

**UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE
SEDE DI BRESCIA**

FACOLTÀ DI *Scienze della Formazione*
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN *Progettazione
Pedagogica e sviluppo delle Risorse Umane*



TESI DI LAUREA MAGISTRALE

La tossicodipendenza.

Dalla cura al prendersi cura

Relatore:

Ch.mo Prof. Gerolamo Spreafico

Candidata: Roberta Ferrari

Matricola N. 4204754

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

*A voi,
che mi avete dato la possibilità
di realizzare i miei sogni.*

Indice

Introduzione	10
 Capitolo Primo	
Perchè la gente si droga?	15
1 Cosa è la droga?	19
2 Classificazione scientifica della droga	24
 Capitolo Secondo	
Le sostanze stupefacenti	27
1 Cannabis (hashish e marijuana)	28
1.1 La pianta	29
1.2 Cenni storici	32
1.3 Marijuana e hashish in Europa	34
1.4 Modalità di assunzione	35
1.5 Gli effetti	36
2 Salvia divinorum	37
2.1 Cenni storici	37
2.2 Modalità di assunzione	39
2.3 Gli effetti	39
3 Belladonna, mandragola e stramonio	40
3.1 Cenni storici	41
3.2 Modalità di assunzione	42
3.3 Gli effetti	42
4 Qat	43

4.1 Modalità di assunzione	44
4.2 Gli effetti	44
5 Betel nut	44
5.1 Modalità di assunzione	45
5.2 Gli effetti	45
6 Yohimbe	45
7 DMT.....	45
7.1 Cenni storici	46
7.2 Modalità di assunzione	46
7.3 Gli effetti	47
8 Ayahuasca	47
9 Semi allucinogeni	48
9.1 Cenni storici	48
9.2 Gli effetti	48
10 Peyote	49
10.1 Cenni storici	49
10.2 Modalità di assunzione	50
10.3 Gli effetti	50
11 Anfetamina	50
11.1 Cenni storici	51
11.2 Modalità di assunzione	52
11.3 Gli effetti	52
12 Ecstasy (MDMA)	54
12.1 Cenni storici	55
12.2 Modalità di assunzione	57
12.3 Gli effetti	58

13 Funghetti “magici”	59
13.1 Cenni storici	59
13.2 Modalità di assunzione	60
13.3 Gli effetti	60
14 LSD	63
14.1 Cenni storici	64
14.2 Modalità di assunzione	66
14.3 Gli effetti	66
15 Pcp	68
15.1 Cenni storici	68
15.2 Modalità di assunzione	68
15.3 Gli effetti	68
16 Ketamina	69
16.1 Gli effetti	69
17 Cocaina	70
17.1 La pianta	71
17.2 Cenni storici	71
17.3 Modalità di assunzione	76
17.4 Gli effetti	76
17.5 Crack	77
18 Oppio	77
18.1 La pianta	78
18.2 Cenni storici	78
18.3 Gli effetti	81
19 Eroina	82
19.1 Cenni storici	83

19.2 Modalità di assunzione	83
19.3 Gli effetti	84
19.4 La crisi di astinenza	86
20 Metadone	86
21 Farmaci ad uso non-terapeutico	88
21.1 Tranquillanti	88
21.2 Barbiturici	88
21.3 Benzodiazepine	89

Capitolo Terzo

Il significato della dipendenza.....	90
1 La dipendenza	91
2 Incidenza delle caratteristiche individuali	92
2.1 La vulnerabilità individuale.....	93
3 Dal consumo all'abuso: la «carriera della tossicodipendenza»	94
3.1 I <i>poliassuntori</i>	96

Capitolo Quarto

Consumo e società	98
1 La società odierna: società dei consumi	98
2 Giovani e giovani adulti a rischio	101
3 Fattori di rischio e di protezione	104
3.1 La famiglia	105
3.2 Il contesto di riferimento	106
3.3 Gli atteggiamenti e i comportamenti individuali	107
3.4 La scuola e i contesti educativi	108

4 I paradigmi nelle dipendenze	109
4.1 Il modello morale: droga come devianza	110
4.2 Il modello biomedico: droga come malattia	115
4.3 Il modello dell'apprendimento sociale: droga come espressione di una condotta acquisita	116
4.4 Il modello subculturale: droga come simbolo di contestazione socio-politica e pratica di resistenza	118
4.5 Il modello della scelta razionale e la tesi della normalizzazione: droga come merce di consumo	119
5 Politiche di controllo sociale	122

Capitolo Quinto

Le comunità terapeutiche per persone tossicodipendenti	124
1 Alcuni aspetti normativi	125
2 La nascita delle Comunità terapeutico-riabilitative per persone tossicodipendenti: gli anni Settanta e Ottanta	129
2.1 <i>Synanon</i> : in America nasce la prima Comunità per persone alcol e tossicodipendenti	130
2.2 Le prime sperimentazioni in Italia	132
3 Gli sviluppi metodologici: gli anni Novanta	140
3.1 La differenziazione dei percorsi terapeutici a seconda dei bisogni degli utenti	142
3.2 Le comunità terapeutiche individuano nuove linee guida	143
3.3 Gli strumenti delle comunità terapeutiche	146
3.4 Gli obiettivi generali delle comunità terapeutiche	151
3.5 La valutazione del trattamento e dei servizi offerti dalla comunità	154
3.6 La valenza dell'inclusione	157
4 Le fasi in comunità: dall'accesso al "rientro"	158
4.1 L'accesso in comunità: la «presa in carico» dei servizi territoriali	159

4.2 L'ingresso in comunità	162
4.3 La prima fase: lo “stacco”	162
4.4 La seconda fase: il lavoro su di sé	162
4.5 La terza fase: la “messa alla prova”	163
4.6 La quarta fase: il “rientro” in una vita normale	164
4.7 L'ultima fase: il post-trattamento	165
5 L'operatore competente	165
5.1 Capacità di gestire il conflitto	167
5.2 Capacità di ascolto, osservazione e comunicazione	169
5.3 Capacità di contenere le crisi	170
5.4 Capacità di lavorare in équipe	171

Capitolo Sesto

Esperienze a confronto	172
1 Presentazione degli enti	173
1.1 Associazione Der Weg – La Strada	173
1.2 Associazione Saman	175
1.3 Smi – Gli Acrobati	177
1.4 Cooperativa Sociale di Bessimo Onlus	178
1.5 Società Cooperativa Sociale Onlus – Ai Rucc e Dintorni	180
1.6 Il Calabrone – Società Cooperativa Sociale Onlus	181
2 Gli enti interpretano la tossicodipendenza	182
3 Gli enti declinano la loro proposta educativa	184
4 La valutazione dei servizi	188
5 Gli enti e la rete	191
6 La declinazione dei profili professionali	195

7 Gli enti tra continuità ed innovazione	199
Conclusione	202
Bibliografia	208
Sitografia	213
Filmografia	215

Introduzione

LEI

*Il peggiore dei mali mi invitava,
il suo sapore, la sua dolcezza,
mi estasiava;
e io non capivo
che lei dalla vita mi allontanava.
Ma allora per me questo non contava,
nulla mi turbava,
solo lei contava.
Nemmeno l'amico che mi raccontava
"Quella roba ti porta alla bara",
nemmeno lui contava.
E intanto il tempo volava,
la mia mente si perdeva,
il mio corpo cadeva e si immergeva
nel più profondo inferno,
dove il corpo e la mente
non erano più miei.
Dove più nessuno mi voleva,
dove il mio cuore moriva,
dove io ero servo,
sì, servo, in quel mortale regno
dove signora e padrona
era la regina droga.¹*

¹ DON R. TIGNONSINI *Droga, sì o no? Riflessioni*, Tipolitografia Lineagrafica, Boario Terme, 2003, pp. 42-43

Nell'odierna società dei consumi l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti non danno più origine a "notizie", salvo nei casi in cui muoia qualcuno, preferibilmente minorenne e possibilmente in un luogo deputato al divertimento, come ad esempio una discoteca o una gita scolastica.

In questi casi si aprono dibattiti prettamente televisivi, nei quali solitamente intervengono esperti ed opinionisti di ogni sorta. Questi specialisti improvvisati utilizzano il tragico evento per aprire discussioni di vario titolo: dal dibattito politico in merito alle posizioni proibizioniste e legalizzanti delle sostanze, a quello informativo, nel quale vengono presentate, con intenti «terroristici», tutte le droghe esistenti sul mercato nazionale e non, grazie anche alla redazione di classifiche stilate in base alla pericolosità e agli effetti dannosi delle stesse. Molto spesso, però, le presentazioni alle quali assistiamo sono ricche di contraddizioni e confusioni, dettate soprattutto dal fatto che le persone invitate nei *talk show* televisivi non sono «tuttologhe», ma «specialiste per caso».

Nel complesso si tratta di notizie che ricoprono poca importanza sulla scena mediatica, per questo l'interesse diminuisce rapidamente, lasciando cadere il tema «nel dimenticatoio popolare». Siamo molto più propensi a riflettere sulla vita sentimentale dei personaggi (semi) famosi della scena nazionale e mondiale e ad occuparci impropriamente della risoluzione di efferati delitti.

I temi di marginalità, di disagio sociale, di solitudine, di difficoltà non sono né affrontati, né presi in considerazione. È meglio credere che la droga non esista e soprattutto fingere che sia un fenomeno che non ci riguarda da vicino.

Negli anni Ottanta il consumatore di eroina si distingueva nettamente dalla società:

«(...) l'eroinomane è lo sconfitto, l'incapace, il ricettacolo d'ogni angoscia e perdizione. Contrapposto alla normalità, vinto dal dolore e portatore di distruzione, egli è l'immagine del contagio e della trasgressione più pericolosa, drammatizzata dagli effetti sedativi, che inducono perfino il coma, dell'overdose (...).

Schiacciato dentro limiti autoinflitti dai propri vizi e dalla propria debolezza, egli continua a essere l'immagine del male che incombe su tutti gli spazi sociali, contribuendo a renderli più insicuri. Così, impossibilitato a mimetizzarsi, si autocondanna pubblicamente: ancora oggi,

egli è ciò che non bisogna essere, il destino da cui fuggire, ciò che nessuno si augura di diventare»².

Con l'avvento delle nuove tipologie di consumo, invece è possibile mantenere uno stile di vita «normale».

«Un mutamento recente ha riguardato anche la droga preferita, quella maggiormente consumata.

Questo è il tempo della cocaina, mentre in passato ha dominato l'eroina. È cambiata la dimensione non solo del consumatore, ma anche del fenomeno nel suo complesso.

L'eroina non ammetteva infatti un «uso integrato» con la società perchè è una droga che isola, che rende inattivi, che limita il mondo della bustina derivata dall'oppio, e chi ne diventa dipendente riduce tutto il mondo esterno e interiore alla polvere, e vive per la prossima dose da iniettarsi. La cocaina, invece, che fa parte degli stimolanti, ha un potere socializzante, non isola, non rende impotenti, anzi attiva la voglia di relazioni sessuali e questo è certamente l'indice di una droga sociale, nel senso di non allontanare dagli iterativi di una società accelerata e di successo.

Sono molti gli uomini affermati che la usano, molti coloro che vogliono essere capaci di prestazioni più efficienti e quindi sostenere un'immagine di più alto impegno»³.

«Il cocainomane, al contrario, “esplode” grazie alla sostanza, si apre (fittiziamente) agli altri e al mondo, non realizza un nuovo equilibrio, ma si avvia in una spirale di progressivo squilibrio, sempre più eccessivo»⁴.

Il consumatore di oggi potrebbe essere chiunque, nostro padre, nostra madre, nostro fratello, nostra sorella, (...); noi potremmo non accorgercene, o meglio, semplicemente potremmo decidere, per comodità, di non vedere la realtà. È giunta l'ora di «aprire gli occhi» e soprattutto di cercare di dare risposte concrete ai bisogni emergenti di queste persone in difficoltà.

² P. RIGLIANO, E. BIGNAMI (a cura di) *Cocaina: consumo, psicopatologia, trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009, pp. 3-4

³ V. ANDREOLI *Carissimo amico – Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, p. 29

⁴ P. RIGLIANO, E. BIGNAMI (a cura di) *Cocaina: consumo, psicopatologia, trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009, p. 4

Gli anni Ottanta sono stati caratterizzati dal *boom* di aperture di centri di trattamento e recupero per persone tossicodipendenti, spesso fondati da sacerdoti, mossi da ideali religiosi di amore universale e di aiuto del prossimo.

Oggi le comunità chiudono, le ASL riducono la quantità di servizi erogati e definiscono i tempi previsti per il trattamento dei tossicodipendenti. In questo processo concorrono sicuramente le politiche di *welfare* nazionale e regionale. I servizi sono offerti per lo più a persone che si trovano in gravi stati di deprivazione bio-psico-sociale.

La necessità del nostro tempo non è più quella di curare le persone con problemi di dipendenza, ma deve essere quella di prendersi cura di loro come sostiene anche Don Andrea Gallo:

«Abbiamo sempre cercato di porre l'accento sulla cura intesa come “prendersi cura”, sull'impegno di migliorare la qualità della vita, prima ancora di avere la presunzione di guarire»⁵.

La scelta di titolare il mio elaborato *La tossicodipendenza. Dalla cura al prendersi cura*, non è casuale, ma è dettata dalla contingenza storica. Inizialmente il fenomeno è stato affrontato come dovere di cura, in termini principalmente di assistenzialismo. Oggi, la società sta diventando sempre più consapevole delle grandi potenzialità insite nel prendersi cura delle persone. Il mio approfondimento si pone come obiettivo quello di cercare di capire se nella nostra società prevale una visione assistenzialistica oppure l'idea di prendersi cura per rigenerare.

Ancora più in profondità ho voluto affrontare questo studio secondo le categorie delle scienze dell'educazione ed in particolare ho cercato di indagare se esiste una trama pedagogica che quantifichi una professione matura da esercitare nei luoghi della tossicodipendenza.

Per tentare di dare una risposta a questa domanda ho scelto di prendere contatto con alcuni enti, che si sono resi disponibili a rilasciarmi un'intervista. Le visioni, i valori,

⁵ DON A. GALLO, F. TRAVERSA *E io continuo a camminare con gli ultimi*, Oscar Mondadori, Trento, 2013, p. 52

gli obiettivi e le *missions* che muovono il lavoro di queste strutture sono in taluni casi simili, ma presentano altresì sostanziali differenze.

Il mio lavoro è articolato in questo modo.

Nel Primo capitolo ho cercato di rispondere ad un quesito fondamentale, ossia *Perché la gente si droga?* avvalendomi delle rappresentazioni letterarie e degli studi scientifici.

Nel Secondo capitolo mi sono posta l'obiettivo di individuare le sostanze presenti sul mercato, spiegandone le origini storiche e gli effetti provocati. In questo modo mi è risultato più semplice creare una cornice di riferimento del mio lavoro. Mi sono chiesta: come è possibile parlare di trattamento o di lotta alla droga, senza sapere contro cosa è necessario scontrarsi?

Nel Terzo capitolo ho cercato di inquadrare il concetto di dipendenza e di comprendere il fenomeno comunemente conosciuto come «carriera del tossicodipendente».

Nel Quarto capitolo ho indagato i fattori bio-psico-sociali che concorrono o che possono concorrere all'avvio di problematiche legate all'abuso di sostanze.

Nel Quinto capitolo ho cercato di analizzare i mutamenti in ambito normativo del fenomeno della droga e le comunità con la loro storia ed i loro sviluppi.

Nel Sesto capitolo, infine, ho analizzato le informazioni raccolte durante le mie interviste presso gli enti ospitanti, cercando di delineare aspetti comuni e differenze, riguardo ai vari ambiti indagati.

Capitolo Primo

Perché la gente si droga?⁶

Lev Tolstòj (Jasnaja Poljana 1828 – Lipeck 1910)⁷ nel 1890 ha realizzato alcuni scritti di tipo non narrativo sconosciuti ai più, che riguardavano temi d'attualità, correlati alle vicissitudini di: società, religione, politica e morale. In questi saggi ha argomentato la tematica della droga, problematica che affliggeva già allora la società, in *Perché la gente si droga?* pubblicato in brossura dalla rivista russa «Russkaja mysl'»⁸, da quella londinese «Contemporary Review» e successivamente a puntate dal quotidiano russo «Novoe vremja»⁹.

Questo saggio, di grande portata intellettuale, ruota attorno alla riflessione riguardo un quesito di grande modernità, che affrontano quotidianamente educatori, psicologi, psichiatri, sociologi, biologi, chimici (...), figure professionali che si occupano della cura delle persone con problemi di dipendenza e la società in generale, ovvero:

«Perché gli uomini hanno bisogno di drogarsi?»¹⁰

Il desiderio di sperimentare un'alterazione dello stato di coscienza sembra essere una condizione innata nell'essere umano e ciò è attestato dal fatto che le droghe siano sempre esistite: sono state ritrovate testimonianze storiche della presenza di alcol e

⁶ L. TOLSTÒJ *Perché la gente si droga? e altri saggi su società, politica, religione*, Oscar Mondadori, Milano, 2008

⁷ Lev Nikolaevič Tolstoj è stato uno scrittore russo, tra i suoi più celebri romanzi ricordiamo *Anna Karenina* e *Guerra e Pace*.

⁸ «Il pensiero russo»: rivista di politica e letteratura, fondata nel 1880 a Mosca da V.M. Lavrov e soppressa nel 1918. Nonostante le prime pubblicazioni fossero di tendenza slavofila, nel 1890 la rivista è divenuta l'organo dell'*intelligencija* populista.

⁹ «Nuova epoca»: quotidiano politico russo, fondato nel 1868 a San Pietroburgo e soppresso nel 1917: inizialmente era caratterizzato da un indirizzo di stampo progressista, ma dopo il 1890 si orientò in senso nazionalistico e conservatore.

¹⁰ L. TOLSTÒJ *Perché la gente si droga? e altri saggi su società, politica, religione*, Oscar Mondadori, Milano, 2008, p. 7

oppio, sin nei più antichi scritti egiziani e cinesi. Claude Olievenstein (Berlino 1933 – Parigi 2008)¹¹ sostiene:

«Una società senza droghe è un’illusione, un miraggio.»¹²

Le sostanze psicotrope non sono mai state completamente eliminate dal mercato e la loro produzione è in continua attività, se non in vertiginoso aumento. La loro presenza è giustificata dal fatto che le persone ne facciano uso per varie ragioni:

«...per noia, per stare allegri, tutti lo fanno.»¹³

Tolstòj denuncia che l’assunzione di queste sostanze provoca una riduzione di coscienza tale per cui saremmo portati a compiere azioni normalmente “proibite” dal sistema censorio della coscienza. Le droghe eliminano le inibizioni, gli stati d’ansia, di vergogna (..) spingendo le persone a comportarsi in modo diverso rispetto a quando sono mosse da ragione.

«In una parola: è impossibile non comprendere che l’uso di sostanze narcotiche, in grandi o in piccole quantità, periodicamente o costantemente, nelle classi più alte come in quelle più basse, ha sempre la medesima causa: il bisogno di soffocare la voce della coscienza, così da non vedere il conflitto che vi è tra il proprio modo di vivere e le esigenze della coscienza.»¹⁴

Senza l’utilizzo delle sostanze psicotrope probabilmente una considerevole quantità di individui non sarebbero in grado di compiere determinate azioni illegali, come rubare od uccidere.

I soggetti ricorrono al consumo di sostanze perché:

«Non è nel gusto, non è nel piacere, non è nello svago nè nell’allegria che risiede la causa dell’universale diffusione dell’hashish, dell’oppio, del vino, del tabacco, ma solamente nel bisogno di nascondere a se stessi le indicazioni dateci dalla coscienza.»¹⁵

¹¹ Claude Olievenstein è stato un grande psichiatra francese, che si è specializzato nella cura delle tossicodipendenze.

¹² C. OLIEVENSTEIN *Droga: un grande psichiatra racconta trent’anni con i tossicodipendenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001, p. 197

¹³ L. TOLSTÒJ *Perché la gente si droga? e altri saggi su società, politica, religione*, Oscar Mondadori, Milano, 2008, p. 7

¹⁴ *Ibidem*, p. 15

¹⁵ L. TOLSTÒJ *Perché la gente si droga? e altri saggi su società, politica, religione*, Oscar Mondadori, Milano, 2008, pp. 11-12

Concezione condivisa anche da Vittorino Andreoli (Verona 1940)¹⁶:

«La droga è uno strumento di metamorfosi proprio perchè interviene sulla percezione non solo degli oggetti fisici, ma anche delle proprie funzioni mentali, e quindi dopo una bustina di droga ci si sente diversi, con qualità che prima non si avvertivano. E se uno nelle condizioni abituali non si piace, dopo l'assunzione di droga questa sensazione viene quanto meno confusa e sovente sostituita con il raggiungimento di un ideale che prima era lontano. Questa è la metamorfosi: essere come si vorrebbe essere (...).»¹⁷

Nietzsche (Röcken 1844 – Weimar 1900)¹⁸ riteneva che:

«per influsso delle bevande narcotiche, cantate da tutti gli uomini e dai popoli primitivi, si destano quegli impulsi dionisiaci, nella cui esaltazione l'elemento soggettivo svanisce in un completo oblio di sè.»¹⁹

Baudelaire (Parigi 1821 – Parigi 1867)²⁰ sosteneva che i poteri affascinanti delle sostanze rendessero gli uomini schiavi, in quanto provocano delle alterazioni nelle percezioni spazio temporali, giungendo a modificare il rapporto con il mondo esterno che si anima e prende vita. Il poeta francese ha proposto la distinzione dei consumatori in due profili:

- il singolo individuo: ricorre all'utilizzo delle droghe per fuggire dalla realtà e ricercare una sorta di fusione ed unità con la natura;
- lo sciamano: fa uso di sostanze psicotrope nella cornice di un rituale religioso, per ricercare stati allucinatori con l'obiettivo di ottenere visioni mistiche e di stabilire un rapporto con il sovrannaturale.

¹⁶ Vittorino Andreoli è uno psichiatra e scrittore italiano, attento alle tematiche legate alle tossicodipendenze.

¹⁷ V. ANDREOLI *Carissimo amico – Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, p. 39

¹⁸ Friedrich Wilhelm Nietzsche fu un filosofo tedesco, nelle cui opere convivono una violenta critica distruttiva verso il passato e un appassionato appello al futuro, alla creazione di un uomo nuovo capace di affrontare la tragicità della vita senza il bisogno della certezza filosofica o religiosa.

¹⁹ F. W. NIETZSCHE *La nascita della tragedia dallo spirito della musica*, trad. it, in *Opere*, Adelphi, Milano, 1981, p. 25

²⁰ Charles Baudelaire fu un poeta francese che esercitò una notevole influenza sul simbolismo.

Luigi Gallimberti (1948)²¹, più di recente, ha affermato che le persone sono indotte a ricercare l'appagamento nell'utilizzo e successivamente nell'abuso di sostanze stupefacenti per il semplice fatto che l'uomo è alla continua ricerca del piacere, di un piacere estremo, come sottolineato dalle parole di Gian Luigi Gessa (1932)²²:

«Nel corso della sua storia l'uomo ha scoperto che cinque tra le innumerevoli sostanze provate hanno la peculiare proprietà di produrre piacere e di indurre in chi le assume la voglia di ripetere l'esperienza. Le magnifiche o diaboliche cinque sostanze sono il succo fermentato di frutti o cereali, il lattice della capsula di papavero, le foglie della coca, quelle del tabacco e le foglie, le infiorescenze e la resina della cannabis. In ciascuna di queste sostanze è contenuta una droga: rispettivamente l'alcol, la morfina, la cocaina, la nicotina e il delta-9-tetraidrocannabinolo (Thc). Per millenni l'uomo ha usato quelle sostanze senza conoscerne il principio attivo, per combattere il dolore, il sonno, la fame, la fatica, per procurare gioia o per uccidere (..).

Nel tempo l'uomo ha inventato la distillazione del vino, la pipa, la sigaretta, l'ago e la siringa al fine di far arrivare la droga nel cervello più velocemente e in maggior concentrazione, aumentando così l'intensità degli effetti prodotti. Più recentemente, l'uomo ha scoperto il principio attivo di ciascuna di queste sostanze, ha sintetizzato, imitandole, molecole più potenti di quelle naturali e finalmente ha chiarito il mistero millenario del perchè producono piacere e stregano chi ne fa uso.»²³

Andreoli ritiene, inoltre, che l'influenza esercitata dai *mass media* sulla cultura odierna, incentivi il consumo di sostanze stupefacenti.

«Non c'è dubbio che la droga entra nel gioco drammatico dei bisogni.

Negli anni Sessanta e Settanta del Novecento la droga ha condotto molti al decesso e alcune morti sono state eroiche e hanno creato falsi miti ancora dominanti. Miti che sono un insieme di uomini e droga.

²¹ Psichiatra e psicoterapeuta, docente a contratto presso l'Università degli Studi di Padova, dal 1995 Responsabile del Sert T1 di Padova.

²² Psichiatra e farmacologo italiano, docente di neuropsicofarmacologia presso l'Università di Cagliari, responsabile del gruppo di ricerca italiano sullo studio delle dipendenze da droghe e da farmaci.

²³ G. L. GESSA *Cocaina*, Rubettino, Soveria Mannelli – Catanzaro, 2008, p. 1

E penso alla musica, alla musica rock in particolare: a Jim Morrison, a Jimi Hendrix, a Janis Joplin e alla necessità di legare le loro composizioni alla droga e la loro grandezza alla morte da overdose.»²⁴

Molti personaggi famosi e osannati, come le star della musica, le modelle, gli attori e le attrici divengono modelli di un uso smodato di sostanze, finendo spesso sulle prime pagine dei giornali, che commentano e raccontano le loro vicende, facendole apparire spesso migliori rispetto a come sono nella realtà. Molte morti di personaggi noti sono state causate da overdose, come ad esempio quelle di John Belushi²⁵, Mia Martini²⁶, Janis Joplin²⁷, Elvis Presley²⁸ e Marylin Monroe²⁹. Queste star però al posto di essere dimenticate, una volta defunte sono state osannate se possibile, anche più di quando erano in vita e richiamano un alto numero di *fans*, che sono disposti a tutto pur di imitarle, anche ad assumere droghe per essere come i loro begnamini, per provare le emozioni e le sensazioni che hanno provato loro.

1 Cosa è la droga?

Tolstòj riteneva che le droghe non sono altro che sostanze che, se ingerite, inalate o iniettate hanno, sull'uomo, l'effetto di offuscarne e soffocarne la voce della coscienza.

«Droga è ogni sostanza - di origine naturale o preparata in laboratorio per sintesi chimica – la cui assunzione provoca una modificazione della coscienza, della percezione e dell'umore di una persona.»³⁰

²⁴ V. ANDREOLI *Carissimo amico – Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, p. 13

²⁵ John Belushi (Chicago 1949 – Los Angeles 1982) è stato un attore comico statunitense, divenuto famoso con le pellicole: *Animal House* e *The Blues Brothers*. È morto all'età di 33 anni per un'overdose causata da una miscela composta da eroina e cocaina.

²⁶ Mia Martini, pseudonimo di Domenica Rita Adriana Bertè, detta Mimì (Bagnara Calabra 1947 – Cardano al Campo 1995) è stata una cantante italiana, celebre grazie ai brani *Piccoli uomini*, *Minuetto*, *Donna sola*, *Inno*, *Libera*, *Per amarti*. È morta per overdose causata da abuso di cocaina.

²⁷ Janis Joplin (Port Arthur 1943 – Los Angeles 1970) è stata una cantante statunitense, morta a causa di overdose da eroina.

²⁸ Elvis Presley (Tupelo 1935 – Memphis 1977) è stato un cantante, attore e musicista statunitense, soprannominato *The King*. La sua morte è stata causata da overdose di barbiturici.

²⁹ Marylin Monroe, pseudonimo di Norma Jeane Mortenson (Los Angeles 1926 – Brentwood 1962) è stata un'attrice americana e un'icona di bellezza. La sua morte è stata causata da overdose di barbiturici.

³⁰ ASSOCIAZIONE LE BALAUSTRÉ *Dizionario della droga per genitori, educatori, adulti, giovani ...*, a cura di Guerino Dalola, Fraternità Comunicazione, Chiari, 2009, p. 111

Un'altra interpretazione è quella fornita da Don Redento Tignonsini:

«(...) per noi la droga è tutto ciò che diventa sostitutivo nell'assuntore, nel suo essere protagonista della propria vita, sia biologica, fisica, psichica e spirituale.

Ogni persona è un progetto nuovo, è individuo con possibilità proprie di realizzarsi e capacità proprie per attuare le sue potenzialità. Assumendo la droga la persona, rinuncia a gradi o a momenti o totalmente al suo essere protagonista di se stessa e si fa sostituire da un elemento che altera le sue possibilità e capacità personali.

Da dominatrice diventa dominata. La persona rinuncia così ad essere autore della propria vita, si lascia far vivere da tale elemento estraneo, consegnando parte o tutta se stessa all'azione della droga assunta.»³¹

Per Andreoli:

«Le droghe sono sostanze psicotrope, agiscono dunque sul sistema nervoso centrale e ciò significa che modificano le funzioni mentali, tra cui esiste quella del pensiero, delle emozioni, in una parola del rapporto di realtà.»³²

L'Enciclopedia Treccani definisce le sostanze psicotrope avvalendosi delle teorie scientifiche:

«qualsiasi sostanza capace di modificare temporaneamente lo stato di coscienza o comunque lo stato psichico dell'individuo.»³³

All'interno di questa definizione rientrano gli stupefacenti, gli allucinogeni, i barbiturici e gli psicostimolanti, nonché alcune sostanze volte ad aumentare le energie ed il rendimento fisico (soprattutto durante le competizioni sportive). In tale quadro il termine è molto generico, poiché comprende sostanze con proprietà molto diverse tra loro, e spesso indica in senso restrittivo composti esclusi per legge dal prontuario farmaceutico (ad esempio: eroina, cocaina, LSD, etc.).

La droga, dal punto di vista medico, è un farmaco che, come tale, possiede specifiche caratteristiche:

³¹ DON R. TIGNOSINI *Droga, sì o no? Riflessioni*, Tipolitografia Lineagrafica, Boario Terme, 2003, p. 9

³² V. ANDREOLI *Carissimo amico – Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, p. 17

³³ Enciclopedia Treccani online (www.treccani.it/enciclopedia/droga/)

1. provoca una dipendenza che può essere fisica o psicologica, oppure può comprendere entrambe le componenti ed essere quindi psicofisica;
2. crea il fenomeno della *tolerance*: cioè la possibilità che ha l'organismo di sopportare dosi via via più elevate di un farmaco, reagendovi in modo sempre più moderato. In questo caso è necessario assumere dosi sempre più elevate per ottenere l'effetto inizialmente percepito con l'utilizzo di quantitativi di sostanza minori.

Questa specificazione è supportata dalle analisi e dagli studi compiuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che fin dal 1952 ha fatto riferimento alle droghe definendole «farmaci», affiancando i termini di abitudine (*habit*)³⁴ e di assuefazione (*addiction*)³⁵, successivamente sostituiti nel 1957 dal concetto di *drug-dependence*³⁶.

L'OMS ha dichiarato che:

«sono da considerare sostanze stupefacenti tutte quelle sostanze di origine vegetale o sintetica che agendo sul sistema nervoso centrale provocano stati di dipendenza fisica e/o psichica, dando luogo in alcuni casi ad effetti di tolleranza (bisogno di incrementare le dosi con l'avanzare dell'abuso) ed in altri casi a dipendenza a doppio filo e cioè dipendenza dello stesso soggetto da più droghe.»³⁷

Inoltre ha proceduto nella classificazione delle droghe suddividendole in tre grandi gruppi:

1. Sostanze psicoattive ad uso terapeutico: si tratta di medicinali che agiscono sul cervello e sul sistema nervoso (sonniferi, tranquillanti, psicofarmaci, anestetici e alcuni antidolorifici);

³⁴ Per abitudine si intende: la condizione risultante dalla somministrazione ripetuta di un farmaco, caratterizzata dal desiderio di assumerlo nuovamente, dalla nessuna o minima tendenza ad aumentarne la dose, da un modesto grado di dipendenza psichica.

³⁵ Per assuefazione si intende: l'intossicazione cronica o periodica da somministrazione ripetuta di un farmaco, caratterizzata da desiderio impellente (*impulsion*) o addirittura dalla necessità (*compulsion*) di assumere il farmaco e di ottenerlo con qualsiasi mezzo, dalla tendenza ad aumentarne progressivamente la dose, da una netta dipendenza psichica e spesso anche fisica.

³⁶ La *drug-dependence* è: uno stato di dipendenza da farmaco, psichica o fisica o psicofisica instauratasi in una persona per la somministrazione di un farmaco su di una base periodica o continua.

³⁷ <http://www.carabinieri.it/cittadini/droga/>

2. Droghe legali: si intendono tutte le sostanze il cui utilizzo è ammesso dalle legislazioni dei diversi Paesi, che hanno comunque qualche tipo di effetto psicoattivo sul cervello del consumatore (alcol, nicotina e caffeina sono le più diffuse).
3. Droghe illecite: si tratta di sostanze psicoattive normalmente usate in medicina (oppiacei, cannabinoidi, allucinogeni, ipnotici, inalati, sedativi, cocaina e altri stimolanti) la cui produzione e commercializzazione è proibita nella maggiorparte dei Paesi occidentali.³⁸

Questa classificazione e definizione però non è stata condivisa da tutti gli scienziati, infatti nel 1952 mentre l'OMS pubblicava il manuale "*Classificazione dell'ICD*", nel quale erano indicati anche i disturbi psichiatrici, l'American Psychiatric Association (APA) replicava con la redazione del DSM-I³⁹, cioè il primo "*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*"⁴⁰, una delle principali classificazioni diagnostiche in psichiatria.

Secondo l'ICD-10, con il termine dipendenza si deve far riferimento all'insieme dei fenomeni cognitivi, comportamentali e fisiologici che si presentano nel consumo ripetuto della sostanza e che tipicamente include:

1. Forte desiderio di assumere la droga;
2. Difficoltà di controllo nell'uso;
3. Assoluta priorità alla droga rispetto ad altre attività e doveri;
4. Persistenza nel consumo nonostante gli effetti nocivi conseguenti;
5. Aumento della tolleranza;
6. Crisi di astinenza.

Nel maggio 2013, l'APA ha pubblicato l'edizione aggiornata del manuale, cioè il DSM-V, nel quale la categoria degli assidui consumatori di droga è reperibile sotto la

³⁸ <http://www.focus.it/cultura/droghe-sostanze-stupefacenti-craving-e-tossicodipendenza-spengono-il-cervello>

³⁹ Si tratta di un sistema nosografico per i disturbi mentali o psicopatologici, utilizzato principalmente da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella pratica clinica che nell'ambito della ricerca scientifica. L'obiettivo è quello di trovare un orientamento diagnostico comune tra gli operatori della salute (mentale).

⁴⁰ Successivamente sono state pubblicate ulteriori edizioni, nelle quali sono stati rivisti, corretti e modificati alcuni concetti delle precedenti: 1968: DSM-II; 1980: DSM-III; 1987: DSM-III-R (edizione rivisitata); 1994: DSM-IV; 2000: DSM-IV-TR (testo revisionato); 2013: DSM-5.

nomenclatura di “Disturbi da dipendenza correlati all’uso di sostanze”, intesa come malattia cronica recidivante diagnosticabile in presenza di almeno tre delle seguenti condizioni:

1. Assunzione della sostanza in quantità maggiori o più a lungo di quanto si intende assumerla;
2. Volontà di ridurre o interrompere l’uso della sostanza senza riuscirci;
3. Impiegare grande quantità di tempo per procurarsi, utilizzare, o per cercare di interrompere l’uso della sostanza;
4. Desiderio impulsivo (*craving*) e immediato (*urge*) di utilizzare la sostanza;
5. Difficoltà a svolgere le proprie mansioni nel lavoro, a casa o a scuola, a causa di uso di sostanze;
6. Continuare a utilizzare le sostanze, anche quando causa problemi nelle relazioni;
7. Rinunciare a importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa di uso di sostanze;
8. Continuare a utilizzare sostanze, anche quando costituisce un pericolo oggettivo;
9. Continuare a utilizzare sostanze, anche quando si è consapevoli di avere un problema fisico o psicologico che potrebbe essere stato causato o aggravato dall’uso della sostanza;
10. Avere bisogno di aumentare le dosi della sostanza per ottenere l’effetto desiderato (tolleranza);
11. Sviluppare sintomi di astinenza, che possono essere alleviati assumendo di nuovo la sostanza.

Le prime quattro condizioni fanno riferimento alla *compromissione del controllo dell’uso di sostanze*; la quinta, la sesta e la settima riguardano la *compromissione sociale*; l’ottava e la nona *l’uso rischioso* e le ultime due ai *criteri farmacologici*.

Nel manuale è stata compiuta una distinzione tra *abuso* e *dipendenza*, per la quale devono sussistere criteri di tolleranza, astinenza e compulsione, ovvero con questo termine vengono descritte forme più estreme di abuso.

Per poter parlare di *abuso*, termine impiegato per descrivere l'ampia gamma del disturbo, deve essersi verificata almeno una delle seguenti situazioni, nell'arco degli ultimi dodici mesi:

- Reiterata incapacità di adempiere i principali obblighi legati al ruolo (mansione lavorativa o scolastica, doveri familiari, etc.);
- Uso ripetuto in situazioni nelle quali è fisicamente rischioso (ad esempio guida sotto l'effetto di stupefacenti o in stato d'ebbrezza, etc.);
- Molteplici problemi legali e ricorrenti problemi sociali ed interpersonali;
- Reiterazione del consumo nonostante una storia di conseguenze indesiderabili, persistenti o ricorrenti, sul piano sociale o interpersonale.

Infine, una ulteriore classificazione, solitamente impiegata in ambito giuridico, riguarda la distinzione tra droghe leggere e pesanti, che deriva dalla considerazione dei danni che le varie sostanze psicotrope possono produrre sull'organismo di chi ne fa uso, e sulla condizione di dipendenza che esse tendono ad indurre.

2 Classificazione scientifica della droga

Non tutte le sostanze sono uguali per modalità di produzione, consumo, utilizzo ed effetti provocati sull'essere umano. Nel 1928 Louis Lewin (Tuchola 1850 – Berlino 1929)⁴¹, sulla base di una classificazione sintomatologica, propose una distinzione delle droghe in cinque gruppi:

1. *Phantastica*: sostanze che modificano notevolmente le percezioni e le sensazioni. Questa definizione comprende le sostanze psichedeliche o allucinogene, tra cui: la mescalina⁴², la psilocibina⁴³, l'LSD, i derivati della canapa indiana (marijuana e hashish), alcuni derivati dell'*Ammanita Muscaria*⁴⁴ e il giusquiamo⁴⁵;

⁴¹ Louis Lewin è stato un farmacologo tedesco, che creò una classificazione delle piante e droghe psicoattive basata sulla loro azione farmacologica.

⁴² La mescalina è un alcaloide psichedelico contenuto principalmente nel Peyote.

⁴³ La psilocibina è una triptamina psichedelica presente in alcuni funghi psichedelici del genere *Psilocybe Stropharia*.

⁴⁴ L'*Ammanita muscaria* è uno dei funghi più velenosi e appariscenti presenti nel bosco, chiamato anche "fungo di Biancaneve".

⁴⁵ Il giusquiamo è una pianta erbacea velenosa, usata nel passato per i suoi effetti farmacologici.

2. Euphorica: sostanze che possono essere definite calmanti della vita affettiva. Questo gruppo comprende: l'oppio e i suoi derivati (ossia morfina, eroina, codeina, eucodal, clorodina, etc.), la coca e il suo derivato: la cocaina;
3. Inebriantia: comprende l'alcol, il cloroformio⁴⁶, l'etere⁴⁷, le benzine e il protossido d'azoto⁴⁸;
4. Hypnotica: comprende gli agenti del sonno tra cui: il cloralio, i barbiturici, i bromuri e il Kawa-Kawa⁴⁹;
5. Eccitanti: comprendono tutti gli agenti stimolanti la psiche come: il caffè, il tè, la cola, la canfora, il Khat (qāt), il betel⁵⁰ e le anfetamine.

Più recentemente, la classificazione proposta dagli studi chimico-neurobiologici tiene conto delle conoscenze della biochimica del sistema nervoso centrale e delle basi biologiche del comportamento, proponendo una differenziazione in due gruppi:

1. gli psicodislettici o psicotomimetici o allucinogeni: si tratta di sostanze già presenti fisiologicamente nell'organismo umano con funzione di mediatori cerebrali, che:
 - hanno un'azione allucinogena e di depersonalizzazione;
 - sono attivi sulla vita affettiva del soggetto che li assume;
 - sono stati utilizzati in via sperimentale dalle terapie psichiatriche;
2. gli stupefacenti: in questo sottogruppo è possibile notare un alto numero di sostanze (anche quelle aventi un'indicazione terapeutica ben precisa), che possono diventare droghe nel momento in cui sono somministrate o assunte in quantitativi superiori rispetto al dosaggio indicato (e consigliato dal medico), che:
 - hanno un'azione calmante sulla vita affettiva;
 - agiscono sulla vigilanza e sullo stato di coscienza;
 - provocano sensazioni di euforia;

⁴⁶ Il cloroformio, dalla metà del 1800, sostituì l'etere come anestetico somministrato alle donne per sopportare i dolori del parto. Presto fu però bandito per i suoi effetti tossici indesiderati, tornando così all'utilizzo dell'etere.

⁴⁷ L'etere, fin dal 1500, è stato la sostanza utilizzata come anestetico.

⁴⁸ Il protossido d'azoto è noto come "gas esilarante" per i suoi effetti euforizzanti.

⁴⁹ Il Kawa-kawa è una pianta Polinesiana dal quale gli indigeni ricavano una bevanda rinfrescante, rilassante, sedativo-analgescica, capace di far sopportare la fatica.

⁵⁰ Il betel è un arbusto rampicante dell'India e della Malesia, la sua masticazione produce una leggera ebbrezza, usata principalmente durante le celebrazioni rituali.

- sono stati utilizzati in medicina come farmaci antidolore e per modificare lo stato di coscienza.

Capitolo Secondo

Le sostanze stupefacenti

*«Chi potrà mai raccontare
L'intera storia delle droghe?
É la storia della cultura,
della cosiddetta cultura alta.»*

Friederich Nietzsche

Oggi sul “mercato nero” o illegale sono in commercio un quantitativo indefinibile di droghe, leggere e pesanti. Chiunque voglia approcciarsi al mondo degli stupefacenti non ha che l'imbarazzo della scelta: per tipologia di assunzione, per caratteristiche e per effetti provocati.

Il mio intento è quello di cercare di presentare gran parte delle sostanze in commercio, tentando di analizzarle comprendendone la storia, le modalità di assunzione e gli effetti provocati, con lo scopo di provare a capire le motivazioni che spingono le persone a ricercare il piacere nel consumo di sostanze.

1 Cannabis (Hashish e Marijuana)

Canapa - PUNKREAS⁵¹

*Sei mesi di condizionale
non sono niente male
per aver seminato sul mio davanzale.*

*Sei mesi di attenzioni e cure
per tenere creature
con foglie a sette punte con un buon odore.*

*A marzo la pianta e aspetti che spunti
a aprile la bagna, e cresce
a maggio le femmine dai maschi separi
a giugno si riempie di fiori.*

*Ma ottobre mese di raccolta
mi suonano alla porta
non sospettando niente io apro all'attendente.*

*Sei mesi di fatica dura
per questa fioritura
me l'hanno sequestrata ed ora sta in questura.*

*A marzo la pianta e aspetti che spunti
a aprile la bagna, e cresce
da maggio a settembre le vedi fiorire
a ottobre raccogli e puoi dire.*

L'ho coltivata io!

Non me ne pento neanche un po'!

*E pensare che la cannabis attiva
potrebbe risanare questo mondo alla deriva
potrebbe soppiantare petrolio e derivati
la plastica ed i farmaci cui siamo abituati.*

*Sarà per questo che è vietata
ai despoti non piace
la gente rilassata e l'energia pulita.*

*A marzo la pianta e aspetti che spunti
a aprile la bagna, e cresce
a maggio le femmine e i maschi separi
a giugno si riempie di fiori.*

*A marzo la pianta e aspetti che spunti
a aprile la bagna, e cresce
da maggio a settembre le vedi fiorire
a ottobre raccogli e puoi dire.*

L'ho coltivata io!

Non me ne pento neanche un po'!

L'ho coltivata io!

Scommetti che lo rifarò?!?!?

⁵¹ I Punkreas sono un gruppo musicale punk italiano, noto per i suoi brani che trattano tematiche sociali attuali, nato a San Lorenzo di Parabiagio, in provincia di Milano nel 1988. Il testo di Canapa è stato pubblicato ed inciso nel 2002, all'interno dell'album "Falso", nel quale la band ha cambiato il proprio sound, sperimentando oltre alle già collaudate fusioni con lo ska, anche suoni noise rock, metal e hard rock.

La cannabis è comunemente conosciuta anche sotto lo pseudonimo di: canapa, erba, hashish, marijuana, maria, fumo, ganja, kif e pot.

1.1 La pianta

La cannabis è una pianta molto versatile, utilizzata nei secoli con impieghi molto diversi tra loro: dall'uso farmacologico, all'aromatizzazione delle pietanze; dall'assunzione per scopi mistici e religiosi, all'impiego nella produzione di corda, vestiti e carta.

La cannabis che si consuma oggi è un ibrido, creato dall'uomo in laboratorio, a partire dalle tre principali famiglie della pianta che esistono al mondo:

- a) Cannabis indica: da cui hanno avuto origine le altre due e cresce in Asia centrale. Si tratta di un arbusto alto circa un metro, cespuglioso, con foglie larghe e grasse, di colore verde intenso e con le “dita” un po’ sovrapposte. Impiegata principalmente nella produzione di hashish;
- b) Cannabis sativa: più comunemente associata alla marijuana. Raggiunge un'altezza fino a cinque metri ed è robusta. Le foglie sembrano le dita di una mano e sono allungate, separate e un po’ appuntite. Questa pianta ha bisogno di molta luce, perciò solitamente cresce in Jamaica, Messico, Thailandia, Colombia e Nigeria;
- c) Cannabis ruderalis: si sviluppa nei climi freddi della Siberia e dell'Asia del Nord, è la più piccola delle tre ed è quella con i minori effetti psichedelici. Ignorata per molti anni è stata ricordata per alcune sue componenti ritenute utili per migliorare l'efficacia degli incroci.

Il seme, creato in laboratorio, una volta piantato origina una pianta di cannabis che cresce abbastanza rapidamente. Dopo 7-10 giorni appaiono i primi due rametti con le caratteristiche foglie a cinque “dita” (chiamate talvolta “punte”). Il fusto continua a crescere e da ogni internodo si sviluppa una coppia di rami, che sono tra loro perpendicolari. Da specie a specie cambia la lunghezza e la distanza tra i rami, ma la struttura della pianta è simile.

La cannabis è una pianta annuale, che contiene oltre quattrocento sostanze chimiche, molte delle quali psicoattive. Tra queste la più “potente” è il delta 9-tetraidrocannabinolo (THC), che si trova nella resina della pianta, che a sua volta è presente soprattutto nei fiori. Nello specifico la resina crea un rivestimento appiccicoso che protegge i fiori dall’eccessivo calore solare e migliora il contatto dei grani con il polline. Le foglie e lo stelo contengono una piccola quantità di resina e le concentrazioni di THC in queste parti non producono significativi effetti tossici.

Cresce per tutta la primavera e l’estate, fino a quando le giornate si accorciano. Prima dell’inverno, cioè prima di morire, come tutti gli esseri viventi tenta di riprodursi. Esistono, come per ogni specie, piante femmina e piante maschio. Queste ultime alla fine dell’estate fanno crescere dei fiori tipo grappolo d’uva e producono il polline, una polverina bianca molto leggera, che vola nell’aria nella speranza di fecondare una pianta femmina. Per catturarlo, i fiori sulle cime delle piante femmina hanno centinaia di «calici», ciascuno con due peletti rossi o arancioni (gli stipoli) ricoperti di resina. Questi sono gli strumenti per far aderire meglio la polverina, fecondare il fiore e far così nascere i semi che cadranno a terra per poi dar vita ad altre piante e così via.

Sul mercato, i prodotti della cannabis presenti sono due:

1. l’hashish, ovvero la resina della pianta femmina che può essere tagliata con sostanze come la paraffina, l’olio per macchine o la plastica. Abitualmente è scaldata con un accendino e sbriciolata per essere fumata mescolata con il tabacco. Si distingue per tipologia in
 - Cioccolato: è coltivato in Turchia, Egitto, Siria ed Afghanistan; si presenta con un caratteristico colore marrone scuro nella parte più esterna e chiara all’interno. Solitamente si vende in blocchetti di circa 3-4 centimetri ciascuno, del peso di 250 grammi;
 - Libano Oro: proviene da Libano, Egitto e Giordania; è caratterizzato da un particolare colore giallo-arancione; è morbido e presenta la particolarità di essere assumibile, senza essere preventivamente ridotto in polvere mediante scaldatura;
 - Libano Rosso: è una variante del precedente con le medesime proprietà, ma caratterizzato da un colore più rossastro, da una consistenza maggiormente spugnosa e da un odore più marcato;

- Marocco «00»: cresce soprattutto in Marocco e Senegal settentrionale; si presenta di colore giallognolo. Sul mercato viene solitamente smerciato in pani da circa 250 grammi ciascuno, marchiati con il simbolo «00»; quando si scalda aumenta di volume, poi si sbriciola, senza creare polvere;
 - Gold Leaf: originario del Marocco e dei Paesi del Nord Africa; di colore giallo-verdognolo; si smercia in pani avvolti nel cellophane, sigillati con il simbolo della foglia di vite; va scaldato prima di essere unito al tabacco;
 - Kif: proviene dai Paesi del Nord Africa, specialmente da Marocco e Algeria; ha la caratteristica di essere molto polveroso;
 - Giallo: si tratta di hashish piuttosto comune, proveniente da Marocco, Algeria, Tunisia ed Egitto; si presenta duro e compatto in tavolette piuttosto sottili;
 - Nero Afghan e Nero Pakistan: proviene da Paesi come Afghanistan, Pakistan, Iran e Kashmir; è molto costoso e difficilmente reperibile nel nostro Paese; ha una consistenza piuttosto dura al tatto, va scaldato e quindi ammorbidito;
 - Black Bombay: si coltiva soprattutto in India ed è di colore molto scuro;
 - Manali: anch'esso di origine indiana, si tratta di erba indurita con semi;
 - Gold Kerala: proviene dall'India meridionale, specie dalla regione del Kerala; ha un colore tipico bruno-giallognolo⁵².
2. La marijuana è invece un miscuglio di foglie, fiori e semi secchi della pianta, di colore verde, marrone o grigiastro, che viene fumata da sola o mescolata con il tabacco. Si distingue per caratteristiche in:
- Nigerian Block, Nigerian, Ghana, Kenya: si coltivano in Nigeria e in altri Paesi africani della costa atlantica; si tratta di blocchetti di erba piuttosto compressa ed essicata, di colore verde e bruno;
 - Punto Rosso: proviene dalla Bolivia e dall'Ecuador; prende il nome dai bollini rossi che accompagnano i blocchi pressati nel cellophane; il colore è verde chiaro e la consistenza è piuttosto friabile;
 - Sansemilla: proviene dal Messico meridionale, ma si trova anche nei Paesi del centro America come: Guatemala, Nicaragua, Panama e Costa Rica; il significato del nome è letteralmente «privo di semi»; il colore è giallo-verdognolo;

⁵² E. BALCONI *La Cannabis*, Xenia Tascabili, Milano, 2003, pp. 43-44

- Acapulco Gold: proviene dal Messico ed è simile alla precedente, con la differenza che questo tipo contiene anche i semi;
- Treccia: arriva da località esotiche come Nepal, India, Thailandia e Indonesia; si tratta di erba intrecciata, di colore variabile: può essere sia gialla, sia verde, sia chiara, sia scura;
- Thay Stick e Buddha Grass: originaria del Nepal e dell'India settentrionale; si trova sul mercato nella tipica forma a stecca, lunga e sottile;
- Calabrese: è «nostrana» come suggerisce il nome e si coltiva nel Sud Italia, specie in Calabria, Puglia e Campania; si presenta di colore verde scuro ed è ricca di semi;
- Albanese: proviene da Albania, Montenegro e Kosovo⁵³.

