



UNIVERSITÀ CA' FOSCARI VENEZIA

Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali

Corso di Laurea Magistrale in

Interculturalità e Cittadinanza Sociale

Tesi di Laurea

**Tossicodipendenza oggi: Il Servizio Sociale
del Nucleo Operativo Tossicodipendenze,
osservatorio privilegiato.
Le esperienze di Padova e Treviso.**

Relatori: Prof. Marilena Sinigaglia

Correlatore: Prof. Paola Pontarollo

Laureanda: Arianna Canetto

Matricola n. 801587

ANNO ACCADEMICO 2018-2019

Indice

Introduzione	p. 3
Cap. 1 Tossicodipendenza: inquadramento teorico rispetto al mandato del Nucleo Operativo Tossicodipendenze	p. 5
1.1 Evoluzione normativa in materia di contrasto alla tossicodipendenza	p. 5
1.2 Il mandato istituzionale del Nucleo Operativo Tossicodipendenze	p. 9
Cap. 2 Tossicodipendenza: inquadramento teorico	p. 15
2.1 definizione di abuso di sostanze stupefacenti	p. 15
2.2. I rischi del consumo da sostanze	p. 22
2.3 Il disturbo da abuso di sostanze	p. 30
Cap. 3 La sostanza oggi	p.32
3.1 I Diffusione delle droghe da strada	p. 32
3.2 L'uso di eroina fra giovani e giovanissimi	p. 36
3.3 Utilizzo di eroina e farmaci oppioidi: analisi delle notizie riportate	p. 37
3.4 Danni da eroina	p. 44
Cap. 4 Il Nucleo Operativo Tossicodipendenze	p.47
4.1 Il colloquio con i segnalati ex art. 75 D.P.R. 309/1990	p.50
4.2 Riflessioni sul ruolo strategico del Nucleo Operativo tossicodipendenze	p.58
4.3 Ruolo del Servizio Sociale	p.61
Cap. 5 Evoluzione del consumo di sostanza: focus sulle province di Padova e Treviso	p. 64
Conclusioni	p.71
Bibliografia	p.77
Sitografia	p. 79

INTRODUZIONE

In questo lavoro si vuole analizzare il fenomeno tossicodipendenza, il punto di vista assunto è quello del Nucleo Operativo Tossicodipendenze, luogo di osservazione privilegiato in quanto a contatto con tutti i segnalati per detenzione e possesso di sostanza ai fini del consumo personale presso le Prefetture-Uffici territoriali del Governo.

Il punto di partenza sarà un inquadramento normativo per comprendere la cornice legislativa all'interno della quale si colloca il mandato del suddetto servizio.

Si passerà poi a tracciare l'inquadramento teorico della tossicodipendenza, tracciando dettagliatamente i rischi del consumo di sostanze ed il disturbo da uso di sostanze.

Ciò ci fornirà gli strumenti necessari per analizzare concretamente il fenomeno tossicodipendenza come si presenta oggi: fortemente influenzato dal fenomeno migratorio che ha reso, in particolare ad una sostanza, l'eroina, una nuova vita. Verrà analizzata nel dettaglio la storia recente di questa sostanza che sta rivivendo grazie ad una nuova forma di consumo, non più per via iniettiva, che la rende più adatta ad un periodo storico in cui non si può "perdere tempo".

Verrà dedicata particolare attenzione all'eroina e ai danni che essa provoca in quanto, in considerazione della ripresa dell'uso di tale sostanza è necessario chiedersi quali possibili scenari e costi sociali vadano delineandosi.

Verrà analizzato con puntualità il Nucleo operativo Tossicodipendenze e il colloquio che si svolge con i segnalati per violazione ex art. 75 D.P.R. 309/1990.

Molti spunti di riflessione verranno dedotti dalla cronaca sia rispetto ai sequestri, sia rispetto alla ripresa dell'eroina, in quanto i dati disponibili risultano non aggiornati e spesso non molto fedeli alla situazione reale.

Nell'ultima parte si utilizzeranno dati del Ministero dell'Interno, non pubblici, sulle sostanze maggiormente diffuse, le età degli assuntori, e le definizioni dei procedimenti. Tali dati hanno la pecca di non essere aggiornati, e di offrire solo un piccolo spaccato: infatti risulta solo chi viene controllato dalle forze dell'ordine e trovato in possesso di sostanza, quindi, ovviamente una piccola percentuale del dato dei consumatori.

L'ipotesi che guiderà questo lavoro è che l'eroina stia conoscendo una nuova rinascita, dopo essere diventata una droga residuale per alcuni decenni, oggi è in netta ripresa il suo consumo soprattutto fra giovani e giovanissimi che non ne hanno conosciuto i devastanti esiti del passato. Si vuole analizzare la nuova tipologia del consumatore ed i motivi che hanno portato ad una ripresa così forte di questa terribile sostanza che domina la vita degli assuntori. Si punterà l'attenzione sul Nord est, sul Veneto e in particolare sulle province di Padova e Treviso.

