practice*, in "Frontiers in Psychiatry", 30, DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00592.

Kimber, J., Dolan, K., Van Beek, I., Hedrich, D., & Zurhold, H. (2003). Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug and alcohol review*, 22(2), 227-233.

Koob G. F., Le Moal M. (2001). *Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis*, in "Neuropsychopharmacology", 24, 2. (pp. 97-129).

Koob G. F., Volkow N. D. (2010). *Neurocircuitry of Addiction*, in "Neuropsychopharmacology", 35, 1. (pp. 217-38).

Lopez-Quintero C. et al. (2011). *Probability and Predictors of Remission from Life-Time Nicotine, Alcohol, Cannabis or Cocaine Dependence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, in "Addiction", 106, 3. (pp. 657-69).

Lovaste, R. (2005). *Analisi e progettazione organizzativa di un Servizio per le Tossicodipendenze in una logica aziendale*. Mission, 14, 6-24.

Luty, J. (2016). *L'inizio della fine del proibizionismo: Le politiche della dipendenza da sostanze*. [translation of "The beginning of the end of prohibition: The politics of drug addiction" by Dr. Giulia Spiga]. *BJPsych Advances*, 22(4), E2. doi:10.1192/S205646780000285

M. G. Zuffa, *Stanze del consumo (SIR o DCR), gli studi di valutazione*, in *Le stanze del consumo. Evidenze scientifiche e prove di efficacia nella documentazione di Fuoriluogo*,

Marlatt A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), pp. 779-788.

McDermott, (1970). *Interim report of the Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs*. Ottawa: Queen's Printer for Canada.

Moeller S. J., Paulus M. P. (2018). *Toward Biomarkers of the Addicted Human Brain: Using Neuroimaging to Predict Relapse and Sustained Abstinence in Substance Use Disorder*, in "Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry", 80, B. (pp. 143-54).

- Musmeci, A. (2019). *Il prezzo del proibizionismo*. Mondoperaio Rivista.
- Nava, F. A & Sanavio, F. (2022). *Il trattamento integrato per le dipendenze patologiche. Percorsi basati sulle evidenze*. Carocci.
- Newcombe, R. (1994). La riduzione del danno correlato all'uso di droga, una definizione concettuale per la teoria, la pratica e la ricerca. In: O' Hare, Newcombe, Matthews "La riduzione del danno". Ed. Gruppo Abele, 9-26.
- Nistri G. (2020). *Paradigmi di prossimità. Esperienze etnografiche nei servizi di Riduzione del danno*. AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, 21(50). (pp. 451-480).
- Noël X., Brevers D., Bechara A. (2013). *A Neurocognitive Approach to Understanding the Neurobiology of Addiction*, in "Current Opinion in Neurobiology", 23, 4. (pp. 632-8).
- OHare, P. A. (a cura di). (1994). *La riduzione del danno*. Torino:Edizioni Gruppo Abele.
- Panebianco, D. (2019). *Dipendenza e cultura delle relazioni: social network analysis e capitale sociale nei servizi alla persona*. Rubbettino.
- Pepino, L. (2000). Riduzione del danno: aspetti generali e impatto con la giurisdizione. *Riduzione del danno: aspetti generali e impatto con la giurisdizione*, 1000-1015. (pp. 674-688).
- Perino, A. (2010). *Il servizio sociale. Strumenti, attori e metodi*. Franco Angeli.
- Perino, A. (2013). *I luoghi del servizio sociale*. (Vol. 2). Aracne.
- Pilotto, F., & Alberti, I. (2002). Questioni etiche della riduzione del danno in tossicodipendenza: ruolo dell'infermiere. *Difesa sociale*, 81(1), 119-136.
- Ponticelli, M. D. P. (1987). *Lineamenti di servizio sociale*. Astrolabio-Ubaldini.
- Ravenna, M. (1993) *Adolescenti e droga. Percorsi e processi socio-psicologici del consumo*. Il Mulino.
- Reed B., Kreek M. J. (2021). *Genetic Vulnerability to Opioid Addiction*, in "Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine", II, 6, DOI: 10.1101/cshperspect.a039735.
- Riley, D., & O'Hare, P. (2000). Harm reduction: History, definition, and practice. *Harm reduction: National and international perspectives*, 1000, 1-26.
- Robinson T. E., Berridge K. C. (2008). *The Incentive Sensitization Theory of Addiction: Some Current Issues*, in "Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences", 363, 1507. (pp. 3137-46).
- Ronconi, S. (2015). *Riduzione del danno: politiche e pratiche*, Vol 5, N.18. Paolo Jarre.

Schreiber, W. (2022). *An Introduction to Testing for Drugs of Abuse*. John Wiley & Sons, Incorporated. (pp. 47 – 150).

Strathearn I. et al. (2019). *Pathways Relating the Neurobiology of Attachment to Drug Addiction*, in "Frontiers in Psychiatry", 10, DOI: 10.3389 /fpsyt.2019.00737.

Szasz, T. S. (1977). *Il mito della droga. La persecuzione rituale delle droghe dei drogati e degli spacciatori*. Feltrinelli Editore.

Tammi, T. (2004). The harm-reduction school of thought: Three fractions. *Contemporary Drug Problems*, 31(3), 381-399.

United Nations Office on Drugs and Crime (2007). *A century of international drug control. Bulletin on Narcotics*, LIX (1 and 2): 1–167. Republished 2009. UNODC

Van Etten M. L., Anthony J. C. (1999). *Comparative Epidemiology of Initial Drug Opportunities and Transitions to First Use: Marijuana, Cocaine, Hallucinogens and Heroin*, in "Drug and Alcohol Dependence", 54, 2. (pp. 117-25).

Verga, M. (2016). Il problema della droga e la perfezione del proibizionismo. *Il problema della droga e la perfezione del proibizionismo*, 61-74.

Volkow N. D., Koob G. F., McLellan A. T. (2016). *Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction*, in "New England Journal of Medicine", 374, 4. (pp. 363-71).

Vsevolozhskaya O. A., Anthony J. C. (2017). *Estimated Probability of Becoming a Case of Drug Dependence in Relation to Duration of Drug-Taking Experience: A Functional Analysis Approach*, in "International Journal of Methods in Psychiatric Research", 26, 2, DOI: 10.1002/mpr.1513.

Zuffa, G., Corleone, F., Anastasia, S., Fiorentini, L., Perduca, M., Cianchella, M., Amerini, D. (a cura di) *War on Drugs. 60 anni di #epicfail - Dodicesimo Libro Bianco sulle Droghe*.

SITOGRAFIA

<https://antidroga.interno.gov.it/wp-content/uploads/2019/04/D.P.R.-n.-171-del-5-giugno-1993.pdf>

<https://crest.it/ricerca-scientifica/legge-sulle-droghe-in-italia-e-europa-crest-milan/>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/12/30/075U0685/sg#:~:text=La%20prevenzione%20C%20la%20cura%20e,coordinamento%20del%20Ministero%20della%20sanita>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/10/31/090G0363/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/11/13/000G0369/sg>

https://www.libera.it/schede-626-droghe_intervista_luigi_ciotti

<https://www.padovanet.it/informazione/manifestazione-di-interesse-laffidamento-del-servizio-di-unit%C3%A0-di-strada-consumatori-di>

https://www.padovanet.it/sites/default/files/attachment/Avviso_manifestaz_interesse_UDS_dipe_nd_signed_0.pdf

<https://www.politicheantidroga.gov.it/>

www.Fuoriluogo.it