Oltre alle specie e alle nomenclature sopra elencate ne esistono certamente altre, più comuni in alcuni Paesi, piuttosto che in altri. La cannabis ha un suo mercato, come ogni altro oggetto in vendita, che si crea in base all'incontro tra domanda ed offerta.

1.2 Cenni storici

L'impiego della canapa indiana è molto antico, più di quanto si possa immaginare. Fin dal Neolitico esistono tracce dell'utilizzo di questa sostanza, per vari scopi: da quelli farmacologici, con finalità terapeutiche per la cura di alcune comuni malattie, fino a quelli culinari, utilizzato come spezia.

Il trattato di botanica del XV secolo a.C. "*Rhyya*" e quello di farmacologia attribuito all'imperatore cinese Shen Nung⁵⁴ del 2737 a.C., documentano che la canapa veniva impiegata normalmente nella cura di molte patologie come: i "disordini femminili" (mestruo), la gotta⁵⁵, i reumatismi⁵⁶, la malaria⁵⁷, i problemi intestinali e l'indebolimento mentale, per le sue potenti qualità sedative.

⁵³ E. BALCONI *La Cannabis*, Xenia Tascabili, Milano, 2003, pp. 44-45

⁵⁴ Shen Nung o Shennong, noto come Imperatore Yan o Imperatore dei cinque cereali, è stato un leggendario imperatore cinese, vissuto circa 5.000 di anni fa. Egli, secondo la tradizione, è stato: il primo ad introdurre le tecniche dell'agricoltura, il padre della medicina cinese e l'inventore dell'agopuntura.

⁵⁵ Per gotta si intende un'inflammatione delle articolazioni che causa dolore e gonfiore.

⁵⁶ Con il termine reumatismi sono indicate tutte le sindromi infiammatorie dell'apparato osseo-articolare.

Nei secoli si sono succedute diverse versioni sull'origine di questa pianta, a seconda della cultura di riferimento.

La tradizione indiana narra che la canapa derivi dai peli della schiena del dio Visnu⁵⁸ e che porti con sé i poteri magici della divinità, solitamente indicata con i nomi di *Ananda*, che significa «portatore di vita» e di *Vijahia*, cioè «fonte di successo e di felicità». Per questo la popolazione indiana preparava con essa un particolare infuso, il *bhāṅg*, che credevano essere la bevanda preferita del dio Indra⁵⁹, una delle più antiche divinità indiane, con l'obiettivo di avvicinarsi agli dei e di guarire le malattie.

La tradizione induista, invece, predica attraverso le parole del dio Shiva⁶⁰, che ripetere la parola *bhāṅg* durante i lavori di semina, raccolta e lavorazione della canapa, renda il risultato migliore, portando fortuna.

Secondo la tradizione filosofico-buddista, si ritiene che Buddha⁶¹, durante il suo cammino nei sei stati ascetici che portano all'illuminazione, sia sopravvissuto mangiando un seme di canapa al giorno.

Presso la civiltà assira la canapa era chiamata «Qunnabu» e veniva lavorata nei templi; mentre i Caldei la chiamavano «Kanbun» ed i Persiani «Kenab».

I Greci non utilizzavano la canapa, nonostante ne conoscessero gli effetti, grazie alle testimonianze di Erodoto⁶², che presso gli Sciti⁶³ aveva osservato le proprietà drammaturgiche e mistiche della sostanza. Egli ha narrato che queste tribù solitamente preparavano una capanna adibita unicamente all'uso della sostanza, nella quale ogni fessura veniva chiusa; all'interno della costruzione, sul pavimento, venivano deposte alcune pietre bollenti cosparse di semi di canapa e si inalava il fumo da esse prodotto.

⁵⁷ La malaria è una malattia infettiva causata da un parassita chiamato Plasmodio, trasmessa esclusivamente attraverso le punture di zanzare infette dal virus.

⁵⁸ Visnu era una divinità indiana, della regione vedica, che aveva caratteri cosmici e solari, infatti la tradizione sostiene che la divinità si incarni ogni volta che l'ordine universale è minacciato. Con Brahma e Shiva costituisce la triade indiana.

⁵⁹ Indra era una divinità indiana dell'antica mitologia vedica, che risiede nel cielo e nell'atmosfera regolando il tempo e somministrando la pioggia.

⁶⁰ Shiva è la divinità tra le più venerate della mitologia induista, con Brahma e Vishnu è un membro della triade divina. Egli è il signore del tempo e presiede l'incessante dinamica creazione-annientamento-rigenerazione, scandita dal ritmo della sua danza.

⁶¹ Buddha (560 a.C. – 480 a.C.) è stato il fondatore del buddismo.

⁶² Erodoto (490/480 a.C. – 424 a.C.) è stato uno storico greco.

⁶³ Gli Sciti (VII – IV secolo a.C.) erano un popolo nomade e seminomade originario delle steppe settentrionali dell'Asia centrale, descritti da Erodoto nel IV Libro delle Storie.

Gli Arabi erano grandi estimatori della canapa indiana oltre che suoi accaniti consumatori in quanto oltre a rielaborarne i potenti effetti farmacologici impararono ad impiegarla nella cura di molte patologie. Furono i primi ad utilizzarla per i suoi effetti psicotropi nei momenti “ricreativi”.

La canapa è sempre stata una pianta utilizzata per un duplice scopo:

1. cura del corpo;
2. puro piacere.

Tracce dell’esistenza e dell’impiego della canapa in Italia sono presenti anche in letteratura, precisamente nel *Decameron*⁶⁴, opera scritta da Boccaccio (Certaldo o Firenze 1313 – Certaldo 1375)⁶⁵ nel 1351. Nell’ottava novella si racconta la storia di Ferondo, un uomo tradito da un abate, che invaghitosi della moglie, lo indusse a bere una potente pozione a base di erba capace di stordirlo, così il religioso e la moglie fedifraga potevano soddisfare il loro piacere.

1.3 Marijuana e hashish in Europa

Nella figura di François Rabelais (Chinon 1494 – Parigi 1553)⁶⁶, definito uomo colto intelligente, è riconducibile l’approdo della canapa indiana sul mercato francese ed europeo. Grazie al padre Monsieur Antoine, ha avuto l’opportunità di conoscere l’esistenza di un’erba psicotropa, coltivata nei loro vasti possedimenti in Turenna⁶⁷. François, spinto dalla sua passione per la botanica ha compiuto studi medici grazie ai quali ha acquisito gli strumenti necessari per imparare a conoscere e descrivere, fin nei minimi particolari, la pianta coltivata dal padre, che egli chiamò «Pantagruelio», molto simile alla canapa indiana.

⁶⁴ Il *Decameron* è una raccolta di cento novelle scritta da G. Boccaccio nel 1351.

⁶⁵ Giovanni Boccaccio, conosciuto anche come Certaldo, fu un importante scrittore e poeta italiano.

⁶⁶ François Rabelais è stato uno scrittore ed umanista francese, considerato uno dei più importanti protagonisti del Rinascimento francese.

⁶⁷ La Turenna è un’antica provincia francese situata nel bacino della Loira.

Con l'ascesa di Napoleone (Ajaccio 1769 – Longwood 1821)⁶⁸ e le conquiste arabe, viene maggiormente incrementata la diffusione della canapa in Europa, soprattutto tra la classe borghese.

Il primo a fornirne una descrizione scientifica, in seguito ad una sperimentazione è lo psichiatra Jaques-Joseph Moreau de Tours (Montrésor 1804-1884)⁶⁹ che nei suoi appunti ha annotato gli effetti che la sostanza psicotropa, una volta assunta aveva su di lui. Ha raccontato che dopo un iniziale scoppio di risa, qualche ora più tardi si era ritrovato a far di scherma con un soprammobile, intuendone così gli effetti allucinatori.

Moreau de Tours è stato il primo a sostenere l'importanza di testare e sperimentare su se stessi gli effetti di una sostanza prima di parlarne o di somministrarla ad altri (ad esempio ai pazienti affetti da malattie mentali). A tale scopo si è formato un circolo letterario che si riuniva una volta al mese all'*Hotel Pimodan*, nel quartiere latino di Parigi, diventato famoso sotto la nomenclatura di *Club des Hachichins*, divenuto prototipo del *drug party*. Prima di cena, il bel mondo intellettuale parigino, assumeva un'abbondante dose di infuso, composto da cannella, chiodi di garofano, noce moscata, pistacchio, zucchero, succo d'arancia, burro e pasta di resina di cannabis, che provocava alcune ore di delirio intenso. Conclusi gli effetti allucinatori i partecipanti al party discutevano tra loro dell'esperienza appena vissuta.

1.4 Modalità di assunzione

L'*hashish*, solitamente, viene fumato con l'ausilio di apposite pipe oppure mescolato al tabacco, ma può essere anche assunto in pillole o venire sniffato.

La *marijuana*, invece, viene abitualmente fumata mescolata al tabacco come se fosse una sigaretta, oppure per mezzo di *chilum*⁷⁰ e *bong*⁷¹. Bruciando, la sostanza produce centinaia di composti chimici, oltre al noto THC, che entrano nell'organismo, agendo

⁶⁸ Napoleone Bonaparte è stato un militare e un politico francese, fondatore del Primo Impero francese (1804-1814), di cui si proclamò Imperatore nel 1804.

⁶⁹ Jacques-Joseph Moerau de Tours è stato uno psichiatra francese, primo membro del Club des Hachichins, ed il primo medico a compiere degli studi sulle droghe.

⁷⁰ Il Chilum è il progenitore della pipa, manca della divisione tra braciare e bocchino, essendo una sorta di "pipa orizzontale".

⁷¹ Il Bong o pipa d'acqua, il cui nome deriva dal materiale con cui originariamente era costruito, cioè il bambù, è un oggetto utilizzato per fumare. L'assuntore deve aspirare a pieni polmoni dall'imboccatura superiore in modo che il fumo salga per la camera d'aria dopo essere passato attraverso l'acqua sul fondo.

su vari organi ed apparati. Può anche essere impiegata nella preparazione di pietanze e bevande.

Le due sostanze originate dalla lavorazione della pianta della canapa, possono anche essere assunte anche per mezzo di spray nasali, aerosol e strumenti di vaporizzazione, in seguito ad adeguati trattamenti chimici.

1.5 Gli effetti

La cannabis stimola il rilascio di dopamina provocando:

- sensazioni di euforia e rilassamento;
- alterazioni spazio-temporali e disorientamento;
- aumento dell'appetito.

In alcune situazioni può aumentare anche la concentrazione e la percezione sensoriale.

Dal punto di vista biologico il cervello produce naturalmente dei neurotrasmettitori naturali chiamati endocannabinoidi, che provocano un effetto analogo a quello del THC, presente nella resina della cannabis, in quanto agiscono soprattutto nelle zone che integrano i sensi con le emozioni, influenzando l'apprendimento, la memoria, la percezione del senso di novità e di coordinazione.

La marijuana agisce come depressivo o stimolante: ciò dipende dalla varietà di cannabis impiegata, dalla quantità di THC assunta, dalla situazione, dalla personalità e dalla neurochimica del cervello di chi la usa.

Il corpo umano, qualche minuto dopo l'assunzione, risponde aumentando il battito cardiaco, rilassando i passaggi bronchiali e ampliando i vasi sanguigni. Questo stato di alterazione provoca altresì i caratteristici occhi rossi. Generalmente produce euforia, migliora l'empatia e la comunicazione, induce ad un atteggiamento mentale positivo, intensifica i sensi e le percezioni, rendendo anche situazioni ed oggetti comuni interessanti e divertenti.

Nel caso in cui la sostanza venga usata cronicamente, gli effetti si riducono, diminuendo le funzionalità dei neurotrasmettitori che biologicamente sono presenti nel

nostro cervello, rendendo anche esperienze nuove poco stimolanti e degne di reale attenzione.

L'uso prolungato può provocare:

- difficoltà mnemoniche;
- riduzione della capacità di apprendimento;
- aumento dell'appetito;
- negli uomini: diminuzione di testosterone, del numero e della mobilità degli spermatozoi;
- aumento dell'ansia;
- insorgenza di attacchi di panico.

2 Salvia Divinorum

La *salvia divinorum* è la pianta che contiene la sostanza psicoattiva naturale, la cui assunzione provoca sulla psiche dell'essere umano l'effetto più potente che si conosca. Appartiene alla famiglia delle *Lamiaceae* come la comune salvia (*salvia officinalis*), che viene abitualmente utilizzata in cucina per aromatizzare le pietanze; ed esteticamente si presenta con le medesime caratteristiche fisiche.

La *salvia divinorum* è una pianta originaria del Messico, che cresce nella regione di Oaxaca, nella Sierra Mazateca. È considerata sacra alla Madonna ed è conosciuta anche sotto il nome di *ska Maria pastora* (che nella lingua ispano-mazateca significa «foglie di Maria la pastora»), perchè secondo la tradizione, impersonava una divinità femminile, individuata poi con l'arrivo dei Conquistadors nella Vergine Maria.

2.1 Cenni storici

Il nome della pianta deriva dal latino *salvus*, che significa «sano, salvo», o *salus* «salute», elementi che stanno ad indicare le virtù della salvia; e da *divinorum*, che significa «del veggente». Questa dicitura deriva dalla comunità indigena dei

Mazatechi⁷² che fin dall'antichità utilizzava le sue foglie per scopi religiosi di divinazione e cura. Veniva consumata sia dagli sciamani, sia dai "pazienti" degli stessi guru per varie ragioni. I primi per ricercare, anche con l'ausilio di altre piante o funghi allucinogeni, un contatto con le divinità; mentre i secondi per determinare la causa delle loro malattie, scoprire l'autore di un crimine o per ritrovare oggetti smarriti, tutto ciò grazie allo stato di trance indotto dall'assunzione della sostanza. Per questi scopi venivano impiegate le foglie fresche per preparare dei bocconi che dovevano essere masticati fino a quando non si manifestavano le visioni; oppure venivano spremute per ottenere un succo da bere.

Gli studi e le ricerche riguardo questa pianta sono relativamente recenti. Inizialmente conosciuta sotto il nome di *hierba María*, grazie alla descrizione fornita dall'etnologo J. B. Johnson (Gothenburg 1887 - Orange 1970)⁷³ nel 1939; studiata nel 1952 da Roberto J. Weitlaner (Austria 1883 - Città del Messico 1968) come *Yerba de María* e classificata come nuova specie da R. Gordon Wasson (Great Falls 1898- Danbury 1986)⁷⁴, che accompagnato da A. Hoffman (Worcester 1906 – Solebury 2008)⁷⁵, nel 1961, la identificò come una specie del genere *salvia* e fu anche il primo straniero a sperimentarne gli effetti.

I primi ad isolare la *salvinorin A* e la *salvinorin B*, senza capirne realmente gli effetti, furono Ortega e Valdes, ma è necessario attendere gli esperimenti condotti da Daniel Siebert⁷⁶ nel 1993, per individuare nella *salvinorin A* gli effetti psicoattivi e allucinogeni.

⁷² I Mazatechi sono una tribù di nativi americani, che popolano le montagne nei pressi di Oaxaca, in Messico, dal 1300. Sopravvissuti grazie alle azioni missionarie, oggi vivono nelle riserve naturali messicane.

⁷³ John Bertrand Johnson fu un etnologo americano, di discendenza svedese.

⁷⁴ Robert Gordon Wasson fu antropologo e botanico, con l'aiuto di A. Hoffman cercò di isolare, senza riuscirci, il principio attivo presente nella *salvia divinorum*.

⁷⁵ Albert Hoffman, laureato in chimica, compì molti studi sull'acido lisergico, componente comune degli alcaloidi, che lo condussero alla scoperta dell'LSD.

⁷⁶ Daniel J. Siebert è un botanico e farmacologo Californiano.

2.2 Modalità di assunzione

La salvia divinorum può essere assunta attraverso l'impiego di tre differenti modalità:

- a) *fumata*: pura o mischiata al tabacco, in apposite pipe o arrotolata come una sigaretta (l'effetto dura dai 10 ai 30 minuti);
- b) *assunta sublingualmente*: il principio attivo è separato dalle foglie mediante l'utilizzo dell'acetone e successiva sua evaporazione (l'effetto dura dai 5 ai 30 minuti);
- c) *masticata* (l'effetto dura circa 2 ore).

2.3 Gli effetti

La salvia divinorum ha un marcato effetto psichedelico e allucinogeno, della durata che varia dai dieci minuti alle due ore, a seconda della modalità di assunzione. Coloro che hanno sperimentato le sensazioni provocate dal consumo di questa pianta affermano di aver percepito sensazioni dissociative, cioè una separazione totale tra corpo e spirito con perdita di coscienza e delle percezioni sensoriali. Spesso i consumatori perdono la propria identità e quella del loro corpo, percependo la sensazione di trovarsi in un altro luogo, rivivendo talvolta esperienze passate.

L'assunzione di tale sostanza protratta nel tempo potrebbe provocare l'insorgere di:

- stati d'insonnia;
- depressione;
- disturbi paranoidei;
- disturbi psicotici.

3 Belladonna, mandragola e stramonio

Belladonna, mandragola e stramonio sono piante dal forte effetto tossico che appartengono alla famiglia delle *Solanaceae*⁷⁷, che comprende anche alcune specie commestibili e comunemente conosciute come: la patata, la melanzana, il pomodoro ed il peperone.

La belladonna è una pianta a fiore, dagli effetti letali, impiegata principalmente per usi cosmetici, con l'obiettivo di migliorare l'estetica del viso.

La mandragola è una pianta, la cui radice assomiglia moltissimo ad un corpo umano, grassoccio, con braccia e gambe. Questa stranezza ha sempre affascinato l'uomo che l'ha considerata per secoli una pianta magica, un essere all'incrocio tra il mondo animale e quello vegetale. Macchiavelli (Firenze 1469 – Firenze 1527)⁷⁸, nel 1524, ne ha scritto una commedia dai contorni sensuali, intitolata proprio *La Mandragola*⁷⁹.

La narrazione è ambientata nella Firenze dei primi del Cinquecento e racconta di un amore adulterino. Il protagonista è Callimaco, un uomo definito dall'autore come un amante meschino, che si è invaghito di Lucrezia, moglie del “poco astuto” dottore in legge messer Nicia. Con l'aiuto del servo Siro e dell'astuto amico Ligurio, Callimaco, trasformatosi in un famoso medico, riesce a convincere messer Nicia, che desiderava disperatamente avere un discendente senza riuscirci, che l'unico modo per procreare è quello di somministrare alla moglie una pozione di mandagola (da questo particolare ha origine il titolo della commedia), prestando però attenzione, perché vi era una controindicazione al trattamento: il primo a consumare rapporti sessuali con la donna sarebbe morto. Ligurio trova presto una geniale soluzione: a morire non sarà messer Nicia, ma un semplice garzone. Questa proposta tranquillizza parzialmente messer Nicia, che resta comunque perplesso riguardo questo trattamento. Ovviamente Ligurio consiglia alla coppia di chiedere aiuto all'amico Callimaco, che è invaghito di

⁷⁷ Le *Solanaceae* sono una famiglia di angiosperme dicotiledoni, si tratta cioè di piante che producono i fiori e con semi avvolti e protetti dai frutti. In molte specie di questa famiglia sono presenti componenti alcaloidi psicoattivi, tra cui anche l'alcaloide tossico chiamato solanina, presente nei frutti ancora acerbi di alcune piante, che scompare o si trasforma in altre sostanze, innocue o salutari, quando il frutto è maturo.

⁷⁸ Niccolò Macchiavelli è stato uno storico, un filosofo, un politico, uno scrittore e drammaturgo italiano.

⁷⁹ *La Mandragola* è una commedia e un classico della drammaturgia italiana, considerata il capolavoro letterario del Cinquecento. Scritta tra il 1514 ed il 1515, venne pubblicata nel 1524.

Lucrezia: per questa ragione non esisterà nessun garzone come “vittima”, ma l’innamorato travestito da tale. Nel frattempo Lucrezia, dopo le iniziali rimostanze, viene convinta da frà Timoteo a consumare il rapporto adulterino. Callimaco e Lucrezia si incontrano e nel momento in cui la donna scopre la vera identità del garzone, acconsente di divenire la sua amante. In seguito alla notte degli inganni, dove ognuno riprende le sue sembianze, Callimaco riesce ad ottenere, dall’inconsapevole Nicia, contento della futura paternità, il permesso di abitare in casa sua e quindi di godere, non visto, delle grazie dell’amata.

Anche in letture decisamente più recenti abbiamo riferimenti precisi a questa pianta: Harry Potter⁸⁰ deve coprirsi le orecchie quando maneggia la pianta, perché, come vuole la tradizione medievale, chi sente il grido delle radici di mandragola muore immediatamene.

Lo stramonio, chiamato anche «erba del diavolo» ed «erba delle streghe», è una pianta a fiore altamente velonosa, a causa dell’elevata concentrazione di alcaliodi.

3.1 Cenni storici

La belladonna, la mandragola e lo stramonio sono piante molto pericolose per la loro concentrazione di componenti tossici, ma sono conosciute dall’uomo da millenni, per le ragioni più diverse.

Secondo la tradizione asiatica è possibile reperire queste sostanze persino nella storia di Adamo ed Eva, essi infatti sostenevano che il pomo della conoscenza reso celebre dall’uomo sia derivato dall’ingestione del frutto dello stramonio.

Gli Aztechi preparavano infusi con cui drogavano le vittime sacrificali, prima di aprirgli il petto e di strappare loro il cuore per offrirlo agli dei. Talvolta, i sacrifici umani duravano giorni interi e la fila di gente in attesa di essere «scannata», era molto lunga, perciò l’utilizzo della droga era necessario per domare coloro che, in maniera più o meno volontaria, si offrivano per il sacrificio.

In Europa, nel Medioevo, alcune donne preparavano una pappetta composta da olio, burro ed il succo di queste piante. Il preparato non veniva ingerito, bensì spalmato su

⁸⁰ Personaggio fantastico inventato dalla scrittrice britannica J.K.Rowling.

un manico di scopa che le donne cavalcavano avanti ed indietro per assorbire la sostanza con le mucose della vagina. Le allucinazioni, le visioni, la sensazione di volare ed il manico di scopa hanno creato l'immaginario comunemente associato all'idea di strega.

La mandragola era famosa nella tradizione popolare e appariva sempre nelle pozioni magiche, soprattutto come afrodisiaco e cura contro la sterilità.

Durante il Rinascimento le donne si spremevano negli occhi il succo di una bacca di belladonna per dilatare le pupille, con lo scopo di ottenere occhioni da cerbiatto e sembrare sempre più belle.

Da questa tradizione proviene il nome di questa pianta, che rende le donne apparentemente più belle.

In alcune tribù amazzoniche, invece, il succo di questi frutti viene, ancora oggi, utilizzato nei riti di iniziazione per accertare l'ingresso dei giovani nell'età adulta. Gli adolescenti vengono portati nel bosco, rinchiusi in gabbie e costretti a bere questi preparati dai vecchi del villaggio. L'infuso conduce i ragazzi sull'orlo della morte, cancella i ricordi della giovinezza, con l'obiettivo di trasportarli alla maturità.

3.2 Modalità di assunzione

Abitualmente queste sostanze sono fumate o sono assunte attraverso la preparazione di alcuni infusi. È necessario prestare molta attenzione ai quantitativi di somministrazione, in quanto basta sbagliare di poco una dose, per ottenere effetti che da tossici diventano mortali.

3.3 Gli effetti

Belladonna, mandragola e stramonio sono piante diverse tra loro per aspetto ed effetti, però tutte agiscono sull'acetilcolina bloccandola. Si tratta di un neurotrasmettitore che ha il compito di regolare molte funzioni nel nostro corpo come: riflessi, aggressività, sonno, pressione sanguigna, battito cardiaco, comportamento sessuale, acutezza mentale, memoria ed attenzione.

Senza l'*acetilcolina* il corpo inizia a non funzionare correttamente, la temperatura corporea aumenta, si percepisce la sensazione di aver sete ed aumenta il battito cardiaco. Poco dopo l'assunzione hanno inizio le allucinazioni, che assomigliano ai deliri, in quanto si percepisce la sensazione di separarsi dal corpo e di volare.

Si tratta di un'intossicazione molto potente, della durata di parecchie ore o addirittura giorni interi.

Nello specifico: la *belladonna* agisce sul sistema nervoso parasimpatico; la *mandragola*, si ritiene abbia proprietà anestetiche; mentre lo *stramonio* possiede proprietà narcotiche, sedative ed allucinogene.

4 Qat

Il *Qat* o *Khat* è una sostanza poco conosciuta in Italia ed in Europa, per le sue peculiari caratteristiche biologiche, in quanto la sostanza psicotropa in essa contenuta mantiene le sue proprietà solamente per le prime ventiquattro ore dopo la raccolta.

Si tratta di un cespuglio stimolante, appartenente alla famiglia delle *Celastraceae*⁸¹, detto anche *Catha edulis*, coltivato principalmente nel Corno d'Africa, soprattutto in Etiopia, Kenya e Yemen.

In questi Paesi è socialmente accettato il suo consumo, per sopportare la fame e la fatica, in quanto gli orari di lavoro sono estenuanti. La masticazione delle foglie è parte della quotidianità di queste popolazioni, che spendono gran parte dei loro guadagni nel suo acquisto.

La pianta, che raggiunge fino ai cinque metri d'altezza, si presenta con foglie lucide, che nel tempo divengono giallo-verdi, emanando un odore poco gradevole. I germogli vicino alla pianta contengono *vitamina C* e *cathinone*⁸², sostanza simile a quella contenuta nelle anfetamine.

⁸¹ Le *Celastraceae* sono una famiglia di piante rampicanti e cespugli.

⁸² Il *cathinone* è un alcaloide, principio attivo delle foglie e dei germogli di Qat.

4.1 Modalità di assunzione

Del cespuglio del Qat vengono utilizzate unicamente le foglie, nelle quali sono contenute le sostanze stimolanti. Queste vengono masticate, ma devono essere fresche, cioè appena tagliate, perchè il *cathinone*, come anticipato nel precedente paragrafo, resta attivo nelle foglie soltanto per un giorno dalla raccolta. Foglie e germogli perciò vengono raccolti la mattina, tenuti umidi e trasportati rapidamente al mercato per essere venduti a pranzo e rapidamente assunti.

4.2 Gli effetti

La masticazione delle foglie di Qat provoca effetti, talvolta più potenti rispetto a quelli percepiti dopo l'utilizzo di cocaina, della durata di circa novanta minuti.

La sostanza produce nei consumatori sensazioni di:

- euforia;
- ilarità;
- parlantina sciolta;
- iperattività;
- aumento dell'attenzione;
- stimolazione sessuale.

5 Betel nut

La noce della *Areca catechu*, comunemente conosciuta con il nome di Betel, possiede forti proprietà stimolanti.

Si tratta di una droga antichissima, conosciuta già dodici milioni di anni fa, utilizzata, anche oggi, principalmente in India, Malesia, Taiwan, Filippine, Nuova Guinea, Polinesia ed in alcuni Paesi dell'Africa e del mondo arabo. Essa viene ingerita per le sue peculiari caratteristiche stimolanti, che aiutano l'uomo a sopportare la fame e la fatica.

5.1 Modalità di assunzione

Il Betel nut è una noce, che ingerita non ha un sapore molto gradevole, per questo viene spruzzata con succo di lime o altre spezie, e successivamente viene avvolta in una foglia di una pianta locale dal gusto mentolato. Questo pacchetto da masticare, comunemente conosciuto sotto il nome di *Paan*, che migliora il sapore della sostanza e aumenta l'assorbimento della stessa da parte delle mucose della bocca, è una droga talmente diffusa nei Paesi sopracitati, da divenire metro di valutazione sociale: le giovani donne sono giudicate dalla bravura e dalla cura che impiegano per preparare questo pacchetto di foglie ripiegate.

5.2 Gli effetti

Il principio attivo stimolante del Betel nut è l'*arecoline*, il quale aumenta il livello di adrenalina nel cervello. I suoi effetti sono simili a quelli degli altri stimolanti, infatti provoca:

- eccitazione;
- euforia;
- resistenza alla fatica;
- sopportazione della fame.

Se consumato per lungo tempo e in ingenti quantità, il succo delle foglie, nel quale è avvolta la noce, può macchiare i denti e la bocca di una tonalità del rosso scuro, arrivando a sviluppare, in chi ne abusa, cancro alla bocca o all'esofago.

6 Yohimbe

Lo Yohimbe è un albero di origine africana, dal quale si ricava la *yohimbina*, sostanza stimolante che agisce sul corpo e sulla psiche di chi la consuma con effetti simili a quelli di anfetamine e cocaina. In seguito all'assunzione della sostanza prevale la sensazione di euforia, con conseguente aumento della pressione sanguigna.

Lo Yohimbe rispetto agli altri stimolanti, non ha effetti deleteri sul sesso; al contrario è definita una droga afrodisiaca, perchè aumenta l'affluenza del sangue agli organi genitali:

- negli uomini: migliora l'erezione;
- nelle donne: induce l'eccitazione sessuale.

Se consumata in grandi quantità può provocare:

- nausea;
- insonnia;
- ansia;
- danni al sistema cardiovascolare, giungendo a causare la morte del consumatore per paralisi respiratoria.

7 Dmt

Il Dmt indica la *dimetiltriptamina*, sostanza che agisce sulla *serotonina*⁸³, con effetti simili a quelli dell'LSD e dei funghetti allucinogeni.

7.1 Cenni storici

Fin dall'antichità i popoli indigeni del Brasile utilizzavano piante contenenti la *dimetiltriptamina*, specialmente durante le celebrazioni religiose, con l'obiettivo di entrare in contatto con le divinità e curare le malattie.

Un frate, impegnato nella seconda spedizione di Cristoforo Colombo (Genova 1451 – Valladolid 1506)⁸⁴ nelle Americhe, è stato il primo ad offrire una testimonianza agli Occidentali circa l'esistenza di un preparato a base di Dmt. Ha osservato che gli indiani Taino⁸⁵ dopo aver inalato una potente polvere, comunemente chiamata *Kohhobba*, perdevano conoscenza.

Per avere conoscenze più precise riguardo la sostanza è necessario aspettare gli studi compiuti da Richard Manske, chimico canadese che sintetizzò per la prima volta, la sostanza in laboratorio nel 1931.

⁸³ Le *serotonina* è presente nelle piastrine, nel plasma e nel sistema nervoso centrale, con il compito di favorire un'azione stimolante sulla muscolatura liscia e di prevenire le emorragie.

⁸⁴ Cristoforo Colombo è stato un esploratore e navigatore italiano, prima cittadino della Repubblica di Genova, successivamente suddito del Regno di Castiglia. Nel 1492 ha scoperto l'America.

⁸⁵ Gli indiani di Taino sono stati il primo popolo indigeno (amerindio) dell'America ad abitare i Caraibi.

Nel 1946 il chimico e microbiologo brasiliano Oswaldo Gonçalves de Lima isolando la corteccia dalla radice di *Mimosa tenuiflora*, ha intuito che la *dimetiltriptamina* era un prodotto naturale.

Nel frattempo gli studi riguardo il *Dmt* sono continuati e nel 1955, la sua presenza è stata rintracciata in almeno 50 specie di piante appartenenti a dieci diverse famiglie ed in tre specie di mammiferi.

Nel 1957, il farmacologo Stephen Szara ha scoperto che il *Dmt* provoca effetti *enteogeni*⁸⁶ nei soggetti umani quando iniettato per via intramuscolare.

7.2 Modalità di assunzione

Il *Dmt* può essere assunto secondo diverse modalità:

- inalazione dei vapori prodotti dalla sostanza, il cui effetto svanisce dopo ventitrenta minuti:
 - fumando i cristalli per mezzo di una pipa di vetro (bong o chiloomb) in un'unica boccata;
 - trasferendo tramite un solvente i cristalli estratti all'interno di un piccolo quantitativo di tabacco, o qualsiasi altra erba fumabile, da assumere tramite pipa di vetro, bong o chiloomb, in un'unica boccata;
 - mescolando i cristalli al tabacco rollando una comune sigaretta.
- attraverso l'ingestione, sotto forma di bevanda (ayahuasca), il cui effetto perdura per due-tre ore.

7.3 Gli effetti

Immediatamente dopo la “fumata” o l'ingestione della *dimetiltriptamina* si riscontrano i primi effetti:

- allucinazioni visive vivide;
- maggiore nitidezza e brillantezza dei colori;
- alterazione delle percezioni;
- aumento del battito cardiaco;

⁸⁶ Il termine *enteogeno* viene usato per indicare particolari sostanze psicoattive, caratterizzate da un effetto psichedelico o allucinogeno.

- crampi;
- convulsioni;
- paralisi muscolare.

8 Ayahuasca

L'Ayahuasca non è una pianta, ma un cocktail, preparato con le foglie della *Psychotria viridis* e la corteccia di *Banisteriopsis caapi* e di *Banisteriopsis inebrians*, piante che crescono nella foresta amazzonica.

Nei secoli gli Indios di Perù, Brasile ed Ecuador hanno utilizzato questo intruglio vegetale con l'obiettivo di generare profezie e divinazioni, in quanto le allucinazioni prodotte sono ricondotte all'illuminazione divina.

Gli effetti che seguono l'ingestione della sostanza arrivano dritti al cervello, causando un viaggio mentale intenso, che inizia con vomito e diarrea, a cui seguono stati di ansia e paura e che si concludono sperimentando esperienze allucinatorie e dissociative, che possono durare anche per dieci ore.

A differenza delle altre sostanze psicoattive analizzate, l'ayahuasca è difficilmente legata all'uso ricreativo di qualche ragazzo, ad esempio in discoteca, ma è reperibile in alcune comunità e sette religiose.

9 Semi allucinogeni

I semi allucinogeni sono conosciuti anche sotto lo pseudonimo di Hawaiian Baby, Wood Rose e Morning Glory.

9.1 Cenni storici

I semi allucinogeni sono stati conosciuti negli anni Sessanta, ma è con l'apertura degli smart shop e l'incremento dei negozi online che questa sostanza psichedelica naturale ha avuto la sua diffusione. Si tratta di sementi di piante, quali la *Ipomea violacea* e la *Argyreia nervosa*, che contengono l'*amido lisergico* (LSA), presente in quantità minori rispetto all'LSD.

9.2 Gli effetti

Una volta ingeriti i semi, inizia il viaggio (come per LSD), che dura dalle quattro alle cinque ore. I sintomi più comuni sono:

- abbassamento della pressione;
- dilatazione delle pupille;
- alterazione dei sensi;
- sensazioni di euforia;
- distorsione del tempo;
- insorgenza di illusioni;
- impressione che il mondo sia più interessante.

10 Peyote

Il peyote è un cactus ed è la pianta allucinogena più famosa del Centro America. Contiene una cinquantina di ingredienti psicoattivi, tra questi quello più potente è la *mescalina*, scoperta e sintetizzata dal chimico tedesco Arthur Heffter (Lipsia 1859 – Berlino 1925)⁸⁷, nel 1897.

10.1 Cenni storici

Il cactus denominato peyote possiede una moltitudine di componenti chimici dagli effetti psichedelici, ed è usato da più di cinque mila anni.

I colonizzatori cercarono di proibirne l'uso agli Indios, che continuarono ad ingerirlo in segreto per oltre duecento anni. Nel 1800 però, alcune tribù lo portarono in Nord America, dove si diffuse anche tra gli indiani. Gli apache Mescalero⁸⁸ e una cinquantina di altre tribù lo usarono e lo utilizzano ancora durante i rituali religiosi e di guarigione.

Nel 1900 gli indiani sono riusciti a mantenere le loro tradizioni, dando vita ad una vera e propria chiesa, denominata *Native American Church of North America*, nel quale

⁸⁷ Arthur Heffter è stato un chimico e farmacologo tedesco.

⁸⁸ Il nome degli apache Mescalero deriva da *mescal*, che è il vero nome del peyote.

veniva abitualmente ingerito il peyote durante le celebrazioni e le cerimonie religiose⁸⁹.

L'interesse per la sostanza è esploso negli anni Cinquanta, grazie al saggio di Aldous Huxley (Godalming 1894 – Los Angeles 1963)⁹⁰ *Le porte della percezione*⁹¹, nel quale sono raccontate le sue sperimentazioni con il peyote. Inizialmente lo scritto ha avuto poca fortuna, ma grazie all'interesse di un noto gruppo musicale è stato largamente diffuso. In nome della *band* riprende il titolo inglese del testo: *The Doors of Perception*, universalmente conosciuti come *The Doors*⁹², capitanati da Jim Morrison (Melbourne 1943 – Parigi 1971)⁹³.

10.2 Modalità di assunzione

Il cactus somiglia ad un bottone cicciottello e spunta solo qualche centimetro da terra. Si può usare sia fresco che secco. Solitamente viene fatto bollire e poi bevuto.

10.3 Gli effetti

Il peyote in quanto pianta allucinogena produce una botta iniziale di energia fisica seguita da rilassamento, letargia, visioni caleidoscopiche e profonde esperienze spirituali. L'effetto della sostanza dura circa dodici ore dall'assunzione ed è simile a quello dell'LSD.

11 Anfetamine

L'anfetamina (chiamata anche anfa, beans, Billy, bumblebees, meth, pep pills, speed, whizz) è una droga sintetica, sintetizzata in laboratorio nel 1887, il cui principio attivo deriva dall'*efedrina*, sostanza stimolante contenuta in una particolare pianta: l'efedra. La pianta, che ha origini primitive, cresce in tutto il mondo e si presenta quasi senza foglie. Raggiunge circa i trenta centimetri di altezza e produce fiori gialli, che

⁸⁹ Nel 1996 la Corte Suprema degli Stati Uniti ha dichiarato che all'interno di questa chiesa, i fedeli sono autorizzati a coltivare e consumare il peyote.

⁹⁰ Aldous Huxley è stato uno scrittore britannico, famoso per i suoi romanzi di fantascienza.

⁹¹ Saggio breve, che tratta di esperienze vissute in seguito al consumo di mescalina, pubblicato nel 1954, proprio da Aldous Huxley

⁹² *The Doors* sono stati un gruppo musicale statunitense fondatosi nel 1965 e sciolto nel 1973, pochi anni dopo la scomparsa del leader e frontman della band.

⁹³ James Douglas Morrison, detto Jim Morrison è stato un cantautore e poeta statunitense, leader della band *The Doors*.

diventano bacche colme di semi velenosi. In tempi antichi, le foglie venivano masticate o bevute come un tè, in seguito ad infusione in acqua bollente. L'efedra ha la particolarità di aprire i passaggi bronchiali, favorendo:

- la respirazione;
- la stimolazione del muscolo cardiaco, della pressione sanguigna, del metabolismo e della sudorazione;
- l'aumento della produzione di urina.

Inoltre l'efedrina produce un effetto stimolante anche sul sistema nervoso, contribuendo ad aumentare l'attenzione e l'energia.

11.1 Cenni storici

Alla fine dell'Ottocento gli scienziati hanno iniziato a lavorare sull'*efedra*, pianta che fino a quel momento era stata ampiamente impiegata come stimolante soprattutto in Asia. Nel 1887 sono iniziati i primi esperimenti laboratoriali sull'*efedrina*, che sintetizzata crea l'*anfetamina*, sostanza che oggi può essere prodotta chimicamente, senza più aver bisogno di attingere dalla pianta.

L'interesse iniziale verso questa sostanza rientrava in un progetto di ricerca per farmaci broncodilatatori prescritti nel trattamento dell'asma. Durante i primi test clinici sono stati evidenziati i principali effetti farmacologici che hanno rappresentato le sue indicazioni terapeutiche:

- trattamento dell'obesità, per la proprietà anoressizzante;
- cura delle depressioni lievi, per le proprietà psicostimolanti;
- trattamento della narcolessia, della schizofrenia, della nausea da viaggio, dell'impotenza, dell'iperattività, del morbo di Parkinson, dell'epilessia e della depressione;
- aumento dell'azione degli analgesici;
- aumento della resistenza e miglioramento delle performance, per le caratteristiche di prevenzione e alleviazione della fatica.

Proprio per questa sua ultima caratteristica l'*anfetamina* è stata somministrata ai soldati giapponesi e tedeschi durante la Seconda Guerra Mondiale, per vincere la

fatica della battaglia e per aumentare le prestazioni di lavoro richieste dall'industria bellica.

Fino al 1974 in Italia era possibile acquistare le anfetamine in farmacia, senza l'ausilio della prescrizione medica, perciò erano ampiamente utilizzate dalla popolazione.

11.2 Modalità di assunzione

L'anfetamina può essere assunta, secondo diverse modalità, in quanto si presenta sotto forma di un compressa di 5 mg.

Può essere assunta:

- *Per via orale:*
 - *per uso intermittente:* individui che occasionalmente la assumono per ottenere un elevato stato di veglia e di percezione della sensazione di aumentare le proprie capacità fisiche e intellettuali. L'obiettivo è quello di vincere la fatica, migliorare l'umore e sopportare prove o situazioni spiacevoli;
 - *per uso continuato:* la dose viene assunta 3-4 volte al giorno per ottenere uno stato di stimolazione ed euforia, sviluppando uno stato di dipendenza psicologica. In questo caso, per sopportare l'eccessiva stimolazione e l'insonnia, vengono assunti anche tranquillanti e alcol, per indurre la sonnolenza.
- *Per via endovenosa:* se si polverizza la compressa e ad essa si aggiungono altre sostanze è possibile creare una sostanza iniettabile, chiamata «flash», che provoca un'immediata sensazione di piacere intenso.

11.3 Gli effetti

Gli effetti provocati dalla sostanza sono ciclici, secondo una schema di azione-reazione:

1. *Fase euforica:* è la fase iniziale, nella quale il soggetto sperimenta sensazioni di iperattività, ma può anche sviluppare stati di sospettosità e ansia fino al delirio;

2. *Sleep rebound*: l'individuo sperimenta un senso di sfinimento, per il quale può dormire in modo continuativo anche per due-tre giorni;
3. *Fase depressiva*: questa fase causa nel soggetto, appunto, sintomi di depressione.

Gli effetti iniziali di eccitazione diventano, con l'uso prolungato:

- irritabilità;
- ansietà;
- aggressività;
- confusione mentale;
- stati allucinatori;
- problemi di memoria;
- psicosi, così gravi che non si distinguono dalla reale schizofrenia e paranoia;
- difficoltà di rispondere ai compiti decisionali;
- perdita del desiderio sessuale e difficoltà di prestazione;
- rischio di collasso e infarto, in quanto viene colpito il sistema cardiovascolare;
- rischio di insorgenza di problemi: muscolari, del sistema nervoso e del morbo di Parkinson.

12 Ecstasy: MDMA

Charlie fa surf – BAUSTELLE⁹⁴

Vorrei morire a questa età

vorrei star fermo mentre il mondo va

ho quindic'anni

Programmo la mia drum-machine

e suono la chitarra elettrica

vi spacco il culo

è questione d'equilibrio

non è mica facile

Charlie fa surf, quanta roba si fa

MDMA

ma le mani chiodate se

Charlie fa skate, non abbiate pietà

crocifiggetelo, sfiguratelo in volto

con la mazza da golf

alleluja alleluja

Mi piace il metal, r'n'b

ho scaricato tonnelate di

filmati porno

e vado in chiesa e faccio sport

prendo pastiglie che contengono

paroxetina

Io non voglio crescere

andate a farvi fottere

Charlie fa surf, quanta roba si fa

MDMA

ma le mani chiodate da

un mondo di grandi e di preti fa skate

non abbiate pietà

una mazza da baseball

quanto bene gli fa

alleluja alleluja

⁹⁴ I Baustelle sono un gruppo alternative rock italiano, formatosi nel 1996 a Montepulciano, in provincia di Siena. Il brano *Charlie fa surf* è stato pubblicato nel 2008, all'interno dell'album *Amen*.

L'Ecstasy ha origine da un miscuglio chimico di anfetamine e mescalina, conosciuta anche sotto il nome di: adam, cala, chicca, E, pasta, pallina, stellina, cartone, X-file, giuggiola, caramella, gomma.

12.1 Cenni storici

Come molte altre droghe sintetiche, anche l'MDMA o ecstasy, è nata nel 1912, all'interno di un laboratorio chimico di una casa farmaceutica tedesca, la E. Merck and Company, che stava conducendo delle ricerche sulle pillole dimagranti, capaci cioè di inibire l'appetito. L'obiettivo dei chimici era quello di migliorare le proprietà della precedente versione del farmaco, ossia delle anfetamine, che per tale scopo non avevano raccolto grande successo. Nonostante gli sforzi degli scienziati, però, questa nuova compressa non è mai stata proposta sul mercato per tali finalità terapeutiche, e su di essa non sono più state condotte ricerche specifiche (per questo è necessario attendere gli anni Sessanta).

Durante la Prima Guerra Mondiale l'MDMA è stata somministrata ai soldati in trincea, che grazie a tale sostanza, potevano sopportare meglio la fame e il freddo, vincendo la paura del nemico, del combattimento e della morte.

Negli anni Cinquanta, nel corso della Guerra Fredda tra Stati Uniti d'America e Russia, l'esercito americano, che era alla ricerca di una droga che potesse risultare efficace nel controspionaggio o anche nel caso di una guerra chimica, ha iniziato ad utilizzarla in sede di test sperimentali e segreti su esseri umani e animali, senza particolari successi.

Negli anni Sessanta Alexander Shulgin (Barkeley 1925 – Lafayette 2014)⁹⁵, biochimico e farmacologo americano di origine russa, inizia, con la moglie Ann, ad interessarsi a questa sostanza. Egli aveva da pochi anni inventato un pesticida che aveva riscosso molto successo sul mercato, che in breve gli aveva fatto conquistare agi e ricchezze. Per questa ragione ha deciso di licenziarsi dalla multinazionale Dow Chemical Company, per collaborare con la DEA, il Dipartimento Antidroga Americano. Il suo servizio consisteva nel far lezione agli agenti, analizzare i campioni

⁹⁵ Alexander Theodore Shulgin è stato un chimico, biochimico e farmacologo statunitense, noto per aver scoperto e sintetizzato più di 200 sostanze psichedeliche.

di droga sequestrati dalla polizia e testimoniare come perito chimico in tribunale durante i processi contro i narcotrafficienti. In cambio di queste prestazioni, l'America gli ha rilasciato una licenza che gli permetteva di produrre e sperimentare, nel suo laboratorio privato a San Francisco, qualsiasi tipo di sostanza.

I suoi studi hanno trovato continuità nella sperimentazione laboratoriale di Shugin che si è concentrata principalmente su due classi di droghe:

- *Fenetilamine*: è un alcaloide e un neurotrasmettitore monoamminico. Questa sostanza sembra ricoprire un ruolo importante durante la fase dell'innamoramento, inoltre è per mezzo di essa che gli esseri umani provano attrazione nei confronti del partner;
- *Triptamine*: è un alcaloide e un neurotrasmettitore, che si trova nel cervello. Questa sostanza è coinvolta nella regolazione del ciclo sonno-veglia.

Secondo gli studi promossi dal farmacologo l'unione di queste due sostanze, per le loro peculiari caratteristiche, poteva creare una droga che aiutava a stare con gli altri senza problemi, capace cioè di creare empatia, rendendola un ottimo aiuto per entrare in contatto con le proprie emozioni, paure e memorie sopite. Per questa ragione Shugin propone l'MDMA come farmaco da utilizzare sui pazienti in sede di psicoterapia.

Ben presto, però, grazie al passaparola, come già era accaduto con l'LSD, anche l'ecstasy esce dagli studi psicologici, per divenire una droga ricreativa e di massa.

Negli anni Settanta si era diffusa negli Stati Uniti alle feste degli studenti e dei giovani professionisti che la chiamavano «la droga che apre il cuore» e fa riuscire bene qualsiasi party.

Negli anni Ottanta era acquistabile nei bar ed il suo successo è esploso nell'accoppiata con la dance music⁹⁶, l'house music⁹⁷ e la techno music⁹⁸. Queste tipologie musicali

⁹⁶ La *dance music* è un tipo di musica creata per essere ballata e "suonata" nelle distoteche e durante i rave o i festival. La caratteristica di questo genere sta nel fatto che essa viene riprodotta principalmente da DJ.

⁹⁷ L' *house music* è un genere musicale nato nella prima metà degli anni Ottanta a Chicago, influenzato dalla disco music e dal funk.

⁹⁸ La *techno music* è un genere musicale nato a Detroit, in Michigan, negli anni Ottanta. La particolarità della techno risiede nel fatto di essere prodotta con le nuove tecnologie (computer).

sono nate per essere ballate ed hanno ritmi molto sostenuti che dopo qualche ora inducono come in uno stato di *trance*. La nuova droga ha il potere di amplificare tutti questi effetti e aiuta a danzare senza stancarsi.

Si diffonde in Europa ed in Italia solo negli anni Novanta, dopo che il Governo Americano l'ha dichiarata illegale.

12.2 Modalità di assunzione

L'*ecstasy* si presenta con le sembianze di una semplice aspirina: piccola, tonda, amara e senza odore, facile da ingoiare e da nascondere.

Ne esistono di varie forme e colori, con l'obiettivo di renderla più simpatica e accattivante agli occhi dei consumatori, che spesso sono adolescenti, in modo che si "affezionino" alla pillola, come ad un pupazzetto, che si incuriosiscano e che ne acquistino più di una con sembianze diverse.