Lo scopo di questo lavoro vorrebbe essere quello di svelare, nel senso letterale di alzare il velo su un fenomeno di cui si parla troppo poco, sembra che la preoccupazione generale e generalizzata sia inerente la liberalizzazione delle sostanze leggere, mentre, a parere di chi scrive il focus andrebbe posto su un consumo invisibile di eroina da parte di giovanissimi.

1. Tossicodipendenza: inquadramento normativo rispetto al mandato del Nucleo Operativo Tossicodipendenze

1.1 Evoluzione della normativa in materia di contrasto alla tossicodipendenza

La normativa rispetto alla sostanza illegale in Italia ha subito un'evoluzione negli anni. In questa sede non interessa tanto analizzare il contenuto delle singole leggi che via via si sono succedute, quanto i passaggi fondamentali che si sono compiuti rispetto alla rappresentazione del "problema droga".

La norma vogliamo analizzarla dal punto di vista sociologico, pertanto possiamo definirla come una regola esplicita dei membri della società, che si esprime tramite il controllo sociale. Tale controllo è espresso in modo formale dallo Stato che provvede a sanzionare chi non si attiene alla norma, per disincentivare tale comportamento. In società complesse, come la nostra, vi sono delle organizzazioni preposte al mantenimento dell'ordine sociale che si esprime sotto forma di legge ed ha un sistema giudiziario che ne garantisce l'applicazione.¹ Appare interessante il punto di vista di Durkheim, secondo il quale i comportamenti devianti tendano ad essere più frequenti nelle situazioni di forte cambiamento sociale; al venir meno delle norme sociali consolidate, chiamate, dal succitato autore, situazioni di anomia, gli individui appaiono disorientati e tendono a comportarsi in modo anomalo.²

Se assumiamo quanto sopra appena esposto come punto di osservazione possiamo analizzare l'evoluzione normativa rispetto alla sostanza stupefacente in Italia come una attribuzione di senso a tale fenomeno.

¹ Bobbio, *Norma*, in Enciclopedia Einaudi, Torino, Einaudi, 1980, vol. IX pp. 876-907

² Durkheim, *La divisione del lavoro sociale*, 1962, Libro III, Milano

Possiamo assumere come punto di partenza del percorso la legge 658/1975 che introdusse il concetto di modica quantità, di fatto differenziando l'utilizzatore di sostanza dallo spacciatore.

Il concetto di modica quantità, creò notevoli difficoltà, in quanto venne definito solo formalmente e l'interpretazione sostanziale venne demandata ai giudici, pertanto la Corte di Cassazione cercò di dettare delle linee guida di definizione. Da sottolineare che tale norma attribuiva al Giudice il compito di indagare il rapporto fra trasgressore e sostanza, al fine di emettere un verdetto di condanna o di assoluzione; pertanto veniva attribuito un significato soggettivo che meritava di essere compreso del rapporto fra detentore/consumatore e sostanza.

Il passo successivo si può considerare la legge Iervolino-Vassalli, legge n. 162 del 1990, che venne poi recepita dal D.P.R. 309/1990, che è a tutt'oggi in vigore, tale legge venne progettata con la partecipazione di Vincenzo Muccioli, fondatore di San Patrignano.

Tale normativa distingueva fra sostanza leggera e sostanze pesanti e le sanzioni erano differenti per tipologia ma anche per quantitativo; ed erano sanzioni di tipo amministrativo che potevano arrivare fino ad un massimo di mesi 3 di sospensione di tutti i documenti. Il passaggio concettuale che compì questa legge fu di dare una nuova dimensione al tossicodipendente: non più solo un malato bisognoso di cure, ma anche un soggetto sanzionabile che ha superato un limite di legalità.

Il concetto di modica quantità venne sostituito dal concetto di dose media giornaliera, le quantità vennero definite dalla legge stessa.

Nel 1993 ci fu un referendum, promosso dai Radicali, tale referendum produsse un abbattimento del limite di illiceità per la detenzione, cambiando anche la visione della cessione della sostanza: se destinata al consumo di gruppo si perdeva la configurazione del reato di spaccio. Inoltre vi fu un ritorno al concetto di modica quantità che lasciava nuovamente spazio all'interpretazione.

La legge n. 49 del 2006, conosciuta come legge Fini Giovanardi, definiva sostanze leggere e pesanti allo stesso modo, prevedeva un

inasprimento delle pene per il reato di spaccio, e stabiliva le quantità massime per la definizione di uso personale in base alla quantità di principio attivo e non al peso della sostanza.

Questa legge prevedeva uno snellimento nella configurazione delle tabelle: riducendole a 2, la prima raggruppava tutta la sostanza stupefacente senza distinzione, la seconda i medicinali contenenti sostanze droganti.

La *ratio* di tale norma era fondata sull'assunto che drogarsi non è un mero esercizio della propria libertà, ma, di fatto, un rifiuto del soggetto alle regole della comunità in cui è inserito. L'ottica di questa legge è punitiva, in quanto attribuisce una presunzione di pericolosità anche alla mera detenzione.