Ad esempio esistono le:

- *Popeye*: con il ritratto di Braccio di Ferro;
- *Fred*: con il mitico personaggio degli Antenati, dei Flintstones;
- *Playboy*: con il coniglietto in smoking e tutta la serie che sembra promettere di incontrare l'anima gemella o di avere straordinarie prestazioni sessuali;
- *Love*: con disegnato un cuore;
- *Amor*: con un Cupido pronto a scagliare la freccia;
- *Pene*: con il disegno di un organo genitale maschile;
- *Eva*: con disegnata una donna che morde la mela;
- *CCP*: sulla quale è disegnata la falce con il martello (di provenienza russa);
- *Superman*;
- *Batman*;
- *Mercedes e Volkswagen*: sulle quali sono stampati rispettivamente i simboli delle due case automobilistiche;
- *Indiano*;
- *Energy*.

12.3 Gli effetti

L'ecstasy essendo un cocktail chimico di anfetamine e mescalina, presenta entrambi i tipi di effetti:

- accelerazione del battito cardiaco e della respirazione;
- aumento dell'energia e dell'attività;
- diminuzione delle inibizioni;
- aumento della sensazione di benessere, autostima, felicità e piacere;
- aumento del desiderio di intimità e contatto con gli altri;
- amplificazione delle sensazioni, senza però causare distacco dalla realtà e da se stessi;
- miglioramento della capacità di stare in gruppo.

L'uso continuativo, non provoca solo sensazioni piacevoli, al contrario:

- diminuzione del desiderio sessuale;
- spasmi alla mascella e digrignazione dei denti;
- aumento della temperatura corporea, che può causare disidratazione (per questo è consigliabile bere molta acqua in seguito all'ingestione dell'MDMA);
- dilatazione delle pupille;
- mal di testa;
- vista sfuocata e tic alle palpebre;
- agitazione;
- nausea;
- tachicardia;
- problemi cardiovascolari;
- infarto;
- coma.

13 Funghetti “magici”

Al mondo esistono circa trentamila differenti specie di funghi, ma solo un centinaio di essi causano effetti psichedelici, provocando nei consumatori la sensazione di essere “vittime” di visioni, propriamente definite allucinazioni.

Il fungo più usato e noto è lo *Psilocybe cubensis*, che si presenta di colore marroncino, con un cappuccio conico, solitamente caratterizzato dalle sue piccole dimensioni.

13.1 Cenni storici

La conoscenza dei funghi “magici” viene fatta risalire attorno al 2000 a.C., periodo nel quale le tribù indigene ne facevano uso durante i riti religiosi, con lo scopo di avvicinarsi alle divinità. Questa tipologia di cultura si è maggiormente diffusa in Centro America in quanto, soprattutto in Messico, è alta la presenza di queste spore con effetti psichedelici.

Quando gli europei hanno conquistato il Continente americano, hanno mostrato due differenti atteggiamenti nei confronti delle culture presenti sul territorio: da un lato vi era il desiderio scientifico di espandere la propria conoscenza; dall’altro, invece, c’era la superstizione religiosa che queste piante avessero dei poteri diabolici. Per queste ragioni molti chimici, biologi ed antropologi hanno cercato di studiarli, osservando come le conoscenze degli indigeni rispetto alle piante mediche fosse superiore alla loro, perchè gli indios le impiegavano in maniera piuttosto efficace nella cura di numerose malattie.

Dai missionari cristiani che volevano convincere gli Indios a convertirsi al cristianesimo, abbandonando le proprie usanze e tradizioni, è reperibile una traccia scritta riguardo i loro rituali, descritti come momenti di convivialità e gioia comunitaria, nei quali i componenti delle tribù cantavano, ballavano e correvano in cerchio, in seguito all’assunzione di allucinogeni. L’intossicazione aveva una durata che variava da individuo ad individuo, l’effetto poteva perdurare per una sola notte, ma anche per un giorno intero. Una volta conclusasi l’esperienza gli anziani si riunivano e discutevano di ciò che avevano appena vissuto, prendendo decisioni che riguardavano il resto della tribù.

Nel 1500 i cristiani sono riusciti nell'intento di "civilizzare" gli indigeni, costringendoli ad abbandonare i loro usi, soprattutto quelli relativi alle tradizioni religiose; così, per circa quattrocento anni, non si è più sentito parlare di funghi con proprietà psichedeliche, ma solo di spore velenose.

Negli anni Cinquanta del 900, dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale, quando gli Stati Uniti sono diventati la nazione più potente al mondo, gli antropologi autoctoni hanno iniziato ad interessarsi alle tribù che popolavano il continente prima della conquista europea. Gli scavi e le ricerche condotte hanno fatto luce sulla figura dello sciamano e sull'utilizzo di piante e funghi allucinogeni, che da quel momento si sono diffuse in tutto il mondo.

13.2 Modalità di assunzione

I funghetti magici vengono solitamente assunti secchi, per via orale, tramite ingestione.

Bastano dosi da 10 a 60 milligrammi di principio attivo (circa una decina di funghi), per provocare effetti della durata di circa cinque ore.

13.3 Gli effetti

L'effetto dei funghetti allucinogeni, non è immediato in seguito all'ingestione, in quanto impiegano del tempo per «salire» e provocare i primi sintomi da intossicazione. Sono anche chiamati la droga del viaggio, per la loro peculiare caratteristica di portare i consumatori a vivere un'esperienza unica e inaspettata, in quanto alterano i sensi. Un ragazzo che dopo aver assunto i funghetti "magici" si è concesso un giro in campagna, racconta nel forum di Psiconautica esempi molto chiari di ciò che può accedere:

«Tutto quello che si muoveva nell'aria, farfalle, uccelli, mosche, foglie che cadevano dagli alberi, tutte queste cose lasciavano una scia di oggetti identici, ma sempre più piccoli. Per ogni farfalla ne vedevo altre quattro che la inseguivano (...).

Un muro di mattoni sembrava essere fatto di anemoni di mare sotto il pelo d'acqua, pulsava e sembrava che la corrente lo muovesse (...).

La pelle della mano a un certo punto sembra un rivestimento di plastica trasparente, che permetteva di vedere strani liquidi sotto la pelle. E quando stiravo i muscoli questi liquidi facevano le bolle (...).

La mia scarpa sembrava viva, l'ho vista pulsare come la pelle di un alieno. Poi è diventata di gelatina scura trasparente, potevo vederne il fondo. E quelle che in realtà sono macchie sulla superficie apparivano come bollicine al suo interno (..).

A un certo punto mi sono alzato in piedi e mi sono sentito molto alto, mi sembrava di dominare gli alberi, le colline (...).»⁹⁹

I funghetti "magici" agiscono:

- sulla *norepinefrina* sovraccaricando i sensi e modificando le percezioni relative a vista, udito, gusto e tatto, provocando stati di coscienza alterati;
- sulla *serotonina*, il neurotrasmettitore che influenza umore, sonno e l'insorgenza di stati d'ansia;
- sulle parti del cervello che generano allucinazioni e illusioni.

Quando si assume una sostanza allucinogena le forme create dal sistema ottico e dall'eccitazione elettrica della corteccia visuale del cervello esplodono di luci, colori e disegni, che cambiano così rapidamente e repentinamente da lasciare senza fiato e senza aggettivi coloro che la stanno sperimentando.

Le immagini sembrano a mezzo metro di distanza dal volto e l'inquadratura solitamente è molto luminosa al centro, quasi bruciata, mentre la parte esterna si vede in modo più nitido e con più dettagli. Questo punto luminoso centrale crea una prospettiva a tunnel, in cui le forme diventano man mano meno casuali e più geometriche, pulsando e muovendosi verso il centro, o allontanandosi da esso. Alcune immagini, invece, ruotano come una girandola o un caleidoscopio, mentre altre attraversano come frecce il campo visivo. Questi movimenti accelerati portano al loro interno nuove forme geometriche: reticoli, molecole, arabeschi, alveari, scacchiere, corolle e corone. Si tratta di forme geometriche che si fondono e si clonano in strutture che si modificano continuamente.

⁹⁹ Esperienza di un giovane tratta dal sito: <http://www.psiconautica.in>

Improvvisamente, appaiono immagini più complesse, scene reali, memorie di bambino, scene associate con eventi emotivi del passato e memorie recenti che formano un film sgangherato, ma piacevole, che è profondo e dettagliato, arricchito, però, da scene inventate.

14 LSD

*Lucy in the Sky with Diamonds – THE
BEATLES¹⁰⁰*

*Picture yourself in a boat on a river
With tangerine trees and marmalade skies
Somebody calls you, you answer quite
slowly
A girl with kaleidoscope eyes*

*Cellophane flowers of yellow and green
Towering over your head
Look for the girl with the sun in her eyes
And she's gone*

*Lucy in the sky with diamonds
Lucy in the sky with diamonds
Lucy in the sky with diamonds
Aaaaahhhhh...*

*Follow her down to a bridge by a fountain
Where rocking horse people eat
marshmallow pies
Everyone smiles as you drift past the
flowers
That grow so incredibly high*

Newspaper taxis appear on the shore

*Waiting to take you away
Climb in the back with your head in the
clouds
And you're gone*

*Lucy in the sky with diamonds
Lucy in the sky with diamonds
Lucy in the sky with diamonds
Aaaaahhhhh...*

*Picture yourself on a train in a station
With Plasticine porters with looking-glass
ties
Suddenly someone is there at the turnstile
The girl with kaleidoscope eyes*

*Lucy in the sky with diamonds
Lucy in the sky with diamonds
Lucy in the sky with diamonds
Aaaaahhhhh...*

*Lucy in the sky with diamonds
Lucy in the sky with diamonds
Lucy in the sky with diamonds
Aaaaahhhhh...
Lucy in the sky with diamonds
Lucy in the sky with diamonds
Lucy in the sky with diamonds*

¹⁰⁰ The Beatles sono stati un gruppo musicale rock inglese, originario di Liverpool, attivo dal 1960 al 1970. La formazione ha segnato un'epoca, non solo per quanto concerne lo stile musicale, ma anche nel costume, nella moda e nella pop art. *Lucy in the Sky with Diamonds* è un brano pubblicato dal gruppo, all'interno del loro ottavo album *Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band*, nel 1967.

Il brano, scritto da John Lennon (Liverpool 1940 – New York 1980)¹⁰¹ ha suscitato parecchie controversie per il suo titolo, che è stato interpretato come una possibile allusione all'LSD. Secondo questa teoria, l'acronimo del titolo della canzone si riferirebbe alla sopracitata droga, in quanto le iniziali dei sostantivi presenti in esso, che sono appunto scritte con la lettera maiuscola, sono: L, S, D. Il poeta ha sostenuto invece, che l'ispirazione del titolo gli è sorta da un disegno del figlio, nel quale è possibile osservare il bambino passeggiare con una compagna di classe in un cielo pieno di diamanti. Il testo del brano, però, è un susseguirsi di immagini psichedeliche ispirate alle atmosfere surreali e sognanti dei celebri romanzi di Lewis Carroll (Cheshire 1832 – Guildford 1898)¹⁰² del quale lo stesso Lennon era un grande ammiratore.

L'LSD è anche comunemente conosciuta con il nome di: francobollo, trip, cubo, cartina, acido.

14.1 Cenni storici

LSD è una droga recentemente conosciuta, ma da lungo tempo utilizzata, che si ricava da un fungo-muffa, microscopico, che cresce sui chicchi dei cereali, soprattutto della segale.

Oggi, è risaputo che questo fungo agisce sul sistema nervoso, provocando allucinazioni visive e uditive, deliri e follia. Per questa ragione, nel Medioevo, chi aveva convulsioni e “vedeva cose strane” veniva immediatamente segnalato alla Santa Inquisizione, torturato e condannato per atti di stregoneria, nonostante si presentassero unicamente i sintomi, allora non conosciuti, di avvelenamento da segale cornuta. La semplice ingestione del pane ammuffito da questa spora, faceva sembrare le persone indemoniate.

Fino al 1900 non esistono studi relativi a questa sostanza, che ha attirato l'attenzione del chimico Albert Hoffmann (Baden 1906 – Burg im Leimental 2008)¹⁰³ nel 1920. Egli lavorava per la casa farmaceutica svizzera Sandoz, quando ha iniziato a studiare

¹⁰¹ John Lennon è stato cantautore, polistrumentista, poeta e frontman del gruppo dei The Beatles.

¹⁰² Lewis Carroll, pseudonimo di Charles Lutwidge Dodgson, è stato un matematico, un fotografo, un logico e uno scrittore britannico. L'autore è divenuto celebre soprattutto per due romanzi *Le avventure di Alice nel Paese delle Meraviglie* (1865) e *Attraverso lo specchio e quel che Alice vi trovò* (1871).

¹⁰³ Albert Hoffmann è stato uno scienziato svizzero conosciuto come il “padre” dell'LSD.

la *segale cornuta*, per sfruttarne le capacità di vasocostrizione, con l'obiettivo di creare una sostanza in grado di bloccare velocemente le emorragie. Erano molti anni che stava lavorando a questo progetto, tanto che mentre stava sperimentando l'ennesima variazione dell'*acido lisergico* contenuto nella segale, consapevole dei numerosi fallimenti, si mangiò nervosamente un'unghia, ingerendo una dose microscopica del composto che stava testando:

«(...)fui costretto a interrompere il mio lavoro nel laboratorio nel mezzo del pomeriggio e a tornare a casa, poichè venni colpito da una peculiare irrequietezza e da una sensazione di lieve confusione mentale. All'arrivo a casa, mi distesi e sprofondai in una specie di ubriachezza che non era spiacevole ed era caratterizzata da un'estrema attività dell'immaginazione. Quando mi coricai in un ambiente con luce attenuata, a occhi chiusi (la luce del giorno mi sembrava troppo luminosa e spiacevole), mi investì un flusso ininterrotto di immagini di straordinaria plasticità e vivezza, accompagnata da un intenso gioco, come in un caleidoscopio, di forme e di colori. Questa condizione scomparve dopo qualche ora. La natura e il corso di questo straordinario disturbo mi suscitò il sospetto che la causa poteva essere qualche intossicazione esogena e che l'LSD col quale avevo lavorato quel pomeriggio poteva essere stato la causa di quella strana esperienza. Tuttavia non potevo immaginare come quel composto potesse aver trovato la via di penetrare nel mio organismo in quantità sufficiente per produrre tali sintomi. Per arrivare alla radice del problema decisi di condurre degli esperimenti su me stesso con la sostanza in questione.

Comincia con la più piccola quantità che doveva produrre il minimo effetto, e cioè 0,25 milligrammi di LSD. (...)ore 5, lieve confusione, irrequietezza, difficoltà di concentrazione, disturbi visivi, grande voglia di ridere. A questo punto gli appunti di laboratorio sono interrotti, le ultime parole furono scritte con grande difficoltà. Chiesi al mio assistente di accompagnarmi a casa, poichè credevo di avere solamente una ripetizione dei disturbi che ebbi l'ultimo venerdì. Mentre tornavamo in bicicletta a casa, divenne chiaro che i sintomi erano molto più forti. Il mio campo visivo oscillava di fronte a me e gli oggetti parevano distorti come le immagini in uno specchio non piatto. Io avevo l'impressione di non potere avanzare, benchè il mio assistente mi disse poi che pedalavamo a buona velocità. (...)»¹⁰⁴

Successivamente Timothy Leary (Springfield 1920 – Beverly Hills 1996)¹⁰⁵, insegnante di psicologia presso l'Università di Harvard, ha intuito che l'*LSD* poteva

¹⁰⁴ V. ANDREOLI *La testa piena di droga*, BUR Saggi, Milano, 2008, pp. 107-108

¹⁰⁵ Timothy Leary è stato uno scrittore e psicologo statunitense, noto per il suo attivismo in favore dell'uso delle droghe psichedeliche.

essere un ottimo strumento da utilizzare per sbloccare i traumi sepolti e aumentare la capacità di dare un senso alla propria vita. La sua idea era quella di utilizzare tale sostanza durante le sedute di psicoterapia, impiego che ben presto è stato abolito dal circuito psichiatrico e psicologico per diffondersi in tutta la società dell'epoca.

14.2 Modalità di assunzione

L'LSD non viene fumanta, nè sniffata, nè iniettata, ma si assume unicamente per via orale, come per quanto riguarda i funghetti "magici". Solitamente viene sciolta in acqua e successivamente messa in un contagocce su un pezzettino quadrato di carta di un centrimetro di lato.

Il fungo-muffa, quando viene acquistato si presenta come un francobollo, chiamato *trip*, che tradotto dalla lingua inglese significa «viaggio». L'aspetto è accattivante: spesso il "francobollo" è colorato e su di esso sono stampate figure molto popolari, tratte dai fumetti e dalla cultura pop, da Mickey Mouse a Bart Simpson.

Una volta messo in bocca, questo quadratino è sufficiente succhiarlo per sperimentarne, dopo circa trenta minuti, gli effetti.

Nei suoi appunti Albert Hoffmann spiegava:

«La dose efficace per via orale dell'LSD nell'uomo varia da 0.03 mg a 0,05 mg. Ciò significa che un grammo di LSD è sufficiente per compiere 20.000 viaggi.¹⁰⁶»

14.3 Gli effetti

L'esperienza legata all'ingestione di questa sostanza può essere schematizzata in tre momenti del viaggio:

1. *La partenza*: della durata di circa due ore, è caratterizzata da alterazioni neurovegetative;
2. *Il viaggio vero e proprio*: dura dalle cinque alle otto ore, è caratterizzato da allucinazioni, modificazioni della sfera emotiva, dello stato di coscienza e dei processi mnemonici;
3. *Il ritorno*: definito come il periodo di ripresa di contatto con la realtà, momento nel quale scompaiono gli effetti lasciando una profonda astenia.

¹⁰⁶ V. ANDREOLI *La testa piena di droga*, BUR Saggi, Milano, 2008, p. 109

Possono però sopraggiungere delle complicazioni sia nella partenza che nel ritorno del viaggio:

- *complicazioni della partenza*: stati d'angoscia;
- *complicazioni del viaggio vero e proprio*: alterazioni psichiche come stati acuti di paura e delirio;
- *complicazioni di ritorno*: dovute alla ricostruzione dell'Io dopo l'esperienza della sua disintegrazione.

Il chimico Albert Hoffmann, nel suo diario, raccontava in questo modo la sua prima esperienza:

«I sintomi salienti erano i seguenti: vertigini, disturbi visivi, le facce di coloro che mi circondavano apparivano come maschere colorate e grottesche. Alternanza di iperattività motoria e paralisi, alternanza della sensazione di pesantezza con quella di estrema levità, a volte ebbi la sensazione di aver lasciato il mio corpo e temetti di essere morto.

In contrasto con queste sensazioni soggettive, il medico trovò solamente un polso un po' debole, ma per il resto una circolazione normale. Le mie condizioni migliorarono considerevolmente dopo sei ore. Solo i disturbi della vista erano ancora notevoli. Ogni cosa sembrava ondeggiare e le proporzioni erano distorte come i riflessi sulla superficie dell'acqua in movimento. Inoltre gli oggetti apparivano di colori spiacevoli e costantemente modificati, la tinta predominante era un verde malsano e il blu. Quando chiusi gli occhi, mi sommerse una serie infinita di immagini, colorate, molto vivide e fantastiche. Un aspetto notevole era il modo in cui le percezioni acustiche, per esempio il rumore di un'automobile che passava, erano trasformate in effetti ottici, ogni suono evocava corrispondenti allucinazioni visive, colorate, che cambiavano costantemente di forma e colore come le immagini in un caleidoscopio. Circa l'una di notte mi addormentai e mi svegliai la mattina successiva perfettamente a posto.¹⁰⁷»

La descrizione del chimico riguardo la sua personale esperienza ha ricalcato i risultati ottenuti agli esperimenti condotti da Cargnello (Treviso 1911 – Valtellina 1998)¹⁰⁸ nel 1958 riguardo gli effetti provocati in seguito all'ingestione della sostanza:

- disturbi cenestesici, ossia senso di malessere, disagio e stanchezza;
- sensazioni di tremore, ondulazione, vibrazione, leggerezza e pesantezza;
- paralisi del tronco e degli arti;

¹⁰⁷ V. ANDREOLI *La testa piena di droga*, BUR Saggi, Milano, 2008, pp. 108-109

¹⁰⁸ Danilo Cargnello è stato uno dei maggiori esponenti della psichiatria italiana.

- dolore alla nuca;
- difficoltà di coordinazione dei movimenti fini delle mani e delle dita;
- ipersalivazione;
- aumento del battito cardiaco, della pressione, della temperatura corporea, della salivazione e dell'appetito.

15 Pcp

Il Pcp è la *fenciclidina*, un composto sintetizzato nel 1926 che provoca sull'uomo effetti allucinogeni.

15.1 Cenni storici

Inizialmente, il Pcp, veniva spruzzato su prezzemolo, menta o erba ed aggiunto al mangime degli animali di allevamento per tenerli tranquilli. Negli anni Cinquanta, veniva iniettato nelle vene, per essere impiegato come anestetico durante le operazioni chirurgiche. Alcuni pazienti, però, in seguito all'iniezione della sostanza, quando si svegliavano urlavano in preda agli incubi a causa delle allucinazioni che ne seguivano. Così i medici hanno smesso di impiegarlo sugli uomini, ma i veterinari non hanno rinunciato al suo utilizzo sugli animali, non perchè la sostanza non sia nociva, ma perchè essi, per ovvie ragioni, non sono in grado di esprimere lamentele.

15.2 Modalità di assunzione

Il Pcp può presentarsi:

- *in forma liquida*: viene iniettato, inghiottito oppure è possibile inzuppare una sigaretta nel liquido, che una volta asciutta si può fumare;
- *in polvere*: viene generalmente sniffata, ovvero aspirata dal naso tramite una cannuccia o direttamente dalla narice.

15.3 Gli effetti

La sostanza, se consumata con il “corretto” dosaggio, blocca i messaggi sensoriali inviati al sistema nervoso centrale abbassando le inibizioni e la paura del dolore, causando una separazione della mente dal corpo. Inoltre può scombussolare la

memoria a breve termine, causando piccole amnesie che cancellano ciò che è accaduto poco prima della sua assunzione.

Se assunta in dosi eccessive provoca sensazioni spiacevoli:

- confusione mentale;
- agitazione;
- aggressività;
- convulsioni;
- depressione respiratoria;
- instabilità cardiovascolare;
- collasso dei reni;
- coma.

16 Ketamina

La ketamina è una sostanza chimica, sviluppata nel 1962 dalla casa farmaceutica Parke-Davis che deriva dal Pcp. Si tratta di un farmaco utilizzato come anestetico dissociativo, sia sugli esseri umani, sia sugli animali.

Inizialmente era utilizzata come anestetico durante le operazioni chirurgiche, soprattutto sui soldati americani durante la Guerra del Vietnam. Come per il caso del Pcp, anche gli effetti di questa somministrazione sull'essere umano sono violenti, di conseguenza si è scelto di mantenerne solamente l'impiego veterinario.

Solitamente, la ketamina non viene prodotta dai trafficanti, che preferiscono spacciare sul mercato nero quella legale, utilizzata dai veterinari.

16.1 Gli effetti

Se la dose consumata è leggera si percepiscono sensazioni di separazione tra mente e corpo e insorgono difficoltà di coordinamento motorio.

Se il quantitativo assunto è elevato, invece, si hanno:

- allucinazioni;
- deliri;

- aumento del battito cardiaco e della pressione sanguigna;
- convulsioni;
- depressione respiratoria;
- coma.

17 Cocaina

*Cocaine – ERIC CLAPTON*¹⁰⁹

If you wanna hang out you've got to take her out, cocaine.

If you wanna get down, down on the ground, cocaine.

She don't lie, she don't lie, she don't lie, cocaine.

If you got bad news, you wanna kick them blues, cocaine.

When your day is done and you wanna run, cocaine.

She don't lie, she don't lie, she don't lie, cocaine.

If your thing is gone and you wanna ride on, cocaine.

Don't forget this fact, you can't get it back, cocaine.

She don't lie, she don't lie, she don't lie, cocaine.

She don't lie, she don't lie, she don't lie, cocaine.

¹⁰⁹ Eric Patric Clapton (Ripley 1945) è un cantautore, compositore e musicista britannico. *Cocaine* è un brano pubblicato nel 1977, all'interno dell'album *Slowhand*.

La cocaína è una sostanza stupefacente, la cui storia ha origini antichissime. É anche conosciuta con il nome di: coca, neve, polvere, dama bianca, signora bianca, bustina.

17.1 La pianta

Ci sono circa duecentocinquanta specie diverse di piante di coca, ma meno della metà contiene abbastanza cocaína da essere efficace. La pianta comunemente impiegata per la coltivazione di questa sostanza è la *Erythroxylum coca*, originaria del Perù e della Bolivia.

Può crescere fino a tre metri con belle foglie ovali, verdi e, curiosamente, sotto ciascuna foglia ci sono due nette righe bianche. L'arbusto sostiene dei piccoli fiori bianco-crema simili a quelli del melo, che si raccolgono ai lati in due o tre gruppetti, che producono frutti rossi dalla forma di un uovo. Le giovani piante vengono trapiantate dopo un anno e dopo diciotto mesi forniscono il loro primo raccolto di foglie, che sono ricche di calcio, ferro, fosforo e vitamine A, E e B2, e che sono un buon alimento. Alzano i livelli di glucosio nel sangue aiutando a combattere freddo, fatica e fame. Le foglie vengono considerate mature quando sono diventate così rigide che i piccioli si rompono appena toccati.

Una volta raccolte, le foglie vengono rapidamente essiccate, sia al sole che con l'aiuto del fuoco e stipate in sacchi per essere trasportate.

17.2 Cenni storici

La storia della cocaína ha inizio nelle antiche civiltà Incas del Perù. La leggenda narra che Manco Capac, figlio del divino del Sole, sia disceso al primo apparire della civiltà dalle alture del lago Titicaca¹¹⁰, portando la luce di suo padre agli infelici abitanti del paese, la conoscenza degli dei, l'uso delle arti e le foglie di coca. Questa divina pianta sazia gli affamati e dona forza ai deboli facendo dimenticare le proprie disgrazie. Le foglie di coca venivano offerte in sacrificio agli dei, masticate durante le celebrazioni religiose e messe nella bocca dei morti per assicurare loro una piacevole accoglienza nell'aldilà.

¹¹⁰ Il lago Titicaca si trova tra Bolivia e Perù.

Fin dal 500 a.C. i nativi delle Ande Centrali hanno masticato le foglie della coca per sopportare meglio la fatica, sostenere lunghe marce e controllare lo stimolo della fame, inoltre erano consapevoli che la coca produce un'insensibilità al dolore, una volta applicata sulla superficie del corpo, perciò la impiegavano durante le celebrazioni religiose.

Gli europei hanno scoperto l'esistenza della pianta della coca, conosciuta come la «divina pianta», solo dopo che i conquistadores spagnoli avevano sconfitto l'impero Incas conquistando le loro terre. Essi hanno osservato che la popolazione locale aveva adibito molti terreni alla coltivazione della pianta, ma nonostante ciò, era difficilmente reperibile, perchè la sua consumazione era prerogativa dei capi tribù. I conquistatori, però, non credevano alle veridicità dei meravigliosi effetti della pianta, che sospettavano essere opera del demonio per il ruolo che occupava nelle celebrazioni religiose.

Per questo pochi anni dopo la conquista un concilio tenutosi a Lima ha proibito l'uso della pianta etichettandola come «pagana e peccaminosa». Ben presto, però, sono stati costretti a ripermetterne l'uso, contribuendo essi stessi alla distribuzione delle foglie ai lavoratori almeno tre-quattro volte al giorno, concedendo delle pause per far masticar loro l'amata sostanza. Ciò è avvenuto perchè si era notato che con l'interdizione della coca ed il suo mancato consumo gli Indios non erano in grado di eseguire i pesanti lavori loro imposti nelle miniere, diventando meno produttivi.

La prima descrizione delle foglie di coca risale a Paolo Mantegazza (Monza 1831 – San Terenzo 1910)¹¹¹ che aveva vissuto qualche anno nelle regioni del Sud America ed aveva sperimentato su di sé i suoi effetti, divenendone un grande estimatore ed esaltatore. Nel 1859 ha pubblicato il saggio *Sulle virtù igieniche e medicinali della coca e sugli alimenti nervosi in generale*, nel quale erano contenute le sue osservazioni in merito agli effetti fisiologici e terapeutici della sostanza. Nella sua opera ha spiegato che gli Indios iniziavano ad assumere questo stimolante fin da giovani e che conservavano questa abitudine per tutta la vita, sfruttando le sue qualità per varie ragioni: superare un viaggio difficile, “giacere” con una donna, sopportare la fame e la fatica (...).

¹¹¹ Paolo Mantegazza è stato un fisiologo, antropologo, patriota e scrittore italiano.

Nello stesso anno il dottor Schuzer, membro della spedizione della fregata austriaca *Novara*, ha portato una partita di foglie di coca a Vienna, alcune delle quali successivamente inviate al professor Wöhler (Eschersheim 1800 – Gottinga 1882)¹¹² per fargliele esaminare. Niemann (Golsar 1834 - 1861)¹¹³, pupillo del professore, è riuscito ad isolare l'*alcaloide* della cocaina dalle foglie. La cocaina cristallizzata da Niemann si presenta in prismi di quattro o sei lati, grandi ed incolori; ha un sapore piuttosto amaro e produce un effetto anestetico sulle membrane mucose. Questa sostanza fonde alla temperatura di 98 °C e difficilmente si scioglie in acqua, mentre ciò avviene facilmente nell'alcol, nell'etere e negli acidi diluiti.

Nel 1863, Angelo Mariani (Pero 1838 – Parigi 1914)¹¹⁴, un giovane farmacista emigrato a Parigi in cerca di fortuna, aveva provato ad applicare lo stesso procedimento utilizzato per la lavorazione dell'oppio, che veniva sciolto nell'alcol per mascherarne il sapore amaro e rinforzarne l'effetto, vendutissimo come rimedio per tutti i dolori. Egli lasciò le foglie di coca a bagno nel vino per qualche giorno, per poi filtrarlo e venderlo con gli effetti ora potenziati, con il nome di *Vino Mariani*. Questo prodotto ha travolto immediatamente il mercato, non solo locale, ma anche internazionale, anche perchè Mariani è stato il precursore delle moderne strategie di marketing: spediva gratuitamente e senza che venissero richieste, casse del suo vino a personaggi famosi dell'epoca, in cambio richiedeva unicamente un commento sulla bevanda e una foto autografata. A giudicare dai cartelloni e dalle pagine pubblicitarie dei giornali erano tutti molto entusiasti del vino alla coca, ad esempio, Auguste Bartholdi (Colmar 1834 – Parigi 1904)¹¹⁵ ha raccontato che se l'avesse bevuto durante la costruzione della Statua della Libertà, l'avrebbe scolpita sicuramente più alta di centinaia di metri; esimi estimatori del preparato sono stati anche: Robert Luis Stevenson (Edimburgo 1850 – Vailima 1894)¹¹⁶, Thomas Edison (Milano 1847 - 1931)¹¹⁷, i fratelli Lumière¹¹⁸, William McKinley (Niles 1843 – Buffalo 1901)¹¹⁹, la

¹¹² Friedrich Wöhler è stato un chimico tedesco.

¹¹³ Albert Niemann è stato un chimico e farmacista tedesco.

¹¹⁴ Angelo Mariani è stato un chimico francese.

¹¹⁵ Auguste Bartholdi è stato un patriota e scultore francese. Autore di varie e imponenti sculture tra cui la Statua della Libertà, donata dalla Francia agli Stati Uniti.

¹¹⁶ Robert Louis Stevenson è stato uno scrittore scozzese, divenuto celebre nel 1883 grazie all'opera *L'isola del tesoro*.

¹¹⁷ Thomas Edison è stato un imprenditore statunitense ed un inventore. Tra le sue invenzioni ricordiamo: il fonografo, la lampada a incandescenza e la sedia elettrica.

Regina Vittoria (Londra 1819 – Isola di Wight 1901)¹²⁰ e papa Leone XIII (Carpineto Romano 1810 – Città del Vaticano 1903)¹²¹. Le enormi vendite del *Vino Mariani* spingono altri imprenditori a tentare la stessa strada.

L'americano John Stith Pemberton (Knoxville 1831 – Los Angeles 1888)¹²² ha copiato l'idea di lasciare le foglie di coca a macerare nel vino, aggiungendovi però un nuovo ingrediente: le noccioline di Kola, una pianta africana ricca di caffeina. Chiamò la bevanda Coca-Cola e la vendette principalmente agli anziani come tonico. Ben presto però, la pubblicità la lanciò come rimedio contro disturbi gastrici, stanchezza fisica e mentale, costipazione, mal di testa; e cura per impotenza e sterilità, in quanto ha la proprietà di rinvigorire gli organi sessuali.

Qualche anno dopo, le campagne anti-alcol cominciarono ad interessare maggiormente l'opinione pubblica, perciò Pemberton, preoccupato per la diminuzione delle vendite, ha provato a creare un infuso analcolico. Per mascherare il sapore amaro della coca e della kola, al posto del vino ha usato acqua gassata e una notevole dose di zucchero. È nato così un composto simile alla Coca-Cola che oggi consumiamo (nel preparato odierno sono presenti foglie di coca, alle quali è estratto il principio attivo, perché in caso contrario sarebbe da considerarsi una bevanda illegale).

Nel 1883 con il successo del vino e di altre bevande a base di foglie di coca, si è riaperto l'interesse per la cocaína in polvere. Un medico dell'esercito tedesco ha testato un campione della sostanza sui suoi soldati: ha sciolto in acqua la cocaína e l'ha data loro da bere. Da questo esperimento è emerso che i militari, con l'ausilio della sostanza erano in grado di combattere per giorni interi senza mangiare né dormire, per questo ha consigliato di impiegarla nell'esercito durante gli sforzi bellici.

¹¹⁸ I fratelli Lumière erano: Auguste Marie Louis (Besançon 1862 – Lione 1954) e Louis Jean (Besançon 1864 – Bandol 1948). Sono stati due imprenditori francesi, inventori del proiettore cinematografico e i primi cineasti della storia.

¹¹⁹ William McKinley è stato il venticinquesimo presidente degli Stati Uniti d'America.

¹²⁰ La regina Vittoria è stata la regina del Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda dal 1837 fino alla sua morte.

¹²¹ Papa Leone XIII, battezzato con il nome di Vincenzo Gioacchino Raffaele Luigi Pecci, è stato il duecentocinquantesimo Papa della Chiesa Cattolica. Viene ricordato come il pontefice che ritenne che fra i compiti della Chiesa rientrasse anche l'attività pastorale in campo socio-politico.

¹²² John Stith Pemberton è stato un farmacista statunitense, noto per essere stato l'inventore della Coca-Cola.

Sigmund Freud (Freiberg 1856 – Londra 1939)¹²³ nel 1884 ha pubblicato un saggio intitolato *Über Coca*¹²⁴, nel quale aveva raccolto tutta la letteratura sull'argomento sottolineando gli effetti euforizzanti ed esilaranti indotti dal consumo della sostanza. Egli stesso è stato un consumatore cronico della cocaína esaltandone le proprietà che lo avevano aiutato a superare momenti depressivi e a controllare situazioni di ansia acuta. Da queste sue personali osservazioni la cocaína ha trovato delle applicazioni in psichiatria:

- come stimolante;
- come afrodisiaco;
- come anestetico locale;
- nel trattamento dei disturbi gastrici, della dipendenza da morfina e da alcool e dell'asma.

Per il padre della psicoanalisi la cocaína era più potente e meno dannosa dell'alcol, trascurando gli effetti di tolleranza e dipendenza, ha sostenuto che non insorgeva nessuno stato di depressione una volta svanito l'effetto.

Nel 1905 è diventato popolare sniffare cocaína e nel 1910 gli ospedali e la letteratura medica hanno iniziato a segnalare casi di danni alle pareti nasali, derivanti dall'uso di questa droga.

Nel 1912 il governo statunitense ha segnalato un incremento dei decessi correlati all'abuso di cocaína, così che nel 1922 è stata ufficialmente bandita.

Fino agli anni Settanta, non se ne è più sentito parlare, ma è riemersa come la nuova droga alla moda per il mondo dello spettacolo e gli uomini d'affari. La cocaína sembrava essere la compagna ideale per ottenere un piacere facile ed immediato, in quanto forniva l'energia necessaria per rispondere ai frenetici ritmi richiesti dalla società.

Per questo fino ad allora, la coca era considerata una droga da ricchi, a causa del costo elevato della sostanza.

¹²³ Sigmund Freud è stato un neurologo e psicanalista austriaco, fondatore della psicoanalisi.

¹²⁴ *Über Coca* (Sulla coca) è un saggio pubblicato da Sigmund Freud nel 1884 sulla rivista tedesca *Centralblatt für die ges. Therapie*.

Alla fine del 1970, i trafficanti di droga colombiani hanno iniziato a creare una complessa rete di contrabbando di cocaina prima negli Stati Uniti e successivamente in Europa.

Dagli anni Ottanta è la droga più esportata e consumata al mondo.

17.3 Modalità di assunzione

La cocaina può essere:

- *inalata direttamente per via endonasale (sniffing)*: in gergo si dice sniffarla o «tirarla» con il naso. Un tempo, i consumatori più snob utilizzavano cannucce d'oro o d'argento e lamette in metallo prezioso per sminuzzarla, al fine di eliminare i possibili grumi o granelli che possono danneggiare il setto nasale e più in generale le vie respiratorie. Questa operazione richiede uno specchio o una superficie liscia sul quale appoggiarla. La polvere si divide solitamente in «strisce» o «piste» e per essere inalata solitamente si utilizzano foglietti, banconote arrotolate, o cannucce da bibita;
- *iniettata in endovena*: la pratica più frequente è quella di iniettare un miscuglio di cocaina-eroina, il cosiddetto *speedball*: l'effetto tranquillizzante dell'eroina antagonizza con l'effetto stimolante della coca.

17.4 Gli effetti

Gli effetti della cocaina sul consumatore sono:

- elevazione dell'umore, che può giungere fino all'eccitamento euforico;
- diminuzione marcata del senso di fame;
- indifferenza al dolore;
- potente azione anti-fatica;
- aumento dell'attività mentale;
- senso di onnipotenza.

Se l'assunzione si protrae nel tempo:

- all'euforia si accompagna una sensazione di ansietà, sospetto e paranoia;
- possono insorgere:

- problemi all'apparato respiratorio e a quello circolatorio;
- disfunzioni dell'apparato motorio: i consumatori sono spinti alla ripetizione meccanica di certe azioni (tic nervosi);
- inibizione delle prestazioni sessuali: difficoltà ad avere un'erezione e a raggiungere l'orgasmo.

17.5 Crack

La normale cocaina in polvere, può essere solo inalata o iniettata, non può essere fumata perchè in questa forma, brucia soltanto.

Negli anni Settanta si scopre un metodo per creare sassi di cocaina fumabile: basta mescolare acqua, bicarbonato e la sostanza.

Questa è la versione più micidiale della coca, perchè fumarla porta vapori di droga pura al cervello, dove viene assorbita meglio e più velocemente, producendo una sensazione fortissima in soli cinque secondi.

Il crack dà una botta di energia e piacere più intensi di qualsiasi altra droga: ci si sente perfetti per circa dieci minuti, poi subentrano l'ansia e l'irritabilità, in seguito l'unico pensiero è quello di riprovare la medesima sensazione.

Gli effetti collaterali però sono pesanti:

- dolore al petto;
- infiammazione dei polmoni;
- complicazioni respiratorie;
- in casi estremi: arresto cardiaco o deficit respiratorio.

18 Oppio

L'oppio e i suoi derivati fanno parte del più antico gruppo di droghe «che fanno andare giù», le quali vengono utilizzate principalmente per alleviare il dolore, fermare la diarrea e regolare la tosse.

Nei secoli l'uomo ha utilizzato, trattato e lavorato, in modi diversi, la resina bianchiccia e collosa del *Papaver somniferum*, con l'obiettivo di ottenere sostanze sempre più potenti ed efficaci.

18.1 La pianta

L'oppio si raccoglie dal *Papaver somniferum*, una pianta alta novanta-centocinquanta centimetri con fiori bianchi, rossi e viola. Quando i quattro petali cadono, la base del fiore inizia a gonfiarsi fino a diventare un baccello verde-grigio scuro grande circa cinque centimetri. Al suo interno ci sono i semi e una sostanza lattiginosa che serve a difenderli dagli insetti. In ogni baccello ci sono circa trentamila semi che, se mangiati crudi, sono ricchi di sostanze nutrienti, ma vengono anche schiacciati per farne dell'olio o polverizzati in farina per creare tortine o zuppette.

Due settimane dopo che i petali sono caduti, le piante vengono esaminate: se il baccello è gonfio e le punte sono alzate come una corona, si procede alla raccolta.

Scegliere il momento giusto è fondamentale, perché il liquido viene prodotto solo per un periodo di circa dieci giorni. Il baccello viene inciso con un coltellino che ha tre piccole lame: l'oppio, liquido e biancastro, inizia a colare dai tagli e a formare una gomma appiccicosa e marroncina. Si lascia riposare durante la notte e la mattina dopo, quando si è un po' indurita, si gratta via con un altro coltellino e si asciuga al sole per formare una pallina morbida, di colore marrone, che verrà successivamente lavorata e trasformata nei derivati della sostanza: morfina, eroina e metadone.

18.2 Cenni storici

La scoperta, la conoscenza e l'utilizzo dell'oppio hanno origini molto antiche, probabilmente, già nel 5.000 a.C. i Sumeri ne facevano uso per calmare i bambini e tenere tranquilli i «malati di mente». Ben presto, però le sue capacità di sopprimere il dolore, la tosse e la diarrea e le sue proprietà tranquillanti ed euforiche la rendono una pianta indispensabile.

Nell'arte antica, infatti, il papavero è il simbolo mitologico del dio del sonno, del dio che dà sonno, Somnus, che si presenta con l'aspetto di un uomo barbuto che si china

sul dormiente, versando sulle sue palpebre succo di papavero che sgorga da un corno che tiene in mano.

Presso i Greci, Demetra era la dea dei papaveri e durante le feste in suo onore venivano preparati dolcetti al papavero. Egizi, greci e romani utilizzavano il papavero ed erano consapevoli che la sua assunzione creasse dipendenza, testimonianze della sua somministrazione esistono:

- Ippocrate¹²⁵, il padre della medicina, lo prescrisse per conciliare il sonno e per sedare i pazienti durante le operazioni;
- Plinio¹²⁶ lo consigliò agli infermi e agli anziani per porre fine alle loro sofferenze;
- Socrate¹²⁷, quando si suicidò, non bevve solo cicuta, ma ad essa aggiunse l'oppio per sopportare il dolore dell'avvelenamento;
- Agrippina¹²⁸ lo utilizzò per avvelenare Britannicus¹²⁹, il figlio di Claudio¹³⁰, per far ereditare l'Impero al figlio Nerone¹³¹;
- Galeno¹³², il più famoso medico romano, elencò tutti gli usi per cui era consigliato l'uso dell'oppio:
 - avvelenamenti e morsi velenosi;
 - mal di testa cronico;
 - vertigini;
 - sordità;
 - epilessia;
 - diminuzione della vista;

¹²⁵ Ippocrate (Grecia 460 a.C. – Grecia 370 a.C.) è stato definito il padre della medicina.

¹²⁶ Plinio (23 d.C. – 79 d.C.), conosciuto come Plinio il Vecchio, è stato uno scrittore, un naturalista e un ammiraglio romano.

¹²⁷ Socrate (470/469 a.C. – 399 a.C.) è stato un filosofo greco antico, uno dei maggiori esponenti della filosofia Occidentale odierna.

¹²⁸ Giulia Agrippina Augusta (15 d.C. – 59 d.C.), conosciuta come Agrippina, è stata la prima donna a governare l'Impero romano come reggente, durante i primi anni del figlio Nerone.

¹²⁹ Tiberio Claudio Cesare Britannico (41 d.C. – 55 d.C.), conosciuto come Britannicus, è stato un nobile romano figlio dell'imperatore Claudio e della sua terza moglie Valeria Messalina.

¹³⁰ Tiberio Claudio Cesare Augusto Germanico (10 a.C. – 54 d.C.), conosciuto come Claudio, è stato il quarto imperatore romano della dinastia giulio-claudia, ed il primo a nascere fuori dall'Italia. Morì per avvelenamento da oppio, per mano di Agrippina.

¹³¹ Lucio Domizio Enobarbo Nerone Claudio Cesare Augusto Germanico (37 d.C. – 68 d.C.), conosciuto come Nerone, è stato il quinto e ultimo imperatore della dinastia giulio-claudia; successore di Claudio, il suo padre adottivo, governò per quattordici anni, fino al suicidio.

¹³² Galeno (130 d.C. – 200d.C.) è stato un medico della Grecia antica.

- perdita della voce;
- asma;
- tosse;
- mancanza di fiato;
- coliche;
- problemi urinari;
- febbre;
- dolori mestruali;
- disturbi dell'umore.

Dopo il crollo dell'Impero Romano (476 d.C.) l'oppio cadde in disuso, fino al Cinquecento, quando il chimico svizzero Paracelso (Einsiedeln 1493 – Salisburgo 1541)¹³³ è tornato da un viaggio in Oriente con la ricetta del *laudano*, un composto ottenuto mescolando alcol, succo di stramonio, polvere di perla, corallo, ambra, muschio, spezie, oli essenziali e oppio. Il prodotto ottenuto era utile per la cura di qualsiasi malattia, in quanto eliminava il dolore, migliorando l'umore dei consumatori.

Paracelso non ha avuto molta fortuna, perché variava le dosi in base ai pazienti ed alle loro malattie. Thomas Sydenham (Wynford Eagle 1624 – Londra 1689)¹³⁴ invece, è stato il primo a produrre in serie la sostanza utilizzando gli stessi ingredienti per tutti i potenziali assuntori. Il *laudano* ha avuto moltissimo successo in ogni ceto sociale, consumato per la maggior parte da donne, perché prescritto come rimedio contro menopausa, anemia, angina, depressione ed esaurimento; e dai bambini, perché aveva effetti tranquillanti e soporiferi.

Nel 1800 esistevano più di centinaia di tonici, pillole, cristalli, polveri, sciroppi (anche per bambini), vini, oli e anche clisteri, contenenti oppio.

Nel 1821 è stata descritta per la prima volta l'immagine del drogato, ad opera di Thomas De Quincy (Manchester 1785 – Edimburgo 1859)¹³⁵, che ha pubblicato a puntate, sul *London Magazine*, un giornale dell'epoca, le *Confessioni di un*

¹³³ Philippus Areolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, detto Paracelso, è stato un medico, astrologo e alchimista svizzero.

¹³⁴ Thomas Sydenham è stato uno dei padri della medicina inglese.

¹³⁵ Thomas De Quincy è stato uno scrittore, giornalista, saggista e traduttore inglese, fra i più originali e significativi del suo tempo.

*mangiatore d'oppio*¹³⁶, diventato ben presto un caso editoriale, nel quale venivano narrate nei dettagli le modalità con cui la droga si insinua nel corpo e nella mente degli individui, spiegando i meccanismi del desiderio, della tolleranza, della dipendenza e dell'astinenza. De Quincy ha spiegato come la sostanza, che inizialmente offre sollievo, diventi con l'uso causa di dolori atroci, trasformandosi da cura a malattia.

18.3 Gli effetti

L'oppio agisce sul corpo umano:

- come un sistema di bloccaggio della percezione di dolore intenso;
- diminuendo i battiti cardiaci, la pressione sanguigna, la respirazione e i movimenti;
- ritardando il ciclo mestruale;
- diminuendo il testosterone ed il desiderio sessuale.

¹³⁶ *Confessioni di un mangiatore d'oppio* è un romanzo autobiografico dello scrittore inglese, pubblicato prima in puntate sul *London Magazine*, nel 1821 e uscito in un unico volume nel 1822.

19 Eroina

*Heroin*¹³⁷ - VELVET UNDERGROUND

*I don't know just where I'm going
But I'm gonna try for the kingdom if I can
'Cause it makes me feel like I'm a man
When I put a spike into my vein
Then I tell you things aren't quite the same
When I'm rushing on my run
And I feel just like Jesus' son
And I guess that I just don't know
And I guess that I just don't know
I have made big decision
I'm gonna try to nullify my life
'Cause when the blood begins to flow
When it shoots up the dropper's neck
When I'm closing in on death
And you can't help me, not you guys
Or all you sweet girls with all your sweet
talk
You can all go take a walk
And I guess I just don't know
And I guess that I just don't know
I wish that I was born a thousand years
ago
I wish that I'd sailed the darkened seas
On a great big clipper ship
Going from this land here to that
Ah, in a sailor's suit and cap*

*Away from the big city
Where a man cannot be free*

*Of all the evils of this town
And of himself and those around
Oh, and I guess that I just don't know
Oh, and I guess that I just don't know
Heroin, be the death of me
Heroin, it's my wife and it's my life, ha-ha
Because a mainer to my vein
Leads to a center in my head
And then I'm better off than dead
Because when the smack begins to flow
I really don't care anymore
About all the Jim-Jims in this town
And all the politicians making crazy
sounds
And everybody putting everybody else
down
And all the dead bodies piled up in mounds
'Cause when the smack begins to flow
Then I really don't care anymore
Ah, when that heroin is in my blood, hah
And that blood is in my head
Man thank God that I'm good as dead
And thank your God that I'm not aware
And thank God that I just don't care
And I guess that I just don't know
Oh, and I guess that I just don't know*

¹³⁷ I Velvet Underground sono stati un gruppo rock statunitense, nato nel 1964 e sciolto nel 1973. Il brano *Heroin* è stato pubblicato nel 1967, all'interno del loro album d'esordio *The Velvet Underground & Nico*.

L'eroina è la sostanza stupefacente che più rapidamente conduce l'assuntore ad una dipendenza fisica, conosciuta anche con il nome di: caramellato, E, ero, farina, limo, merda, pera, polvere, roba, buco.

19.1 Cenni storici

L'eroina è un derivato dell'oppio, scoperto in laboratorio alla fine dell'Ottocento.

Nel 1873 il chimico inglese Charles R. A. Wright ha sintetizzato in laboratorio un derivato ottenuto dall'*acido acetilico*, che altera la morfina in *diacetilmorfina*, una sostanza che penetra meglio la barriera grassa del cervello e ha un effetto cinque volte più potente. La sua intuizione però, non riscuote il successo sperato. Solo anni dopo, nel 1897 la Bayer¹³⁸, una grande casa farmaceutica tedesca, ha presentato la stessa molecola battezzandola eroina. La scelta del nome non è stata casuale, in quanto stava ad indicare che si trattava del primo farmaco per curare la dipendenza da morfina.

L'uomo occidentale, come aveva già fatto nel passato, ha sperimentato questa nuova sostanza, esportata dalla casa farmaceutica in ventitrè Paesi del mondo, come rimedio:

- per la tosse: disponibile in tutte le forme pastiglie, sciroppi, sali solubili in acqua, elisir (...);
- per la dipendenza da morfina: emblematico è il fatto che almeno all'inizio la cura funziona veramente, perchè il morfinomane abbandonava volentieri la vecchia sostanza, per dedicarsi a questa nuova ancora più potente. In questo modo non si “guarisce” dalla dipendenza da morfina, ma la si trasforma in dipendenza da eroina.

Nel 1913 la Bayer ha smesso di produrla, in quanto il mondo, nel frattempo, aveva ammesso che l'eroina è più pericolosa della morfina.

19.2 Modalità di assunzione

L'eroina si presenta come una polvere giallastra o marrone, spesso granulosa, simile allo zucchero di canna tagliato molto fine. Ha sapore e odore dolciastro, che deriva

¹³⁸ La Bayer è un'azienda chimica e farmaceutica fondata a Barmen, in Germania, nel 1863.

soprattutto dagli elementi con il quale è tagliata, ovvero lo zucchero ed il caffè. Viene venduta in «bustine», cioè avvolta in alluminio, cellophane o carta stagnola.

Il composto può essere:

- ingerito;
- fumato;
- sniffato;
- iniettato: sottopelle, intramuscolo o in endovena.

L'endovena è la modalità preferita dai tossicomani perchè in questo modo gli oppioidi, che provocano una sensazione molto piacevole ed intensa, giungono immediatamente al cervello attraverso il sistema venoso producendo un effetto chiamato «flash». Per essere iniettata, l'eroina deve essere sciolta nel liquido diluente che si acquista in farmacia con la siringa. Molto spesso, però, per ragioni economiche, gli eroinomani mescolano la droga ad acqua presa da un rubinetto, senza nemmeno farla bollire, la scaldano in un cucchiaino o in una scatoletta metallica, ci aggiungono del succo di limone per scioglierla meglio, infine utilizzano il filtro di una sigaretta come tampone che immergono nel liquido, dal quale, con l'ago, prelevano la sostanza per depurarla dei grumi che potrebbero provocare embolia; poi se la «sparano».

Un'enorme quantità di batteri e virus arriva così direttamente al sangue senza che il corpo possa difendersi. Molto spesso, inoltre, i tossici non cambiano la siringa tra una dose e l'altra e, spesso, questa viene scambiata tra consumatori. In questo modo il rischio di contrarre malattie come Aids, sifilide, epatite, (...) aumenta.

19.3 Gli effetti

«La gente pensa che si tratti di miseria, disperazione, morte, merdate del genere, che pure non vanno ignorate. Quello che la gente dimentica è quanto sia piacevole, sennò noi non lo faremmo. In fondo non siamo mica stupidi! Almeno non fino a questo punto, e che cazzo! Prendete l'ogasso più forte che avete mai provato. Moltiplicatelo per mille. Neanche allora ci siete vicini.»¹³⁹

¹³⁹ *Trainspotting*. Reg. Danny Boyle, Att. Ewan McGregor, Robert Carlyle, Ewewn Bremner, Jonny Lee Miller, Kevin McKidd. Gran Bretagna, 1996, cit. Mark Renton, 2.28-3.22

L'uso cronico di eroina riduce l'abilità del corpo di produrre *dopamina*, il neurotrasmettitore che ci fa sentire bene. Per questo il drogato sperimenta l'incapacità di provare piacere, percependo sensazioni di inutilità e disagio che aumentano ulteriormente il desiderio di usarne ancora.

Il fatto di poterla iniettare rende questa droga molto pericolosa: inizialmente si comincia dalle vene dell'incavo del braccio, che sono le più esposte e le più semplici da trovare; poi l'uso eccessivo le fa collassare e le distrugge, promuovendo il passaggio a quelle di piedi, mani, gambe, collo fino a quelle del pene.

Gli effetti a breve termine che l'iniezione provoca sono:

- senso di benessere attraverso la riduzione dell'ansietà e della depressione;
- senso di pace, calma e tranquillità;
- effetti analgesici.

Questa fase iniziale ha una durata di pochi minuti ed è seguita immediatamente da un'altra caratterizzata da calma, rilassamento, soddisfazione e distacco dalla realtà.

Nel frattempo si inizia a percepire:

- accaldamento della pelle;
- secchezza della bocca;
- sensazione di pesantezza alle estremità che può essere accompagnata da nausea, vomito e forte prurito;
- costrizione delle pupille a «spillo»;
- sonnolenza, apatia, difficoltà a concentrarsi, diminuzione dell'attività fisica e psichica.

L'assunzione prolungata di eroina comporta una serie di problematiche per il corpo e una progressiva debilitazione fisica. Anche dopo poche dosi possono presentarsi:

- costipazione;
- irregolarità del ciclo mestruale;
- apatia;
- decremento dell'appetito con conseguente malnutrizione e perdita di peso;

- deterioramento dei denti con l'insorgere di carie ed indebolimento delle gengive;
- riduzione delle endorfine che interagiscono con il sistema di percezione del dolore;
- danni agli organi interni (polmoni, fegato e reni);
- otturazione dei vasi sanguigni, delle strutture nasali o insorgenza di problemi respiratori, a seconda del metodo di assunzione;
- rapido sviluppo di tolleranza e dipendenza fisica e psichica, che rendono necessari il costante aumento della dose di sostanza da assumere;
- insorgenza di crisi d'astinenza;
- compromissione dei legami familiari, amicali e lavorativi;
- costante necessità di denaro, che spinge i dipendenti verso l'illegalità, inducendoli a: prostituirsi, spacciare o rubare.

19.4 La crisi di astinenza

Abitualmente si manifesta otto-dodici ore dopo l'ultima somministrazione, presentandosi con sintomi peculiari:

- sbadigli;
- congestione nasale;
- disturbi respiratori;
- apnea periodica;
- lacrimazione;
- sudorazione;
- tensione muscolare;
- dolori in sede lombare e alla muscolatura paravertebrale;
- perdita eccessiva di peso;
- rigurgiti;
- brividi;
- convulsioni;
- stato d'ansia;
- pianto a toni acuti;

- aumento della frequenza respiratoria;
- diarrea;
- irritabilità;
- iperattività;
- tremori;
- collasso.

20 Metadone

Il metadone è un oppioide sintetico, ossia prodotto integralmente in laboratorio, ma con principi che derivano dal prodotto naturale. Viene usato in medicina come analgesico durante le cure palliative, nel controllo del dolore cronico, ed è utilizzato come terapia sostitutiva della dipendenza da stupefacenti, principalmente da eroina.

Si tratta di un composto sintetizzato in Germania nel 1937, chimicamente diverso da eroina e morfina, ma che agisce sull'uomo in modo simile.

Nel 1964 metadone ed eroina iniziavano a rappresentare un'inscindibile realtà. La sostanza, sulla base della capacità di togliere gli effetti da astinenza da eroina, è stata usata:

- *per la disintossicazione acuta*: somministrato ai tossicodipendenti per alleviarli da sindromi di astinenza particolarmente gravi e acuti, diminuendo cioè la dipendenza fisica;
- *per la sostituzione dell'eroina*: somministrato cronicamente con ruolo di mantenimento e sostituzione.

Dall'analisi di questi due impieghi terapeutici è possibile osservare che il metadone non può essere considerato una terapia, ma una droga a tutti gli effetti. La sostanza diventa così il farmaco per il tossicodipendente e la droga per coloro che iniziano un uso non-terapeutico della stessa. Il metadone può essere definito a tutti gli effetti la «droga dello Stato», perchè con l'ausilio di una ricetta medica, può essere facilmente reperibile (gratuitamente) in qualsiasi farmacia. In questo modo l'unico aspetto positivo causato dalla sostanza è il fatto che diminuisca il tasso di criminalità, di furti commessi al fine di ricercare denaro utile per l'acquisto di eroina.

Il metadone:

- è tossico, al pari dell'eroina;
- si assume oralmente, per bocca, tramite gocce mescolate con acqua;
- induce uno stato di depressione, per questo spesso il suo consumo è associato all'abuso di alcol;
- mantiene un senso di distacco e disinteresse nei confronti della realtà, rendendo le persone apatiche;
- contribuisce in senso negativo al lavoro psicoterapico che accompagna ogni percorso di riabilitazione;
- crea dipendenza fisica.

21 Farmaci ad uso non-terapeutico

Gli uomini, fin dall'antichità, hanno cercato di ridurre l'ansia e di raggiungere uno stato di pace e calma, attraverso la meditazione, la pratica religiosa, la psicoterapia e una moltitudine di sostanze chimiche. Inizialmente, l'essere umano per raggiungere questi scopi tendeva ad utilizzare l'alcol, in quanto produce questo tipo di effetti. Ma, con il progresso della chimica, della biologia e della scienza sono stati individuati dei farmaci specifici, contenenti sostanze capaci di modificare le sensazioni umane, senza ricorrere all'utilizzo di grandi quantitativi.

21.1 Tranquillanti

L'origine della moderna farmacologia della sedazione risale alla metà dell'Ottocento, con la sintesi del *cloralio idrato*, un composto bianco, irritante e dall'odore pungente, utilizzato per alleviare la tensione e l'insonnia. Si tratta di un tranquillante che presenta gli effetti di un sonnifero, veniva bevuto prima di andare a dormire, ed era consigliato principalmente alle donne. L'*idrato di cloralio* provoca, in chi lo assume, gli stessi effetti di una forte ubriacatura, dà tolleranza e crea forte dipendenza.

I tranquillanti odierni, agiscono in fretta, danno meno dipendenza rispetto ai predecessori, ma se abusati causano:

- diarrea;
- nausea;

- mal di testa;
- vertigini;
- disturbi della memoria;
- disturbi dell'apprendimento.

21.2 Barbiturici

La popolarità e le vendite dei sedativi chimici spingono le industrie farmaceutiche ad investire in questa tipologia di prodotti. Nel 1903 la casa farmaceutica Bayer, dalla sintesi dell'*acido barbiturico* crea il Veronal¹⁴⁰, il primo dei farmaci utilizzati per curare le tristezze della vita moderna.

I barbiturici provocano dipendenza, scatenando inizialmente una sensazione di euforia e disinibizione, che si trasforma rapidamente in una sensazione di sonnolenza.

21.3 Benzodiazepine

La ricerca di sedativi con minori effetti collaterali e problemi di dipendenza, induce lo sviluppo delle benzodiazepine, farmaci ideali per il trattamento dell'ansia. La loro azione induce il potenziamento di una sostanza naturale, che già circola nel cervello, il neurotrasmettitore GABA, che è legato al sistema inibitorio. L'aumento della sua azione riduce l'insorgere dei pensieri ansiosi e dei messaggi stimolanti, che eccitano il cervello, producendo sensazioni di benessere.

Le prime benzodiazepine sono state prodotte dalla casa farmaceutica Hoffmann-La Roche e sono tutt'oggi conosciute sotto il nome di Valium e Librium.

¹⁴⁰ Il Veronal è un barbiturico, che deve il suo nome a Verona, definita dall'inventore come la città più pacifica in cui si era recato.

Capitolo Terzo

Il significato della dipendenza

«É tossica. Questa è l'etichetta socio-gudiziaria che si porta addosso.»¹⁴¹

In ogni modo sono libera! Proclama la mia giovane ospite, cambiando posizione sulla poltrona che scricchiola.

Non proprio, Myriam, non proprio! La droga l'ha ridotta di tanto, la tua libertà.¹⁴²

Quante probabilità ha Myriam di cavarsela? Impossibile prevederlo. É difficile determinare come si entra nella droga. Ma è ancora più difficile sapere come se ne esce!»¹⁴³

Claude Olievenstein in *Droga: un grande psichiatra racconta trent'anni con i tossicodipendenti* racconta la storia di Myriam, un'adolescente approdata nel suo centro in seguito all'arresto per detenzione e consumo di stupefacenti, da parte di un poliziotto e di un giudice che avevano avuto pietà della giovane, tramutando la pena in un obbligo: la ragazzina si sarebbe dovuta recare regolarmente con la madre in un centro per disintossicarsi.

Al primo appuntamento la ragazzina si presentò spavalda nei confronti dello psichiatra che le propose una via da percorrere verso «l'uscita dal tunnel» della dipendenza che stava segnando irrimediabilmente la sua giovane vita. Myriam non comprese o non volle ascoltare le parole di Olievenstein ripetendo felice la sua condizione di persona libera che aveva evitato il carcere, dichiarando la ferma decisione di non voler procedere con il programma. Siccome lo psichiatra non prevedeva nessuna forma di coercizione per obbligare i suoi utenti a partecipare alla terapia, non si oppose alle intenzioni della giovane, egli ritenne che non era possibile proporre o fare «nulla di valido» senza il consenso del tossicodipendente.

¹⁴¹ OLIEVENSTEIN CLAUDE *Droga: un grande psichiatra racconta trent'anni con i tossicodipendenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001, p. 5

¹⁴² *Ibidem*, p. 8

¹⁴³ *Ibidem*, p. 12

Poco tempo dopo lo psichiatra seppe che la giovane vita era stata spezzata in seguito ad un'overdose da eroina.

1 La dipendenza

«Quattro anni prima, agli inizi del suo rapporto con l'eroina, Claudio era convinto che sarebbe riuscito in qualche modo a controllarne l'uso ottenendo il massimo dei vantaggi con il minimo dei pericoli. Era convinto, inoltre, come del resto molti ragazzi che dividevano con lui tale esperienza, di poter smettere nel momento stesso in cui l'avrebbe deciso, senza che tale decisione potesse comportare particolari sforzi o fatiche.

Non fu necessario che passasse molto tempo per accorgersi, al contrario, che cominciava a vivere le proprie giornate sempre più in funzione dell'eroina, che arrivò a condizionarne ogni momento»¹⁴⁴.

Tutte le persone che iniziano a consumare una o più sostanze capaci di alterare sensazioni e percezioni sono convinte che loro, a differenza degli altri, non «ci resteranno sotto» perché saranno in grado di controllarsi e di fermarsi quando lo riterranno più opportuno. Don Redento Tignonsini, sostiene che:

«Uno che dice «smetto quando voglio», non smetterà mai»¹⁴⁵

I consumatori «del fine settimana» e saltuari, più o meno rapidamente, a seconda della sostanza assunta, divengono dipendenti da essa, dapprima inconsciamente, aspettando con ansia l'arrivo del giorno e dell'ora previsti per «l'appuntamento» con la droga poi, man mano le attese divengono più brevi e ravvicinate, fino a quando non si inizia a parlare di una dipendenza vera e propria, caratterizzata da quello stato di bisogno per cui un individuo è necessitato ad assumere una sostanza.

Inizialmente il bisogno è inconsapevole e la persona partecipa alla vita familiare, si reca a scuola, all'università o al lavoro, mantenendo una vita sociale «normale ed attiva», successivamente si ritira in se stesso o meglio la sua vita inizia a ruotare

¹⁴⁴ V. ANDREOLI *La testa piena di droga*, Bur Rizzoli, Milano, 2008, p. 294

¹⁴⁵ SETTORE DELLE POLITICHE SOCIALI – BERGAMO *Droga: come parlare e intervenire con i nostri giovani: atti del Convegno del 15 aprile 2003*, Ferrari Grafiche Spa, Clusone, 2004, p. 57

completamente e totalmente intorno alla sostanza: come e dove procurarsela, come e dove reperire i soldi, etc.

La vita del consumatore cambia completamente nel momento in cui iniziano a sorgere i sintomi della dipendenza: i rapporti affettivi esistono unicamente in virtù della sostanza e sono strumentali ad essa.

Il rapporto con la sostanza stupefacente infatti diventa esclusivo, tanto che nel momento in cui la si è appena consumata insorge la preoccupazione di procurarsene una dose per il successivo utilizzo. La persona non pensa più ad un futuro, ma alle ore successive per evitare l'insorgere delle crisi di astinenza.

«Il dipendente non usa più la mente, perchè la testa gli si è riempita di droga e non pensa ad altro. Non può produrre nessuna idea se non la ripetizione monotona e ossessiva del bisogno di droga»¹⁴⁶.

2 Incidenza delle caratteristiche individuali

Alcuni studi mostrano e dimostrano che esistono diversi fattori che incidono in maniera consistente sull'evoluzione dei comportamenti, legati a situazioni di consumo e abuso di sostanze:

1. la vulnerabilità individuale nei confronti dell'assunzione di sostanze;
2. il rapporto personale con gli effetti diretti delle sostanze e il contesto dell'assunzione (significati e funzione del consumo, rilevanza e centralità dell'esperienza e del *setting* in cui si compie);
3. le situazioni ambientali e socio-relazionali che incentivano o limitano il consumo: i fattori esterni esercitano un potente rinforzo e o condizionamento sui comportamenti individuali;
4. l'assunzione contemporanea di più sostanze (alcol incluso) come indicatore di maggiore o minore esposizione al rischio;
5. la facilità di reperimento delle sostanze in termini di disponibilità e di economicità, un parametro cruciale nelle fasi iniziali del rapporto con le sostanze stupefacenti.

¹⁴⁶ V. ANDREOLI *Carissimo amico. Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, p. 32

Tali fattori, legati ad altri più specifici ed individuali, determinano traiettorie differenti in soggetti all'apparenza esposti alle medesime esperienze. Ad esempio, la diminuzione del prezzo d'acquisto delle sostanze è un fattore rilevante nelle fasi di iniziazione, in quanto non è necessaria un'attivazione particolare per reperire il denaro, perchè i soldi di cui si dispone sono sufficienti (si pensi che 1g di «erba» si aggira attorno ai 10 Euro; 1g di eroina circa 20-30 Euro ed 1g di cocaina circa 50 Euro).

2.1 La vulnerabilità individuale

É necessario, ai fini della nostra trattazione, proporre una riflessione sul concetto di vulnerabilità, intesa in termini bio-psico-sociali, perché designata come l'indicatore privilegiato e maggiormente impiegato ai fini della comprensione e della definizione eziopatologica dell'evoluzione del processo di crescita personale.

Le ricerche mostrano come le persone manifestano diverse reazioni di fronte agli eventi della vita e dimostrano come le risposte individuali sono molto diverse di fronte a situazioni simili. La vulnerabilità espressa o inespressa e la misura della sua presenza costituiscono uno dei tratti che indica in termini di maggiori o minori probabilità l'evoluzione di una persona verso risposte adeguate ed integrate oppure verso risposte inadeguate o patologiche.

Esistono elementi bio-psico-sociali sui quali riflettere:

- le caratteristiche uniche, congenite e acquisite dell'individuo che lo rendono più o meno vulnerabile;
- i peculiari tratti dell'ambiente: protettivi, supportivi, stressanti, distruttivi, incentivanti comportamenti a rischio, etc.;
- le caratteristiche familiari in senso positivo o negativo;
- le condizioni socio-economiche date che rendono i soggetti più o meno vulnerabili;
- la combinazione con specifici tratti individuali delle caratteristiche farmacocinetiche intrinseche alle differenti sostanze.

La vulnerabilità definita dall'analisi di queste componenti non delinea però un gruppo di predestinati, ma evidenzia diversi profili potenzialmente a rischio. Ciò non significa

che automaticamente le persone indicate, con ampi margini di probabilità, incorreranno in problematiche di dipendenza, perchè nel processo di sviluppo personale esistono contemporaneamente azioni predeterminate e destinazioni modificabili. Tali componenti consentono di assumere una posizione realistica di fronte alle situazioni, in quanto è possibile conferire all'esistenza una fisionomia intenzionale, unica e razionale. La personalità è un sistema complesso, per certi versi gerarchico, che unisce dimensioni psico-biologiche determinate a tratti flessibili e aperti al cambiamento.

«Occorre precisare anche che molta gente possiede nel patrimonio delle acquisizioni infantili elementi simili a quelli del tossicomane, ma non è questa una ragione sufficiente per farla divenire tossicomane. Due sono le condizioni necessarie e sufficienti perchè qualcuno con un tale tipo di acquisizioni diventi tossicomane:

- la prima: il fatto che egli incontri la droga;
- la seconda: il suo rapporto con il trasgredire la Legge»¹⁴⁷.

3 Dal consumo all'abuso: la «carriera della tossicodipendenza»

Nell'ottica della valutazione delle condotte e della loro gravità, ai fini di una eventuale definizione di intervento i parametri da considerare sono:

- a) l'età dell'esordio, come fattore predittivo del decorso;
- b) le motivazioni ed i significati attribuiti al consumo;
- c) le caratteristiche socio-relazionali della persona, del suo contesto familiare e della sua rete di riferimento;
- d) le caratteristiche delle personalità in termini di tratti prevalenti, analizzato come elementi predittivi del decorso;
- e) la qualità dello stile di consumo in termini di gravità e pericolosità dello stesso;
- f) le caratteristiche psicopatologiche individuali, che in alcuni casi concorrono in maniera decisiva ai comportamenti in questione, con ricorso a interventi di natura clinico-diagnostica;
- g) le eventuali condotte marcatamente devianti e anti-sociali, assunte come elemento predittivo del decorso.

¹⁴⁷ C. OLIEVENSTEIN *Il destino del tossicomane*, Edizioni Borla, Roma, 1984, p. 87

I parametri sopra indicati servono a comprendere meglio il fenomeno della dipendenza e soprattutto sono utili per non creare falsi allarmismi, in quanto molti genitori, come raccontano Olievenstein e Andreoli, spesso si presentano preoccupati dinnanzi ai servizi dedicati alla cura delle dipendenze chiedendo un aiuto per quei figli che hanno scoperto «fumare erba». Un trattamento specifico per il consumo di questa tipologia di sostanze, considerate leggere, non esiste, inoltre non sarebbe possibile iniziare un percorso terapeutico con ognuno degli assuntori, anche perchè non se ne percepisce il pericolo sociale, se non nel caso in cui la sostanza diviene il centro di gravitazione di tutta la vita della persona.

Solo se sono inficiate le capacità di:

- autoregolazione;
- rappresentare il consumo;
- percepire il rischio;
- vivere una vita «normale», cioè una vita nella quale l'esperienza allucinogena non sia totalizzante.

Solamente con queste premesse è possibile pensare ad una «carriera della tossicodipendenza», cioè dal passaggio del consumo di droghe leggere a quelle pesanti.

Se si volesse delineare una sequenza tipo del consumo, semplificandola, la si potrebbe descrivere in questo modo:

1. *Fase iniziale*: l'uso ha finalità puramente ricreative e voluttuarie, nel quale il consumo non è continuativo e non è centrale nell'insieme delle esperienze e delle prestazioni psicosiali del soggetto;
2. *Fase di sviluppo del consumo*: c'è una maggiore concentrazione di momenti dati per ripetere l'esperienza, ma sussiste ancora una forma di intenzionalità e di autocontrollo;
3. *Fase finale*: è caratterizzata dalla perdita del controllo sulla frequenza e sulla quantità del consumo, della compulsività, nel quale è presente una modificazione, più o meno significativa, del funzionamento personale.

Questa sequenza non è però automatica. Non tutti fortunatamente raggiungono l'ultima fase di questa scala, perchè in questo modo avremmo la stragrande maggioranza della popolazione mondiale in cura nelle strutture dedite alla terapia delle dipendenze. I soggetti oscillano tra differenti situazioni e gradi di assunzione ed è possibile individuare:

- *consumatori sporadici e sperimentali*, che si avvicinano alle sostanze stupefacenti con motivazioni e aspettative diversificate, spesso banali e interrompono rapidamente esperienze di questa natura;
- *consumatori del fine settimana*, giovani e adulti che associano il consumo di sostanze stupefacenti a particolari situazioni e contesti socio-relazionali e ricreativi;
- *consumatori integrati*, che utilizzano in maniera circoscritta le sostanze per ben precise finalità (incremento della resa personale, adesione a comportamenti socialmente dominanti, esercizio della sessualità, etc.);
- *consumatori dipendenti*, persone che assumono quotidianamente una o più sostanze psicotrope, per mantenere una sorta di normalità «dopata», per correggere reali o presunti limiti di personalità e la propria autorappresentazione.

Il coinvolgimento personale nell'esperienza del consumo e dell'abuso di sostanze, infatti, varia fortemente da individuo ad individuo, in quanto la rilevanza e la centralità dell'effetto delle sostanze psicotrope nella percezione di sé dimostrano una fenomenologia molto diversificata. Per riprendere le parole di Vittorino Andreoli:

«Non vi è dubbio che il grado di dipendenza deriva anche dalla personalità del soggetto oltre che dalla droga. Ci sono personalità che tendono a dipendere da qualcuno o da qualcosa, e questa è una condizione che toglie sovente l'autonomia e svela il bisogno di stabilire legami che finiscono per rendere passivi.

Il modello più drammatico della dipendenza è quello del disturbo ossessivo in cui tutto viene ripetuto e ritualizzato.

Il tossicodipendente non pensa che alla sostanza e la usa con lo schema del rito che ripete lo stesso gesto: tirare cocaina, farsi una iniezione di eroina, sedersi davanti a un video. E quando

se ne distacca sperimenta una sensazione di morte che passa solo riprendendo la sostanza o l'abitudine»¹⁴⁸

3.1 I poliassuntori

I *poliassuntori* sono individui che assumono contemporaneamente o nel tempo, alternandole due o più sostanze stupefacenti per amplificarne l'effetto.

Alcuni presentano un utilizzo sequenziale dove, nel corso del tempo, alternano sostanze differenti a seconda delle situazioni: ad esempio l'alcol e, in una fase successiva, la cocaina, per poi tornare al consumo di alcolici.

Altri eleggono una sostanza primaria attorno alla quale pongono una costellazione di sostanze complementari, combinate e replicate con finalità di subordinare le sostanze non primarie al rinforzo o alla gestione degli effetti della sostanza di elezione: ad esempio il consumo primario di cocaina con l'utilizzo di alcol a rinforzo; poi, a seguire, l'utilizzo di cannabinodi e, in casi limite, il ricorso all'eroina e/o agli psicofarmaci per conenere la disforia e l'agitazione.

Altri ancora ricorrono all'utilizzo simultaneo e non regolato di più sostanze in un accumulo molto pericoloso, in quanto non c'è una logica coerente, ma unicamente la ricerca del massimo grado di alterazione possibile dello stato di coscienza e dell'allentamento totale dei freni inibitori.

Altri ancora segnalano un ricorso a combinazioni differenziate per finalità e contesti diversificati, collegato ad una specifica e intenzionale ricerca di effetti desiderati: ad esempio metanfetamine, MDMA o ecstasy e alcol in locali peculiari del mondo notturno; oppure cocaina, alcol e viagra in contesti finalizzati alla prestazione sessuale.

¹⁴⁸ V. ANDREOLI *Carissimo amico. Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, p. 31

Capitolo Quarto

Consumo e società

Parlare di sostanze stupefacenti oggi, significa porsi d'innanzi a numerose questioni, alcune delle quali hanno risposte incerte e mutevoli, che vuol dire cercare di dare un senso ed un significato all'evoluzione di un fenomeno che corre veloce quanto il nostro tempo.

La droga può essere rappresentata da angolazioni diverse, ovvero può essere riferita a diverse scuole di pensiero, che toccano caratteristiche differenti del corpo umano e della sua psiche. Possono pertanto essere di carattere biologico, clinico, psicologico, sociologico, pedagogico, economico, giuridico, filosofico. Per queste ragioni, il fenomeno non consente una definizione all'interno di un unico orizzonte interpretativo proprio perché, essendo ormai intrinseco alle dinamiche della società, non può essere separato da altri aspetti del nostro vivere quotidiano.

1 La società odierna: società dei consumi

La società attuale è spesso definita come società dei consumi, interpretando il consumo come aspetto centrale del nostro vivere, segmento che concorre a precisare la nostra identità. Il consumismo concorre a definire quello che siamo, a stimolarci alla ricerca di qualcosa che ci completi, che ci consenta una determinata azione e, se letto in positivo, che ci migliori.

Nella nostra autorappresentazione siamo spesso spinti verso qualcosa di esterno a noi che assolva a precise, e magari localizzate, funzioni; perciò il consumo appare finalizzato a raggiungere:

- degli stati psico-affettivi desiderati;
- delle prestazioni psico-sociali richieste per avvicinarsi a modelli stereotipati proposti dal contesto;

- per conformarsi alla norma di un gruppo di pari;
- per controllare e/o nascondere effettive o presunte fragilità.

Da questa cornice si evince che il consumo di sostanze stupefacenti costituisce un fenomeno complesso generalmente legato all'andamento del mercato, all'interno del quale le sostanze creano uno spazio sintonico e coerente con altri consumi.

Nella rappresentazione dei consumatori, e in quella proposta dal mercato, la sostanza stupefacente è prima di tutto una merce con una sua specificità e una sua esclusiva capacità.

Negli anni Settanta e Ottanta del Novecento, il mercato delle sostanze psicotrope era caratterizzato da ruoli distinti tra spacciatore e consumatore, da luoghi diversi di spaccio per le differenti sostanze, dalla prevalenza di contesti di marginalità o di luoghi appartati e zone franche nelle città, da una sensazione diffusa di trasgressione e devianza rispetto alla norma sociale, da una quota rilevante di contiguità con la criminalità. La rappresentazione era, perciò, quella di un comportamento più o meno deviante¹⁴⁹, più o meno pericoloso, più o meno illegale, comunque sempre distante da quello «normalmente accettato».

Nella realtà odierna l'ambiente che si sovrappone, e sempre più si sostituisce al vecchio mercato, è una rete di distribuzione pensata e rivolta a soggetti non tossicomani provenienti da differenti contesti sociali; un ambiente che si collega e replica gli stessi codici di disponibilità offerti da altre tipologie di merci comunemente presenti sul mercato.

Le sostanze psicotrope si associano a contesti, luoghi, oggetti, simboli che appartengono alla cultura dominante, o sentita come tale, definendo stili di vita, costituendo veri e propri *format* di consumo socio-compatibili, cioè pienamente integrabili negli standard di vita attuali.

¹⁴⁹ Il concetto di *devianza* è di per sé assai relativo, in quanto con questo termine generalmente si intende un comportamento sociale difforme alle aspettative di una collettività, tale da richiedere o giustificare una reazione in quanto considerato, dalla maggior parte delle persone inaccettabile. Per questa ragione ciò che viene considerato e definito deviante può variare in base al contesto storico, socio-culturale, geografico e situazionale.

Diventa quindi cruciale comprendere che il nuovo mercato e le sue strategie si alimentano e si consolidano di pari passo alla crescita dei consumi rivolti a contesti di:

- tempo libero, rilassamento e *loisir*¹⁵⁰;
- sperimentazione di situazioni nuove e a comportamenti di ricerca del piacere;
- cura della propria immagine estetica;
- espressione della sessualità;
- manifestazioni di socialità;
- miglioramento della presentazione psico-sociale complessiva;
- ricerca di atteggiamenti socialmente vincenti, correzione di *deficit*, presenti o presunti, nel proprio modo di relazionarsi agli altri.

In altri termini, si tratta di un mercato che cavalca la nevrosi del presente, che rimanda alla ricerca di piccole porzioni di benessere, effimere, ma garantite, che richiama la ricerca dell'appagamento di un desiderio, del piacere vissuto o allucinato che sia, della prestazione *low cost*, come sostenuto da Vittorino Andreoli:

«Occupiamoci invece del tempo libero che oggi va speso bene, intensamente, per gli effetti piacevoli che concede dopo lo stress del lavoro. E allora la droga ne può intensificare la qualità, promuovere la percezione di trovarsi a proprio agio e di raggiungere rapidamente livelli di gratificazione straordinari.

E se moltissimi usano la droga come apportatrice di stimoli di piacere, e se persone affermate la consumano, ciò dimostra che può essere usata in modo persino produttivo e di successo. Ergo chi ne diventa vittima lo fa per propria scelta»¹⁵¹

Non siamo distanti da altre forme estreme o lievi di manipolazione del corpo, della psiche, delle relazioni che si presentano sempre più frequentemente al nostro sguardo come il ricorso coatto alla chirurgia estetica selvaggia; il controllo ossessivo del peso corporeo; la costruzione della propria autorappresentazione attraverso le riviste di moda vestendo e vivendo “firmati”; la seduttività senza eros ispirata ai modelli televisivi; l'uso di additivi farmaceutici sessuali; le *smart drugs*; i *power drink*; lo shopping antidepressivo.

¹⁵⁰ Si definisce *loisir*: il tempo libero, lo spazio personale, il divertimento, il piacere, le attività ludico-ricreative di diversa natura.

¹⁵¹ V. ANDREOLI *Carissimo amico – Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, p. 8

Il mercato reale delle sostanze psicotrope, se pur criminale, rimane parcellizzato e persuasivo: lo stupefacente oggi si acquista ovunque e da chiunque, moltissimi giovani di oggi non hanno mai incontrato un *pusher* di vecchio stampo, rivestendo loro stessi, magari saltuariamente, il ruolo di rivenditori. Alcuni consumatori, ad esempio, comprano la cocaina dal loro commercialista, l'ecstasy dal fidanzato della sorella, l'hashish a scuola o al bar da coetanei. In una certa misura si tratta di persone che possono vivere un'esperienza senza discontinuità con una normale percezione di sé, dove il rischio e l'odore del disagio sono assenti. Un mercato così allargato e ripulito mira a proporre un consumo integrato, che non allontani dalla vita normale. Gli stessi consumatori spesso ricorrono all'uso delle sostanze psicotrope per sentirsi maggiormente parte dei contesti e delle cose.

2 Giovani e giovani adulti a rischio

Le ricerche e gli studi attuali mostrano come esistano persone, di ogni età, sesso e ceto sociale maggiormente inclini a consumare e/o abusare di sostanze stupefacenti, a causa di specifiche caratteristiche individuali.

La classificazione prevede tre categorie, nelle quali raccogliere potenziali consumatori di sostanze psicotrope:

1. *Gruppi di giovani e giovani adulti, più esposti e più richiedenti forme di stimolo emozionale ed esperienze nuove e forti.*

Se lo si intende come gruppo eterogeneo ha una percezione bassa del rischio, o comunque, è disponibile a correrlo in cambio di una serie di emozioni gratificanti e intense. Lo si può classificare nelle situazioni di maggiore esposizione, con individui che, almeno in parte, ricercano intenzionalmente il rischio ed esprimono una bassa capacità di protezione e percezione delle conseguenze che comporta.

Se invece lo si descrive come un gruppo omogeneo, è possibile rappresentarlo come in prevalenza impulsivo, emotivamente instabile, marcatamente irresponsabile, tendenzialmente immaturo.

Generalizzando, tale insieme di soggetti esprime la massima potenzialità di giungere al consumo e/o all'abuso di sostanze stupefacenti.

2. *Gruppi di giovani e giovani adulti meno esposti e meno richiedenti esperienze forti ed emotivamente sollecitanti.*

Se lo si intende come gruppo eterogeneo mostra un'alta percezione del rischio, una elevata consapevolezza delle conseguenze, una notevole resistenza a sperimentare cose nuove e sconosciute.

Se invece lo si descrive come gruppo omogeneo lo si può rappresentare come poco impulsivo, emotivamente stabile, prevalentemente responsabile, dotato di forti meccanismi di protezione e autolimitazione.

Generalizzando, un tale insieme di persone esprime una ridotta potenzialità di rischio verso il consumo e/o l'abuso di sostanze psicotrope.

3. *Gruppo di giovani e giovani adulti, estremamente sensibili ai condizionamenti esterni e ai riconoscimenti sociali o gruppal, individui che necessitano di conferme e di approvazione.*

Se lo si intende come gruppo eterogeneo ha una percezione del rischio variabile a seconda del contesto di riferimento, una consapevolezza delle conseguenze intermittente e subordinata alle diverse situazioni, una disponibilità alla sperimentazione dipendente dalle situazioni.

Se invece lo si descrive come gruppo omogeneo lo si può rappresentare come estremamente condizionabile in positivo o in negativo, assorbendo i condizionamenti esterni, cioè i canoni a cui si viene esposti.

Generalizzando, tale insieme di persone esprime un rischio situazionale e può evolvere, in relazione alle differenti situazioni, verso l'una o l'altra delle due categorie precedentemente descritte.

Anche le agenzie educative e gli stimoli proposti dai *mass media* e dall'ambiente necessitano di una riflessione, in quanto non tutti gli individui agiscono per educare e proteggere, al contrario i messaggi che circolano nel sistema non sono orientati automaticamente nella direzione, che sarebbe ottimale. In tale ottica è auspicabile rilevare che agiscono in modalità attiva come fattore incentivante al consumo e come fautori di rischio:

- le persone legate al mercato della droga, cioè gli individui direttamente coinvolti nella produzione e distribuzione delle sostanze;

- gli *opinion leader*, ossia politici, artisti, intellettuali che da posizioni di riconoscimento personale e di rilievo sociale esprimono posizioni incentivanti il consumo di sostanze stupefacenti lecite e illecite;
- il gruppo sociale di riferimento quando è espressamente a favore dell'utilizzo di sostanze psicotrope e stimola e attrae verso atteggiamenti, comportamenti, rituali incentivanti l'assunzione di sostanze;
- il contesto parentale quando, in situazioni limite, è coinvolto direttamente o è estremamente contiguo ai fenomeni di consumo;
- le istituzioni in senso ampio, quando manifestano e sostengono situazioni e comportamenti legati al consumo di sostanze.

Oggi è largamente diffuso proporre comportamenti e attitudini volti alla passività e all'omissione, che producono messaggi di tolleranza, se non di sostegno al consumo di sostanze stupefacenti. In realtà, bisognerebbe esprimersi maggiormente ed esplicitamente in merito alla questione, non solamente in termini amministrativi e penali. Un messaggio chiaro, infatti, ha una pervasività a tutti i livelli, dalla dimensione individuale a quella macro-sociale, in modo di avere reali possibilità di incidere sulla rappresentazione del fenomeno e sulle sue manifestazioni.

Esistono, a tal proposito, alcuni potenziali rinforzi dei fattori di rischio, che agiscono indirettamente sulla percezione del consumo di sostanze illecite:

- la percezione diffusa del disvalore delle istituzioni rappresentative;
- la cultura dell'individualismo egocentrico e all'estremo sociopatica;
- la trasformazione del denaro da mezzo a fine o valore in sè stante, con le conseguenze viste nel rapporto tra consumi e merci;
- il passaggio dalla cultura materiale e simbolica alla moda, alla pubblicità, alla spettacolarizzazione, con l'accrescimento, da un lato, della massificazione degli stili di vita e, dall'altro, del bisogno di visibilità a ogni costo;
- il passaggio dalla storia, all'interesse per il significato complessivo delle vicende umane, al prima dell'evento immediato e isolato;
- la domanda ipertrofica di salute e bellezza, con la conseguente deduzione che ciò che è bello e seducente sia, per definizione, anche legittimo e desiderabile;

- la pubblicizzazione degli spazi privati, con il conseguente stimolo all'esibizionismo e alla svalorizzazione degli aspetti intimi e personali;
- la tendenza alla fuga dal confronto anche aspro di opinioni e credenze, con il conseguente affermarsi di messaggi e condotte violente.

Educare, prevenire e proteggere coinvolge anche la capacità di esprimersi su questi temi e dal proporre altre possibilità o più ambiziosamente altre verità.

3 Fattori di rischio e di protezione

Il passaggio dall'età infantile all'adolescenza e dall'adolescenza alla vita adulta comporta di per sé un cambiamento, un'evoluzione punteggiata da rischi e criticità:

- le trasformazioni psichiche e fisiche;
- le fasi di transizione da un'età all'altra;
- le esperienze emotive e/o affettive intra ed extra familiari;
- le situazioni socio-economiche;
- i cambiamenti fisiologici che si susseguono (scolastici, lavorativi, abitativi, culturali, etc.);
- i conflitti intra ed extra familiari;
- l'iniziazione alla sessualità.

Tutti questi elementi concorrono a rendere stabile o precario il percorso evolutivo di ogni individuo. Per questa ragione, è possibile affermare che:

«maggiori sono gli aspetti protettivi o di rischio cui una persona si trova esposta, maggiori o minori risulteranno le probabilità di sperimentare comportamenti additivi».¹⁵²

Secondo le ricerche e le riflessioni condotte attorno ai fattori di rischio e di protezione, grande incidenza è data:

- alla famiglia;
- al contesto di riferimento;
- agli atteggiamenti e ai comportamenti individuali;

¹⁵² A. DIONIGI, R.M. PAVARIN *Sballo: nuove tipologie di consumo di droga nei giovani*, Erikson, Trento, 2010, pp. 73-74

- alla scuola e ai contesti educativi.

Questi studi rappresentano uno strumento importante per delineare delle evidenze precise rispetto ai soggetti che, secondo la concezione generale, sarebbero più inclini al consumo di sostanze psicoattive.

3.1 La famiglia

La famiglia è un luogo chiave della strutturazione del percorso evolutivo, ed è un riferimento centrale, in positivo o negativo, nell'evoluzione di comportamenti di consumo e abuso di sostanze stupefacenti.

Sono da considerare come fattori di rischio:

- l'instabilità complessiva del contesto familiare, sia in termini relazionali, che in termini materiali;
- le condizioni socio-economiche;
- il contesto in cui si vive;
- la presenza di conflitti non elaborati ed espressi in maniera inadeguata (incoerenza dei comportamenti genitoriali, violenza, etc.);
- l'appartenenza a socio-culture devianti;
- l'assenza di una posizione esplicita e ferma contraria al consumo di droga;
- l'assenza di una cultura esplicita della legalità e della cittadinanza;
- la mancanza di legami affettivi intensi e significativi;
- l'assenza di interesse e cura nelle condotte dei figli;
- la delega anticipata ai figli di funzioni e autonomie non verificate (cessione di ingenti somme di denaro, possibilità di allontanarsi da casa per periodi lunghi senza prima concordarlo, tolleranza e complicità rispetto a forme di irresponsabilità rispetto alla scuola e al mondo del lavoro);
- situazioni in cui i genitori consumano sostanze psicotrope (condizione che oggi non è più riferibile unicamente a situazioni limite).

La prevalenza di più fattori compresenti intensifica il profilo di rischio.

Sono, invece, da presentare come fattori di protezione:

- la stabilità e la coesione della famiglia (riferita ai figli e alla cura della loro formazione);
- la presenza di legami affettivi e significativi;
- la definizione di un sistema di norme condivise ed esplicitate;
- il coinvolgimento diretto nelle attività dei figli (scolastiche, ludiche, culturali);
- la promozione di una cultura della salute e della cura di sé;
- la definizione di responsabilità proporzionali alla fase evolutiva, negoziate con i genitori (orari, denaro, cura personale e delle cose concrete, impegni domestici);
- la posizione esplicita contro il consumo di sostanze psicoattive;
- l'integrazione nel contesto sociale di riferimento;
- l'educazione alla legalità (e il livello di coerenza espresso dai genitori);
- lo status economico (in termini di maggiori opportunità che possono essere offerte, sensatamente, ai figli);
- la competenza nell'affrontare e risolvere i problemi;
- la trasmissione di una visione positiva e realistica del futuro.

3.2 Il contesto di riferimento

Il contesto nel quale giovani e giovani adulti crescono è un fattore importante, soprattutto nell'età adolescenziale, nella quale si assiste all'evoluzione delle idee personali e dei comportamenti che verranno sperimentati.

Possono essere considerati fattori di rischio:

- il vivere in un contesto di marginalità e povertà;
- l'essere esposti al consumo di sostanze psicoattive;
- l'essere inseriti in gruppi devianti o contigui a condotte antisociali e illegali;
- l'assenza di figure adulte di riferimento;
- l'assenza di esperienze di associazionismo e di partecipazione a percorsi di sperimentazione sana (circoli, attività sportive, interessi personali condivisi con altri giovani);
- l'assenza di impegni e responsabilità;
- la mancanza di riferimenti etici e culturali visibili e fruibili.

Possono essere, al contrario, considerati fattori di protezione:

- il vivere in un contesto socialmente integrato;
- lo status socio-economico;
- l'essere inseriti in gruppi di pari pro-sociali e integrati;
- la presenza di figure adulte di riferimento;
- la partecipazione a esperienze evolutive e di formazione personale sane;
- l'avere una frequentazione ridotta con culture devianti e situazioni limitrofe al consumo e all'illegalità;
- l'avere una serie di impegni e responsabilità da portare avanti (il vivere in un tempo strutturato e pieno).

Spesso i giovani attraversano delle «aree grigie» nelle quali non sono nitidi i confini tra fattori di rischio e di protezione, ma, anche in questi casi, la prevalenza di un profilo rinforza la direzione di fondo di un percorso personale.

3.3 Gli atteggiamenti e i comportamenti individuali

Questa area evidenzia gli aspetti individuali, che sono fluidi, dinamici e perennemente reversibili.

Sono considerati fattori di rischio:

- il precoce esordio nella sperimentazione del sè;
- il precoce accesso ad alcol e sigarette;
- la precocità del primo rapporto sessuale;
- le condotte devianti e antisociali (vandalismo, bullismo, violenza, piccoli reati, etc.);
- l'atteggiamento favorevole alle sostanze stupefacenti e al loro consumo;
- le difficoltà comportamentali;
- l'alta impulsività;
- la difficoltà a vivere le frustrazioni;
- l'incompetenza relazionale;
- l'assenza di valori di riferimento e di opinioni personali sulle situazioni (ad esempio: non mi importa di nulla);

- la tendenza depressiva (bassa autostima, visione incerta o pessimista del proprio futuro).

Possono essere letti, invece, come fattori di protezione:

- la bassa impulsività;
- i comportamenti progressivi e in linea con le tappe della crescita;
- la tendenza al confronto con gli adulti;
- l'atteggiamento sfavorevole verso le sostanze;
- la cultura della salute;
- un sistema di convinzioni personali e di valori di riferimento stabile;
- una buona autostima e la fiducia nelle proprie evoluzioni future;
- il temperamento calmo.

3.4 La scuola e i contesti educativi

La scuola e i luoghi preposti all'educazione oggi, sono spesso percepiti come inutili, se non assenti nella costruzione della personalità dei giovani. In realtà, però, le ricerche evidenziano come questi luoghi abbiano un'incidenza rilevante sulla crescita e sulla formazione della personalità delle persone.

Possono essere considerati fattori di rischio:

- lo scarso riconoscimento delle istituzioni scolastiche;
- la mancanza di interesse per l'offerta formativa;
- la ridotta riuscita scolastica (correlata all'impegno scolastico);
- l'assenza di aspettative correlate al conseguimento di titoli di studio;
- lo scarso legame e riferimento alle figure professionali preposte (insegnanti, educatori, animatori culturali, etc.);
- l'assenteismo;
- l'abbandono scolastico.

Possono essere considerati fattori di protezione:

- l'interesse personale e la buona partecipazione all'offerta formativa;
- le aspettative personali legate al percorso scolastico;

- la condivisione del progetto didattico con i genitori;
- la relazione significativa con il personale docente e con gli educatori;
- una buona riuscita scolastica e nello studio;
- i legami personali significativi all'interno delle istituzioni formative (condividere il progetto formativo con altri, portarlo avanti insieme);
- la percezione della scuola come agenzia di socializzazione primaria sana.

4 I paradigmi nelle dipendenze

«I paradigmi forniscono agli scienziati non soltanto un modello, ma anche alcune indicazioni indispensabili per costruirlo. Allorché impara un paradigma, lo scienziato acquisisce teorie, metodi e criteri tutti assieme, di solito in una mescolanza inestricabile. Quando i paradigmi mutano, si verificano importanti cambiamenti nei criteri che determinano la legittimità sia dei problemi che delle soluzioni proposte. Guidati da un nuovo paradigma, gli scienziati adottano nuovi strumenti e guardano in nuove direzioni. Durante le rivoluzioni gli scienziati vedono cose nuove e diverse anche quando guardano con gli strumenti tradizionali nelle direzioni in cui avevano già guardato prima. Dopo un mutamento di paradigma, gli scienziati non possono non vedere in modo diverso»¹⁵³.

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un incremento di ricerche e di studi scientifici nell'area del consumo e dell'abuso delle sostanze stupefacenti, soprattutto perchè in Italia si è documentato un aumento di persone che abusano di farmaci, alcol e sostanze psicoattive. Tra queste la cannabis è la sostanza più utilizzata dopo l'alcol, seguita dalla cocaina.

Il fenomeno del consumo di sostanze psicotrope nel pensiero sociologico è stato ampiamente esaminato, in relazione sia alle contingenze storico-sociali, sia ai paradigmi sociologici di riferimento.

In sintesi, è possibile riconoscere storicamente cinque modelli prevalenti che concepiscono il consumo di sostanze come:

1. atto deviante (modello morale);
2. malattia (modello biomedico);
3. condotta acquisista (modello dell'apprendimento sociale);

¹⁵³ T.S. KUHN *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969

4. simbolo di contestazione socio-politica (modello subculturale);
5. pratica di consumo (modello della scelta razionale).

Questa classificazione è stata costituita tenendo conto di alcune distinzioni che riguardano i seguenti aspetti:

- la lettura eziologica del fenomeno, cioè l'inidividuazione delle cause che hanno dato origine al consumo;
- il rapporto tra libero arbitrio individuale (azione) e influenze del sistema sociale (struttura), con particolare attenzione alla dimensione della volontà e la conseguente responsabilità personale;
- le strategie di intervento per ridurre il numero totale di consumatori e l'insorgere di nuovi acquirenti, attraverso forme d'azione che gravano sulla società (controllo sociale) o sull'individuo (autoregolazione).

4.1 Il modello morale: droga come devianza¹⁵⁴

Il primo modello teorico-concettuale di riferimento valuta il consumo di sostanze psicotrope in termini di atto deviante, condizionato da fattori esterni all'individuo. In questo filone il concetto di devianza è inteso come forma di demoralizzazione, ovvero come un diniego e un discostamento dai valori dominanti della cultura della società di appartenenza, che coinvolge prevalentemente i soggetti emarginati, i reietti, gli *outsiders*. Si tratta di individui, socialmente definiti come coloro che hanno uno scarso senso morale e sono deboli dal punto di vista della forza di volontà, pertanto le politiche sono orientate alla promozione della convergenza dei valori.

Il tossicomane è definito come una persona che interpreta una cultura di tipo astensionista, essendogli estranea l'adesione attiva ai valori correnti. Egli adotta, a fronte del proprio disagio e della propria inadeguatezza, un atteggiamento di rinuncia, ponendosi ai margini di chi invece calibra efficacemente i fini e i mezzi della propria vicenda esistenziale. Esprime nella pratica quotidiana principi altri di convivenza, in quanto una spiccata solidarietà comunitaria lo renderebbe trasgressivo nei riguardi della società individualistica e produttiva. Le condizioni strutturali che favorirebbero

¹⁵⁴ L. LOMBI *Le politiche della droga in Europa. Prevenzione, gestione e recupero*, Franco Angeli, Milano, 2012, p. 18

la diffusione della tossicomania sono variamente attribuite a processi di disorganizzazione sociale, di demoralizzazione, di tensione sociale, di assenza o di disintegrazione delle regole morali di riferimento.

La tossicomania è considerata, più che una disfunzione individuale, una patologia sociale. Pertanto, date certe condizioni sociali ed economiche, soggetti posizionati in situazioni di marginalità ed esclusione sociale saranno più inclini ad intraprendere attività devianti.

Tale descrizione incarna lo stereotipo italiano del «tossico», inteso come persona: che vive in strada, eroinomane, delinquente, spacciatore e malato di AIDS. Si tratta di una vittima della società, che rifiuta la famiglia e il lavoro, che ruba, ricetta e si prostituisce.

Nello specifico, all'interno di questo paradigma è possibile però distinguere due definite linee di pensiero:

1. il modello morale radicale: ancorato alle teorie criminologiche;
2. il modello moderato: di stampo prettamente sociologico.

Il modello morale radicale considera il consumatore di sostanze stupefacenti alla stregua di un criminale, perché si tratta di una persona che decide di “farne uso” nella consapevolezza della loro proibizione ed illegalità definita dai termini di legge. In altri termini la persona che sceglie liberamente ed individualmente di fare uso di sostanze psicotrope ha un livello morale deficitario.

Questa corrente di pensiero propone e promuove un approccio di tipo *proibizionistico* del consumo di droghe, in quanto l'obiettivo al quale mira è una società affrancata dal consumo di sostanze stupefacenti attraverso azioni dirette alla persecuzione degli spacciatori e dei consumatori.

Questo tipo di orientamento affonda le sue radici nella scuola classica del paradigma utilitaristico della devianza che si è sviluppato durante l'epoca illuministica. Nell'opera *Dei delitti e delle pene*¹⁵⁵ di Cesare Beccaria (Milano 1738 – Milano

¹⁵⁵ BECCARIA CESARE *Dei delitti e delle pene*, Rizzoli, Milano, 1950

1794)¹⁵⁶ viene spiegato che la condotta soggettiva è determinata dalla libera scelta individuale, in quanto il singolo, attraverso il calcolo dei costi e dei benefici, decide liberamente se intraprendere o meno un'azione delinquenziale. La pena, per questa ragione, deve essere certamente giusta e rapida, ma anche educativa, perché deve rappresentare un deterrente sia per il singolo, che dovrebbe essere scoraggiato a reiterare la condotta, sia per la società, che dovrebbe essere dissuasa dal commettere simili azioni devianti.

Il modello moderato, invece allarga la propria prospettiva, includendo anche la dimensione sociale delle condotte devianti, analizzando le influenze derivanti dal contesto di appartenenza nel tentativo di descrivere l'eziologia dell'agire non conforme. Secondo questo approccio, l'individuo non è completamente libero di scegliere, in quanto è costantemente sottoposto al complesso sistema di influenze esercitato dalla società. Le politiche in questo caso, propongono interventi atti a promuovere il controllo dei fattori sociali che determinano l'eziologia della condotta deviante.

Èmile Durkheim (Épinal 1858 – Parigi 1917)¹⁵⁷, fondatore di questa linea di pensiero, considera i fenomeni devianti come prodotto della mancata integrazione dell'individuo nell'ordine sociale. Un certo tasso di devianza, però, è assolutamente considerato nella norma, anzi è dichiarato positivo e funzionale alla società, in quanto rafforza il senso di coesione del gruppo e favorisce il processo di trasformazione sociale. Nonostante ciò, è però necessario che la collettività preveda sanzioni di tipo formale ed informale per coloro che disattendono le regole sociali, poichè in caso contrario sarebbe minata la coesione morale di un dato contesto sociale.

«La pena non serve – o non serve che secondariamente – a correggere il colpevole o ad intimidire i suoi possibili imitatori; da questo duplice punto di vista è giustamente dubbia, e in ogni caso mediocre. La sua vera funzione è di mantenere intatta la coesione sociale, conservando alla coscienza comune tutta la sua vitalità»¹⁵⁸.

Gli studi compiuti dalla Scuola di Chicago, promuovono una trattazione più ampia del problema individuando i *social problems*, che sono frutto di uno stato di

¹⁵⁶ Cesare Beccaria è stato una figura di spicco dell'illuminismo, legato agli ambienti letterari milanesi.

¹⁵⁷ Èmile Durkheim è considerato uno dei padri fondatori della moderna sociologia.

¹⁵⁸ DURKHEIM ÈMILE *La divisione del lavoro sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1999

disorganizzazione sociale che si riflette soggettivamente come demoralizzazione, tipici delle grandi metropoli urbane, all'interno delle quali agisce una sorta di contagio sociale, che dà vita a regioni morali in cui prevale un codice morale deviate, cioè legato ad un indebolimento del sistema morale e normativo provocato dai rapidi processi di trasformazione sociale.

Questo filone accomuna il consumo di sostanze ad altri comportamenti devianti, come: omosessualità, malattia mentale, prostituzione, vagabondaggio, criminalità, etc. In questo modo il fenomeno viene contestualizzato all'interno dei processi di industrializzazione e urbanizzazione.

All'interno di questa ondata *proibizionista* Robert E. Park (1864 – 1944)¹⁵⁹ e colleghi sostengono che nelle aree delle città in cui prevale un codice di condotta deviante, in assenza di forme di controllo sociale, gli individui sono portati a trasformare i normali appetiti in vizi umani.

La teoria funzionalista di Talcott Parsons (Colorado Springs 1902 – Monaco di Baviera 1979)¹⁶⁰ può essere inserita all'interno di questo paradigma, in quanto l'inclinazione a commettere un atto deviante deriva da un processo patologico che può originarsi in una socializzazione imperfetta delle componenti motivazionali, ossia il deviante è definito dal sociologo come una sorta di «malato nei confronti della società», o per meglio dire:

«la dimensione della conformità-deviazione, cioè il problema funzionale, è inerente a sistemi socialmente strutturati di azione sociale in un contesto di valori culturali»¹⁶¹.

Il comportamento deviante si manifesta ogni qualvolta il processo di interiorizzazione di valori risulta difettoso, ma la società ha a disposizione diversi mezzi atti alla promozione del consenso:

- l'istituzionalizzazione, ovvero i valori che guidano le interazioni intersoggettive in relazione alle aspettative di ruolo;

¹⁵⁹ Robert Ezra Park è stato un sociologo americano, fondatore della Scuola di Chicago.

¹⁶⁰ Talcott Parsons è stato un sociologo statunitense, definito il padre del paradigma struttural-funzionalista.

¹⁶¹ T. PARSONS *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1965, p. 329

- la ritualizzazione, cioè l'individuazione di un'uniformità di comportamento secondo schemi socialmente previsti;
- i meccanismi informali di controllo, ossia reazioni e sanzioni informali volti ad incoraggiare la conformità del sistema normativo dominante;
- i meccanismi di isolamento e il ricorso all'apparato punitivo, cioè il complesso di misure preventive e repressive nei confronti dell'agire deviante, di onere di polizia, magistratura, istituzione carceraria;
- l'istituzione secondaria, intesa come gruppi giovanili, all'interno dei quali possono essere o meno tollerate condotte devianti.

Parsons è contrario all'impiego di strategie di controllo sociale fondate sull'isolamento e sulla punizione, in quanto la società fonda il proprio equilibrio su un sistema di autoregolazione. Egli ritiene però queste misure necessarie nel momento in cui la condotta deviante sfocia in comportamenti aggressivi, ossia in forme di autoemarginazione ed esclusione. La punizione, in certi casi, rappresenta un metodo per rafforzare il senso di appartenenza ed un recupero della solidarietà condivisa.

Robert K. Merton (Filadelfia 1910 – New York 2003)¹⁶² elabora il concetto di devianza riprendendo il concetto di anomia di Durkheim, con l'obiettivo di cercare di comprendere e analizzare le ragioni che spingono alcuni soggetti ad adottare comportamenti non conformi. Il consumatore di sostanze stupefacenti può essere ascritto al modello dei «rinunciatori», ossia nell'individuo che rinuncia al raggiungimento di mete culturali, rigettando anche i mezzi per conseguirle. Il tossicodipendente è una persona che si è arresa ritirandosi nella dimensione privata, relegandosi ai margini della società.

La devianza ha origini che risiedono nel sistema sociale, che esercita pressioni al raggiungimento di determinate mete su alcuni individui, senza però fornirgli i mezzi atti a raggiungerli. Questa situazione produce la decisione di rifiutare le mete socialmente condivise sfociando in azioni devianti.

Il modello esposto può essere sintetizzato nei seguenti punti:

¹⁶² Robert K. Merton è stato un sociologo statunitense appartenente al filone funzionalista.

- il problema del consumo di sostanze psicotrope è inteso come esito di un processo di mancata adesione ai valori socialmente condivisi;
- il modello morale considera la devianza come fenomeno diffuso in gruppi marginali o in persone che attraversano particolari fasi difficili della vita;
- l'abuso di sostanze stupefacenti viene considerato come un problema sociale che mina l'integrazione e la stabilità sociale;
- in questo modello viene considerato solo l'abuso di sostanze e non il loro uso ricreazionale, moderato e riflessivo.

4.2 Il modello biomedico: droga come malattia¹⁶³

Il modello biomedico ha rappresentato e rappresenta ancora oggi uno degli orientamenti che maggiormente influenzano le politiche in materia di abuso di alcol e sostanze stupefacenti. Questo paradigma si fonda sull'accostamento di due concetti apparentemente contrapposti: sostanze psicotrope e malattia. In questo senso si intende il consumatore di sostanze una persona malata, vittima e pertanto non responsabile della sua dipendenza.

Il primo tentativo di definire cosa sia la dipendenza in termini medici è reperibile nel testo della World Health Organisation (WHO) degli anni Cinquanta; ulteriori definizioni sono state fornite dall'ICD-10, dal DSM-IV e dall'APA.

In questa prospettiva la lettura che viene proposta dell'uso di sostanze psicoattive è quella di una forma di auto-cura promossa dalla persona all'interno del crescente approccio di «medicalizzazione sociale», cioè la traduzione in termini medici di problematiche trattate come malattie e disfunzioni. Molti soggetti, infatti, utilizzano le sostanze psicoattive (legali ed illegali) per ridurre o compensare alcuni sintomi di origine fisica o psichica all'interno di un processo più o meno consapevole di autoeliminazione.

Alcuni studi, come quelli promossi da Michael J. Zvolensky e C. M. Lee, hanno dimostrato la relazione tra l'uso di alcune sostanze, come ad esempio la cannabis,

¹⁶³ LOMBI LIDIA Le politiche della droga in Europa. Prevenzione, gestione e recupero, Franco Angeli, Milano, 2012, p. 27

come rimedio sintomatico in presenza di alcuni problemi psichici come ansia o depressione, e un futuro consumo problematico.

4.3 Il modello dell'apprendimento sociale: droga come espressione di una condotta acquisita¹⁶⁴

Il modello dell'apprendimento sociale definisce il consumo di sostanze psicoattive come un fenomeno di matrice socio-culturale, nel quale acquista valore la dimensione dell'interazione, in relazione al sistema di opportunità.

Il comportamento deviante viene appreso come una qualsiasi forma di condotta secondo il principio dell'associazione differenziale, ossia attraverso un processo per cui l'individuo decide di infrangere una norma quando la definizione del suo aspetto sfavorevole prevale rispetto a quello favorevole.

Il primo autore ad aver riconosciuto il ruolo dell'apprendimento sociale nell'ambito delle dipendenze è Howard Becker (Chicago 1928)¹⁶⁵ nel volume *Outsiders*¹⁶⁶, nel quale ha trattato il tema del consumo di marijuana, intendendolo come atto deviante all'interno di un *framework* interpretativo che la definisce in termini di costruzione sociale.

In questa prospettiva il controllo sociale assumere una natura criminogena, almeno in tre sensi:

- gli atti che possono trasgredire le norme sociali sono innumerevoli, ma un atto diventa deviante soltanto quando un gruppo sociale lo riconosce e lo definisce come tale;
- il soggetto che trasgredisce una norma per la prima volta e riceve una sanzione formale o informale, tende a riorganizzare simbolicamente la definizione di sé e sarà più incline a reiterare la sua azione;

¹⁶⁴ L. LOMBI *Le politiche della droga in Europa. Prevenzione, gestione e recupero*, Franco Angeli, Milano, 2012, p. 35

¹⁶⁵ Howard Becker è un sociologo americano, autore della teoria interazionista, che ha offerto notevoli contributi all'interno del filone della sociologia della devianza.

¹⁶⁶ H. BECKER *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1987

- le agenzie preposte al controllo sociale “producono” tassi di devianza, vale a dire che riflettono esclusivamente ciò che è il loro oggetto di trattamento in un certo periodo storico.

Secondo Georg Simmel (Berlino 1858 – Strasburgo 1918)¹⁶⁷ il consumo di sostanze alteranti può essere definito un vizio o una moda. Nell’accezione più comune il vizio viene concepito come un’abitudine umana negativa, che spinge l’individuo ad un comportamento nocivo normalmente ripetitivo, che può essere legato ad un atteggiamento personale, dipendente da diversi fattori.

«La moda è imitazione di un modello dato e appaga il bisogno di un appoggio sociale, conduce il singolo sulla via che tutti percorrono, dà un universale che fa del comportamento di ogni singolo un mero esempio. Nondimeno appaga il bisogno di diversità, la tendenza alla differenziazione, al cambiamento, al distinguersi»¹⁶⁸.

La moda è ritmata dai motivi dell’imitazione e della distinzione, che una cerchia sociale trasmette in maniera verticale alla comunità. Tale analisi fonda implicitamente la definizione della moda come un sistema in cui è possibile parlare solo nella modernità, e in particolare nella modernità matura della società di massa, in cui la produzione di merci è simultaneamente produzione di segni e di significati sociali riproducibili serialmente. Il meccanismo di diffusione cade dall’alto verso il basso (dalle classi agiate alle masse) e si estende poi orizzontalmente in quello dell’imitazione, per venire subito rimpiazzato in un nuovo ciclo: quello della distinzione.

Dentro questa impostazione teorica l’uso di sostanze può essere letto sia come fenomeno di distinzione che come forma e ricerca di omologazione. Al pari di altre merci, le sostanze psicotrope producono anche significati sociali che tendono a riprodurre comportamenti di imitazione.

Esemplare ed esplicativo appare la diffusione dell’uso della cocaina: inizialmente appannaggio delle élite, si è ora diffusa in tutti i ceti sociali, grazie anche all’immagine iniziale di «droga dei ricchi», che ha avuto un impatto positivo sulla società.

¹⁶⁷ Georg Simmel è stato un filosofo e sociologo tedesco, considerato uno dei padri della sociologia ed è stato uno degli autori di riferimento dello sviluppo del pensiero della Scuola di Chicago.

¹⁶⁸ GEORG SIMMEL *Ventura e sventura della modernità. Antologia degli scritti sociologici*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003, pp. 483-485

4.4 Il modello subculturale: droga come simbolo di contestazione socio-politica e pratica di resistenza¹⁶⁹

Il modello subculturale inquadra in due differenti accezioni l'uso di sostanze:

1. strumento e simbolo di protesta e resistenza rispetto alla configurazione sociale e al sistema politico dominante;
2. stile di consumo proprio di certi gruppi a prescindere da qualsiasi valenza conflittuale nei confronti dell'assetto societario.

In termini di consumo come simbolo di protesta Albert K. Cohen (1918 – 2014)¹⁷⁰, allievo di Parsons, ha sviluppato studi orientati alla comprensione delle condotte devianti attraverso un quadro che coniuga l'interesse verso le dimensioni psico-dinamiche con elementi di natura sociologica. Il lavoro del sociologo è animato dalla comprensione dei meccanismi alla base dei processi di formazione, strutturazione e sviluppo delle bande di delinquenti in America. Sulla base di queste osservazioni l'autore considera la devianza come il risultato dei conflitti di classe legati alla presenza di valori dominanti che non possono essere ugualmente raggiunti da tutti i membri della società. La società analizzata da Cohen è caratterizzata da due classi sociali: la borghesia e la classe operaia. Quest'ultima aspirerebbe al raggiungimento delle mete sociali della classe dominante, senza possedere gli stessi mezzi ed i medesimi strumenti, provocando diverse forme di adattamento che danno vita a tre gruppi:

- ragazzi del college;
- ragazzi di strada;
- ragazzi delinquenti.

Questi ultimi non potendo accedere alle mete promosse dalla classe borghese elaborano una *subcultura*, anche detta controcultura, caratterizzata da valori opposti a quelli della cultura dominante.

¹⁶⁹ LOMBI LIDIA Le politiche della droga in Europa. Prevenzione, gestione e recupero, Franco Angeli, Milano, 2012, p. 38

¹⁷⁰ Albert K. Cohen è stato un criminologo americano, promotore della teoria subculturale della delinquenza.

Verso la fine degli anni Settanta, cominciano a diffondersi ricerche (anche epidemiologiche) sul consumo di droghe, che rivelano una realtà ben diversa da quella rappresentata fino ad ora. Il consumo di droga, pertanto, è stato inquadrato non più come un comportamento particolare di individui disadattati o devianti, ma come uno degli aspetti dello stile di vita della cultura giovanile. È il Centre for Contemporary Cultural Studies (CCCS) di Birmingham ad approfondire il concetto di subcultura in termini di significati condivisi e pratiche culturali.

Ogni subcultura rappresenta un universo simbolico produttore di significati; che attraverso l'appartenenza ad essa esercitano una forma di azione politica simbolica, di resistenza alle disuguaglianze sociali. Nell'interpretazione della maggior parte degli studiosi del CCCS di Birmingham, stili e oggetti di consumo possiedono una valenza prettamente simbolica, sia come strumento di resistenza alla propria condizione sociale, sia come semplice forma stilistica di distinzione dai modelli dominanti.

4.5 Il modello della scelta razionale e la tesi della normalizzazione: droga come merce di consumo¹⁷¹

Un'altra interpretazione ritiene che i paradigmi appena discussi si sono incrinati profondamente a causa delle profonde trasformazioni che hanno investito il consumo di stupefacenti. Per alcuni le cause sono da ricercare nel consumismo post-bellico e nell'espansione della cultura commercializzata del tempo libero, che hanno dato alle nuove generazioni l'opportunità di abbandonare le identità tradizionali fondate sull'appartenenza di classe e di sperimentare nuove appartenenze e nuove traiettorie auto-costruite.

L'individuo, oggi, è ridotto a *homo oeconomicus*, che in relazione ad un'attenta valutazione delle opportunità individua costi e benefici associati ad un'azione, scegliendo la direzione della massimizzazione delle ricadute positive cercando la minimizzazione dei rischi. Secondo questo modello, il consumatore è completamente responsabile della sua condotta.

¹⁷¹ L. LOMBI *Le politiche della droga in Europa. Prevenzione, gestione e recupero*, Franco Angeli, Milano, 2012, p. 42

In una società che accelera i suoi tempi, che si fa sempre più esigente nei confronti dei singoli soggetti attraverso la prescrizione di una molteplicità di ruoli ed aspettative, il consumo di sostanze stupefacenti può rappresentare il tentativo di indurre artificialmente le capacità di sopportare la fatica, di socializzare, di raggiungere uno stato di quiete.

«L'uomo vive in una condizione di permanente sovraccarico e cronica sovraeccitazione (che aumenta) la richiesta di mezzi di sostegno per il ripristino farmacologico di "un'equilibrata personalità armonica"»¹⁷²

In quanto:

«l'intensificazione dello svolgimento del lavoro, l'abbattimento di strutture temporali profonde e interiorizzate, così come lo smantellamento di domeniche e vacanze, il cambio sistematico di orari e luoghi di lavoro, il dissolvimento di relazioni sociali e legami emotivi conducono molto spesso a stati d'animo estremi e vacillamenti della personalità che incentivano proprio la disponibilità all'automanipolazione chimica, se non si vuole rimanere esclusi o stare dalla parte dei perdenti»¹⁷³.

Le nuove teorie relative all'uso di sostanze suggeriscono una lettura orientata non solo all'incremento della *performance*, ma anche ad un consumo volto all'aumento del piacere a scopo puramente ricreazionale. Per queste ragioni si parla spesso di una tesi della «normalizzazione», teorizzata alla fine degli anni Novanta dalla Scuola di Manchester (Parker, Aldrige, etc.), che ritiene che gli individui che "fanno uso" di sostanze stupefacenti non sono più stigmatizzati o definiti devianti, ma sono integrati in molti aspetti della vita, di cui assumono ritmi e *routine*, stili di vita e mete culturali. I consumatori oggi sono parte integrante della società e sono da essa accettati e tollerati.

Tutto ciò è dovuto alla diffusione su ampia scala di sostanze come cocaina, ecstasy e anfetamine nei contesti ricreazionali giovanili. Precisamente, si sarebbe verificata una prima ondata di normalizzazione, nella quale l'uso di droghe era delimitato a specifici *setting* (club, raveparty, discoteche, etc.). Una seconda ondata di normalizzazione può essere identificata nel momento in cui i *setting* di fruizione di sostanze diventano

¹⁷² G. AMENDT *No drugs, no future. Le droghe nell'era dell'ansia sociale*, Feltrinelli, Milano, 2003, p. 12

¹⁷³ *Ibidem*, p. 19

sempre più eterogenee, così come i gruppi sociali coinvolti. Il consumo di droghe, infatti, diventa trasversale alle differenze di classe sociale, etnia e genere. Oggi le sostanze psicoattive trovano un utilizzo anche fuori dai setting abituali e sono ormai incorporate in una cultura giovanile globale come pratica normalizzata.

Le nuove generazioni hanno via via ricondotto il consumo di droghe a funzioni prevalentemente ricreative, con un impatto decisamente meno negativo sul proprio percorso biografico. Si è nel tempo instaurato tra i consumatori (e anche tra i non-consumatori) un processo di accomodamento culturale, tale per cui essere assuntori ricreazionali di droghe non comporta più un'esclusione sociale o una stigmatizzazione.

Gli indicatori che vengono segnalati a sostegno del modello della normalizzazione sono:

- la crescente disponibilità delle droghe;
- l'aumento del tasso di sperimentatori (che provano le sostanze almeno una volta nella vita), e degli utilizzatori (coloro che ne continuano l'uso);
- la diffusione di un atteggiamento tollerante verso un uso responsabile e controllato di droghe, sia tra chi ne fa uso, sia tra chi si astiene;
- l'adattamento culturale verso il consumo di sostanze illegali.

I fattori che orientano tale analisi, riconducibili soprattutto al consumo di cannabis, sono sintetizzabili in alcuni specifici aspetti:

- progressiva contiguità e disponibilità delle sostanze illegali;
- numero crescente di sperimentatori;
- aumento dei soggetti che mantengono un uso abituale;
- atteggiamento tollerante verso il consumo «sensato» e ricreazionale da parte di chi non consuma;
- aumento del livello di adattamento culturale rispetto all'uso di droghe illegali.

La tesi della normalizzazione, tuttavia, presenta alcuni limiti, tra i quali il fatto di:

- circoscrivere il campo di indagine ai giovani (giovani istruiti, studenti lavoratori, appartenenti alla classe media);

- attribuire all'uso di droghe finalità puramente ricreative, e soprattutto, di basarsi sul presupposto che per molti giovani, la decisione di usare una sostanza sia fondata su un processo valutativo razionale.

È stata messa in discussione l'idea che le persone siano in grado di controllare il loro uso di droghe, vale a dire che siano in grado di capire il limite che separa un uso controllato e responsabile da un uso problematico. La valutazione razionale dei rischi, in termini di calcolo costi-benefici, potrebbe rivelare in realtà meccanismi di negazione del rischio.

Alcuni studi ritengono che la tesi della normalizzazione dovrebbe essere riformulata in termini di “normalizzazione differenziata”, poiché esistono diversi modelli di consumo di droghe che si normalizzano all'interno di differenti contesti culturali, in cui opportunità e vincoli strutturali condizionano le pratiche sociali.

5 Politiche di controllo sociale

Nel nostro Paese e nel mondo esistono sostanzialmente due linee di pensiero politico diametralmente opposte per intendere il consumo e l'uso delle sostanze stupefacenti.

Da un lato c'è la corrente proibizionista che sostiene l'idea di una società libera dalle droghe, in cui l'astinenza completa da qualunque tipo di sostanza illegale è l'obiettivo da raggiungere per fronteggiare la questione. Tuttavia, questo modello nella storia non sembra essere in grado di fronteggiare il fenomeno.

Dall'altro lato troviamo la corrente che vorrebbe una legalizzazione ed una regolamentazione delle sostanze stupefacenti. Questo orientamento è in favore di una regolamentazione da parte dello Stato del consumo di alcune sostanze illegali, nonché una rigida regolamentazione anche per le sostanze legali. Lo stato può così affidare licenze di distribuzione, anche se tale politica si applicherebbe solo a determinate sostanze, in funzione della loro effettiva pericolosità e dannosità sociale.

Don Andrea Gallo ha dichiarato:

«Le droghe sono l'unica merce che non risente della crisi economica nè dell'inflazione. Un mercato possibile proprio e solo in virtù delle leggi proibizionistiche che lo sorreggono»¹⁷⁴.

In una recente intervista rilasciata al programma televisivo *Open Space*¹⁷⁵ condotto da Nadia Toffa, in onda su Italia 1, l'onorevole Giuseppe Civati alla domanda:

«Perchè alcol e sigarette possono essere acquistate e la cannabis no?»

Ha risposto:

«(...) Tanti parlamentari hanno chiesto di poterne parlare. Sono cose che fanno male soprattutto se se ne abusa. Però, si può bere un bicchiere di vino e anche tutta la bottiglia, si può fumare una sigaretta e anche tutta la stecca. La cannabis può avere un regime diverso non sotto il proibizionismo, ma con la legalizzazione. (...) La verità è che la droga circola troppo dappertutto è un'ipocrisia clamorosa, lo sappiamo tutti. (...) Attiene anche alla sfera delle libertà individuali al di là della prevenzione io penso che una persona adulta, non stiamo parlando dei ragazzini, una persona adulta che decide di fare uso di sostanza diverse debba poterlo fare senza andare dallo spacciatore, soprattutto se è la cannabis, non sto parlando di droghe pesanti. E c'è una distinzione da fare sempre: se io sorseggio o provo un bicchiere di vino non credo che mi sto ammazzando. Se bevo veramente tutti i giorni due bottiglie forse devo smettere»¹⁷⁶.

L'intervista si conclude con la lettura da parte della conduttrice di un ultimo quesito:

«Gli italiani muoiono di fame e voi in Parlamento pensate alla cannabis, ma che razza di priorità avete?

La cannabis libererebbe tantissime risorse per la nostra sanità (...). La legalizzazione della cannabis potrebbe dare tante risorse per prevenire l'uso della droga, per spiegare, per rendere consapevoli i cittadini, per curarli quando si ammalano e magari tenere un po' più alto il livello, lo standard della qualità della sanità italiana. Non mi sembra una proposta che vale poco (...). Forse noi potremmo usare questi soldi per fare bene alle persone»¹⁷⁷.

¹⁷⁴ DON A. GALLO, F. TRAVERSA *E io continuo a camminare con gli ultimi*, Oscar Mondadori, Trento, 2013, p. 49

¹⁷⁵ Intervista andata in onda il 18 Ottobre 2015.

¹⁷⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=qDM5-2Qhk6A> (dal minuto 18.19 al 20.37).

¹⁷⁷ *Ibidem*

Capitolo Quinto

Le comunità: storia e legislatura

L'attenzione al tema delle dipendenze è un fenomeno relativamente recente, che ha avuto inizio in Italia attorno agli anni Settanta. In altri Paesi europei (come nel Regno Unito) e soprattutto in America erano già in corso delle sperimentazioni scientifiche, legate al fatto che quelle società erano ritenute il laboratorio di un mondo che stava rapidamente cambiando, compiendo una vera e propria metamorfosi.

Le prime esperienze di cura e trattamento di persone con problemi di dipendenza da sostanze sono state fondate principalmente per iniziativa privata, da religiosi, e rispondevano essenzialmente a due esigenze strettamente correlate fra loro:

1. il rifiuto della segregazione e della soluzione autoritaria (tipiche del manicomio e del carcere);
2. il tentativo di sperimentare modalità alternative di intervento, che ponessero al centro la persona e la ricerca di senso della sua esistenza.

L'idea di fondo di questi primi tentativi si basava su alcuni concetti di ispirazione prettamente cristiana, ossia: l'accoglienza, l'accompagnamento, l'esigenza di non abbandonare le persone in difficoltà ed il provare a «camminare insieme» con gli individui aventi problematiche di dipendenza. L'azione promossa da questi gruppi ed associazioni si fondava in una proposta di coinvolgimento completo della persona con problemi di abuso, con l'obiettivo di aiutare tutti i volenterosi a «riprendere in mano» la propria esistenza.

Le prime comunità terapeutiche erano istituzioni totalizzanti, per certi aspetti separate dal territorio, che nel concetto di residenzialità, ripreso dai servizi psichiatrici, definivano la loro natura:

- “chiudersi” in un perimetro definito, di isolarsi, di allontanarsi dal contesto di riferimento precedente;
- condividere tutto con un insieme di pari, o comunque con persone aventi il medesimo problema;
- essere spinti a definire e definirsi in ogni occasione;
- partecipare a gruppi, sia quelli organizzativi, che quelli terapeutico-educativi;
- partecipare a colloqui e ad attività lavorative come fattore di recupero e di crescita;
- rapportarsi quotidianamente con lo staff composto da operatori.

1 Alcuni aspetti normativi

Solo nel 1929 lo Stato Italiano ha riconosciuto l'esistenza e la presenza della droga, con l'emanazione del Regolamento dell'undici Aprile, che proibiva il commercio abusivo di sostanze aventi azione stupefacente. Questa azione era solo il preludio di una normativa sempre più specifica e severa, infatti nel 1934, con l'emanazione della Legge Sanitaria n°1265, si giunse ad una disciplinazione amministrativa e penale delle sostanze conosciute¹⁷⁸: l'articolo 148, che apre la trattazione in materia, disciplina:

«l'elenco delle sostanze tossiche aventi azione stupefacente è approvato con decreto del Ministro per l'Interno, sentito il consiglio superiore di sanità, tenuto conto di quanto sia stabilito nelle convenzioni internazionali»¹⁷⁹.

Negli articoli successivi sono indicati i modi, i tempi e le autorizzazioni per la coltivazione, la vendita e la somministrazione da parte di medici, veterinari e farmacisti del *papaver somniferum*, dell'*oppio* e dei suoi derivati, a scopi non terapeutici. Queste norme, sono state sostituite dalla Legge 1041/54¹⁸⁰, che disciplina in termini più analitici tali azione.

L'articolo 158, nello specifico, sostiene che:

«Il prefetto, indipendentemente dalla denuncia all'autorità giudiziaria per il procedimento penale, nel caso di trasgressione alle disposizioni contenute nella presente sezione o a quelle

¹⁷⁸ Gli articoli ai quali si fa riferimento vanno dal 148 al 156 della Legge Sanitaria n°1265.

¹⁷⁹ <http://www.ecn.org/hemp/Leggi-decreti/RD1265-34.htm>

¹⁸⁰ La Legge del 22 Ottobre 1954 n°1041 disciplina la produzione, il commercio e l'impiego degli stupefacenti.

sancite dagli art. 445, 446, 447, 729 e 730 del codice penale, può ordinare la chiusura temporanea o permanente del locale, ove sono state consumate le trasgressioni stesse, e la sospensione o la revoca della autorizzazione concessa.

Il provvedimento del prefetto è definitivo»¹⁸¹.

A supporto del decreto è da notare l'affiancamento di alcuni articoli del Codice Penale Rocco¹⁸² che sanzionano:

- il commercio clandestino;
- l'agevolazione dell'uso di stupefacenti;
- l'abuso di sostanze psicotrope;
- la somministrazione di tali sostanze ai minori.

Articoli successivamente abrogati dalla Legge 685/75¹⁸³, che disciplina la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle persone affette da problemi di dipendenza.

Rispetto alla legge del 1954, quella del 1975 presenta alcune novità:

- la depenalizzazione per l'acquisto e la detenzione di stupefacenti e sostanze psicotrope per uso personale (al consumatore viene, però, fatto l'obbligo di testimoniare nel corso dei procedimenti penali per droga);
- la reconsiderazione del tossicodipendente, in termini di persona da curare, riabilitare e reinserire nel mondo del lavoro e nella vita di relazione;
- il diritto della persona con problemi di dipendenza di rimanere nell'anonimato;
- l'espulsione dello straniero che ha commesso reati legati alla droga;
- l'inasprimento delle pene per i trafficanti, i promotori, gli organizzatori e i finanziatori di crimini organizzati.

In continuità con questo decreto legislativo, nel 1990 viene emanata la Legge 162¹⁸⁴, che elimina il principio di non punibilità nei confronti di coloro trovati in possesso di

¹⁸¹ <http://www.ecn.org/hemp/Leggi-decreti/RD1265-34.htm>

¹⁸² Il Codice Penale Rocco, promulgato il 19 Ottobre del 1930, realizzato sotto la direzione di Mazzini, firmato da Re Vittorio Emanuele III e da Benito Mussolini, è il codice penale tutt'oggi in vigore.

¹⁸³ La Legge del 22 Dicembre 1975 n° 685 disciplina gli stupefacenti e le sostanze psicotrope.

«modiche quantità» di sostanze stupefacenti, affermando al contrario la punibilità dell'uso di stupefacenti. L'articolo 15 recita:

«1. Chiunque, per farne uso personale, illecitamente importa, acquista o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope in dose non superiore a quella media giornaliera, determinata in base ai criteri indicati al comma 1 dell'art. 72 quater, è sottoposto alla sanzione amministrativa della sospensione della patente di guida, della licenza di porto d'armi, del passaporto e di ogni altro documento equipollente (...)

2. Se i fatti previsti dal comma 1 riguardano sostanze di cui alle tabelle II e IV e ricorrono elementi tali da far presumere che la persona si asterrà, per il futuro, dal commetterli nuovamente, in luogo della sanzione, e per una sola volta, il prefetto definisce il procedimento con il formale invito a non fare più uso delle sostanze stesse, avvertendo il soggetto delle conseguenze a suo danno.

3. In ogni caso, se si tratta di persona minore di età e se nei suoi confronti non risulta utilmente applicabile la sanzione di cui al comma 1, il prefetto definisce il procedimento con il formale invito a non fare più uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, avvertendo il soggetto delle conseguenze a suo danno¹⁸⁵».

In sintesi in questa legge viene confermata la linea proibizionista sia nei confronti delle droghe pesanti, che di quelli leggere. Ritene altresì fondamentale nell'attività di recupero il programma terapeutico e socio-riabilitativo, condiviso e stilato in collaborazione con il Servizio Pubblico per le tossicodipendenze (Ser.T.), a cui si accede liberamente e nel più assoluto anonimato.

Notevole rilevanza in tal senso è ricoperta dall'articolo 95:

«1. Chiunque fa uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope può chiedere al servizio pubblico per le tossicodipendenze di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di definire un programma terapeutico e socio-riabilitativo.

2. Qualora si tratti di persona minore di età o incapace di intendere e di volere la richiesta d'intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà parentale o la tutela.

¹⁸⁴ La Legge del 26 Giugno 1990 n°163 aggiorna, modifica e integra la Legge del 22 Dicembre 1975 n° 685, recante disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, in materia di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza.

¹⁸⁵ <http://www.dronet.org/avanzate/veneto/sospsico/upload/162-90.pdf>

3. Gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle unità sanitarie locali, nonché con i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente»¹⁸⁶.

Le norme in vigore sono state raccolte in un apposito Testo Unico approvato con DPR. 1990 n° 309¹⁸⁷, modificato dopo il Referendum del 1993, che ha ottenuto l'abrogazione delle sanzioni penali a carico dei consumatori di sostanze psicotrope. Tale normativa sanziona penalmente solatamente la destinazione a terzi della sostanza.

Nel 1999 con la Legge n° 45¹⁸⁸ si è promosso il decentramento alle Regioni delle risorse finanziarie del Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga, riqualificando i Servizi Pubblici (Ser.T.), quelli del privato sociale ed il relativo personale.

Il 30 Dicembre 2005 è stata approvata la Legge n° 272, conosciuta anche come Legge Fini-Giovanardi, che indicava le disposizioni per favorire il recupero delle persone tossicodipendenti recidivi, caratterizzata dall'inasprimento delle sanzioni e dall'abolizione della distinzione tra droghe leggere e pesanti. Questo decreto ha dato luogo ad innumerevoli contestazioni, legate soprattutto alla reintroduzione delle pene per i consumatori (abrogate dal referendum popolare del 1993).

Esplicativa di questo disaccordo è la narrazione di un'esperienza di don Gallo:

«Ero a presentare il mio libro nel salone del comune, con me c'era un professore dell'Istituto di Neuropatologia e il moderatore, un ragazzo in gamba del centro sociale Buridda. Abbiamo iniziato la presentazione dibattendo sulla legge Fini-Giovanardi che era stata approvata da circa un mese. La sala era gremita e il ragazzo del Buridda se ne viene fuori dicendo: «Io questa legge me la fumo»; quindi tira fuori uno spinello, lo accende e me lo passa. Allora prendo in mano la canna e mi faccio un bel tiro; poi dico: «Se è vero quello che ha detto Fini, adesso sto male tre giorni»¹⁸⁹

¹⁸⁶ <http://www.dronet.org/avanzate/veneto/sospsico/upload/162-90.pdf>

¹⁸⁷ Il DPR 309/90 recante: Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

¹⁸⁸ La Legge del 18 Febbraio del 1999 recante: Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze.

¹⁸⁹ GALLO DON ANDREA, TRAVERSA FEDERICO *E io continuo a camminare con gli ultimi*, Oscar Mondadori, Trento, 2013, p.31

«Dovrebbero innanzitutto specificare sostanza per sostanza, spiegando effetti, origini e tutto quanto sia utile a capire. Spiegare, ad esempio, che l'eroina deriva dalla morfina, che deriva dall'oppio, che si ottiene dal papavero. Far capire, innanzitutto. Poi sarebbe utile spiegare effetti, controindicazioni, dosaggi eccetera, un po' come si fa con i medicinali abitualmente venduti in farmacia. Questo già porterebbe un po' di chiarezza. Invece no, loro dicono: "Non si fa e basta", senza altre spiegazioni»¹⁹⁰

«La prima cosa da segnalare è che la demonizzazione delle droghe, di qualunque droga, è anzitutto, come ogni demonizzazione, un inganno; un inganno funzionale alla sua mitizzazione. Chi demonizza una sostanza inevitabilmente finisce per perseguire chi la usa.

La mitizzazione genera nella percezione sociale dei potenziali consumatori l'attesa del meraviglioso, del frutto proibito, e perciò tanto più è ambito e desiderato, conferendo "potenza" alla sostanza (...).

Più che i suoi principi attivi, sarà così l'alone culturale del mito a decretarne il successo»¹⁹¹

Nel 2006 si è provveduto a rivedere e ad aggiornare il DPR 309/90 con la Legge 49/2006¹⁹² procedendo con un ulteriore inasprimento delle pene¹⁹³, commutando ad esempio le sanzioni amministrative che andavano dai cinquanta ai seicento milioni di Lire; a cifre comprese tra i ventisei mila Euro e i trecento mila Euro, per coloro che coltivano, raffinano, trafficano o spacciano.

2 La nascita delle Comunità terapeutico-riabilitative per persone tossicodipendenti: gli anni Settanta e Ottanta

Le comunità terapeutiche come le conosciamo oggi sono il frutto di una lunga serie di modifiche, tentativi ed errori.

Le prime sperimentazioni risalgono al 1952, nel Regno Unito, ad opera di Maxwell Jones (1907 - 1990)¹⁹⁴ all'interno del movimento britannico per una riforma ed un rinnovamento dell'intervento psichiatrico. La grande novità proposta dallo psichiatra risiede nella partecipazione dei pazienti, e quindi nella responsabilizzazione degli

¹⁹⁰ *Ibidem*, p. 30

¹⁹¹ *Ibidem*, p. 48

¹⁹² La Legge 49 del 21 Febbraio 2006 emana disposizioni per il recupero di tossicodipendenti recidivi.

¹⁹³ Legge 49/2006 art. 4.

¹⁹⁴ Maxwell Jones è stato uno psichiatra inglese che ha modificato la concezione delle istituzioni psichiatriche.

stessi nella gestione della collettività. L'idea era quella di trasformare una rigida organizzazione gerarchica, nella quale i rapporti erano di tipo «verticale», in una organizzazione «orizzontale» con un rapporto paritario tra utenti e operatori sanitari. Questa trasformazione, che ha modificato le relazioni interne, ha permesso alle comunità di diventare un dispositivo per affrontare problematiche individuali, familiari e sociali, perchè inteso come luogo che permetteva ai soggetti di apprendere strumenti adeguati, di riconoscere le emozioni e di vivere in un ambiente sano ed accogliente.

Il termine di «comunità terapeutica» iniziò ad essere usato per identificare strutture i cui programmi riconoscevano l'importanza dell'ambiente nella sua totalità, basandosi su una sorta di «democrazia guidata», centrata cioè sulla partecipazione del paziente alla vita e alle attività della comunità, sul gruppo inteso come motore generale, ma senza annullare il contributo specialistico e professionale degli operatori.

2.1 Synanon: in America nasce la prima comunità per persone alcol e tossicodipendenti

La prima “vera” comunità terapeutica residenziale, per persone con problemi di dipendenza e abuso di alcol e sostanze stupefacenti, è nata in America, precisamente a Santa Monica, in California, grazie alla spinta di un uomo d'affari illuminato e carismatico, Charles «Chuck» Dederich (Ohio 1913 – 1997) nel 1958.

Il modello terapeutico impiegato richiamava da un lato le diverse esperienze di carattere mistico e spirituale del tempo; e dall'altro gli insegnamenti tratti dal programma dei «dodici passi» utilizzato dagli *Alcolisti anonimi*, che proclamavano principi di onestà verso se stessi e gli altri; franchezza e disponibilità a mettersi in discussione all'interno del gruppo.

Scelta decisa, e di controtendenza, è stata quella di impiegare nel processo di cura operatori non professionali, perché molto spesso, gli utenti, una volta concluso il percorso terapeutico decidevano di risiedere a vita all'interno della comunità, abbracciando gli ideali utopici del fondatore, impiegando la propria esperienza di vita e di cura nell'aiuto di altri individui con problemi simili. Con il tempo *Synanon* si è sempre più trasformata in una sorta di setta, chiusa al mondo, con la tendenza

all'autosufficienza. Si pensi che la comunità venne dichiarata indipendente ed ha aperto perfino un'ambasciata a Washington.

In poco tempo la comunità si era trasformata in una vera e propria macchina da guerra, con i suoi fedeli adepti, succubi di un leader carismatico. L'idillio stava volgendo al termine: la società americana era in soggezione nei confronti di questa realtà così potente che stava prendendo piede ed iniziò ad intentare cause alla struttura ed al suo fondatore. Il leader venne arrestato e rilasciato su cauzione grazie all'impegno dei suoi sostenitori, ma un'ingiunzione del tribunale gli impose il divieto di avvicinarsi ed entrare in qualsiasi comunità volta alla cura e alla riabilitazione di persone con problemi di dipendenza da alcol e da sostanze. Questo suo forzato allontanamento portò ben presto al collasso di *Synanon*, ma diede la spinta per l'apertura di numerosi centri simili:

- a Chicago nacque *Gateway House*;
- nei pressi di New York venne aperto il *Daytop Village*, grazie all'intuizione di monsignor William O'Brien, che cercava di includere nel proprio programma la tecnica dello psicodramma¹⁹⁵ e le pratiche dell'autoaiuto (questa modalità di trattamento venne esportata anche in Australia, in Europa e in Asia sudorientale);
- a New York vennero avviate: *Phoenix House* e *Odyssey House*;
- Don Ottemberg trasformò *Eagleville Hospital*, in Pennsylvania, di cui era direttore sanitario, da sanatorio antitubercolare a comunità terapeutica per alcolisti e consumatori di sostanze psicotrope. La novità apportata riguarda l'attenzione posta a relazioni e conflitti che potevano insorgere tra operatori professionali ed operatori ex-tossicodipendenti.

¹⁹⁵ Lo psicodramma è un metodo psicoterapeutico di terapia di gruppo, ideato da Jacob Levi Moreno (Bucarest 1889 – Beacon 1974) nel 1921. La tecnica che mira a sviluppare attivamente la spontaneità dei soggetti ricorre al gioco drammatico libero.

2.2 Le prime sperimentazioni in Italia

«Dovevamo combattere non una malattia, ma il ricordo abbellito di un'esperienza di piacere»¹⁹⁶.

Anche nel nostro Paese, che ha da decenni subito l'influenza americana, negli anni Settanta ha iniziato a diffondersi il consumo di sostanze stupefacenti, soprattutto di oppiacei, cannabis ed allucinogeni. Per effetto da un lato della disponibilità e della facilità di reperimento di tali sostanze e dall'altro per la tendenza dilagante di ricercare sensazioni sempre più forti e potenti, i consumi occasionali divennero molto popolari, soprattutto nelle grandi città e per alcuni individui si trasformarono in vere e proprie dipendenze o in consumi patologici.

Prima di diventare terapeutica, la comunità era un luogo nel quale un gruppo di persone, principalmente volontarie, mosse da ideali di fratellanza, solidarietà ed impegno sociale, accoglievano persone con problemi di dipendenza ed abuso.

Nell'immaginario sociale dell'epoca, ospedale psichiatrico e carcere erano il punto di arrivo e di non ritorno per tutte quelle persone con problemi di dipendenza, perché ritenuti affetti da “malattie” indicibili, irreversibili e spaventose, a causa dell'autodistruttività di cui erano portatori.

Le comunità di vita provarono e riuscirono a dimostrare che le persone non erano nè malate, nè “perse”; che la problematica era grave, ma non irrisolvibile e che la via d'uscita per alcuni era praticabile. L'idea di fondo di queste strutture era quella di «imparare dal fare», ossia un apprendere per tentativi ed errori, senza avere la presunzione di possedere una ricetta che avrebbe “fatto guarire tutte le persone con problemi di dipendenza”, come al contrario proponevano i medici:

«Il bisturi viene poi a dare man forte al forcone. Grandi professori ci vengono così a dire come dall'osservazione dei ratti di laboratorio risulti che i drogati sono malati dai neuroni esplosi.

¹⁹⁶ C. OLIEVENSTEIN *Droga: un grande psichiatra racconta trent'anni con i tossicodipendenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001, p. 20

Fortunatamente – prego un’offerta – la scienza moderna sta per guarirli, a colpi di pillole miracolose (..)»¹⁹⁷.

Esperienze significative riguardano la nascita di alcune realtà che, nel tempo, hanno incrementato il loro raggio d’azione sul territorio nazionale.

Nel Nord Italia sono sorti:

- a Torino: il Gruppo Abele e la comunità pubblica Lucignolo & Co.;
- a Milano: le comunità Exodus, Cascina Verde e l’Associazione Mondo X;
- a Como: la casa di cura Le Betulle.

Nel Centro Italia:

- a Roma: il Centro Italiano di Solidarietà, C.E.I.S.;
- a Rimini: la comunità terapeutica di San Patrignano;
- le prime comunità pubbliche: Città della Pieve (che da Roma si è trasferita a Perugia), la comunità di Pratolungo (nei pressi di Ferrara), la comunità di Marzaglia (a Modena).

Nel Sud della penisola sono nate:

- a Terni: le comunità Incontro;
- in Puglia: le comunità Narconon;
- in Sicilia: la Casa dei Giovani.

Il Gruppo Abele

Il Gruppo Abele, inizialmente, non è nato come una realtà volta alla cura ed al recupero di persone tossicodipendenti.

La sua origine è reperibile in *Gioventù impegnata*, associazione fondata nel 1965 da Luigi Ciotti (Pieve di Cadore 1945)¹⁹⁸ e da alcuni suoi amici, per rispondere agli effetti prodotti dalla grande industrializzazione della città di Torino, come ad esempio

¹⁹⁷ C. OLIEVENSTEIN *Droga: Un grande psichiatra racconta trent’anni con i tossicodipendenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001, p. 2

¹⁹⁸ Don Luigi Ciotti è un presbitero italiano molto attivo nel sociale, fondatore del Gruppo Abele e dell’Associazione Libera contro i sopprusi delle mafie.

situazioni di disagio ed emarginazione. Nel 1968 l'associazione cambia nomenclatura diventando *Gruppo Abele* ed inizia ad impegnarsi nell'aiuto e nel sostegno di:

- persone alcol dipendenti;
- ragazze obbligate a prostituirsi in strada;
- giovani provenienti dal carcere minorile "Ferrante Aporti".

Solo all'inizio degli anni Settanta, con l'apertura di un centro su strada, «*Centro-droga Molo 53*», aperto 24 ore su 24, l'attenzione viene rivolta anche a coloro che avevano problemi di dipendenza da eroina per via endovenosa. Il servizio si occupava di fornire medicinali, siringhe nuove ed un accompagnamento relazionale. Ben presto, però, divenne chiaro che questi sforzi non erano sufficienti per aiutare le persone in stato di difficoltà ad "uscire dal baratro", mobilitando le risorse personali di emancipazione.

Perciò, nel 1974 Gruppo Abele apre in Piemonte, precisamente a Murisengo (AL), la prima comunità agricola per persone tossicodipendenti:

«Cascina Abele. Disadattati non si nasce, si diventa»¹⁹⁹

Tale slogan mirava alla sensibilizzazione della società nei confronti della giustizia penale minorile promossa soprattutto attraverso un presidio-tenda posto davanti alla stazione Porta Nuova della città.

Il metodo terapeutico adottato si basava sull'ergoterapia e sulla condivisione di ogni istante della giornata tra operatori ed utenti, i quali coltivavano i campi, allevavano il bestiame e gestivano la struttura insieme.

«Condividere significava porsi alla pari nella convivenza, sostenere le crisi ricorrenti, approfondire le problematiche, contenere il desiderio della sostanza, analizzare il "disagio" che l'alimentava, rimettere mano ai rapporti con la famiglia d'origine, praticare un diverso stile di vita, immaginare una progettualità individuale e di gruppo che aprisse a nuovi valori, nuove ambizioni, nuovi entusiasmi e attivare un impegno nella lotta all'ingiustizia e alla sofferenza.»²⁰⁰

¹⁹⁹ <http://www.gruppoabele.org>

²⁰⁰ M. COLETTI, L. GROSSO *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2011, p. 38

Intuizione di grande importanza del Gruppo riguarda l'idea che una problematica di questo tipo non poteva essere delegata unicamente a volontari o ad operatori, ma doveva coinvolgere tutta la società, visto il fenomeno in costante espansione.

Tra le iniziative promosse dal Gruppo bisogna ricordare:

- l'apertura di un Centro Studi e documentazione nel 1975;
- la fondazione della prima libreria specializzata sui temi dell'emarginazione e delle dipendenze nel 1980;
- la nascita della Casa Editrice nel 1983;
- la fondazione delle cooperative, originate dall'esperienza dei laboratori artigianali e dalle botteghe aperte negli anni precedenti, per favorire il reinserimento lavorativo e la creazione di posti di lavoro nel 1985;
- la fondazione della Lega Italiana della Lotta contro l'Aids (LILA) nel 1987;
- l'apertura della prima casa-alloggio per persone con infezione da Hiv-Aids nel 1990;
- l'attivazione dei servizi di pronta-accoglienza residenziale e diurna a Torino nel 1992;
- la promozione del progetto *Nuove Droghe* che avvicina il Gruppo al mondo delle discoteche e del divertimento giovanile nel 1999.

Il Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza (CNCA)

Il 16 Gennaio 1986, a Torino, grazie all'iniziativa del Gruppo Abele è stato fondato giuridicamente il Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza (CNCA), di cui Don Luigi Ciotti è stato presidente per molti anni. Oggi aderiscono all'associazione più di duecentocinquanta gruppi e associazioni dislocate su tutto il territorio nazionale, tra le quali:

- le comunità di *San Benedetto del Porto* (Genova), fondate da don Andrea Gallo;
- la *cooperativa di Bessimo* (Brescia) fondata da don Redento Tignonsini;
- l'associazione *Der Weg – La Strada* (Bolzano) fondata da don Giancarlo Bertagnolli;
- il *Centro di Informazione e di Prima Accoglienza* di Sulmona;

- la *fondazione Agape*;
- la rete delle comunità *La Rupe* (Bologna).²⁰¹

L'idea è nata in seguito al primo incontro tenutosi a Torino di numerose comunità di accoglienza, fondate per lo più da religiosi, con l'obiettivo di cogliere l'importanza e l'utilità di confrontarsi tra persone che si misurano con i medesimi problemi.

Il Centro Italiano di Solidarietà (CEIS)

Il Centro Italiano di Solidarietà (CEIS) è stata una delle prime realtà di matrice ecclesiastica ad occuparsi delle persone affette da problemi di dipendenza da alcol o da sostanze psicotrope.

Nata nella metà degli anni Sessanta ad opera di don Mario Picchi, a Roma venne fondato il CEIS, una realtà innovativa, per quanto riguarda lo scopo da perseguire, che non consisteva nella demonizzazione delle droghe, ma, al contrario, fondava il suo intervento sulla persona e non sulla sostanza.

Inizialmente l'organizzazione non ha aperto vere e proprie comunità terapeutiche, ma seguendo le sperimentazioni del *Daytop Village* statunitense, ha iniziato ad operare avvalendosi di piccoli e semplici appartamenti, nei quali venivano ospitati «tossici» con alto grado di emarginazione e problemi sociali.

Rispetto ad altre esperienze questa realtà è, fin dagli esordi, caratterizzata dall'intenso lavoro di formazione richiesto agli operatori, che dovevano essere preparati e competenti: era bandita l'improvvisazione al ruolo. Necessaria era l'adesione e la partecipazione al *Progetto Uomo*, promotore di principi e valori che ponevano l'umano al centro, perché protagonista della propria vita e della propria storia. Ogni operatore, pertanto, doveva essere in grado di eliminare qualsiasi forma di giudizio e di pregiudizio, perché alla base del lavoro che si sarebbe svolto ci sarebbe dovuta essere fiducia nei confronti degli utenti: cioè bisognava credere in loro per massimizzare l'efficacia del programma terapeutico.

²⁰¹ <http://www.cnca.it/il-cnca/organizzazioni-associate>

San Patrignano (Sanpa)

San Patrignano è una realtà nata nel 1978 per volontà di Vincenzo Muccioli, che con l'aiuto di alcuni volontari ha iniziato ad accogliere in casa propria giovani con problemi di dipendenza.

In breve, la struttura si è identificata come comunità di vita, con caratteristiche precise e definite:

- assoluta dipendenza dal suo leader;
- percorsi terapeutici molto lunghi (fino a cinque anni);
- partecipazione attiva dei residenti in attività di lavoro;
- obiettivo: abbandono dello stile di vita precedente e del consumo di sostanze per abbracciare una nuova esistenza in un sistema protetto e chiuso.

Con la morte del suo fondatore, e alla nomina del suo successore, Andrea Muccioli, si è assistito ad un progressivo rilancio delle attività ed alla cura delle relazioni esterne, attraverso la promozione di grandi manifestazioni, concorsi ippici e ristorazione di lusso.

Le Comunità Incontro

Nel 1979 a Mulino Silla, in provincia di Terni, don Pierino Gelmini ha aperto la prima comunità incontro, basata sul concetto di condivisione di vita, riducendo il contributo delle figure professionali in genere avvalendosi invece dell'apporto di utenti anziani o volontari. La particolarità di questa struttura risiede in due valori distinti:

- la pratica religiosa intesa come parte integrante del programma terapeutico;
- il mancato impiego dei farmaci nel percorso di cura.

Villa Maraini

Nel 1976, nei pressi di Roma, nasce Villa Maraini, fondata con l'appoggio della Croce Rossa Italiana e diretta da Massimo Barra. Oltre all'aspetto residenziale in questa organizzazione viene sperimentata la dimensione:

- del centro diurno;
- dell'attività ambulatoriale, per coprire le esigenze dell'area medica;
- del lavoro psicologico e sociale;
- del lavoro di gruppo;
- degli interventi atti alla riduzione del danno, soprattutto nei casi di bassa soglia.

Le prime comunità pubbliche

All'inizio degli anni Ottanta sono nate le prime comunità pubbliche, inizialmente gestite come strutture diurne, che riaffidavano gli utenti alla famiglia una volta concluso il tempo dedicato alle attività terapeutiche. A causa dei costi elevati, ben presto, questo servizio pubblico è stato affidato a cooperative sociali²⁰².

Cascina Verde

Nel 1974 nei pressi di Milano, per opera di un missionario della Congregazione di San Vincenzo, che riprese l'insegnamento di San Vincenzo de'Paoli, venne fondata Cascina Verde. Si trattava di una comunità terapeutica, in un ambiente lontano dal luogo in cui si era maturata l'esperienza che basava il suo programma sull'autocoscienza, sulla fatica e sul lavoro. Secondo il missionario ogni persona con problemi di dipendenza aveva scelto di intraprendere quella via per rispondere ad un malessere psichico, per questo riteneva necessario fornire un apporto psicologico, che affrontasse il problema alla radice, per essere superato.

Exodus

A Milano nel Parco Lambro, zona molto frequentata da spacciatori e consumatori, don Antonio Mazzi, all'inizio degli anni Ottanta, promosse l'iniziativa delle "carovane", rivolta ad adolescenti e giovani adulti, che riproponeva una sorta di replica del viaggio verso l'ovest dei pionieri americani con intenti di accoglienza e di educazione.

Nel 1986 vennero fondate le prime comunità residenziali di Exodus: a Verona, Vicenza, Bormio e Iglesias. La scelta della nomenclatura del gruppo non è stata

²⁰² Atto d'intesa Stato-Regioni del 1999, che consisteva in una revisione sistematica delle spese degli Enti locali e delle Aziende Sanitarie locali, prevedendo consistenti tagli di spesa.

casuale, il termine impiegato richiama direttamente l'esodo biblico della liberazione del popolo ebraico dalla schiavitù egiziana. La fondazione si è caratterizzata per l'attenzione posta alle tematiche:

- della dipendenza, del disagio sociale e della fragilità;
- dell'infanzia e dell'adolescenza;
- della formazione degli operatori presenti nei vari servizi;
- dell'importanza del lavoro.

Mondo X

Verso la fine degli anni Ottanta don Eligio Gelmini, frate francescano lombardo, fondò Mondo X, una realtà per la cura ed il trattamento di persone tossicodipendenti che proponeva un programma terapeutico basato sulla condivisione e sul lavoro. Le strutture impiegate furono dei conventi abbandonati riconvertiti, negli anni, dagli utenti in alberghi di qualità ed in ristoranti.

La casa di cura Le Betulle

In provincia di Como, precisamente ad Appiano Gentile, nei primi anni Novanta, venne fondata la casa di cura Le Betulle, la prima struttura ad essere completamente privata, che richiamava alla mente l'idea di un ospedale, la cui metodologia curativa includeva trattamenti farmacologici in regime di ricovero e trattamenti psicoterapeutici.

La comunità Narconon

Sperimentazione completamente diversa rispetto alle precedenti è quella promossa da Narconon, comunità fondata dagli affiliati della setta *Scientology*²⁰³, proponeva un metodo di cura legato ai dettami filosofici di Ron Hubbard (Tilden 1911 – Creston 1986)²⁰⁴, con un approccio iniziale che tende a raggiungere 'astinenza attraverso l'abbandono totale e repentino delle sostanze, accompagnato dall'assunzione di

²⁰³ Scientology, nota anche sotto il nome di Chiesa di Scientology, è un'organizzazione (religiosa e filosofica) che ha sede negli Stati Uniti, che dal 1954 diffonde l'insieme delle credenze e delle pratiche ideate da L. Ron Hubbard sulla base del sistema di autoaiuto.

²⁰⁴ Lafayette Ronald Hubbard è stato uno scrittore statunitense, noto per aver fondato Scientology.

integratori alimentari, al quale seguono un corso di comunicazione e di disintossicazione attraverso l'impiego di saune e tisane.

3 Gli sviluppi metodologici: gli anni Novanta

Con l'avvento della seconda generazione di consumatori, non più prevalentemente eroinomani, ma abusatori di altre sostanze, si è assistito, nella seconda metà degli anni Novanta:

- ad un progressivo allontanamento dell'approccio promosso dalle comunità di vita;
- ad una crescente professionalizzazione degli operatori;
- ad un aumento di studi e ricerche relativi alle comunità terapeutiche, per osservare: tipologie organizzative, caratteristiche degli utenti e risultati ottenuti.

Ulteriori riflessioni sono state compiute nell'interesse degli utenti, tenendo conto delle differenti esigenze di ciascuno, al fine di migliorare la proposta terapeutica.

«Lì dove nelle comunità terapeutiche di prima generazione la semplice indicazione di “disturbi del carattere” sembrava sufficiente, le “nuove comunità terapeutiche” si espandono verso altri gruppi, come persone con doppia diagnosi, figli di tossicodipendenti, persone senza casa, disordini post traumatici, carcerati, migranti, prostitute e pazienti con infezione Hiv»²⁰⁵

Figura di spicco di questa riflessione è il dottor George De Leon, che nel 1997, ha promosso l'idea di una *Comunità modificata*, il cui scopo primario è quello di rendere possibili i cambiamenti psicologici e sociali nell'individuo.

Nel tentativo di individuare una nuova teoria di riferimento per il trattamento e la cura di persone tossicodipendenti, l'autore sostiene che la comunità terapeutica deve trovare le sue radici in alcune componenti fondamentali:

- la considerazione dell'uso di sostanze come una patologia , che riguarda l'individuo nella sua interezza;

²⁰⁵ E. BROEKAERT *Therapeutic communities for drug users: description and overview* in B. RAWLINGS, R. YATES *Therapeutic communities for the treatment of drug users*, J. Kingsley Publisher, Londra, 2001

- la centralità dell'individuo, che riguarda le sue caratteristiche personali e le peculiarità delle sue disfunzioni psicologiche e dei suoi *deficit* sociali;
- la prospettiva di una guarigione;
- la prospettiva di raggiungimento di uno stile di vita, nel complesso, sano.

De Leon ha anche cercato di identificare e accogliere nuove tipologie di utenti: rifiutando l'idea che «un drogato è portatore di un'unica criticità: cioè assumere sostanze», spingendosi ad individuare le motivazioni intrinseche ed estrinseche del consumo. Ha delineato, inoltre, nuovi profili di pazienti, al fine di definire strumenti d'azione più efficaci a seconda delle problematiche riscontrate.

La novità risiede nel fatto che De Leon all'interno del piano terapeutico ha inserito sempre più strumenti derivanti dall'ambito psichiatrico, infatti, gli interventi erano rivolti a persone alle quali era stato diagnosticato, oltre ad un problema di abuso di sostanze stupefacenti o di alcol, un problema solitamente di natura psichiatrica (ad esempio: disturbi depressivi o schizofrenia). In altri termini si è dato vita alla sfida della «doppia diagnosi», intendendo con questa “etichettatura” individui nei quali coesistono contemporaneamente due o più disturbi psichiatrici o della personalità, uno dei quali è il consumo problematico di sostanze stupefacenti.

Negli stessi anni si è provveduto a differenziare l'offerta terapeutica, aprendo comunità diverse a seconda delle esigenze degli utenti:

- per minori;
- madre-bambino;
- per coppie;
- per persone alcol dipendenti;
- per cocainomani;
- per giocatori d'azzardo;
- di reinserimento;
- assistenziali;
- per «doppia diagnosi»;
- di vita.

Inoltre sono stati attivati i centri crisi di osservazione e diagnosi e le case alloggio per le persone affette da AIDS. Nella maggior parte dei casi la scelta è stata quella di separare i maschi dalle femmine durante il processo di cura.

Grande attenzione è stata offerta al concetto di *motivazione al cambiamento*, inteso come il processo mediante il quale si identifica la progressione di un soggetto verso il cambiamento in una scala:

- *pre-contemplazione*: la persona non contempla l'idea di smettere e non percepisce di avere un problema (il soggetto non ritiene necessario un intervento);
- *contemplazione*: l'individuo si trova in uno stato di ambivalenza, ossia da un lato vorrebbe prendere in considerazione l'idea di smettere, mentre dall'altra la rifiuta (in questo caso un intervento efficace può permettere un'evoluzione della motivazione);
- *determinazione o preparazione*: il soggetto è disponibile ad intraprendere un percorso di cambiamento (è un momento cruciale per avviare un trattamento);
- *mantenimento*: ruota attorno al consolidamento del cambiamento ottenuto (particolare attenzione riservata alla prevenzione delle ricadute);
- *ricaduta*: è una componente prevista dal modello delle dipendenze, ma è importante insistere che questa eventualità non si presenti come un ritorno alle condizioni iniziali.

3.1 La differenziazione dei percorsi terapeutici a seconda dei bisogni degli utenti

Al fine di migliorare la qualità dei servizi e l'impatto degli stessi sugli utenti, le comunità hanno scelto di diventare enti specialistici, capaci di formulare programmi idonei alle esigenze del gruppo omogeneo di riferimento.

Le comunità oggi si suddividono principalmente in base al *target* specifico di utenza presa in carico, ma anche in relazione al bisogno legato alla «fase» del trattamento:

- le comunità mamma-bambino: accolgono madri tossicodipendenti che nell'accorgersi di essere in attesa di un bambino decidono di provare a definire

un nuovo progetto di vita, che non abbia più a che fare con il consumo di sostanze; oppure mamme che “braccate” dai servizi sociali prendono la decisione di cambiare per poter continuare a vivere con il proprio figlio. L’obiettivo è quello di aiutare la madre a costruire un legame solido con il bambino, rendendola capace di prendersi cura di lui in modo adeguato ai suoi bisogni.

- le comunità per coppie tossicodipendenti (con eventuali minori): accolgono coppie con problemi di dipendenza con lo scopo di lavorare sull’approfondimento delle dinamiche di coppia e sul significato dell’uso comune delle sostanze; inoltre nel caso in cui avessero figli, si cerca di riflettere sulle capacità genitoriali con lo scopo di rafforzarle.
- le comunità di «doppia diagnosi»: accolgono persone tossicodipendenti, alle quali è stata certificata una disfunzionalità mentale, anche di carattere temporaneo. In questo caso agli utenti, oltre al percorso terapeutico classico, deve essere somministrata una terapia farmacologica (di natura psichiatrica).
- le comunità per consumatori di cocaina: accolgono consumatori di cocaina che hanno superato la soglia del consumo compatibile con l’ordinaria gestione della propria vita. Si tratta principalmente di percorsi terapeutici di breve periodo che impiegano metodologie di trattamento di tipo cognitivo-comportamentale.
- le comunità di reinserimento: accolgono persone che hanno completato il percorso terapeutico in un altro servizio. Si presentano come enti di supporto all’inserimento lavorativo e sociale, per evitare che sopraggiungano nuovamente emozioni di marginalità, rifiuto e solitudine, diminuendo l’efficacia del percorso appena concluso.

3.2 Le comunità terapeutiche individuano nuove linee guida

Le comunità, negli anni Novanta, hanno dovuto rispondere alle nuove esigenze espresse dai consumatori e alle problematiche legate alla diminuzione di risorse economiche disponibili, definite dalle politiche di *welfare*.

I primi centri di recupero richiedevano agli utenti di scegliere e confermare la decisione di aderire al programma terapeutico quotidianamente, di rinunciare alla

propria libertà e di intraprendere un processo di cambiamento, che prevedeva molte frustrazioni e poche gratificazioni. Gli assi portanti di riferimento riguardavano:

- l'astinenza da ogni tipo di psicofarmaco;
- la rinuncia alle sostanze psicoattive, al proprio stile di vita, alle proprie abitudini e alla libertà individuale;
- l'adesione a regole rigide imposte;
- la partecipazione e l'adesione al gruppo.

Questi principi attivi di comunità, oggi, non sono più validi, soprattutto per la tipologia d'utenza che converge nelle strutture preposte alla cura di persone con problemi di dipendenza.

Come è possibile prevedere un programma senza l'impiego di farmaci prescritti da medici psichiatri con pazienti aventi una «doppia diagnosi»?

Come è possibile richiedere di rinunciare a vivere liberamente la propria esistenza per un periodo di 18-24 mesi, senza incappare in frustrazioni e fallimenti?

Come è possibile imporre delle regole standardizzate senza prevedere delle negoziazioni e delle individuazioni?

Come è possibile prevedere la partecipazione alle attività di gruppo senza tenere in considerazione le esigenze individuali?

La necessità è stata quella di individuare nuovi strumenti e nuove metodologie senza sottovalutare alcuni aspetti di vitale importanza:

- a) la diagnosi. La diagnosi d'invio deve essere il più precisa possibile, perciò non deve limitarsi unicamente a descrivere la dimensione della dipendenza. Al contrario deve concentrarsi anche sulle caratteristiche bio-psico-sociali dell'individuo;
- b) l'aspetto psicofarmacologico. Anche nei centri che si pongono l'obiettivo di *drug free* accettano, almeno in fase iniziale, di somministrare farmaci sostitutivi per il completamento della disassuefazione e per la stabilizzazione dell'umore;

- c) la comunità in rete con altri servizi. La comunità è un processo terapeutico che concorre con altri servizi alla cura di persone con problemi di dipendenza, non deve lavorare da sola, ma deve essere costantemente in relazione con gli enti invianti;
- d) i programmi individualizzati. I percorsi in comunità non possono essere standardizzati, ma devono adattarsi al singolo, devono avere un taglio sartoriale, devono cioè essere “creati e cuciti su misura”;
- e) la relazione al centro. La regola non costituisce più la base della comunità, ma è la relazione ad averne preso il posto. La connessione è modulata sulle esigenze del singolo e crea un terreno fertile di dialogo e confronto continuo;
- f) l'accettazione delle differenze. Non è possibile prevedere condizioni, regole, programmi e progetti uguali per tutti, perché è necessario tenere conto delle esigenze e delle difficoltà di ognuno;
- g) il “fallimento”. Coloro che non riescono a completare il percorso terapeutico all'interno della comunità non sono da considerarsi un fallimento nè per loro stessi, nè per la proposta educativa del centro. Questo momento può essere impiegato per comprendere le reali motivazioni del distacco, per creare un terreno fertile di riflessione sui limiti e sulle difficoltà che hanno spinto l'utente ad abbandonare il percorso, anche in vista di un possibile reinserimento futuro in un'altra struttura preposta alla cura;
- h) l'attenzione al reinserimento. Non deve sfociare obbligatoriamente nell'attivazione di un contratto di lavoro, il mercato odierno fatica a collocare personale, ancor di più se non specializzato, perciò è necessario che sia gli operatori, sia gli utenti siano consapevoli che la comunità non deve porsi come centro di collocamento, ma il suo obiettivo finale è quello di aiutare i pazienti a gestire la propria autonomia ritrovata, senza ricorrere nuovamente all'utilizzo di sostanze;
- i) l'inclusione sociale. La comunità non è un gruppo chiuso estraneo all'ambiente circostante, al contrario deve essere in costante collaborazione con il territorio. In caso contrario, non sarebbe possibile sperimentare l'autonomia abitativa temporanea e nemmeno l'attività lavorativa;
- j) la valutazione. Valutare un percorso terapeutico è sempre più complesso, in quanto bisogna tener presente una moltitudine di fattori. Non necessariamente

hanno esito positivo unicamente i programmi di persone che indicano di voler vivere in regime di *drug free*, al contrario sono definiti in questi termini anche progetti nei quali le persone decidono di limitare il consumo di sostanze psicotrope o di sostituirlo con l'assunzione cronica di metadone.

3.3 Gli strumenti delle comunità terapeutiche

Conseguire l'obiettivo del *drug free*, quindi dell'emancipazione dalla dipendenza richiede l'impiego di numerosi strumenti, ciascuno di fondamentale importanza per la buona riuscita del percorso terapeutico. Privilegiare percorsi molto lunghi, non è garanzia di successo, gli operatori sono consapevoli che "parcheggiare" un utente non è sinonimo di reale partecipazione al programma e di effettivo cambiamento.

«Se la durata della comunità fosse solo sinonimo del tempo di astinenza trascorso, allora bisognerebbe chiedersi come mai il carcere, con pene detentive anche molto lunghe, non ottenga il risultato dell'emancipazione dalla dipendenza. Il fattore tempo deve coniugarsi con l'utilizzo di altri strumenti»²⁰⁶.

La valenza del gruppo

Il gruppo è una componente primaria e fondamentale per il percorso comunitario. Ogni persona ha la necessità di riconoscersi e di sentirsi parte di qualcosa. Spesso le persone tossicodipendenti provengono da esperienze di isolamento, solitudine o di identificazione nel gruppo con il quale consumavano la sostanza stupefacente. L'ingresso in comunità esprime la richiesta di cambiare la propria esistenza, rielaborando la propria esperienza di vita, perciò chi meglio di operatori e «compagni di viaggio» può aiutare in questo senso?

Gli altri residenti, infatti, costituiscono il migliore specchio delle difficoltà e delle risorse di ognuno, perché sono «esperti per esperienza». Avendo avuto un trascorso di dipendenza, ossia una vita condizionata dalle sostanze psicotrope, hanno, inconsapevolmente, modi di essere, di fare, di pensare e di rapportarsi simili. Per questo sono gli altri utenti i primi ad accorgersi di ciò che accade attorno a loro, prevedono le dinamiche, comprendono le intenzioni altrui, sanno come meglio

²⁰⁶ M. COLETTI, L. GROSSO *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2011, p. 179

intervenire. Emerge che l'apporto di tutti i residenti è fondamentale per la buona conduzione della comunità, non è infatti possibile isolarsi e rifiutare di mettersi in gioco per lungo tempo, perché in questo caso significherebbe che non sussistono le motivazioni al cambiamento, perciò che non si è disposti a partecipare al programma terapeutico.

La comunità è per definizione relazionalità, fare parte del gruppo è importante perché condiziona e modella i comportamenti dei singoli utenti. Uno degli obiettivi dei programmi terapeutici è la riacquisizione dell'autonomia del singolo e del gruppo, che prevede un esercizio decisionale costante, su di sé e sul contesto di appartenenza. Le questioni sulle quali si riflette insieme riguardano la conduzione e la gestione della quotidianità, impiegando metodi di democrazia, non di sopraffazione e sottomissione.

Oltre a tutti questi aspetti che fanno principalmente riferimento alle relazioni instaurate con gli altri utenti, gli operatori propongono anche i gruppi terapeutici, condotti da loro stessi o da tecnici specialisti, a seconda delle tematiche trattate e degli obiettivi che si vogliono raggiungere.

La figura 1 mostra un esempio di come può essere strutturato un percorso²⁰⁷.

EMOZIONI – RELAZIONI – GRUPPO

	PRIMO GRUPPO (primo periodo in comunità)	SECONDO GRUPPO (utenti verso la fine del percorso)
PRESENTARSI E CONOSCERSI Mi presento: autoritratto I miei luoghi comuni I miei valori Io nel gruppo I miei bisogni	Esplorazione delle aree in senso generale Ricerca e valorizzazione delle risorse Non giudizio e accettazione di ogni tipo di espressione Prima esplorazione degli elementi problematici	Mi conosco ... in comunità Mi stavo affezionando ... e già vi devo lasciare Affetti e separazione
EMOZIONI	Conoscere e emozioni di	Approfondimento: quando le

²⁰⁷ <http://www.tornasoleonlus.org>

Introduzione delle emozioni di base Quali emozioni conosco meglio: gioia, rabbia, paura, tristezza, disgusto, gelosia, invidia	base e il loro significato comunicativo specifico Emozioni come risorsa e non come ostacolo Primi elementi per la loro gestione Dove ho “imparato” ad esprimerle/non esprimerle come so fare adesso ...	ho provate nella vita e nella comunità Chi mi ha favorito, chi mi ha ostacolato Di quali emozioni è fatto il mio dolore Di quali emozioni è fatta a mia speranza
LA STORIA DELLA MIA FAMIGLIA Il mio posto nella famiglia Differenza tra famiglia materna e paterna Albero genealogico Come sarò tra 10 anni	La famiglia allargata ai vicini e ai parenti prossimi Quale è la figura adulta più importante positivamente della mia vita fin’ora, chi mi è stato più vicino	La famiglia: tra generazioni, come è andata la vita degli altri? Io che nome dò a ciò che mi è mancato? Ritrovare un posto nella famiglia di origine e costruire una nuova famiglia
SESSUALITÀ Funzione della sessualità Differenza di genere		
COMUNICAZIONE E CONFLITTO		
LA TOSSICODIPENDENZA E I MECCANISMI DI DIFESA		Desideri La grande madre Assertività e bisogni Chi può soddisfare la mia fame?

I gruppi terapeutici hanno cadenza predefinita e scandiscono gli orari e i ritmi della quotidianità e della vita comunitaria, nei quali gli avvenimenti più rilevanti solitamente vengono discussi in plenaria.

Lo scopo, come si evince dall’osservazione della tabella presentata, è quello di lavorare sui vissuti emotivi, sul controllo delle reazioni affettive e dei comportamenti,

sulla comprensione e sulla consapevolezza dei dinamismi psichici, che talvolta prendono il sopravvento e determinano gli agiti comportamentali.

Il colloquio

Il colloquio può essere inteso come un incontro individuale tra l'utente e l'operatore di riferimento che si svolge in un *setting* appartato.

L'obiettivo degli incontri, che sono stabiliti solitamente a cadenza definita, della durata che varia tra i trenta e sessanta minuti e condotti sempre dallo stesso membro dell'èquipe, è quello di:

- accogliere;
- far elaborare all'utente il proprio vissuto emozionale;
- far elaborare all'individuo il proprio vissuto familiare, ruoli ed interazioni;
- contribuire a verificare il percorso svolto;
- far superare le difficoltà;
- rileggere i significati del consumo di sostanze;
- rileggere i comportamenti passati e attuali del paziente.

Il lavoro

«Il lavoro non mi piace – non piace a nessuno – ma mi piace quello che c'è nel lavoro: la possibilità di trovare se stessi. La propria realtà – per se stessi, non per gli altri – ciò che nessun altro potrà mai conoscere» (Joseph Conrad)

L'ergoterapia non ha come funzione primaria l'autofinanziamento della comunità, ma si pone come obiettivo quello di:

- riattivare il corpo degli utenti, incrementando la capacità di tollerare fatica e frustrazioni, riacquisendo ritmi e abitudini;
- incentivare il senso di responsabilità per la ricaduta in comune dell'esito del proprio lavoro e delle proprie prestazioni;
- osservare ed individuare le capacità da valorizzare nel prosieguo del programma di riabilitazione, anche in prospettiva del reinserimento in società.

Con la partecipazione alle attività lavorative si propone alla persona un lavoro sulle proprie parti “sane”, in grado di restituire un’immagine di sé adeguata e non interiorizzata in precedenza e, aspetto importante, di acquisire o qualificare una professionalità nel settore nel quale si è impiegati, al fine di facilitare il reinserimento sociale successivo alla comunità.

La famiglia

«E’ bene che ti dica subito che ho visto persone rovinate trascinare nel vortice del baratro la propria famiglia; che il male della droga è endemico e trasferisce la propria apocalisse a chi è vicino, a chi non può scappare perchè è la madre o il padre di chi soffre.

La filosofia minimalista e cinica direbbe a questo punto che occorre il coraggio di abbandonare un figlio drogato senza tanti patemi, di lasciare andare alla deriva chi ormai *ha scelto* (ed ecco il verbo) *responsabilmente* (ecco l’avverbio) di suicidarsi lentamente.

Non è così: i legami tra padre e figlio sono qualcosa di ben più complesso di un ragionamento. Richiamano al senso di responsabilità e alla colpa; s’impone la domanda del perchè quel figlio si comporti così, del perché sia scappato di casa, del perché abbia litigato con il padre.

Io conosco drogati che non vogliono morire ma vivere, che non hanno scelto lucidamente il suicidio freddo e razionale ma, consapevoli di stare per morire, hanno chiesto di essere aiutati a vivere.

I legami affettivi non sono dei contratti a termine di cui basta valutare se si sono rispettati i criteri e le modalità concordate, ma si radicano dentro la mente e persino la biologia.

Ho conosciuto padri che non hanno salutato il figlio drogato che se ne andava di casa con un sermone razionalistico nel rispetto delle scelte, ma lo hanno ucciso perchè non accettavano di vivere senza quel rapporto e allo stesso tempo capivano che con un figlio drogato non è possibile alcun legame. Conosco figli che hanno ammazzato il padre semplicemente perchè non ottenevano il denaro, e ne avevano molti, mentre per la loro dose avevano imparato a dare l’unica cosa che possedevano, una parte del loro corpo, oppure dovevano vendere la droga e quindi entrare nel mondo della marginalità e della galera»²⁰⁸.

La famiglia durante il percorso terapeutico rappresenta il raccordo tra il prima ed il dopo. Solitamente, nel momento dell’ingresso di un nuovo utente si chiede alla

²⁰⁸ V. ANDREOLI *Carissimo amico – Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, pp. 8-9

famiglia di accompagnarlo e di indicare tra i parenti chi sarà il «referente», da contattare in caso di necessità.

Gli esperti identificano due tipologie di famiglia:

1. la famiglia vittima: intesa come importante risorsa per spingere il tossicodipendente ad intraprendere un percorso comunitario. In questo caso non si rintraccia nessun elemento significativo di connessione tra le relazioni familiari e l'abuso di sostanze. L'evento è percepito dai parenti in modo traumatico, che non si capacitano delle ragioni per cui è insorta la dipendenza.
2. La famiglia colpevole: intesa come sistema disfunzionale che ha favorito o ha addirittura sostenuto l'insorgere della dipendenza. Si tratta del caso in cui all'interno della rete familiare vi siano uno o più membri consumatori, oppure del fatto che si possano rintracciare storie di relazioni che "motivano" il ricorso alle sostanze.

La *famiglia vittima* verrà coinvolta nella fase preliminare di ingresso in comunità e si cercherà di proporle un cammino terapeutico durante la fase residenziale del parente; mentre per quanto riguarda la *famiglia colpevole* sarà necessario prevedere, eventualmente, con le ASL percorsi più specifici.

3.4 Gli obiettivi generali delle comunità terapeutiche

Il fine ultimo al quale, in generale, tutte le strutture residenziali mirano è l'emancipazione dalla dipendenza. Ottenere questo risultato richiede grande impegno da parte dell'equipe di professionisti, che devono lavorare su molti aspetti dell'utente, aiutandolo a gestire il *craving* e le relazioni amicali ed affettive, ad abbracciare un nuovo stile di vita ed a comprendere le proprie potenzialità .

Gestione del craving

«La droga è buona, buonissima, bisogna pur dirlo, e credo che qualsiasi discorso sulla tossicodipendenza debba partire da questa premessa. Ignorare il piacere quando si parla di droga significa eludere la dimensione edonistica, assolutamente centrale, che crea il legame inaugurale tra il tossicomane e il suo prodotto. Avviene qualcosa all'interno del corpo, un orgasmo fantastico, straordinario, qualcosa di infinitamente superiore al piacere sessuale, stando ai tossicomani. Per ottenerlo, si manipola una siringa – e non è cosa da poco, perchè la

siringa è uno strumento di tortura. Ma bisogna passare di lì per giungere al paradiso. E' questo piacere unico, così forte, che trasforma il gaudente appagato in schiavo del suo prodotto»²⁰⁹.

Il desiderio di consumo della sostanza è un elemento che perdura nella persona con problemi di dipendenza, sia da un punto di vista fisico che psicologico. Il ricordo delle sensazioni prodotte dalla sostanza in seguito al suo consumo sono il fulcro del pensiero del tossicodipendente, non le conseguenze negative sperimentate. Anche durante l'ingresso in comunità l'individuo continua a "far coppia" con la sostanza e percepisce fortemente la sua assenza, perciò è opportuno che gli operatori aiutino l'utente ad elaborarne la separazione ed il distacco, in favore dell'attivazione di un trattamento terapeutico. Per accompagnare i pazienti verso la disassuefazione, oggi, oltre all'apporto psicologico e relazionale offerto dagli operatori e dagli altri residenti, vengono impiegate anche delle terapie farmacologiche di supporto, per sostenere lo stato di astinenza, per curare i disturbi del sonno, dell'umore.

Gestione delle relazioni amicali e affettive

Il trattamento terapeutico non fa riferimento unicamente ad un processo meramente di cura farmacologica, ma indaga le difficoltà dell'individuo, in particolar modo quelle di carattere relazionale. Solitamente le esperienze di vita di coloro che approdano ai servizi residenziali sono caratterizzate da carenze o disfunzionalità affettive. Molto spesso gli utenti sono in difficoltà nei creare legami con i compagni, perché abituati a prevaricare o ad essere sottomessi nei rapporti. Queste dinamiche balzano rapidamente agli occhi degli operatori, che devono iniziare con il paziente un percorso educativo efficace per aiutare il soggetto a costruire sia con il gruppo, sia con lo *staff* relazioni positive, fondate sul rispetto, sulla fiducia e sulla condivisione. Senza questo impegno, non è possibile ipotizzare un piano di cura, che si basa su rapporti di reciprocità.

Nel periodo vissuto nella struttura residenziale l'utente viene spinto a «mettersi in gioco» e a riflettere sulla propria esperienza, rivedendo i propri atteggiamenti e i personali meccanismi di difesa, con lo scopo di rimodulare gli agiti e le risposte

²⁰⁹ C. OLIEVENSTEIN *Droga: Un grande psichiatra racconta trent'anni con i tossicodipendenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001, p. 37-38

emotivo-comportamentali. Si tratta di attività che aiutano a comprendere la personale reattività emotiva.

Il lavoro comunitario si intreccia con l'analisi delle modalità e delle capacità di relazionarsi con la famiglia. In questo modo si cerca, con l'operatore di riferimento di indagare i nodi disfunzionali, per tentare di superarli, o per lo meno di divenirne consapevoli; rileggendo così la propria esperienza di vita.

Proposta di nuovi stili di vita

«Il tossicodipendente non pensa che alla sostanza e la usa con lo schema del rito che ripete lo stesso gesto: tirare cocaina, farsi una iniezione di eroina, sedersi davanti a un video. E quando se ne distacca sperimenta una sensazione di morte che passa solo riprendendo la sostanza o l'abitudine»²¹⁰.

La vita correlata ad uno stato di dipendenza da sostanze può comportare la perdita di controllo sui propri comportamenti. La giornata è solitamente scandita dal bisogno di assunzione della sostanza, per questo la maggior parte del tempo è impiegata per reperire il denaro utile per l'acquisto di tale stupefacente. Non esistono lassi temporali dedicati allo studio o al lavoro, non c'è spazio per il tempo libero, non vi è regolarità nel consumo dei pasti, nell'alimentazione e nell'igiene ed il ritmo sonno-veglia è alterato dalla sostanza.

L'ingresso in comunità obbliga a ridefinire lo stile di vita e le abitudini personali acquisite, grazie alla strutturazione e alla scansione ben definita della quotidianità. La giornata tipo si presenta generalmente con sveglia alle ore 7, igiene personale, riassetto della propria stanza e colazione alle ore 8, inizio delle attività terapeutiche o lavorative, che si interrompono per i pasti e per qualche ora di pausa, per poi coricarsi non più tardi delle ore 23. L'adesione a questi nuovi ritmi implica l'allontanamento da schemi collegati alla dipendenza, indicando un'ipotesi di un piano di vita da impiegare dopo l'esperienza comunitaria.

²¹⁰ V. ANDREOLI *Carissimo amico – Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, p. 31

Ri-costruzione della propria identità

«Ogni ragazzo che arriva in comunità dice di non farcela più e non gli si chiede da dove viene, ma dove vuole andare»²¹¹.

Uno degli obiettivi del trattamento terapeutico è di aiutare le persone a cogliere le proprie potenzialità, sviluppando e coltivando i propri doni e talenti. Ogni individuo dispone di inclinazioni, propensioni, abilità, interessi che lo coinvolgono e concorrono a definire l'identità personale.

Il tossicodipendente, una volta concluso il percorso con esito positivo, dovrà convivere con lo stigma dell'«ex», ossia con un passato negativo che continuerà a definire il presente. Appare quindi indispensabile lavorare con l'utente sulla costruzione di una nuova identità, libera dalla dipendenza, nel quale l'individuo riesca a riconoscersi e ad accettarsi, ponendo la riuscita del percorso terapeutico come “punto di forza” e non come elemento di definizione.

3.5 La valutazione del trattamento e dei servizi offerti dalla comunità

La valutazione è un'azione essenziale e costitutiva del lavoro svolto dai professionisti del settore delle dipendenze, perché monitora i progressi, le difficoltà riscontrate, l'attinenza al programma terapeutico, il rispetto delle tempistiche dichiarate, etc.

Questo lavoro permette una riflessione sul quel che si fa e si è fatto, in termini di rigore “scientifico”, al fine di proporre e promuovere un piano terapeutico adeguato ai bisogni dell'utente e alla situazione in cui egli si trova, per evitare di incorrere in errori di trattamento.

Fin dall'avvio della richiesta d'aiuto, gli operatori dei servizi sottopongono gli utenti a test valutativi e a schede di raccolta dei dati, con l'obiettivo di cogliere alcuni aspetti del soggetto, di particolare importanza per poter procedere nell'elaborazione di un piano terapeutico.

²¹¹ SETTORE DELLE POLITICHE SOCIALI – BERGAMO *Droga: come parlare e intervenire con i nostri giovani: atti del Convegno del 15 aprile 2003*, Ferrari Grafiche Spa, Clusone, 2004, p. 59

Le dimensioni strettamente connesse con il programma residenziale fanno riferimento all'approfondimento di alcune caratteristiche interne del soggetto.

Primo elemento da considerare: le circostanze che hanno portato il soggetto a rivolgersi ai servizi, ovvero comprendere le condizioni di vita e le situazioni che hanno spinto l'individuo a richiedere l'avvio di un trattamento terapeutico. Bisogna tenere in considerazione sia i condizionamenti interni, come le preoccupazioni per la propria condizione fisica, psicologica e sociale; sia quelli esterni, come ad esempio le pressioni familiari e legali.

Il secondo ambito al quale dedicare particolare attenzione riguarda la motivazione, cioè la disponibilità e l'interesse del soggetto ad un cambio personale, attraverso un'analisi delle opzioni positive, come ad esempio la possibilità ed il desiderio per una nuova vita e per relazioni familiari e sociali migliori; e negative, che competono la riflessione sulla condizione del consumatore di sostanza, sui sensi di colpa, etc.

Terzo aspetto da cogliere è la prontezza, ovvero lo stato per cui l'individuo è pronto non solo al cambiamento, ma anche ad intraprendere un trattamento terapeutico.

Oltre a queste dimensioni è necessario indagare gli aspetti legati alla personalità e alle condizioni mediche e psicologiche dell'individuo. I professionisti del settore dopo aver collaborato con il servizio medico-sanitario, incaricato di redarre una cartella medica completa, somministrano al paziente uno strumento di *assessment* trasversale, denominato *Europasi* e l'MMPI²¹².

L'*Europasi* raccoglie e mette in correlazione sette potenziali aree problematiche:

1. condizione medica;
2. condizione lavorativa e di sostentamento;
3. consumo di alcol;
4. uso di sostanze psicotrope;
5. condizione legale;
6. relazioni familiari e sociali;
7. condizione psichica.

²¹² Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory è uno dei test più diffusi per valutare le caratteristiche della personalità.

Ogni area consiste in un variabile numero di *items*, a cui è possibile rispondere con un sistema binario sì/no, oppure attraverso una scala Likert su cinque gradi. Il risultato che emerge dall'elaborazione delle risposte date per ogni area, indica il grado di gravità e compromissione del soggetto.

Mentre l'MMPI si occupa di indagare la personalità del soggetto, attraverso la riflessione in alcune specifiche aree:

- dei sintomi e delle condizioni depressive del soggetto (Scala di Zung);
- dei sintomi legati all'ansia (Scala di Zung);
- dell'autostima (esistono diversi strumenti);
- del *decision making*;
- del funzionamento della famiglia di origine (test del Modello circonflesso di Olson);
- del funzionamento sociale e cognitivo;
- della motivazione e della disponibilità al trattamento.

L'insieme dei risultati emersi dall'analisi dei dati ottenuti dalla somministrazione dei test, aiuta gli operatori a definire il quadro clinico, psicologico, relazionale e sociale del nuovo utente in ingresso, ossia la base dal quale partire per stilare il programma terapeutico.

Il processo valutativo però non si conclude in questa fase, ma è elemento fondante di tutto il percorso e per definirne la sua prosecuzione. Importante è monitorare costantemente l'andamento del piano terapeutico per capire se il paziente è migliorato o meno, e per tale miglioramento è attribuibile agli effetti della comunità terapeutica, o se è invece il risultato di diverse variabili esterne al trattamento.

Non basta valutare l'utente ed i suoi progressi se si vuole una visione completa sul funzionamento della comunità e sull'efficacia del trattamento proposto. Il metodo impiegato in questo senso è *standard* ed è correlato al concetto di qualità.

Il DPR. 309 del 1990, che ha subito delle modifiche nel con il DPR. 229/1999, regola tale procedura, mirando a garantire:

- i vantaggi determinati da un clima sano di competizione;

- la tutela del paziente relativamente alla qualità degli esiti;
- una politica di miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie.

Quasi tutte le Regioni hanno provveduto a produrre una legislazione e una normativa specifica che determina tutte le caratteristiche indispensabili per l'accreditamento, ovvero:

- identificazione delle responsabilità della direzione e delle relative responsabilità delegate;
- definizione delle modalità di gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie;
- descrizione dei processi primari collegati alla realizzazione della *mission* delle rispettive organizzazioni;
- identificazione e attivazione dei processi di monitoraggio, misurazione e analisi per dimostrare la conformità dei prodotti rispetto agli standard, e la conformità dei processi rispetto alle procedure;
- indicazione del numero massimo di utenti che la struttura può accogliere.

3.6 La valenza dell'inclusione

Ogni servizio che si occupa della cura e del trattamento di persone con problemi di dipendenza, che sia un ente pubblico o privato, che sia un Sert, uno Smi oppure una comunità, è inserito geograficamente in uno specifico territorio.

Basta trovarsi in quel luogo o è importante divenire parte attiva della vita comunitaria del comune?

Lavorare con il territorio non è un *optional*, ma un passaggio obbligato, indispensabile per la comunità stessa, perché se da un lato evita il rischio dell'isolamento e della separazione, che portano all'autoreferenzialità e a misure degenerative di istituzioni totali, incentivando l'ingresso nella struttura di persone residenti nella società di innesto, condividendo percorsi, attività ed iniziative, dall'altro questa condivisione permette un terreno fertile di scambio tra i cittadini e gli utenti, che sono spinti a misurarsi nella quotidianità delle interazioni ordinarie, promuovendo la sperimentazione di uno stile di vita "normale".

È quindi di fondamentale importanza incoraggiare un rapporto di reciproco scambio e condivisione con il territorio, lontano da sentimenti di chiusura e di rifiuto. Gli operatori delle comunità devono lavorare sull'accettazione e sull'inclusione sociale dell'ente nel comune di appartenenza per:

- contribuire a potenziare e dare legittimità dal basso, attivando i cittadini per il bene comune della collettività;
- lavorare per la restituzione della delega della risoluzione di problemi sociali allo specialismo educativo, ricoinvolgendo e ri-responsabilizzando il territorio di iniziative preventive e riparative;
- affermare i diritti di cittadinanza;
- essere interlocutore propositivo di piani socio-sanitari di zona;
- lavorare per la riqualificazione ambientale;
- essere disponibili nella mediazione dei conflitti.

4 Le fasi in comunità: dall'accesso al reinserimento

L'esperienza comunitaria è un'esperienza di vita significativa, che si presenta come occasione di riscatto per coloro che versano in stati di dipendenza da sostanza stupefacenti.

«(...) determinato com'ero a instaurare un contatto autentico con i tossici, posi una condizione a qualsiasi intervento da parte mia e dei miei collaboratori: che la decisione di consultarci fosse stata presa liberamente dal soggetto.

(...) Ogni tossicomane doveva essere trattato da persona libera»²¹³.

Per essere vissuta con consapevolezza e positività, come sottolinea anche C. Olievenstein nei suoi testi, non può essere imposta, ma deve derivare da una presa di coscienza e da una "convinzione" realistica di intraprendere quel percorso e soprattutto di mantenere tale scelta. Senza il principio di volontarietà e di libertà di scelta non sarebbe possibile sollecitare l'utente ad impegnarsi per promuovere un cambiamento, perciò il trattamento perderebbe ogni tipo di efficacia. Altro aspetto che ricopre particolare importanza nella conferma della decisione di partecipazione al

²¹³ C. OLIEVENSTEIN *Droga: Un grande psichiatra racconta trent'anni con i tossicodipendenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001, p. 19

programma terapeutico, è frutto di un inserimento relazionale positivo sia con gli altri utenti, sia con l'èquipe.

«La disintossicazione fisica non ha alcun senso se non viene inserita in un programma che prevede quella psicologica, che vuol dire il superamento di quel legame e probabilmente la scoperta di alternative accettabili»²¹⁴

4.1 L'accesso in comunità

L'accesso in comunità, attualmente si configura come l'esito di un vero e proprio iter di valutazione e selezione della domanda e contemporaneamente di motivazione e preparazione all'inserimento, che è frutto della collaborazione tra i servizi ambulatoriali per le dipendenze (Sert, Smi, etc.) e le stesse strutture terapeutiche.

Compito primario ed iniziale del servizio pubblico è quello di raccogliere, o stimolare la domanda per il trattamento in comunità, da parte di persone in difficoltà o per mezzo delle famiglie che versano in condizioni di dipendenza.

Dopo che il servizio ha accettato di «prendere in carico» l'utente in seguito alla valutazione della richiesta e dello stato di dipendenza, inizia il processo diagnostico, che prevede un apporto multidisciplinare, che richiede circa un mese di tempo, che indaga le varie sfere personali, negli ambiti di studio:

- assistente sociale: si occupa della parte familiare, sociale e legale;
- medico ed infermiere: dell'aspetto sanitario;
- psichiatra: dell'aspetto psichiatrico e farmacologico (ad esempio certificazione di disturbi mentali, che danno luogo a casi di «doppia diagnosi»);
- psicologo: dell'aspetto psichico;
- educatore: dell'aspetto relazionale e dell'ascolto delle richieste.

Una volta acquisiti tutti i dati, l'èquipe interdisciplinare si ritira per discutere la linea d'azione possibile, individuata per quel singolo utente. Non sempre l'accesso in comunità è ritenuta la miglior soluzione ipotizzabile, perciò, quello che gli operatori del servizio ambulatoriale tendono a fare è una sorta di negoziazione con il paziente riguardo la strada da intraprendere.

²¹⁴ V. ANDREOLI *Carissimo amico – Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, p. 200

Se la richiesta riguardo l'ingresso in comunità formulata dall'utente è velleitaria e distante da reali motivazioni al cambiamento non è auspicabile proporre un programma terapeutico da svolgersi all'interno di un servizio residenziale, ma sarebbe positivo indirizzare il paziente in altre strutture capaci di rispondere al meglio alle proprie esigenze, come ad esempio le residenzialità notturne, i centri crisi, le case di prima accoglienza e le comunità diurne per coloro che si recano ai Sert perché non più in grado di reggere alla vita di strada, oppure hanno bisogno di una pausa dal "giro", etc.

Se invece, l'utente appare motivato e volenteroso e la scelta dell'ingresso in comunità è indicata come la miglior strada percorribile, gli operatori dei servizi ambulatoriali per le dipendenze, procedono con il contatto dei colleghi della residenzialità terapeutica, ai quali illustrano il "caso", descrivendone storia, caratteristiche e necessità dell'inserimento.

La comunità in genere richiede non solo una diagnosi categoriale stilata in base ai criteri forniti dal DSM²¹⁵, ma anche un profilo in grado di fornire indicazioni utili riguardo il "funzionamento" della persona, perché per gli operatori del servizio residenziale è importante capire quali strumenti e metodi proporre per intervenire al meglio su quell'individuo.

Importante in questa fase è la redazione di un profilo diagnostico, il più chiaro ed esaustivo possibile, in modo da permettere di accorciare i tempi di accoglienza del nuovo utente.

Prima di procedere all'ingresso in comunità vero e proprio da parte dell'utente, gli operatori, incati dalla comunità come *staff* di accoglienza, richiedono un colloquio conoscitivo per due ragioni:

1. crearsi un'opinione personale riguardo la persona, indagando anche la motivazione, da confrontarsi con il profilo definito dal servizio inviante;

²¹⁵ Il DSM prevede l'analisi multiassiale, ovvero su diversi assi, ognuno dei quali si riferisce ad un diverso campo d'informazioni. Nel DSM IV la classificazione definisce cinque assi di analisi: Asse I disturbi clinici e altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica; Asse II disturbi di personalità e ritardo mentale; Asse III condizioni mediche generali; Asse IV problemi psico-sociali e ambientali; Asse V valutazione globale del funzionamento.

2. fornire informazioni al nuovo utente riguardo: la struttura, i metodi impiegati ed il funzionamento del servizio.

L'obiettivo degli operatori in questa fase non è quello di sedurre un potenziale cliente, al contrario cercano di far riflettere la persona sul percorso che ha deciso di intraprendere, sulle aspettative, per evitare che siano eccessive o irraggiungibili e sull'immaginario che non deve essere lontano dal principio di realtà.

A questo punto lo staff di accoglienza si occupa di programmare una serie di colloqui (anche a cadenza plurisettimanale) per:

- approfondire le caratteristiche del “caso”, da confrontare con quelle ricevute dal servizio inviante, raccogliendo dati relativi a:
 - indicazioni anagrafiche;
 - storia del consumo: anno d'inizio, evoluzione nel tempo, frequenza, tipologia di sostanze utilizzate, contesti del consumo;
 - situazione familiare;
 - istruzione;
 - situazione lavorativa;
 - rapporti amicali.
- avviare gli accertamenti sulla condizione di non consumo di sostanze attuale, sottoponendo l'utente ad esami tossicologici;
- avviare l'approfondimento della motivazione al trattamento residenziale;
- prendere contatto con i familiari ed identificare chi sarà la figura parentale di riferimento per la comunità;
- offrire tutte le informazioni possibili riguardo il percorso terapeutico, al quale si decide di aderire;
- offrire indicazioni dettagliate relative a cosa portare in comunità (capi di vestiario, generi di toilette, etc.).

Solo in seguito a questi incontri preliminari viene fissata la data di ingresso del nuovo utente in comunità.

4.2 L'ingresso in comunità

Un operatore dell'èquipe del servizio residenziale scelto, viene incaricato di accogliere con calore il nuovo utente, cercando di farlo sentire a suo agio, in seguito gli viene presentato tutto lo *staff* e gli altri residenti, che inizieranno a fargli comprendere quale è l'atmosfera della comunità terapeutica.

Il suo operatore di riferimento, già definito in sede d'èquipe prima del suo ingresso, ha il compito di presentare il programma, le attività ed i vari appuntamenti; e di somministrare una serie di test, solitamente di natura psicologica, considerati utili per mettere a fuoco le caratteristiche e i bisogni del nuovo residente.

4.3 La prima fase: lo “stacco”

Nel corso del primo mese di residenza, solitamente, l'utente non potrà avere contatti con familiari, partner, amici, colleghi di lavoro, in modo che si ambienta nel nuovo contesto, inserendosi nel gruppo, in modo da sentirsi realmente un membro di quella collettività di cui è entrato a far parte.

Questo stacco totale dalla quotidianità vissuta all'esterno della comunità rappresenta simbolicamente la decisione di cambiare, di raggiungere nuovi risultati, di rinunciare all'uso di sostanze ed ai contesti ad esse correlati.

In questa fase vengono, inoltre, fornite le indicazioni relative alle specifiche aree di intervento, sulle quali si lavorerà durante il percorso terapeutico:

- l'area del saper fare e delle capacità espresse;
- l'area delle responsabilità;
- l'area personale del lavoro su di sé;
- l'area delle relazioni interpersonali.

4.4 La seconda fase: il lavoro su di sé

Conclusa la fase di acclimatazione, l'utente solitamente sperimenta una sorta di conflitto interiore tra lo stile di vita e la percezione di sé stesso e degli altri tenuta fino a quel momento, e gli insegnamenti, i valori e gli obiettivi quotidianamente proposti dalla comunità, ricorrendo, spesso, a reazioni di ribellione, rifiuto e sfiducia.

Si tratta di un passaggio fondamentale del trattamento terapeutico, perché questa dissonanza cognitiva avvia una riflessione interiore dell'utente, che provoca una sorta di "battaglia interna", imprescindibile per l'interiorizzazione delle forme di vita comuni; per confermare e prendere coscienza e consapevolezza delle motivazioni per le quali si ha scelto di rinunciare all'uso delle sostanze, avviando in questo modo un processo di lavoro su se stessi. L'adeguamento alle regole, infatti, non può essere semplice accettazione strumentale, a causa delle influenze esercitate dal contesto, ma deve essere una scelta volontaria capace di attivare il reale cambiamento del soggetto.

Durante i colloqui individuali, le attività di gruppo e lavorative, le pause ed il riposo, l'operatore di riferimento stimola la riflessione dell'utente riguardo alcune questioni:

- l'autostima;
- la coerenza tra le dichiarazioni di impegno ed il comportamento;
- il senso di responsabilità;
- l'importanza della continuità dell'impegno;
- il rispetto dell'altro;
- il rispetto delle norme;
- il rispetto di sé;
- il senso dell'identità collettiva;
- la capacità di instaurare relazioni positive con gli altri.

L'obiettivo di questo processo consiste nell'aiutare il residente a conoscersi, individuando i propri pregi, difetti, limiti, risorse, debolezze e punti di forza; favorendo l'insegnamento e l'interiorizzazione di strumenti utili per evitare di incorrere in situazioni potenzialmente a rischio, ed insegnando a riporre negli altri la propria fiducia.

4.5 La terza fase: la "messa alla prova"

Raggiunta la consapevolezza di sé ed avendo compreso l'importanza e la necessità di non privilegiare rapporti interpersonali fondati sulla manipolazione, sulla coalizione, sulla sottomissione o sulla prevaricazione; gli operatori della comunità residenziale iniziano a proporre all'utente una serie di esperienze, grazie alle quali sondare limiti

personali e relazionali, spingendo l'individuo a riflettere sulle proprie azioni e reazioni, al fine di migliorarne gli atteggiamenti.

In questa fase vengono contemporaneamente proposte situazioni che indagano la tematica della responsabilità e della capacità di riflettere su se stessi.

Per quanto concerne l'ambito della responsabilità, all'utente vengono affidati compiti via via più specifici e complessi:

- cucinare per tutti i residenti;
- curare alcuni locali della struttura residenziale (come ad esempio: occuparsi del servizio di lavanderia, controllo dell'assolvimento dei compiti di pulizia della casa da parte di tutti i residenti, etc.);
- rientrare per brevi periodi (2-3 giorni) a casa, ossia nel contesto nel quale è nata e si è sviluppata la dipendenza).

Questi passaggi, definiti con l'utente, corrispondono agli obiettivi indicati nel Piano Educativo Individualizzato stilato per ogni residente, perciò queste esperienze non sono fini a se stesse, ma sono oggetto di commento, discussione e confronto tra l'èquipe ed il paziente, per sondare le difficoltà incontrate, gli atteggiamenti, le reazioni e gli aspetti positivi riscontrati.

Attraverso questo processo vengono innescate le capacità di riflettere sul proprio agito, cogliendo l'occasione per indagare i fattori causali alla base delle proprie difficoltà, che sono in stretta relazione con i fattori scatenanti le situazioni di dipendenza. Il metodo solitamente impiegato dagli enti di recupero per elaborare i propri aspetti comportamentali e psicologici sono l'ascolto e la narrazione della propria ed altrui esperienza di vita.

4.6 La quarta fase: il “rientro” in una vita normale

In seguito al raggiungimento degli obiettivi indicati dal PEI individuale, a circa tre mesi dalla conclusione del piano terapeutico, si ritiene opportuno invitare gli individui, ancora in piena fase residenziale, ad impiegare parte del proprio tempo all'esterno della struttura per iniziale la ricerca di un lavoro, ed in alcuni casi anche di un'abitazione.

Si tratta di una fase molto delicata, che deve essere seguita con molta attenzione dagli operatori, perché carica di fattori di rischio, che possono provocare una ricaduta, a causa delle frustrazioni interne legate soprattutto al processo di re-ingresso nel mondo di lavoro.

4.7 L'ultima fase: il post-trattamento

«La prima è l'idea che le ricadute nei tossicodipendenti possano essere generate da un eccesso di benessere raggiunto dopo lunga astinenza. Sapevamo che a provocarle sono lo stress, gli stimoli condizionati e l'assaggio della droga da cui si è dipendenti. Gallimberti suggerisce che l'essere riusciti a rimanere a lungo astinenti produce un inebriante senso di sicurezza e vittoria, che può scatenare le ricadute, proprio come fa la cocaina».²¹⁶

Concluso il percorso in comunità, non è auspicabile lasciare l'utente in solitudine, potrebbe sperimentare sentimenti di abbandono, tornando così a riprendere il cammino interrotto prima dell'inizio del trattamento terapeutico. Per questa ragione deve esservi un raccordo tra il periodo residenziale ed il riacquisto dell'autonomia. Importante per l'utente è mantenere i contatti con gli operatori che l'hanno accompagnato ad uscire dalla fase della dipendenza; ma anche rafforzarli con i servizi ambulatoriali, che lo possono aiutare:

- a superare le difficoltà dell'ingresso in famiglia;
- a rafforzare gli obiettivi raggiunti in comunità;
- a mantenere lo stato di astinenza, con la partecipazione a progetti di prevenzione;
- a prevenire le ricadute;
- a gestire le influenze ambientali.

5 L'operatore competente

Negli ultimi decenni si è dibattuto sui requisiti che un operatore dovrebbe avere, perché la qualità di una comunità, a prescindere dai suoi programmi, dipende dai professionisti che lavorano al suo interno. Non basta avere piani terapeutici innovativi

²¹⁶ L. GALLIMBERTI *Morire di piacere – Dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze*, BUR Rizzoli, Milano, 2012, p. 10

e all'avanguardia, ma servono figure professionali qualificate, capaci di mettere realmente in pratica le linee guida proposte dagli enti di riferimento.

Fino alla fine degli anni Novanta, le comunità che erano impostate sull'auto-aiuto gerarchico, non facevano perno sulle conoscenze professionali, ma assumevano operatori in base all'esperienza accumulata e sul «saper fare», che derivava dalla conclusione di un percorso terapeutico-riabilitativo con esiti positivi. Gli enti privilegiavano la scelta degli «ex» tossicomani come operatori perché ritenevano che, grazie alla pregressa esperienza maturata sul campo, o meglio sulla propria pelle:

- conoscessero il problema, le sue evoluzioni, il linguaggio di strada, la sua portata emotiva;
- comprendessero le caratteristiche del momento, prevedendo stati d'animo dell'utente e dei residenti;
- conoscessero meglio il programma, le sue ritualità, la sua organizzazione e le sue fasi.

Nel tempo però, ci si è resi conto che la portata emotiva e le conoscenze pratiche degli «ex» non fossero più sufficienti, per varie ragioni:

- le conoscenze molto spesso sono limitate unicamente al loro problema di dipendenza, senza essere in grado di fornire un'analisi critica del consumo di altre sostanze;
- esprimono diffidenza nei confronti di aspetti come: la valutazione, la diagnosi, l'introduzione e la somministrazione di test;
- ritengono non adeguati i programmi terapeutici proposti da altri centri di recupero, perchè credono che il programma da loro sperimentato, mentre erano in comunità in veste di utenti, sia il migliore, l'unico valido e corretto.

La necessità di inserire operatori aventi solide basi scientifiche e professionali, sfocia nel 1999, nell'emanazione dell'Atto d'intesa tra Stato e Regioni, all'interno del quale sono stati individuati i criteri *standard* di selezione degli operatori, ritenendo necessario inserire negli organici delle figure specializzate che:

- sono in possesso di un titolo di studio (diploma di scuola superiore o titolo di laurea nell'ambito delle scienze umane);

- conoscono il programma terapeutico e le sue metodologie, facendo attenzione alle teorie sottostanti le tecniche applicate;
- hanno una visione strategica dell'intera struttura;
- hanno una visione situazionale e tattica verso l'èquipe, il gruppo residenziale ed i singoli utenti;
- hanno capacità di lettura dei diversi progetti e percorsi individualizzati dei pazienti;
- conoscono i confini del loro ruolo e le responsabilità a esso correlate;
- difendono la gerarchia esplicita ed esistente all'interno della struttura;
- sanno visualizzare l'utente sia nella sua dimensione individuale, sia in quella gruppale;
- conoscono le regole di convivenza e sono in grado di farle rispettare da tutti, tenendo conto delle eccezioni (utenti che faticano ad adeguarsi ad esse);
- possiedono capacità di lavorare in èquipe;
- hanno capacità di mettersi in gioco, di lavorare su se stessi;
- hanno capacità di autocritica e di formulazione di critiche costruttive.

Nella pratica, quindi, non basta possedere un titolo di studio o una qualifica professionalizzante per diventare operatori di comunità, ma è necessario avere e sviluppare delle specifiche capacità personali.

5.1 Capacità di gestire il conflitto

Nella dinamica dei rapporti di un servizio terapeutico-riabilitativo nell'ambito delle dipendenze, il conflitto è la regola, non l'eccezione, non è raro assistere come spettatori o protagonisti a scontri tra:

- gli utenti e gli altri ospiti;
- i pazienti e gli operatori;
- i residenti ed i loro familiari;
- gli utenti con se stessi.

Le cause principali che suscitano reazioni violente e/o aggressive sono rintracciabili in una moltitudine di fattori:

- aspetti temperamentali;
- frustrazioni dovute alla limitatezza degli spazi e alla convivenza forzata;
- modalità di pensiero *borderline*²¹⁷;
- assenza della sostanza ed il suo richiamo;
- stato di inquietudine psico-fisica che sottende al *craving*;
- stati emotivi riconducibili a sensazioni di rabbia, invidia, risentimenti e rancori nei confronti di se stessi e degli altri.

Tutte queste componenti rendono l'utente una «bomba ad orologeria», pronta ad esplodere in qualsiasi momento ed in qualsiasi forma, sia attraverso l'impiego di forme verbali, come: l'offesa, l'insulto, la minaccia, il pettegolezzo, la diceria e la menzogna; sia sconfinando nel vero e proprio atto fisico verso i compagni, l'èquipe o addirittura se stessi.

L'aggressività di per sé non è negativa, se contenuta nei canali di rispetto dell'altro, infatti, può essere sfruttata positivamente per aiutare l'utente nella propria autoaffermazione, inducendolo a realizzare un intento, un desiderio, un progetto personale. Quando invece sfocia in vera e propria violenza, verbale o fisica, bisogna prestare particolare attenzione alle forme di prevaricazione, ricatto e inosservanza delle regole.

L'operatore non adeguatamente formato ed inesperto potrebbe reagire con paura ed impotenza dinanzi alle provocazioni, perché non in grado di distinguere se la minaccia sia o meno reale, oppure incapace di gestire le situazioni cariche di imprevedibilità. Non è corretto che l'educatore neghi:

- di poter essere percepito dal paziente come oggetto di conflitto e di odio: non può essere un nemico, lo sta aiutando a risolvere il suo problema;
- il proprio *transfert* contro-aggressivo: l'operatore infinitamente buono non esiste, è assolutamente normale nutrire sentimenti malevoli verso il proprio paziente.

²¹⁷ Per pensiero *borderline* si intende l'incapacità di tollerare l'ambivalenza insita nei rapporti umani, che implica la scissione delle parti buone e cattive di sé e la proiezione di queste ultime sugli altri.

Un professionista dovrebbe essere capace di «stare nella situazione», comprendendo che spesso queste reazioni dettate dalla paura e dalla frustrazione sono anche una richiesta d'aiuto e di contenimento da parte del residente. Dovrebbe essere consapevole che l'atteggiamento ostile rientrerà in un certo lasso di tempo, perché solitamente gli episodi sono circoscritti in un determinato arco temporale, che varia dai trenta ai centoventi minuti; per questo dovrebbe evitare di farsi contagiare dal comportamento violento, anzi, al contrario, dovrebbe cercare di mantenere uno stato di calma e di resistere alla tentazione di fuggire, restando per tutta la durata dell'episodio con l'utente (in stato di difficoltà).

Una volta che la situazione è rientrata nei ranghi, non è possibile negare l'accaduto, ma è auspicabile affrontare le difficoltà che hanno spinto il paziente ad reagire in questo modo, per:

- valutare se ci sono i margini per una mediazione e per una possibile riconciliazione (definendone anche termini e tempi);
- contestualizzare l'agito aggressivo all'interno del percorso comunitario cercando di coglierne sia il senso soggettivo che il significato oggettivo.

5.2 Capacità di ascolto, osservazione e comunicazione

É possibile non comunicare?

In comunità, così come nella vita quotidiana all'esterno delle mura del servizio, è impossibile non interagire con altri esseri umani. L'interazione, che permea tutta l'attività terapeutica, costituisce le basi per procedere con l'attivazione di un programma. Attraverso essa si entra in relazione con gli altri, ci si mette in gioco, ci si presenta per quello che effettivamente si è, ci si mette a nudo (durante i colloqui, nel gruppo, nel tempo libero, nelle attività, etc.).

Per capire e capirsi, prima di una buona comunicazione, sono necessari buon ascolto e buona osservazione.

Un educatore può essere definito un «buon ascoltatore» quando:

- è capace di accogliere l'altro con empatia, acquisendo nuove informazioni utili al proseguo del piano terapeutico;

- nelle situazioni di sfogo spontaneo dell'utente non lo interrompe, evitando tempistiche inopportune, lasciandolo libero di esprimersi, senza rischiare di spezzare la "magia" del momento;
- non è ascoltatore passivo, ma si pone in relazione con il paziente partecipando attivamente allo scambio, anche attraverso l'ausilio della comunicazione non-verbale;
- dimostra abilità comunicative nel fornire riformulazioni dei contenuti espressi dal residente, dicendo ad esempio: «di ciò che hai detto, io ho capito questo ...»;
- è capace di trasmettere il proprio pensiero, limitando qualsiasi forma di giudizio morale: «di ciò che hai detto, penso questo ...»;
- è in grado di riformulare ciò che ha appena ascoltato fornendo una possibile direzione di marcia da intraprendere: «di tutto questo, mi sembra che possiamo fare ...».

Una buona osservazione aiuta a comprendere e capire tutte le dinamiche che avvengono in comunità, grazie alla lettura degli agiti di tutte le persone che la abitano (utenti e operatori). Non sempre ciò che viene esplicitato con le parole corrisponde al reale pensiero, perciò un buon educatore deve saper cogliere tutti gli aspetti non-comunicativi delle interazioni.

La comunicazione non è altro che la somma della capacità di ascolto e di osservazione.

5.3 Capacità di contenere le crisi

L'insorgenza di stati di crisi sono frequenti in comunità: l'essere stimolati costantemente a mettersi a nudo, a conoscersi, a ri-conoscersi, a porsi in relazione con gli altri, a prendere impegni generali e specifici, etc. non è assolutamente semplice per una persona «normale», immaginiamo come possa essere per un individuo che versa in situazioni di difficoltà. In genere, non si tratta, come potrebbe apparire in prima istanza, di un aspetto negativo, al contrario: avere una crisi significa che si sta procedendo nel percorso di elaborazione personale.

La manifestazione di tale difficoltà può assumere diverse forme:

- atteggiamento di forte contrapposizione con uno o più membri dell'èquipe;
- lite accesa con uno o più componenti del gruppo di residenti;
- sfogo emotivo imponente durante la partecipazione ad un gruppo o ad un colloquio individuale;
- rifiuto improvviso e “violento” di ricoprire determinate responsabilità;
- atteggiamento di chiusura in se stessi e di alienazione;
- atteggiamento di depressione con pianto ed isolamento.

Il soggetto in crisi, in questi casi, frequentemente, manifesta la volontà di abbandonare il percorso terapeutico e di andare via. L'èquipe, perciò, deve essere in grado di affrontare la situazione, utilizzando vari strumenti a disposizione, tra i quali: l'ascolto, l'accoglienza, la comunicazione, l'offerta di sostegno e di partecipazione emotiva.

5.4 Capacità di lavorare in èquipe

L'èquipe è lo strumento principale di cui dispone un servizio residenziale, perché formula un pensiero riflessivo che accompagna e ridefinisce in continuazione il lavoro complessivo da portare avanti. Il gruppo è importante perché promuove una visione d'insieme che il singolo non potrebbe percepire da solo, in quanto ogni operatore ha le proprie caratteristiche, abilità, ruoli, modalità di relazionarsi e rapportarsi, che gli permettono di comprendere solo pochi tasselli dell'utente. In sede d'èquipe, perciò, si discute e si riflette insieme su ciò che ogni professionista ha osservato, proponendo le diverse sfumature della persona, al fine di strutturare un piano terapeutico il più possibile attinente alle peculiarità del paziente.

Il lavoro d'èquipe non è utile solo come interfaccia tra utente e operatore, ma è necessario come forma di supporto e di aiuto nei confronti degli altri educatori che possono versare in situazioni di difficoltà e disagio nella gestione di alcune dinamiche relative al servizio e alla quotidianità.

Capitolo Sesto

Esperienze a confronto

Dopo aver analizzato gli aspetti sociali, storici e teorici del trattamento e della cura delle persone tossicodipendenti prendendo in esame le considerazioni di alcuni manuali, ho sentito la necessità di vagliare e scoprire quali sono in realtà i metodi applicati, i valori e gli obiettivi che muovono il lavoro di enti, associazioni, fondazioni e cooperative che si occupano del problema.

Con il professor Spreafico, mio docente relatore, abbiamo individuato quali servizi avrei potuto coinvolgere nella mia indagine, ai quali ho richiesto, attraverso l'invio di una mail, un incontro, della durata di circa due ore ciascuno.

Gli enti che si sono resi disponibili a rilasciarmi un'intervista sono stati:

- Associazione Der Weg – La Strada di Bolzano, nella figura del dott. Massimo Antonino: referente per la comunicazione;
- Associazione Saman di Milano, nella figura del dott. Achille Saletti: presidente dell'associazione;
- Smi – Gli Acrobati con sede a Concesio, nella figura del dott. Sergio Bertoni: responsabile del servizio;
- Cooperativa Sociale di Bessimo Onlus con sede a Concesio, nella figura del dott. Marco Dotti: responsabile dei servizi residenziali;
- Società Cooperativa Sociale Onlus - Ai Rucc e Dintorni a Vobarno, nella figura del dott. Emanuele Tonoli: responsabile della comunità;
- Il Calabrone – Società Cooperativa Sociale Onlus con sede a Brescia, nella figura del dott. Andrea Campana: operatore nelle comunità terapeutiche.

Nel periodo compreso tra il 23 Settembre ed il 13 Ottobre 2015 mi sono recata presso questi enti con alcune questioni aperte per comprendere il loro parere ed i loro metodi d'azione. La mia attenzione si è concentrata:

- sul significato attribuito al termine tossicodipendenza, chiedendo quale fosse la loro interpretazione;
- sulla tipologia della proposta educativa, indagando la concezione dell'ergoterapia, degli “abbandoni” e degli insuccessi;
- sulle forme di valutazione applicate all'interno del servizio;
- sulla valenza data all'inclusione sociale e territoriale, analizzando l'importanza esercitata dalla presenza o meno di rapporti di rete;
- sulla formazione richiesta alle figure professionali coinvolte nell'ente;
- sulla presenza di servizi innovativi di cura e trattamento e sull'importanza, o meno, attribuita al reinserimento lavorativo.

1 Presentazione degli enti

Le realtà coinvolte nella mia indagine sono diverse tra loro, non solo per locazione geografica, ma anche per quanto riguarda le origini storiche. Ogni ente ha una propria concezione operativa, sviluppata dall'idea del suo o dei suoi fondatori. Non tutte le realtà intervistate hanno radici lontane, ma ne esistono anche di più recenti e giovani. Ritengo utili comprendere meglio la nascita e la formazione di questi servizi, per poi procedere con la presa in esame dei contenuti degli incontri.

1.1 Associazione Der Weg – La Strada

«I valori promossi sono di ispirazione cristiana, per il background di provenienza (di don Bertagnolli), ma sono declinati in valori universali»²¹⁸

L'Associazione Der Weg – La Strada nasce ufficialmente nel 1978, con atto notarile del 14 Giugno, come risposta alternativa ai problemi che affiggevano la società del tempo, da quelli di tipo familiare a quelli di inclinazione sociale, non per forza da attribuire alla tossicodipendenza. La motivazione di tale intuizione, che risale al 1977 ad opera di don Giancarlo Bertagnolli (Fondo 1933 – Bolzano 2014) e ad alcuni suoi collaboratori, risiede soprattutto nella volontà di aiutare le persone che versavano in stato di difficoltà, come risposta alla carenza o all'assenza di servizi ad hoc promossi dagli enti pubblici. L'opera di preparazione dell'Associazione risiede nella richiesta di partecipazione da parte dei volontari a corsi di formazione al fine di rendere queste

²¹⁸ Dichiarazione dott. Massimo Antonino in sede d'intervista.

figure più consapevoli del proprio ruolo, per acquisire competenze e per comprendere le finalità della loro opera.

Nel 1978 viene aperta la prima comunità alloggio per persone disagiate e nel 1979 quella per tossicodipendenti, servizi sostenuti completamente da personale volontario. Ben presto però, ci si è resi conto che l'impegno richiesto era molto alto e che non vi erano le necessarie garanzie per il reale funzionamento dello stesso, perciò si è maturata la convinzione che fosse indispensabile integrare l'impegno dei volontari con quello di operatori professionisti. Negli anni Ottanta si è iniziato a differenziare ed a specializzare la propria offerta di servizi. Oggi l'Associazione Der Weg – La Strada è attiva in vari settori:

1. Centro Studi. Si occupa di formazione, progettazione, promozione e preparazione convegni, pubblicazioni, con l'obiettivo di attivare un terreno di sostegno ai vari servizi promossi dall'Associazione;
2. Area bambini e giovani. Si occupa di accoglienza e presa in carico di bambini e ragazzi in situazione di disagio:
 - nella Comunità Residenziale sociopedagogica – Il Focolare;
 - nelle Comunità Residenziali sociopedagogiche integrate – Panta Rhei, Santa Clara;
 - nei Centri Diurni – J. Lanz di Merano, Grisù di Brunico e Kalimera di Appiano.
3. Area dipendenze. Si occupa di problematiche legate all'abuso di alcol e/o sostanze stupefacenti, stilando programmi terapeutico-riabilitativi, offrendo assistenza psicologica e psichiatrica, accompagnando le persone nel percorso di reinserimento sanitario e sociale:
 - Comunità di Reinserimento;
 - Comunità di Accoglienza St. Isidor con modulo terapeutico e modulo doppia diagnosi;
 - Progetto occupazionale "Naturalmente".
4. Area cultura, territorio e famiglia. Promuove attività di animazione giovanile, sviluppo del territorio, valorizzazione dell'arte e della cultura e di manifestazioni sportive:
 - Centro Giovani – Charlie Brown, Villa delle Rose, Tilt, Excelsior;

- Iniziative sul territorio;
 - Interscuola;
 - Backstreet;
 - Polo ovest;
 - Accompagnamento pomeridiano;
 - Qui per te;
 - KuBì – die Kunter Bunte Insel;
 - Progetti estivi.
5. Area donne e pari opportunità. Si occupa di fornire sostegno e accompagnamento a donne e ragazze:
- Fase di accoglienza del Progetto Alba;
 - Residenze assistite femminili e maschili;
 - Giovani madri.
6. Area prevenzione e consulenza. Si occupa di attivare progetti di consulenza e prevenzione in materia di abuso di sostanze, violenza e situazioni a rischio.
- Exit – prevenzione secondaria;
 - Gruppo mutuo aiuto;
 - Mediazione penale minorile;
 - Interventi di prevenzione universale;
 - Il Germoglio – Der Sonnenschein.
7. Area volontariato. Si occupa di fornire un’adeguata formazione ai tutti coloro che vogliono partecipare in veste di volontari all’Associazione.

1.2 Associazione Saman

«Saman nasce per caso. Le cose belle nascono sempre per caso»²¹⁹.

La nascita dell’Associazione Saman è piuttosto *sui generis*, il suo percorso e la sua evoluzione non sono comuni.

In seguito ad una significativa esperienza in un *ashram*²²⁰, una sorta di convento indiano, al seguito di guru ampiamente riconosciuti in quegli anni, tra i quali spicca il

²¹⁹ Dichiarazione dott. Achille Saletti in sede d’intervista.

²²⁰ L’*ashram* nella tradizione indiana è un luogo di meditazione e di preghiera.

nome di Roschio Rajneesh (Kuchwada 1931 – Pune 1990)²²¹; Mauro Rostagno (Torino 1942 – Lenzi di Valderice 1988), la moglie Elisabetta “Chicca” Roveri e l’amico Francesco Cardella (Trapani 1940 – Managua 2011) hanno deciso di riproporre una sorta di convento spirituale sulla scia degli insegnamenti appresi in India, impiegando un terreno a Lenzi di proprietà di uno dei tre. Casualmente nell’immediatezza dell’insediamento di questa fattoria siciliana, viene inviato, sottoforma di cortesia, il figlio di un amico comune con problemi di tossicodipendenza. Ben presto capirono che gli insegnamenti indiani del gioco continuo e dell’importanza della relazione poteva portare beneficio alle persone in stato di difficoltà.

Nel 1981, dopo aver intuito che un sistema di vita comunitaria può avere maggiori benefici sulle persone con problemi di tipo sociale, a Lenzi, in provincia di Trapani è stata aperta una delle prime comunità terapeutiche di matrice laica.

«L’originalità risiede nel fatto che fin da subito hanno intuito che non bisognava lavorare sulle dipendenze in termini di sensi di colpa, ma bisognava lavorare in termini di estrapolazione di quelle risorse sane proprie della persona. Non bisognava comprimere le risorse malate, ma bisognava esaltare la componente sana. L’obiettivo non era quello di creare un luogo di espiazione della colpa, ossia l’aver scelto la droga, ma era quello di dire:

“Tu hai toccato l’Inferno, il perchè non ci interessa, noi però ti dobbiamo far toccare il Paradiso, perchè toccando il Paradiso riuscirai a capire cosa è stato il tuo Inferno”.

Con questi principi declinati sulle meditazioni, sullo yoga, sulla pratica zen e sull’importanza della quotidianità, intesa come un grande e gigantesco gioco, è nata la comunità. Le punizioni erano le punizioni dell’assurdo perchè rientravano all’interno di un gigantesco ed ininterrotto gioco»²²².

Dopo l’assassinio del 26 Marzo 1988, ad opera della mafia trapanese, di Mauro Rostagno, la direzione della comunità viene affidata a Francesco Cardella, che con l’appoggio del Partito Socialista Italiano trasforma Saman in un centro di potere, basato sull’arricchimento individuale più che sul vero e proprio aiuto di persone in difficoltà. Di conseguenza anche il metodo terapeutico si appiattisce ad un concetto di trattamento seriale e ripetitività dei percorsi terapeutici.

²²¹ Roschio Rajneesh è stato un mistico e maestro spirituale indiano.

²²² Dichiarazione dott. Achille Saletti durante l’intervista.

Tra il 1994 ed il 1995 Francesco Cardella viene arrestato per aver sottratto ingenti somme di denaro all'Associazione ed è accusato di aver truffato lo Stato. L'esperimento di Mauro Rostagno sembrava giunto al capolinea, ma grazie ad alcuni onesti collaboratori ed al coinvolgimento di professionisti esterni, Saman ha saputo rialzarsi e rifiorire. La direzione scientifica venne affidata al medico psichiatra Luigi Cancrini e la presidenza al dott. Achille Saletti, che hanno saputo rilanciare il servizio, investendo nella formazione degli operatori e revisionando i percorsi di accoglienza e di presa in carico. Nonostante alcune pagine oscure Saman oggi gode di buona reputazione, offre un servizio eccellente ed è in fase di costante innovazione.

Oggi l'Associazione Saman ha attivi i seguenti servizi:

- Comunità terapeutica: Le Muraglie e Mauro Rostagno
- Comunità terapeutiche con modulo doppia diagnosi: L'Asilo, Villa Cilla, Le Vergini Nuove e Apricenta;
- Comunità terapeutiche con modulo per ragazze madri: Lenzi e Marsallah;
- Comunità di reinserimento con modulo alcolismo: Belgioioso;
- Centro diurno: Bassa Soglia;
- Centri di Accoglienza: Milano, Padova, Napoli, Roma, Apricena, Cassano Ionio, Trapani.

1.3 Smi – Gli Acrobati

Il Servizio Multidisciplinare Integrato – Gli acrobati è un servizio di fondazione recente. Il 28 Gennaio 2010 le Cooperative di Bessimo, la Cooperativa Il Calabrone, la Cooperativa Gaia ed il Consorzio Tenda hanno dato vita al Consorzio – Gli Acrobati con lo scopo di occuparsi delle dipendenze. Si tratta di realtà storiche del privato sociale che hanno deciso di collaborare insieme per sopperire la chiusura del Sert di Ponte Zanano ad opera della ASL.

L'apertura dello Smi e la gestione comune del servizio sono stati il primo passo per un'azione integrata dei servizi di cura e trattamento della tossicodipendenze.

1.4 Cooperativa Sociale di Bessimo Onlus

La Cooperativa di Bessimo è una realtà peculiare, perchè in lei risiede la prima esperienza di cura delle tossicodipendenze nel territorio bresciano.

Nel 1976 don Redento Tignonsini, sacerdote bresciano rientrato dopo sette anni di missione in Africa, ha scelto di interessarsi ai problemi di marginalità giovanile ed adulta, aprendo la prima comunità in una casa della parrocchia di Bessimo di Rogno, piccolo comune bergamasco ai piedi della Valle Camonica, da cui poi la cooperativa ha preso il nome. Con il tempo ha deciso di indirizzare la propria opera di cura e trattamento alle persone con problemi di dipendenza, piaga che si stava sviluppando in quegli anni.

La scelta è stata quella di fondare ed aprire varie comunità, con l'idea di promuovere una differenziazione dei servizi e dell'utenza, per migliorare la propria azione:

- 13 Giugno 1982: apertura della comunità di Rogno, che per tredici anni ha accolto un'utenza maschile. Dal 1996 è stata convertita in comunità femminile;
- 1 Marzo 1983: apertura di una piccola comunità rivolta alla fase di reinserimento sul territorio, a Concesio nella frazione di Pieve. Nel 1987 questa struttura è diventata la sede amministrativa e dei servizi;
- 23 ottobre 1983: apertura della comunità di Manerbio rivolta ad un'utenza maschile;
- 1 Gennaio 1984: apertura della comunità di Gabbioneta Binanuova (Cremona), che ospitava nuclei familiari anche con figli. Nel 1989 è stata convertita in un centro di prima accoglienza residenziale, per tornare nel 1991 ad ospitare le coppie ed i loro bambini. Nel 2001 per supportare la comunità e l'inclusione sociale è stato aperto un micro asilo nido (rivolto a tutti i bambini del territorio, non solo ai figli degli utenti della comunità);
- 1 marzo 1984: a Paitone nasce il servizio per la gestione degli inserimenti, trasferito nel 1987 a Concesio, nuovamente a Paitone nel 1995 ed infine a Manerbio nel 1997;
- 1 Luglio 1984: apertura della comunità femminile di Zanano di Sarezzo. A seguito della decisione delle suore proprietarie di destinare l'immobile ada

altro uso, nel 1995 la comunità è stata trasferita a Paitone ed infine nel 1999 a Gottolengo;

- 10 Ottobre 1984: apertura a Paitone della terza comunità rivolta alla cura di tossicodipendenti maschi. In seguito ad alcune traversie e riconversione della struttura nel 2007 viene deliberata l'attivazione di un modulo per alcoldipendenti e poliassuntori, ma nel 2013 si ritrasforma in pronta accoglienza femminile;
- 1 Luglio 1985: apertura a Pontevico di una comunità che si occupava della fase di reinserimento. Nel 1989 la struttura è stata convertita in comunità per nuclei familiari anche con figli;
- 1 Agosto 1985: apertura della comunità maschile di Bedizzole, rivolta all'utenza maschile, chiusa nel 1999, per cedere l'utilizzo dell'immobile alla *Cooperativa Progetto Bessimo* che si occupa di reinserimento lavorativo di utenti che hanno terminato il percorso terapeutico;
- 12 Dicembre 1986: apertura di una comunità maschile ad Adro, specializzatasi nel 1992 nella cura e nel trattamento di minori e giovani tossicodipendenti. Nel 2000 si trasforma in un pronto intervento maschile e nel 2001 in femminile. Dal 2004 si occupa della fase di accoglienza;
- 13 Giugno 1987: a seguito del lascito testamentario di immobili di proprietà della signora Maria Rosa Bonetti (deceduta quell'anno), è stata aperta la comunità di Bessimo Due rivolta ad un'utenza maschile e femminile in fase di reinserimento. Nel 1994 questi appartamenti sono stati destinati alle comunità del territorio per esperienze esterne ed il reinserimento;
- 10 Luglio 1988: apertura a Sale Marasino della seconda comunità rivolta donna, inizialmente a donne con i propri figli. Nel 1993 si trasforma a tutti gli effetti in comunità femminile, chiusa nel 1999 perchè non rispondeva in modo adeguato agli standard strutturali richiesti dalla normativa vigente;
- 1 Maggio 1989: apertura a Capo di Ponte di una comunità maschile, convertita in pronto intervento nel 2005 e trasformata in comunità con modulo per alcoldipendenti e poliassuntori nel 2006;
- 15 Gennaio 1991: apertura in via sperimentale di un pronto intervento femminile nel Comune di Casto, chiuso nel 1992;

- 20 Luglio 1993: apertura di una comunità rivolta a donne con figli a Civate Camuno;
- 1 Ottobre 1994: in collaborazione con la ASL ed il Comune di Brescia attivazione sul territorio del servizio di riduzione del danno rivolto a tossicodipendenti attivi;
- 1 Marzo 1995: apertura di una comunità maschile con pronto intervento a Pudiano di Orzinuovi, trasformata nel 2006 in comunità maschile di orientamento;
- 15 Ottobre 1996: apertura di un centro diurno maschile e femminile a Orzinuovi, rivolto a tossicodipendenti del territorio, chiuso nel 1998;
- 1997: apertura a Bergamo, in collaborazione con la ASL, di un servizio di riduzione del danno rivolto a tossicodipendenti attivi;
- 24 Giugno 1999: apertura della comunità femminile di Gottolengo;
- 1999: attivazione dei servizi di prevenzione a: Concesio, Manerbio e Bessimo di Darfo;
- 3 Marzo 2000: attivazione di una rete di appartamenti protetti a Malonno, con lo scopo di promuovere esperienze esterne e di reinserimento. Nel 2007 gli appartamenti sono stati ristrutturati ed adibiti a comunità terapeutica per minori, di età compresa tra gli zero ed i dodici anni, sottoposti a provvedimenti amministrativi dall'autorità giudiziaria;
- 1 Giugno 2000: apertura a Cremona di un centro di riduzione del danno con la collaborazione della ASL territoriale;
- 1 Marzo 2012: dopo l'acquisizione della Cooperativa San Giovanni, è stata annessa la comunità di Fara Olivana rivolta ad un'utenza maschile.

1.5 Società Cooperativa Sociale Onlus - Ai Rucc e Dintorni

La comunità Ai Rucc e Dintorni è nata attorno agli anni Ottanta grazie ad un'idea di don Raffaele Licini, giovane curato appena approdato nel territorio vobarnese. Il sacerdote fin dall'inizio non si è interessato solo all'ambito giovanile legato all'oratorio, ma anche ai problemi emergenti, ovvero quelli connessi al consumo di eroina. Don Raffaele frequentò ed incontrò questi giovani problematici, e si mise in contatto con don Redento Tignonsini (il primo ad occuparsi del fenomeno delle

dipendenze nel territorio bresciano). Da questo connubio il sacerdote vobarnese decise di accogliere entro le mura dell'oratorio cinque – sei giovani, di età compresa tra i venti ed i venticinque anni, con problemi di tossicodipendenza. Tra il 1983 ed il 1984 un gruppo di genitori racchiusi nell'associazione *Famiglia Aperta* hanno contribuito alla nascita di questa cooperativa, che ha reclutato tra le sue file personale proveniente dal servizio civile (gli obiettori di coscienza).

La prima attività del gruppo è stata quella di individuare e recuperare un terreno ed un fabbricato che potessero diventare la sede della comunità: la parrocchia aveva un casolare isolato che una volta ristrutturato poteva essere gratuitamente ceduto al servizio. I lavori vennero eseguiti dai volontari della cooperativa, da alcuni alpini, dai giovani della comunità e da altri vobarnesi sensibili al tema del disagio e della marginalità sociale. Durante gli anni dedicati all'impegno della costruzione di una struttura adeguata don Raffaele continuò ad ospitare e ad accogliere i giovani tossicodipendenti all'interno dell'oratorio, promuovendo attività lavorative di allevamento del bestiame in diverse stalle, concesse gratuitamente, ma dislocate a notevole distanza le une dalle altre, con difficoltà logistiche e costi elevati.

Nel 1989, dopo quattro anni ininterrotti di lavoro, la Comunità ai Rucc e Dintorni viene inaugurata. La scelta del nome del servizio, non è casuale, ma nasce dall'idea di accogliere giovani provenienti da località limitrofe alla Valle Sabbia, con l'intento di impiegare le proprie risorse nell'aiuto e nella cura di persone "conosciute".

1.6 Il Calabrone - Società Cooperativa Sociale Onlus

«Secondo i più eminenti scienziati il calabrone non può volare perchè il peso del suo corpo è sproporzionato alla portata delle sue ali. Ma il calabrone non lo sa e vola»²²³.

Don Piero Verzelletti, sacerdote che ha scelto di essere un prete operaio (lavorava in fonderia) e non di parrocchia, ha sentito la necessità di fondare una cooperativa sociale di matrice laica nel 1982. L'avventura de Il Calabrone è iniziata all'interno di un prefabbricato nel Villaggio Prealpino di proprietà del Comune di Brescia, con la costruzione di una vera e propria comunità terapeutica, intesa in senso tradizionale; che negli anni si è trasformata in servizio residenziale. Tale struttura con il tempo ha

²²³ <http://www.ilcalabrone.org/chi-siamo/storia/>

sviluppato e modificato i propri metodi, gli approcci e la normativa interna, ma l'orientamento, l'impegno e le scelte sono sempre state compiute tenendo conto dell'importanza e dell'unicità della persona, ciascuno con i propri bisogni, le proprie possibilità e povertà.

Ad oggi i servizi attivi sono:

- Comunità terapeutica di Collebeato;
- Comunità di reinserimento di Brescia;
- Area politiche giovanili e prevenzione;
- Area comunicazione e fundraising.

2 Gli enti interpretano la tossicodipendenza

Proporre una definizione univoca del termine «tossicodipendenza», non è possibile, anche i testi teorici non presentano una circoscrizione chiara e puntuale del concetto, proponendo, al contrario, più possibili linee interpretative. La stessa difficoltà è stata riscontrata anche dagli enti intervistati.

Alla mia richiesta di provare a proporre una definizione di tossicodipendente, infatti, non tutti gli enti ne sono stati entusiasti, dichiarando che avrebbero preferito non etichettare nessun individuo, per evitare possibili forme di stigmatizzazione. Di fronte al mio invito, però, tutti i servizi coinvolti hanno cercato di fornire una spiegazione rispetto alla loro interpretazione del termine. Il riferimento maggiore è stato quello rivolto alla definizione scientifica proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS):

«la tossicodipendenza è una malattia ad andamento cronico-recidivante che spinge l'individuo, in maniera più o meno coatta, ad assumere sostanze (droghe) a dosi crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza»²²⁴.

Da questo assunto ogni esperto ha iniziato a delineare il proprio peculiare punto di vista, proponendo linee di convisione totale o parziale dello stesso, ovviamente motivando le proprie affermazioni.

²²⁴ http://www.federserd.it/documenti/raccomandazione_civica_sulle_tossicodipendenze.pdf

Il dibattito principale si è concentrato attorno al tema della *cronicità*, che prevede la possibilità di procedere con una terapia metadonica costante in seguito a numerose ricadute e percorsi terapeutici comunitari fallimentari.

I servizi contrari alla presenza di questa dicitura hanno dichiarato che non è corretto pensare ad una cura medica perenne perchè la mancata somministrazione di una sostanza non pone l'individuo in pericolo di vita; al contrario la mancata iniezione di insulina ad un paziente diabetico può provocare la morte. Non è un caso il parallelismo proposto con il diabete perchè è la patologia alla quale è più accostata la dipendenza da sostanze perciò, secondo questa concezione, una "malattia" può essere definita cronica solo se, nel caso in cui non venga curata, risulti letale per l'individuo.

Le posizioni più favorevoli alla presenza del termine all'interno della definizione sono riconducibili al concetto stesso di patologia: essendo la tossicodipendenza una "malattia" umana, deve poter richiamare la cronicità e quindi la possibilità di un trattamento continuativo. Lo scopo è quello di evitare che la persona con notevoli fallimenti terapeutici alle spalle ricada nel consumo di sostanze, perciò le si propone una cura farmacologica alternativa per contenere il bisogno di assumere stupefacenti.

Nella figura 2 è riportata la sintesi delle risposte fornite dagli intervistati.

L'INTERPRETAZIONE DEL CONCETTO DI TOSSICODIPENDENZA.

<u>Associazione Der Weg – La Strada</u> dott. Massimo Antonino	«Riprendendo la definizione dell'OMS, si tratta di una <u>persona</u> che ha una <i>patologia</i> , per cui è messa a livello di un malato, perciò per la società è una persona che ha diritto (in quanto portatrice di una patologia), che qualcuno si occupi di lui, ovvero ha diritto ad una cura»
<u>Associazione Saman</u> dott. Achille Saletti	«È una <u>persona</u> che ha profonde sofferenze e che usa la droga come <i>farmaco</i> , si autocura in maniera sbagliata peggiorando la propria sofferenza, perchè poi ha un problema in più. La sostanza però è vista come una medicina,

	nella quale nel bene e nel male, ha trovato sollievo»
<u>Smi – Gli Acrobati</u> dott. Sergio Bertoni	«É una <u>persona</u> che ha dei problemi, che però ha trovato una modalità non adeguata di risolverli, ricorrendo alle sostanze. La <i>dipendenza</i> si può considerare una malattia, che non si guarisce con le medicine, perchè ad essa è legato il <i>ricordo</i> del piacere provocato dalla sua assunzione. Il ricordo è la trappola della dipendenza»
<u>Cooperativa Sociale di Bessimo Onlus</u> dott. Marco Dotti	«É una <u>persona</u> che ha <i>perso il controllo</i> dell'uso delle sostanze»
<u>Società Cooperativa Sociale Onlus – Ai Rucc e Dintorni</u> dott. Emanuele Tonoli	«É una <u>persona</u> che ha dovuto sostituire, in qualche modo, un'incapacità di vivere la propria esperienza di vita a pieno titolo con le risorse a disposizione, quindi si appoggia ed utilizza, in qualche modo, una <i>stampella</i> , un sostegno esterno (chimico o farmacologico), per poter funzionare, utilizzando una sorta di autoterapia»
<u>Il Calabrone – Società Cooperativa Sociale Onlus</u> dott. Andrea Campana	«É una <u>persona</u> che ha problemi di dipendenza e come tale, ha <i>diritto e dovere di curarsi</i> »

3 Gli enti declinano la loro proposta educativa

I servizi sono tra loro diversi per metodi educativi impegnati nel trattamento e nella cura di persone con problemi di dipendenza. Le comunità non possono essere tutte uguali e standardizzate, perché in questo caso non sarebbero in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti. Ogni uomo, per sua natura, è diverso dall'altro per caratteristiche fisico-psico-biologiche, per bagaglio esperienziale, etc. Perciò non significa che se il metodo terapeutico proposto da un ente è efficace per qualcuno, lo deve essere per tutti. I servizi intervistati, a tal proposito, hanno dichiarato che non esiste e non può essere ipotizzabile un piano terapeutico standardizzato, perché

ogni individuo, nella sua unicità, ha bisogno di stimoli diversi per tentare di uscire dallo stato di marginalità in cui versa.

La normativa individua e declina tutte le informazioni e la documentazione che deve essere presente e costantemente aggiornata all'interno dell'ente per ogni utente.

Il FASAS, oltre alle indicazioni precedentemente fornite, deve contenere:

«(...) sezione relativa al percorso dell'utente nell'unità d'offerta. Tale sezione deve dare evidenza della Progettazione, della Pianificazione e attuazione degli interventi, dei protocolli assistenziali e/o delle procedure adottati nelle diverse aree interessate, come sopra individuate.

Costituiscono parte indispensabile di tale sezione la presenza:

- del *Progetto Individuale* (P.I.) relativo all'assistito (PRI - Progetto Riabilitativo Individuale nella riabilitazione);
- della *Pianificazione degli interventi* – PAI (Piano assistenziale individuale) / PEI (Piano Educativo Individuale/ pri (programma riabilitativo individuale), etc.;
- il *Diario* che può assumere diverse denominazioni in funzione delle figure professionali coinvolte nella Progettazione e nella Pianificazione (...).

(...) sezione relativa alla modulistica

comprendente:

- i moduli relativi al consenso informato per gli specifici atti sanitari proposti;
- la documentazione (anche in copia) relativa alla tutela giuridica della persona, se ed ove prevista;
- i moduli riferiti alla tutela della privacy redatti secondo la normativa vigente e firmati.

Indipendentemente dalla modalità di conservazione, cartacea o informatica, dei documenti, fatta salva la validità legale dei medesimi, si conferma la prerogativa di ottenere, da parte della vigilanza ASL in sede di espletamento dell'attività di vigilanza e controllo, copia cartacea dei documenti in qualunque modo essi siano conservati»²²⁵.

Il Progetto Individuale relativo all'utente:

« (...)deve essere redatto secondo le tempistiche della normativa vigente (30 giorni dalla presa in carico dell'utente).

Il Progetto Individuale, sulla base della valutazione dei bisogni emersi, deve definire le aree di intervento ed esplicitare, in ogni area individuata, gli obiettivi perseguibili. Il Progetto

²²⁵ <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2014/05/DGR-1765.pdf>, p. 3 (Allegato 3)

Individuale si caratterizza dei seguenti elementi:

- sintesi dei Bisogni come esito della valutazione/rivalutazione multidimensionale;
- individuazione dell'Area di intervento;
- descrizione degli Obiettivi della presa in carico;
- individuazione degli Indicatori (misurabili) relativi agli obiettivi;
- definizione dei Tempi di verifica per i singoli obiettivi»²²⁶.

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) od il Piano Educativo Individuale (PEI) devono essere costituiti:

«(...)dai seguenti elementi:

- descrizione degli obiettivi individuati per le diverse aree di intervento;
- definizione degli interventi e delle modalità di attuazione (come? con quale intensità? dove? per quanto tempo?);
- individuazione dell'équipe o degli operatori coinvolti;
- declinazione delle attività di monitoraggio degli obiettivi e dei tempi previsti;
- evidenza della sospensione/interruzione degli interventi e relative motivazioni;
- verifica del raggiungimento degli obiettivi individuati»²²⁷.

Il Diario:

«(...) è il documento nel quale devono essere riportati da parte degli operatori dell'équipe:

- tutti gli eventi riguardanti l'evoluzione della presa in carico con particolare riferimento alle variazioni delle condizioni dell'utente;
- le prescrizioni mediche diagnostico-terapeutiche, ecc. ;
- gli interventi preventivi, terapeutici, farmacologici, assistenziali, riabilitativi, educativi, animativi, psicologici effettuati in relazione alla Pianificazione degli interventi (PAI/PEI/pri, etc.). Si ritiene, tuttavia, che: per quanto riguarda le prestazioni routinarie di assistenza tutelare (interventi eseguiti da ASA/OSS) nelle strutture residenziali e semiresidenziali deve essere data evidenza unicamente delle prestazioni non effettuate o la cui esecuzioni.

Ogni registrazione in Diario deve essere corredata di data, ora e firma dell'estensore (anche sigla, se esiste un registro aziendale delle sigle). Il redattore della nota deve essere sempre identificabile. Particolare attenzione deve essere posta alla tracciabilità puntuale dei

²²⁶ *Ibidem*, p. 3 (Allegato 3)

²²⁷ *Ibidem*, p. 4 (Allegato 3)

farmaci somministrati agli utenti»²²⁸.

Fatta eccezione per le indicazioni giuridiche che regolano il funzionamento dei servizi in relazione al loro accreditamento, ogni comunità declina la propria proposta terapeutica a partire dagli obiettivi e dai valori che ciascuna ha definito nel momento della sua costituzione.

Nella figura 3 è riportata la sintesi delle risposte fornite dagli intervistati.

TOSSICODIPENDENZA ED EDUCAZIONE

<u>Associazione Der Weg – La Strada</u> dott. Massimo Antonino	«Il nostro obiettivo risiede nel fatto di riuscire a far star bene la persona almeno nel periodo trascorso all'interno del nostro servizio»
<u>Associazione Saman</u> dott. Achille Saletti	«Il nostro obiettivo è coltivare le relazioni e far in modo che l'utente acquisisca consapevolezza di sé, per poi essere libero di continuare il proprio percorso di vita secondo le indicazioni della propria coscienza»
<u>Smi – Gli Acrobati</u> dott. Sergio Bertoni	«Il nostro obiettivo è cercare di capire le motivazioni che inducono l'individuo ad assumere le sostanze»
<u>Cooperativa Sociale di Bessimo Onlus</u> dott. Marco Dotti	«Il nostro obiettivo è la progettazione ed erogazione di interventi socio educativi, l'erogazione di assistenza socio sanitaria di recupero della tossicodipendenza in regime residenziale e la progettazione ed erogazione di interventi socio educativi rivolti a minori e madri in difficoltà in comunità educativa e nell'alloggio per l'autonomia»
<u>Società Cooperativa Sociale Onlus – Ai Rucc e Dintorni</u> dott. Emanuele Tonoli	«Il nostro obiettivo è quello di cercare di aiutare le persone a trovare e ritrovare una certa autonomia ed un equilibrio per

²²⁸ <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2014/05/DGR-1765.pdf>, pp. 4-5 (Allegato 3)

	spingerle a vivere da protagoniste»
<u>Il Calabrone – Società Cooperativa Sociale Onlus</u> dott. Andrea Campana	«Il nostro obiettivo è quello di fornire strumenti che favoriscano la consapevolezza di limiti e risorse personali per la costruzione di un progetto di vita, coerente con tale consapevolezza, che preveda l'interruzione/diminuzione dell'uso di sostanze ed il miglioramento della qualità della vita»

Per raggiungere tali scopi gli strumenti messi in atto dai servizi, declinati diversamente a seconda degli enti, sono:

- la compilazione del FASAS;
- i colloqui individuali con gli utenti;
- i colloqui individuali con psicologi ed ove preisto, anche con dottori in psichiatria;
- la redazione del Piano Educativo Individuale (PEI) o del Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- gli incontri e le riunioni di gruppo;
- la partecipazioni a laboratori o ad attività lavorative, per promuovere uno stile di vita sano, che stimoli al recupero della quotidianità.

4 La valutazione dei servizi

Dall'analisi delle interviste è emerso che tutti i servizi per adempiere gli obblighi di valutazione fanno principalmente riferimento alla normativa regionale prevista dal Decreto Legislativo 2569 del 2014, che rivede il sistema di esercizio e di accreditamento delle unità dell'offerta sociosanitaria e le linee operative per le attività di vigilanza e controllo degli enti. La normativa prevede che per ogni paziente deve essere redatto e mantenuto aggiornato un Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario (FASAS) che:

«è l'insieme unitario della documentazione socio-sanitaria relativa all'assistito. Il FASAS si articola in diverse sezioni atte a rendere evidenza del progetto di presa in carico

dell'utente, degli interventi pianificati ed attuati, nel rispetto della situazione individuale e relazionale dell'utente, assicurati dall'unità di offerta.

Il FASAS è complessivo delle seguenti sezioni:

- Sezioni anamnestiche compilate dai singoli professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- Sezione relativa all'analisi e alla valutazione della situazione del singolo utente e, dove necessario ed opportuno, del suo contesto familiare. Tale sezione, costantemente aggiornata, comprende la documentazione riferita ad aspetti sanitari, assistenziali e psicosociali che attestino le valutazioni cliniche, relazionali e delle abilità funzionali dell'utente. In particolare, dovrà contenere:
 - l'indicazione degli strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione);
 - le valutazioni dei diversi professionisti in funzione del bisogno rilevato, coinvolgendo tutte o alcune delle seguenti aree: medica, psicologica, sociale, infermieristica, riabilitativa, educativo- animativa, dell'assistenza tutelare;
- Sezione relativa al percorso dell'utente nell'unità d'offerta, per dare evidenza della progettazione, della pianificazione e dell'attuazione degli interventi, dei protocolli assistenziali e delle procedure adottati nelle diverse aree interessate e sopra individuate. Costituiscono parte indispensabile di tale sezione: il *progetto individuale (PI)* relativo all'assistito, che nella riabilitazione assume il nome di *progetto riabilitativo individuale (PRI)*; la pianificazione degli interventi con il *piano assistenziale individuale (PAI)* o *piano educativo individuale (PEI)* o *programma riabilitativo individuale (pri)*; il *diario*; i fogli unici di terapia farmacologica qualora necessaria;
- Sezione della modulistica relativa alla tutela della privacy; al consenso informato per gli specifici atti sanitari proposti; alla tutela giuridica della persona, se attivata»²²⁹.

Questo tipo di valutazione risulta essere uno strumento indispensabile per accertare i progressi in atto di ogni singolo utente e per verificare l'attinenza del progetto educativo promosso dalla comunità terapeutica in relazione alla certificazione di accreditamento della struttura da parte della ASL.

²²⁹ https://www.aslmn.net/docs_file/DGR%20X_2569_2014.pdf, p. 3 (Allegato n. 1)

Ogni servizio, inoltre, applica dei sistemi di valutazione propri, con l'obiettivo di supportare i dipendenti nell'espletamento delle loro funzioni, per osservare l'efficacia del progetto terapeutico e per indagare il grado di soddisfazione dell'utente, e dove sia necessario ed opportuno dei famigliari dello stesso. Gli strumenti più impiegati sono:

- la supervisione;
- le riunioni periodiche dell'èquipe terapeutica;
- i questionari di valutazione (compilati dall'utenza e dai famigliari);
- la valutazione del personale attraverso una valutazione partecipata con l'utente coinvolto nel processo;
- la verifica del raggiungimento degli obiettivi precedentemente definiti all'interno del PAI direttamente con il paziente.

Nella figura 4 è riportata la sintesi delle risposte fornite dagli intervistati.

LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI.

<u>Associazione Der Weg – La Strada</u> dott. Massimo Antonino	«La valutazione partecipata con la persona coinvolta diventa discussione sul proprio operato, sul proprio ruolo, sul proprio modo di lavorare, su come rafforzare le competenze e le risorse e su come risolvere i nodi critici»
<u>Associazione Saman</u> dott. Achille Saletti	«Spesso gli operatori confondono la valutazione con il controllo. Si tratta di dare un senso al percorso che la persona stai seguendo sta facendo. Se io mi metto a ragionare su di te e metto per iscritto i miei ragionamenti, alla fine mi sono più chiari, rispetto anche solo ad un verbalizzare o ad un pensare qualcosa. Ecco, le codifiche hanno questa funzione, ossia dare un rimando di materiale che rimane del percorso che ha fatto la persona»
<u>Smi – Gli Acrobati</u> dott. Sergio Bertoni	«Dobbiamo verificare che il programma sia quello che è stato concordato ed anche quello

	per cui il servizio è accreditato. Dobbiamo inoltre vigilare sull'idoneità e sulla conformità del progetto in comunità con gli standard regionali»
<u>Cooperativa Sociale di Bessimo Onlus</u> dott. Marco Dotti	«La valutazione è un'aspetto che permea tutto il nostro agito. L'ASL ci valuta, per questo dobbiamo verificare attentamente le qualifiche del personale per rispondere agli standard regionali ed il grado di dell'utenza e dei caregiver riguardo il percorso comunitario»
<u>Società Cooperativa Sociale Onlus – Ai Rucc e Dintorni</u> dott. Emanuele Tonoli	«Oltre alla valutazione promossa dai servizi di invio, noi ne facciamo anche una interna, coinvolgendo: utenti, operatori e famigliari»
<u>Il Calabrone – Società Cooperativa Sociale Onlus</u> dott. Andrea Campana	«In riferimento alla Legge 2569 del 2014, in materia di accreditamento, esistono definiti strumenti di valutazione che gli enti devono applicare»

5 Gli enti e la rete

Ogni comunità ed ogni servizio è inserito geograficamente in una realtà territoriale, ma come spesso hanno osservato gli intervistati, ciò non basta. Nel passato le strutture che si occupavano delle persone con problemi di dipendenza erano caratterizzate dall'autoreferenzialità, ovvero si trattava di realtà che al cui interno era possibile reperire tutto il necessario per la sopravvivenza. Nella società moderna, non è possibile pensare a comunità completamente slegate dal territorio, ma, al contrario, è importante prevedere ed incentivare la com-partecipazione attiva. I servizi non possono essere chiusi, perchè rischierebbero di creare realtà parallele, completamente slegate dalla società, rendendo il recupero ed il reinserimento degli utenti ancora più difficile, perchè si educerebbero persone non in grado di competere e di vivere nelle condizioni migliori per proseguire la propria vita. La comunità deve essere una palestra, comunque “protetta”, nella quale sperimentare e sperimentarsi con le difficoltà insite nella quotidianità, un luogo nel quale è possibile discutere e affrontare insieme le

problematiche riscontrate nel vivere comune e nel vivere insieme attivamente nella società. Per queste ragioni, un percorso terapeutico slegato dal territorio geografico di appartenenza è definito incompleto da molti enti interpellati, come del resto è regolato anche dalla normativa in vigore:

«Il soggetto gestore adotta il programma annuale di cui al paragrafo 2.2.1., lettera b), entro il primo trimestre di ciascun anno solare, definendo gli obiettivi e le attività nell'ambito delle specifiche aree di intervento. (...) La programmazione si attua almeno nei seguenti ambiti, dove applicabili:

- (...)coinvolgimento del territorio (associazioni, parrocchie, scuole, servizi di inserimento lavorativo, altri servizi territoriali, gruppi di auto mutuo aiuto) (...)»²³⁰.

Gli intervistati hanno dichiarato che la collaborazione con il territorio è di vitale importanza per la loro sopravvivenza e per la costruzione di un significativo piano terapeutico. Dal territorio i servizi captano le difficoltà, le problematiche, utili per dar vita a servizi capaci di rispondere ai reali bisogni della società. Questa collaborazione è utile per creare un connubio tra la domanda di prestazioni e i servizi offerti. Se un ente non resta al passo con i tempi, non rispondendo più ai bisogni della società, gli utenti faticano a decidere di scegliere quella struttura per il loro percorso di cura. Il territorio è la spinta per il cambiamento e l'innovazione dei servizi.

Contemporaneamente, valorizzare un rapporto di interscambio e di collaborazione tra la comunità ed il Comune in cui è inserita, favorisce l'inclusione sociale, promuovendo l'attenuazione del pregiudizio. In questo modo gli utenti delle strutture difficilmente si sentiranno "alieni" ed esclusi dalla società, al contrario, si sentiranno parte attiva. I tossicodipendenti sono esseri umani, come tutti gli altri, e come tali per sopravvivere e per vivere dignitosamente hanno bisogno di vivere insieme agli altri in un rapporto di interscambio. Aristotele (Stagira 384 a.C. – Calcide 322 a.C.)²³¹ sosteneva, fin dai tempi dell'antica Grecia, che:

«l'uomo per natura è un essere socievole: quindi chi vive fuori dalla comunità statale per natura e non per qualche caso o è un abietto o è superiore all'uomo. (...) quindi chi non è in

²³⁰ https://www.aslmn.net/docs_file/DGR%20X_2569_2014.pdf, p. 7 (Allegato n. 1)

²³¹ Aristotele, discepolo di Platone, è stato considerato con Socrate uno dei padri fondatori del pensiero filosofico occidentale.

grado di entrare nella comunità o per la sua autosufficienza non ne sente il bisogno, non è parte dello stato, e di conseguenza è o bestia o dio»²³².

Perciò l'uomo è un animale sociale che non può vivere in solitudine, in quanto il bisogno degli altri è sempre presente. Questa intuizione è valida anche ai giorni nostri, forse ancora più di ieri, motivo per cui nelle comunità si privilegia un lavoro di collaborazione con la società. Gli enti hanno dichiarato:

- di essere parte attiva di alcune reti presenti sul territorio di loro appartenenza;
- di pubblicizzare, a beneficio della comunità, tutte le manifestazioni che promuovono;
- di pubblicare brochure e libri di carattere informativo e di ricerca;
- di partecipare attivamente alle attività e agli eventi promossi dal territorio;
- di collaborare attivamente con il territorio;
- di attivare servizi di prevenzione per il territorio, proponendo azioni mirate o informative all'interno delle istituzioni scolastiche, con lo scopo di comprendere gli stili di vita di quei giovani e di cogliere le problematiche a loro connesse.

Il territorio oltre ad essere il luogo che favorisce l'inclusione sociale, può essere anche il posto nel quale è possibile creare nuovi posti di lavoro. Alcuni enti, spinti dal momento di grande crisi economica che sta vivendo il nostro Paese, hanno deciso di aprire la loro azione anche al reinserimento fondando delle Cooperative di tipo B²³³, nate con l'obiettivo di offrire un possibile sbocco lavorativo per le persone particolarmente fragili, che siano ospiti delle strutture, oppure persone segnalate dai Servizi Sociali Territoriali. Queste persone in difficoltà, senza un autentico aiuto, sarebbero schiacciate dal mercato del lavoro e difficilmente troverebbero un'occupazione.

Inizialmente, le Cooperative sociali di tipo B offrivano una tipologia di prestazioni in ambito sociale, occupandosi principalmente della cura e della manutenzione delle aree verdi. Oggi, questo tipo di attività si sta via via ampliando grazie all'apertura di nuovi

²³² ARISTOTELE *Opere. Volume nono. Politica, Trattato sull'economia*, Universale Laterza, Bari, 1973, pp. 6-7

²³³ Le Cooperative di tipo B, che hanno come partner l'Ente Pubblico, hanno lo scopo di perseguire la promozione umana e l'integrazione sociale delle persone in difficoltà.

servizi in grado di assorbire gli utenti maggiormente in difficoltà che hanno concluso un percorso terapeutico riabilitativo, con l'obiettivo di promuovere l'emancipazione e l'autonomia del soggetto.

Nella figura 5 è riportata la sintesi delle risposte fornite dagli intervistati.

L'IMPORTANZA DEI RAPPORTI DI RETE.

<u>Associazione Der Weg – La Strada</u> dott. Massimo Antonino	«Lo dice la nomenclatura stessa della nostra associazione: la nostra sopravvivenza è basata sul territorio. Noi esistiamo e continuiamo ad esistere perchè continuiamo a rispondere e a riadattarci ai bisogni del territorio»
<u>Associazione Saman</u> dott. Achille Saletti	«Abbiamo iniziato ad osservare l'impresa sociale come un qualcosa che aiuti la sostenibilità, all'interno della loro <i>mission</i> , che è quella del reinserimento sociale, così noi abbiamo aperto una latteria sociale, un bar nel quale si suona musica dal vivo, dei negozi (...). Questo è uno dei filoni che coltiveremo sempre più in prospettiva futura, finalizzati al reinserimento lavorativo di persone dalla vita complicata, non solo gli utenti delle comunità, ma tutti quelli segnalati dal Comune. Da qui nasce l'idea di territorialità»
<u>Smi – Gli Acrobati</u> dott. Sergio Bertoni	«Noi intratteniamo rapporti con il carcere, i tribunali, le prefetture, gli assistenti sociali del Comune, il servizio di tutela minori, i Sert e le ASL»
<u>Cooperativa Sociale di Bessimo Onlus</u> dott. Marco Dotti	«Il territorio è importante per capire quali servizi utili offrire per rispondere ai bisogni della collettività»
<u>Società Cooperativa Sociale Onlus – Ai</u>	«Una delle nostre caratteristiche principali è

<u>Rucc e Dintorni</u> dott. Emanuele Tonoli	la presenza sul territorio. L'accettazione è un riscontro positivo della dinamica che si è creata con il resto del paese»
<u>Il Calabrone – Società Cooperativa Sociale Onlus</u> dott. Andrea Campana	«Siamo una realtà fortemente radicata sul territorio, emblematica in questo senso è la nostra nascita: nel centro del Villaggio Prealpino. La nostra caratteristica non è quella di promuovere il reinserimento, ma l'inclusione sociale, con la conseguente sensibilizzazione del territorio e l'apertura su di esso, che è strategica, perchè ha lo scopo di attenuare il pregiudizio»

6 La declinazione dei profili professionali

Tutte le organizzazioni che operano in ambito socio-sanitario devono adempiere alle richieste imposte dalla normativa regionale vigente, in relazione alle figure presenti n organico. Il Decreto Legislativo 2569 del 2014 dichiara:

«Lo standard quantitativo e qualitativo di personale è definito dalla normativa regionale specifica per ogni tipologia di unità d'offerta.

(...)il personale è in possesso dei titoli professionali prescritti, compresa l'eventuale iscrizione ai relativi albi, o delle qualifiche individuate dalla normativa vigente (...)»²³⁴.

La Regione Lombardia all'interno del documento denominato *Quadro Regionale degli Standard Professionali* definisce animatore sociale colui che:

«(...) sviluppa attività di vita comunitaria sia occasionale che permanente con finalità preventive e di integrazione sociale. L'animatore promuove lo sviluppo della crescita personale, dell'inserimento e della partecipazione sociale dei soggetti, definendo interventi educativi, sociali e culturali rispondenti ai bisogni individuati. L'animatore promuove momenti di animazione, comunicazione interpersonale, dinamica di gruppo»²³⁵.

Nello specifico egli deve operare:

²³⁴ https://www.aslmn.net/docs_file/DGR%20X_2569_2014.pdf, p. 2 (Allegato 1)

²³⁵ <http://www.lavoro.regione.lombardia.it/shared/ccurl/630/950/QUADRO%20REGIONALE%20DEGLI%20STANDARD%20PROFESSIONALI.pdf>, p. 497

«in strutture pubbliche, private e del Terzo Settore, residenziali o semiresidenziali, preposte a sviluppare attività di vita comunitaria sia occasionale che permanente con finalità preventive e di integrazione sociale (...).

L'Animatore sociale svolge la propria attività in autonomia o in modo integrato con altre figure professionali coinvolte nel servizio erogato. Ciò in particolare in ambito socio-sanitario, in cui l'animatore è chiamato anche ad un continuo confronto in equipe»²³⁶.

All'interno di questo documento sono declinate le conoscenze e le abilità specifiche che l'operatore deve avere a seconda che operi:

1. per l'attivazione della rete territoriale con l'obiettivo di attivare attività di prevenzione sociale:

«Conoscenze:

- Psicologia sociale;
- Rete territoriale dei servizi sociali;
- Elementi di sociologia;
- Normativa in materia sanitaria;
- Psicologia di comunità;
- Elementi di politica sociale;
- Normativa per il funzionamento delle strutture socio-educative;
- Modelli organizzativi dei servizi sociali.

Abilità:

- Applicare tecniche di coordinamento dei gruppi di lavoro;
- Applicare tecniche di progettazione;
- Applicare modalità di coinvolgimento degli attori territoriali: famiglie, servizi, sponsor;
- Applicare tecniche del lavoro di rete;
- Applicare tecniche di definizione di accordi di rete»²³⁷.

2. per la realizzazione di interventi di animazione sociale:

²³⁶ <http://www.lavoro.regione.lombardia.it/shared/ccurl/630/950/QUADRO%20REGIONALE%20DEGLI%20STANDARD%20PROFESSIONALI.pdf> , p. 497

²³⁷ *Ibidem*, p. 497

«Conoscenze:

- Tecniche educative;
- Elementi di pedagogia;
- Elementi di psicologia;
- Metodi e didattiche delle attività motorie;
- Sociologia dei processi culturali e comunicativi;
- Educazione sanitaria;
- Tecniche del teatro educativo e sociale;
- Tecniche di animazione;
- Elementi di pedagogia interculturale.

Abilità:

- Applicare tecniche di analisi dei bisogni dell'utenza;
- Applicare tecniche di animazione in ambito sociale;
- Applicare tecniche di animazione in ambito socio-educativo;
- Applicare tecniche di coordinamento dei gruppi di lavoro;
- Applicare tecniche di educazione motoria;
- Applicare metodi di presa in carico della relazione educativa;
- Applicare metodi di gestione dei luoghi di aggregazione;
- Applicare tecniche di gestione delle dinamiche di gruppo;
- Applicare tecniche di progettazione educativa per definire interventi socio-educativi;
- Applicare tecniche di animazione per il tempo libero;
- Applicare metodi di prevenzione del disagio giovanile;
- Utilizzare strumenti per l'animazione»²³⁸.

La normativa è molto chiara rispetto i requisiti che devono avere coloro che aspirano a lavorare all'interno delle comunità terapeutiche. Il titolo richiesto è il diploma di laurea in ambito sociale, come ad esempio in: Scienze dell'Educazione, Pedagogia, Psicologia, Sociologia od equipollenti. La professionalizzazione e l'alta specializzazione richiesta agli operatori prevede l'obbligo da parte delle organizzazioni di incentivare la partecipazione a corsi di formazione:

«Il piano annuale di formazione di cui al punto 2.2.3., lettera c), deve:

²³⁸<http://www.lavoro.regione.lombardia.it/shared/ccurl/630/950/QUADRO%20REGIONALE%20DEGLI%20STANDARD%20PROFESSIONALI.pdf> , p. 498

- Assicurare la copertura del fabbisogno formativo di tutti gli operatori addetti all'assistenza in un arco temporale triennale, sulla base delle esigenze specifiche rispetto all'utenza da assistere e su tematiche relative all'umanizzazione delle cure;
- Prevedere per tutti gli operatori la formazione su tematiche relative alla comunicazione e alle tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver anche rispetto alla gestione dei conflitti.

La formazione deve essere documentata in modo tale da rendere conoscibili i percorsi e i risultati»²³⁹.

Nella figura 6 è riportata la sintesi delle risposte fornite dagli intervistati.

LA DECLINAZIONE DEL PROFILO PROFESSIONALE.

<u>Associazione Der Weg – La Strada</u> dott. Massimo Antonino	«Ci siamo adeguati agli standard imposti dalla regione per l'accreditamento, perciò i nostri operatori sono professionisti che devono avere un titolo di laurea e che hanno diritto a dieci giornate di aggiornamento all'anno su cui costruire anno dopo anno delle ulteriori competenze e conoscenze»
<u>Associazione Saman</u> dott. Achille Saletti	«In realtà i nostri operatori non hanno una formazione specifica, ma compiono un tirocinio della durata tra i tre e i sei mesi; dopo di che il responsabile e l'equipè fanno una valutazione in relazione al fatto che quella persona sia adatta o meno a lavorare con quella tipologia d'utenza»
<u>Smi – Gli Acrobati</u> dott. Sergio Bertoni	«Il titolo professionale è alla base della nostra scelta di figure, perchè dobbiamo rispondere a determinati standard di riferimento, che ci impongono precise caratteristiche in merito al personale da assumere e ci impongono la compresenza,

²³⁹ https://www.aslmn.net/docs_file/DGR%20X_2569_2014.pdf, p. 8 (Allegato n. 1)

	per almeno sei ore al giorno, di: medico, infermiere, assistente sociale, educatore e psicologo»
<u>Cooperativa Sociale di Bessimo Onlus</u> dott. Marco Dotti	«Ci siamo uniformati alla normativa di riferimento per l'accreditamento, perciò i nostri operatori sono figure professionali qualificate, aventi una laurea in psicologia, sociologia, scienze dell'educazione o similari»
<u>Società Cooperativa Sociale Onlus – Ai Rucc e Dintorni</u> dott. Emanuele Tonoli	«Oltre ad avere due operatori professionali, ci avvaliamo dell'aiuto di volontari esterni e di persone ex tossicodipendenti che hanno concluso il percorso terapeutico»
<u>Il Calabrone – Società Cooperativa Sociale Onlus</u> dott. Andrea Campana	«Rispondiamo agli standard normativi riguardo la certificazione della professionalità richiesta ai nostri operatori»

7 Gli enti tra continuità ed innovazione

Come osservato nel paragrafo 5, gli enti intervistati hanno dichiarato che il territorio è spunto per l'innovazione e per il miglioramento dei propri servizi. Nel nostro tempo non è più possibile pensare unicamente a percorsi di cura per eroinomani, ma è necessario evolversi per attivare piani di trattamento innovativi per le nuove tipologie di assuntori e di sostanze consumate. Alcune organizzazioni, infatti, stanno promuovendo nuovi percorsi attenti alle esigenze di tutti i possibili utenti.

I consumatori di cocaina, come abbiamo osservato nei capitoli precedenti, hanno la particolarità di mantenere una parvenza di normalità. Riescono a far convivere il consumo e l'abuso della sostanza con le normali attività della vita quotidiana. Spesso un cocainomane riesce a mantenere uno stile di vita socialmente accettato, perché riescono a mantenere un lavoro e le relazioni familiari ed amicali. Ovviamente il tutto correlato a notevoli fratture, più o meno percepite dal soggetto, che lo spingono a rivolgersi ai servizi per intraprendere un percorso di cura. Ad un cocainomane avente un'occupazione, più o meno influente sul piano sociale, soprattutto in tempi di crisi

economica, non è possibile ed immaginabile chiedere di abbandonare tutto, scomparendo per un arco temporale più o meno prolungato, a seconda del trattamento di recupero.

Nel 2005 l'Associazione Saman ha deciso di procedere con l'attivazione del *Progetto Contraddiction*, ovvero un modello sperimentale per il trattamento specialistico del consumo di cocaina²⁴⁰, ancora oggi in funzione. L'idea di ipotizzare un percorso interamente ambulatoriale di tipo intensivo dal punto di vista psico-terapeutico, è nata dal bisogno di conciliare vita familiare, mantenimento dell'occupazione lavorativa e trattamento di recupero. Ai possibili utenti veniva proposto un percorso molto simile a quello impiegato all'interno delle strutture residenziali, però l'impegno richiesto, in termini temporali è di circa sei mesi. All'inizio anche in questo tipo d'azione vengono proposti dei colloqui di accoglienza con lo scopo di:

- valutare la coerenza tra l'offerta terapeutica e la tipologia di richiesta d'aiuto;
- indagare gli aspetti clinici, fisici, psicologici e relazionali dell'individuo per procedere con la creazione di un quadro di riferimento;
- illustrare le caratteristiche del piano proposto e stilare il contratto terapeutico;
- concordare un programma terapeutico con obiettivi a medio e lungo termine.

Durante il percorso anche gli strumenti impiegati sono gli stessi delle comunità terapeutiche:

- Psicoterapia individuale e familiare;
- Psicoterapia di gruppo;
- Counselling psicologico;
- Tecniche corporee;
- Consulenza medica.

La sostanziale differenza risiede nel fatto che gli utenti non vivono all'interno della struttura 24 ore su 24, ma durante il percorso di cura mantengono il loro stile di vita.

²⁴⁰ http://www.saman.it/content/download/1060/5824/file/Report%20_finale_contraddiction.pdf

Nella figura 7 è riportata la sintesi delle risposte fornite dagli intervistati.

CONTINUITÀ E INNOVAZIONE.

<u>Associazione Der Weg – La Strada</u> dott. Massimo Antonino	«L’aggiornamento continuo delle nostre figure professionali è importante per crescere e per costruire nuove conoscenze e competenze, al fine di migliorare i nostri servizi e adeguando i nostri interventi ai cambiamenti della società, ad i nuovi tipi di utenze ed ai nuovi modi di consumare»
<u>Associazione Saman</u> dott. Achille Saletti	«Nel 2005 abbiamo attivato un servizio ambulatoriale intensivo per il trattamento dei cocainomani, perchè non è possibile pensare, in tempi di crisi, di chiedere ad una persona di abbandonare il proprio lavoro. Solo nei casi in cui viene osservata l’inefficacia del servizio, si procede con l’ingresso in comunità»
<u>Smi – Gli Acrobati</u> dott. Sergio Bertoni	«I nostri progetti, come ad esempio <i>Oltre il Muretto</i> , hanno l’obiettivo di indagare i luoghi ed i modi attuali del consumo, per comprendere quali siano i reali bisogni dei potenziali utenti ed ipotizzare le migliori strategie di intervento»
<u>Cooperativa Sociale di Bessimo Onlus</u> dott. Marco Dotti	«L’utilità e l’aggiornamento sono il cuore dei nostri servizi, da questi due fondamentali concetti procediamo aprire servizi innovativi per il trattamento e la cura della tossicodipendenza»
<u>Società Cooperativa Sociale Onlus – Ai Rucc e Dintorni</u> dott. Emanuele Tonoli	«Siamo sempre in fase di aggiornamento per rispondere ai bisogni emergenti»
<u>Il Calabrone – Società Cooperativa Sociale Onlus</u> dott. Andrea Campana	«L’innovazione è l’elemento caratteristico per restare al passo con i tempi, per rispondere al meglio ai bisogni del territorio»

Conclusione

«Nessuno si libera da solo.

Nessuno libera un altro.

Ci si libera tutti insieme»²⁴¹

Il mio percorso di studio e ricerca ha preso l'avvio dalla necessità di comprendere le forme storico-interpretative del consumo di sostanze psicotrope. Nei documenti storici è possibile reperire fonti che attestano l'utilizzo ed il consumo di sostanze alteranti fin dall'antichità. Inizialmente gli uomini sono stati spinti a ricorrere ad esse per tentare di entrare in contatto con le divinità durante le celebrazioni religiose, per sopportare la fame e la fatica e come rimedio naturale di guarigione.

Nell'Ottocento grazie all'influenza araba l'uso delle sostanze psicotrope ha iniziato ad espandersi anche in Europa. I primi ad interessarsi a questo tipo di erbe naturali sono stati biologi, farmacisti e scienziati in ambito medico, che hanno tentato di formulare intrugli e pozioni atti alla guarigione di alcune malattie. L'idea è nata dall'attenta osservazione degli efficaci e miracolosi metodi di cura naturali impiegati dagli Indios americani e dal popolo arabo. Ben presto è stato possibile reperire ed acquistare sciroppi e composti medicinali contenenti sostanze allucinogene.

I primi a farne un uso socialmente accettato, non per scopi medici, ma ricreativi, sono stati gli intellettuali che si riunivano in appositi circoli privati per testarne gli effetti su se stessi, per poi discutere insieme dell'esperienza appena vissuta. Un altro pretesto di consumo era legato all'esaltazione delle doti "geniali" di artisti e letterati, i quali sottolineavano che il miglioramento delle loro produzioni era legato all'assunzione di sostanze.

Nel Novecento il consumo ha iniziato ad espandersi anche tra la popolazione, che fin dall'antichità ambiva ad imitare ed emulare personaggi famosi ed eminenti.

²⁴¹ DON A. GALLO, F. TRAVERSA *E io continuo a camminare con gli ultimi*, OscarMondadori, Trento, 2013, p. 129

Nell'assunzione di sostanze la "gente comune" ricercava una via per avvicinarsi al regno idealizzato degli intellettuali, ovvero aspirava a sperimentare le medesime sensazioni dei letterati, per immergersi, anche se per poco tempo, in quel "mondo dorato ed incantato".

Questa tentazione è in atto ancora oggi, infatti i modelli che ci vengono proposti ed imposti quotidianamente dai *mass media* sono carichi di un'aurea di mistero e di sregolatezza. Gli idoli degli adolescenti di oggi sono Justin Bieber²⁴², Lady Gaga²⁴³, Paris Hilton²⁴⁴, Martin Càceres²⁴⁵, Arturo Vidal²⁴⁶, ovvero giovani ed adolescenti conosciuti nella scena mondiale, non tanto per il loro talento, quanto per la loro vita spericolata e ricca di trasgressioni. I telegiornali, parlando di loro, raramente li associano ad un disco in uscita o ad un passaggio calcistico particolarmente riuscito, perché non susciterebbero particolare interesse mediatico, al contrario vengono ricordate le loro vicende "più esaltanti", come ad esempio arresto per detenzione e consumo di stupefacenti, oppure guida in stato di ebrezza.

Gli adolescenti ed i giovani del giorno d'oggi, accusati di non sapersi più divertire, sono spinti ad emulare i propri divi, perché ritenuti gli unici capaci di mostrare la "vera via dello svago", ricorrendo ad esperienze di abuso di sostanze stupefacenti o di alcolici.

Le ricerche e le statistiche mostrano che oggi il fenomeno è in continuo incremento, nonostante l'opinione pubblica preferisca fingere che il problema non sussista (più). Il mercato è in continua espansione, e ciò che dovrebbe muovere la nostra riflessione risiede nel fatto che spesso la produzione non riesce a rispondere adeguatamente alla domanda. Le richieste sono in aumento ed il numero di persone che vogliono «sballare» è in crescita costante e la clientela sempre più giovane e male informata.

²⁴² Justin Bieber (London 1994) è un cantautore, musicista ed attore canadese, famoso per i suoi eccessi.

²⁴³ Stefani Joanne Angelina Germanotta (New York 1986) in arte Lady Gaga è una cantante statunitense conosciuta per i suoi comportamenti eccentrici e stravaganti.

²⁴⁴ Paris Hilton (New York 1981) è una modella ed imprenditrice statunitense, pronipote del fondatore della catena alberghiera di lussi *Hilton*. L'ereditiera è famosa per i suoi problemi con la legge.

²⁴⁵ José Martin Càceres Silva (Montevideo 1987) è un calciatore uruguayano, difensore della squadra italiana Juventus.

²⁴⁶ Arturo Vidal (Santiago del Cile 1987) è un calciatore cileno, centro campista della squadra tedesca Bayern Monaco.

Le tipologie di sostanze in commercio sono tantissime, capaci di rispondere alle esigenze, o meglio alla richiesta di sensazioni ricercate dai possibili fruitori. Non a caso ho scelto di dedicare grande attenzione all'analisi delle droghe presenti sul mercato, vagliando anche gli effetti e le possibili manifestazioni delle crisi di astinenza. L'obiettivo che mi sono posta era quello di fornire un quadro il più possibile completo, perché ritengo che non sia possibile poter parlare di cura e di trattamenti terapeutici senza prima conoscere realmente chi sia e quale sia il “mostro contro cui combattere”.

Grande attenzione è stata rivolta anche al tema delle cause sociali del fenomeno e la relativa interpretazione da parte della società, riprendendo e proponendo le teorie sociologiche che si sono susseguite nel corso della storia, fino ad arrivare ai giorni nostri.

Le attuali concezioni dominanti intendono la tossicodipendenza come:

- patologia medicalizzabile;
- qualcosa di “normale”, che fa parte della vita della collettività e come tale socialmente accettata.

Dopo questa prima parte prettamente teorica ho scelto di orientare il mio lavoro ponendo particolare attenzione all'importanza della cura e del prendersi cura delle persone che versano in situazioni di disagio.

«Io credo che il drogato vada aiutato e farlo significa anche interrogarsi sul senso dell'uomo di quell'uomo. Chiedersi il perché sacrifichi la propria mente a una sostanza, impedendole tante altre possibilità, tante altre risorse»²⁴⁷.

Dalle parole di Vittorino Andreoli è proseguita la mia trattazione, prendendo in esame l'evoluzione normativa della tossicodipendenza ed osservando la nascita e lo sviluppo delle strutture volte alla cura delle persone con problemi di abuso.

Al termine di questo mio percorso di ricerca sono molti gli interrogativi e gli spunti di riflessione che sono spontaneamente sorti. Quando ho iniziato la stesura del mio elaborato mi sono posta l'obiettivo di cercare di comprendere quali siano i metodi di

²⁴⁷ V. ANDREOLI *Carissimo amico – Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009, p. 195

cura odierni, chiedendomi se sia ancora possibile parlare di mero assistenzialismo, oppure se l'azione dei servizi sia più orientata ad un prendersi cura delle persone in stato di disagio.

Per rispondere adeguatamente a questo interrogativo ho deciso, in comune accordo con il mio docente relatore, il professor Spreafico, di tentare di intervistare alcuni enti attivi nel settore.

La disponibilità dei servizi coinvolti a rilasciarmi un'intervista mi ha aiutata a capire realmente la difficoltà quotidiana di confrontarsi con un mondo in crisi ed un consumo così variegato e diversificato, anche perchè, una volta concluso il programma terapeutico credo sia necessario aver ben chiaro il monito di Claude Olievenstein:

«Una cosa è chiara: il soggetto disintossicato soffre della mancanza della dipendenza»²⁴⁸.

Da questa affermazione si evince che non è possibile promuovere un piano terapeutico incapace di pensare e di accompagnare la persona all'esterno del servizio. In tempo di crisi, soprattutto gli utenti più fragili e con bassi livelli di scolarità faticano ad inserirsi efficacemente nel mercato del lavoro, perciò credo che i servizi che si occupano del trattamento delle dipendenze, oltre a costruire e progettare un buon percorso terapeutico-riabilitativo individuale, devono pensare anche a delle prospettive future per il paziente.

Nei percorsi residenziali è necessario favorire:

- la consapevolezza di sé;
- lo sviluppo di relazioni positive tra utenti e tra pazienti ed operatori;
- la collaborazione per la gestione della casa;
- la partecipazione attiva di tutti i residenti;
- la socializzazione positiva;
- il recupero di uno stile di vita “sano”, slegato dal consumo di sostanze;
- la riaquisizione dell'autonomia.

Se durante la prima fase del percorso il lavoro degli operatori è maggiormente orientato alla cura psico-fisica dell'utente, con il trascorrere dei mesi è necessario

²⁴⁸ C. OLIEVENSTEIN *Il destino del tossicomane*, Edizioni Borla, Roma, 1984, p. 201

iniziare a volgere lo sguardo verso il futuro. Il percorso comunitario deve esaurirsi entro una media di due anni dall'accoglienza, perciò dopo un'iniziale riabilitazione delle persona, in seconda battuta credo sia utile discutere insieme all'utente della vita che condurrà una volta concluso il percorso.

Nella seconda fase del progetto residenziale, soprattutto per i soggetti più in difficoltà che alle spalle non hanno una famiglia in grado di riaccoglierli all'interno delle mura domestiche, nel processo volto al raggiungimento dell'autonomia è necessario ragionare con l'utente sulle sue aspirazioni professionali.

Senza un titolo di studio o un'adeguata esperienza non è possibile prestare la propria opera lavorativa in nessun settore, perciò credo che i servizi per favorire l'inclusione sociale debbano occuparsi anche della specializzazione professionale di ogni persona. Durante il percorso comunitario sarebbe utile promuovere percorsi di orientamento e di bilancio di competenze per aiutare il soggetto a scegliere la migliore via da perseguire per il proprio futuro. Dopo un'attenta analisi dei risultati emersi bisognerebbe facilitare e promuovere la partecipazione a corsi di formazione volti alla qualifica ed alla ri-qualifica professionale in regime di promozione di tirocini e stage, attivando *partnership* efficaci con aziende ed organizzazioni presenti sul territorio, nel quale sono inserite le comunità. L'obiettivo è quello di creare posti di lavoro capaci di garantire l'autonomia e la realizzazione personale di ogni individuo all'infuori del luogo protetto nel quale hanno sostato per un "breve" arco temporale.

Voltaire (Parigi 1694 – 1778)²⁴⁹ sosteneva:

«(...) il lavoro ci tien lontani tre grandi mali: la noia, il vizio e la miseria»²⁵⁰.

Questa particolare affermazione può essere facilmente interpretata come la chiave per la prevenzione della ricaduta.

Oltre ad applicare delle buone prospettive di reinserimento sociale e lavorativo è necessario che le strutture che si occupano della cura e del trattamento delle persone con problemi di dipendenza si avvalgano della figura professionale del progettista

²⁴⁹ Voltaire, pseudonimo di François-Marie Arouet, è stato un importante filosofo, drammaturgo e scrittore francese.

²⁵⁰ VOLTAIRE *Candido ovvero l'ottimismo*, BUR Rizzoli, Milano, 1992, p. 293

pedagogico, non soltanto perché imposto dalla normativa, ma perché può offrire spunti utili sia ai fini della prevenzione, che della cura. Ciò è possibile attraverso:

- la promozione, l'elaborazione e la pianificazione di percorsi *ad hoc*, con l'obiettivo di colmare il vuoto socio-relazionale vissuto dai soggetti.
- l'investimento in formazione continua degli operatori presenti nei servizi;
- la creazione di spazi di apprendimento, impiegando uno sguardo prettamente socio-pedagogico.

Bibliografia

AMENDT G. *No drugs, no future. Le droghe nell'era dell'ansia sociale*, Feltrinelli, Milano, 2003

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015

ANDREOLI VITTORINO *Carissimo amico – Lettera sulla droga*, Rizzoli, Milano, 2009

ANDREOLI VITTORINO *La testa piena di droga*, Bur Rizzoli, Milano, 2008

AKST DANIEL *Elogio dell'autodisciplina: il controllo di sé nell'era dell'eccesso*, Mondadori, Milano, 2011

ARISTOTELE *Opere. Volume nono. Politica, Trattato sull'economia*, Universale Laterza, Bari, 1973

BALCONI ELISA *La cannabis*, Xenia Tascabili, Milano, 2003

BECCARIA CESARE *Dei delitti e delle pene*, Rizzoli, Milano, 1950

BEMPENSANTE ANDREA *Droga: perchè ci sono strade in cui ti puoi perdere*, Le Guide de Le Iene, Fivestore, Milano, 2013

BECKER HOWARD *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1987

BESOZZI ELENA, COLOMBO MADDALENA *Metodologia della ricerca sociale nei contesti socio-educativi*, Guerini Scientifica, Milano, 2014

BROEKAERT E. *Therapeutic communities for drug users: description and overview* in B. RAWLINGS, R. YATES *Therapeutic communities for the treatment of drug users*, J. Kingsley Publisher, Londra, 2001

BRONZINO CRISTINA, DE BLASIO ANTONELLA (a cura di) *Intossicarsi: saggi sulla cocaina, la morfina e l'hashish*, Freud, Bulgakov, Benjamin, Achetipolibri, Bologna, 2011

BLUMIR GUIDO *Marihuana: uno scandalo internazionale*, Einaudi, Torino, 2002

CANCRINI LUIGI *Schiavo delle mie brame*, Frassinelli, Milano, 2003

CARLOTTO MASSIMO, CAROFIGLIO GIANRICO, DE CATALDO GIANCARLO *Cocaina*, Einaudi, Torino, 2012

CIPOLLA COSTANTINO, MORI LUCA (a cura di) *Le culture e i luoghi delle droghe*, Franco Angeli, Milano, 2009

CIPOLLA COSTANTINO (a cura di) *La devianza come sociologia*, Franco Angeli, Milano, 2012

COLETTI MAURIZIO, GROSSO LEOPOLDO *La Comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2011

DALOLA GUERINO (a cura di) *Dizionario della droga: per genitori, educatori, adulti, giovani (...)*, Associazione Le Balaustre Gussago, Fraternità Comunicazione, Chiari, 2009

DIONIGI ALESSANDRO, PAVARIN RAIMONDO MARIA *Sballo: nuove tipologie di consumo di droga nei giovani*, Erikson, Trento, 2010

DURKHEIM ÈMILE *La divisione del lavoro sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1999

F. CHRISTIANE VERA *Noi, i ragazzi dello Zoo di Berlino*, Rizzoli, Milano, 1981

FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN *Rigenerare capacità e risorse. Lotta alla povertà. Rapporto 2013*, Il Mulino, Bologna, 2013

FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN *Welfare generativo. Responsabilizzare, rendere, rigenerare. Lotta alla povertà. Rapporto 2014*, Il Mulino, Bologna, 2014

GALLIMBERTI LUIGI *Morire di piacere – Dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze*, BUR Rizzoli, Milano, 2012

GALLO DON ANDREA, TRAVERSA FEDERICO *E io continuo a camminare con gli ultimi*, Oscar Mondadori, Trento, 2013

GATTI RICCARDO C. *Droga*, Franco Angeli, Milano, 2004

GESSA GIAN LUIGI *Cocaina*, Rubettino, Soveria Mannelli – Catanzaro, 2008

WALTON STUART *Fuori di testa – Storia culturale delle alterazioni dall'assenzio all'ecstasy*, Oscar Mondadori, Milano, 2008

WELSH IRVINE *Trainspotting*, Ugo Guanda Editore, Parma, 1996

WELSH IRVINE *Ecstasy*, Ugo Guanda Editore, Parma, 1996

WELSH IRVINE *Il Lercio*, Ugo Guanda Editore, Parma, 1998

WELSH IRVINE *Colla*, Ugo Guanda Editore, Parma, 2002

WELSH IRVINE *Serpenti a sonagli*, Ugo Guanda Editore, Parma, 2007

WELSH IRVINE *Crime*, Ugo Guanda Editore, Parma, 2008

WELSH IRVINE *Porno*, Ugo Guanda Editore, Parma, 2008

KARCH STEVEN B. *Storia della cocaina, dai re Inca ai cartelli di Cali: 500 anni di traffico*, Odoya, 2010

KUHN THOMAS SAMUEL *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969

KUHN CYNTHIS, SWARTZWELDER SCOTT, WILSON WILKIE *Strafatti, nient'altro che fatti sulle droghe più usate e abusate: dall'alcool all'ecstasy*, Springer, Milano, 2010

LAVAZZA SUSANNA *“Cara” droga. Cannabis, ecstasy, cocaina, eroina e “nuove droghe” – Guida pratica per familiari, volontari, operatori e consumatori*, Franco Angeli/ Self-help, Milano, 2008

LOMBI LINDA *Le politiche della droga in Europa. Prevenzione, gestione e recupero*, Franco Angeli, Milano, 2012

- MARGARON HENRI *Le droghe spiegate a mia figlia*, Feltrinelli, Milano, 2012
- MORI LUCA *I giovani come stranieri – Cultura giovanile e consumo di sostanze*, Franco Angeli, Milano, 2004
- NIETZSCHE FRIEDRICH WILHELM *La nascita della tragedia dallo spirito della musica*, trad. it, in *Opere*, Adelphi, Milano, 1981
- OLIEVENSTEIN CLAUDE *Il destino del tossicomane*, Edizioni Borla, Roma, 1984
- OLIEVENSTEIN CLAUDE *Droga: Un grande psichiatra racconta trent'anni con i tossicodipendenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001
- PARSONS TALCOTT *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1965
- PASTA MARIO *La droga perfetta: storia vera di Davide con la cocaina*, Sassoscritto editore, Firenze, 2009
- PAVARIN RAIMONDO MARIA, ALBERTAZZI VLADIMIRO (a cura di) *Uso e abuso di sostanze*, Carocci Faber, Roma, 2006
- QUERCIA VALERIO *Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcol e droga*, Erikson, Trento, 2014
- RIGLIANO PAOLO, BIGNAMI EMANUELE (a cura di) *Cocaina: consumo, psicopatologia, trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009
- SIMMEL GEORG *Ventura e sventura della modernità. Antologia degli scritti sociologici*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003
- SETTORE DELLE POLITICHE SOCIALI – BERGAMO *Droga: come parlare e intervenire con i nostri giovani: atti del Convegno del 15 aprile 2003*, Ferrari Grafiche Spa, Clusone, 2004
- SPAGNOLO VINCENZO R. *Cocaina Spa*, Pellegrini, Cosenza, 2010
- TIGNONSINI DON REDENTO *Droga, si o no? Riflessioni*, Tipolitografia Lineagrafica, Boario Terme, 2003

TOLSTÒJ LEV *Perchè la gente si droga? e altri saggi su società, politica e religione*, Oscar Mondadori, Milano, 2008

TRANSFORM DRUG POLICY FOUNDATION *Dopo la guerra alla droga: un piano per la regolamentazione legale delle droghe*, Ediesse, Roma, 2011

VOLTAIRE *Candido ovvero l'ottimismo*, BUR Rizzoli, Milano, 1992

Sitografia

Enciclopedia Treccani online: <http://www.treccani.it/enciclopedia/droga/>

Sito Web Carabinieri italiani: <http://www.carabinieri.it/cittadini/droga/>

Sito Web Focus: <http://www.focus.it/cultura/droghe-sostanze-stipefacenti-craving-e-tossicodipendenza-spengono-il-cervello>

<http://www.psiconautica.in>

<https://www.youtube.com/watch?v=qDM5-2Qhk6A>

<http://www.ecn.org/hemp/Leggi-decreti/RD1265-34.htm>

<http://www.dronet.org/avanzate/veneto/sospsico/upload/162-90.pdf>

<http://www.gruppoabele.org>

<http://www.cnca.it/il-cnca/organizzazioni-associate>

<http://www.tornasoleonlus.org>

http://www.aslmi1.mi.it/malattie-rare/doc_view/868-progetto-regionale-dipendenze-.html

<http://www.assolombarda.it/servizi/salute-e-sicurezza-sul-lavoro/documenti/regione-lombardia-piano-regionale-dipendenze>

<http://www.ilcalabrone.org/chi-siamo/storia/>

http://www.federserd.it/documenti/raccomandazione_civica_sulle_tossicodipendenze.pdf

<http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2014/05/DGR-1765.pdf>

https://www.aslmn.net/docs_file/DGR%20X_2569_2014.pdf

Quadro Regionale delle Professioni:

<http://www.lavoro.regione.lombardia.it/shared/ccurl/630/950/QUADRO%20REGIONALE%20DEGLI%20STANDARD%20PROFESSIONALI.pdf>

Modello Sperimentale per il Trattamento Specialistico del consumo di cocaina:

[http://www.saman.it/content/download/1060/5824/file/Report%20 finale contraddizioni.pdf](http://www.saman.it/content/download/1060/5824/file/Report%20finale%20contraddizioni.pdf)

Filmografia

Cristiane F. – Noi, i ragazzi dello zoo di Berlino. Reg. Uli Edel, Att. Natja Brunckhorst, David Bowie, Thomas Haustein, Germania Ovest, 1981

Scarface. Reg. Brian de Palma, Att. Al Pacino, Michelle Pfeiffer, Steven Bauer, Stati Uniti, 1983

Trainspotting. Reg. Danny Boyle, Att. Ewan McGregor, Robert Carlyle, Ewen Bremner, Jonny Lee Miller, Kevin McKidd. Gran Bretagna, 1996

L'erba di Grace. Reg. Nigel Cole, Att. Craig Ferguson, Brenda Blethyn, Martin Clunes, Regno Unito, 2000

Blow. Reg. Ted Demme, Att. Johnny Depp, Penélope Cruz, Ted Demme, Stati Uniti, 2001

Thirteen – 13 anni. Reg. Catherine Hardwicke, Att. Nikki Reed, Evan Rachel Wood, Holly Hunter, Vanessa Hudgens, USA, 2003

Bravetown. Reg. Daniel Duran, Att. Lucas Till, Josh Duhamel, Kherington Payne, Jae Head. Canada, 2014