Tuttavia si trova sempre una tensione al recupero: si prevedono percorsi alternativi al carcere e viene aumentato il limite di esecuzione pena da 4 a 6 anni, permettendo di fatto, a un maggior numero di tossicodipendenti di accedere a programmi di recupero in alternativa al carcere.

Tale legge venne bocciata dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 32 del 12.02.2014) non per il suo contenuto quanto per un errore formale di approvazione della legge; pertanto di fatto venne reintegrato il D.P.R. 309/1990 come disciplina fondante rispetto alla sostanza illegale.

Il decreto legge n. 36 del 2014, cosiddetto Decreto Lorenzin, convertito poi in legge, ha avuto la finalità di riempire un vuoto legislativo rispetto alla disciplina di alcuni farmaci. Lo scopo primario di tale provvedimento è stato di garantire la salute dei pazienti, la certezza dei regolamenti per gli operatori sanitari e la funzionalità del meccanismo: autorizzazioni, distribuzioni dei medicinali.

Le novità maggiori che si trovano in questo provvedimento di legge sono: una diminuzione delle sanzioni per lo spaccio di lieve entità, l'inserimento di tutte le cannabis, senza distinzione fra indica, sativa, ruderalis o ibride, inserimento di tutte le droghe sintetiche riconducibili al tetraidrocannabinolo (THC), principio attivo della

cannabis, nella tabella I –droghe pesanti ; la possibilità, di essere condannati, in luogo di detenzione o sanzione pecuniaria, a lavori socialmente utili nei casi di piccolo spaccio o reati minori commessi da un tossicodipendente.

Si è da ultimo assistito all’emanazione della legge n. 242 del 2.12.2016 “Disposizioni per la promozione della coltivazione e della filiera della canapa” che ha permesso la coltivazione della canapa con piante certificate con basso contenuto di THC inferiore allo 0.2%. Tale testo legislativo è stato poi integrato da una circolare del 22.05.2018 sull’applicazione della legge stessa. Si è pertanto autorizzata la vendita, di cannabis light. Ciò ha permesso l’apertura di esercizi commerciali basati sulla vendita di prodotti derivati dalla coltivazione della canapa.

A seguito dell’espressione da parte del Consiglio superiore della sanità (C.S.S. di seguito) sulla *cannabis light* espresso il 10.04.2018 :

“THC e altri principi attivi inalati o assunti con le infiorescenze di cannabis sativa possono penetrare e accumularsi in alcuni tessuti, tra cui cervello e grasso, ben oltre le concentrazioni plasmatiche misurabili; tale consumo avviene al di fuori di ogni possibilità di monitoraggio e controllo della quantità effettivamente assunta e quindi degli effetti psicotropi che questa possa produrre, sia a breve che a lungo termine”³

Il C.S.S. ha coinvolto anche il CBD raccomandando di vietare la vendita di prodotti contenenti o costituiti da infiorescenze di canapa, proprio come il CBD⁴. Peraltro, il CSS non si limitava ad una mera considerazione scientifica, ma interpretava la Legge n. 242 del 2 dicembre 2016 affermando che tra le sue finalità non vi fosse la produzione delle infiorescenze di canapa – e quindi neppure dei suoi derivati come il CBD – e/o la loro libera vendita al pubblico.

In tutto questo dibattito si segnala una mancanza di presa di posizione da parte del Ministero della Salute. Ad oggi chi acquista cannabis light, detiene il pacchetto integro e non la consuma non incorre in alcuna sanzione, mentre chi attua una combustione di tale sostanza,

³http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2761_allegato.pdf

⁴ *ibidem*

sulla base delle circolari applicative del Ministero dell'Interno alle forze dell'ordine, incorre nella violazione ex art. 75 D.P.R. 309/1990.

1.2 Il mandato istituzionale del Nucleo Operativo Tossicodipendenze

Il “Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura, riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” è la primaria fonte di diritto rispetto all’operatività del Nucleo Operativo Tossicodipendenze (di seguito n.o.t.) situato all’interno degli Uffici Territoriali di Governo. (di seguito u.t.g.)

Tale testo unico fornisce direttive e strumenti per l’operatività del suddetto ufficio: istituisce l’osservatorio permanente sulle dipendenze. (DPR 309/90 art 1 comma 8)

Questo strumento, ovviamente informatizzato, permette di accedere ad un database nazionale per verificare le segnalazioni di ogni singola persona in Italia e l’esito di ogni segnalazione. Ogni ufficio n.o.t., prima di procedere alla trattazione dell’illecito è tenuto ad inserire: anagrafica del segnalato, organo segnalante, data, sostanza, circostanza, luogo del fatto; e, una volta definito, ad inserire l’esito del procedimento. Va da sé l’importanza dell’istituzione di uno strumento che, a volte sicuramente affatica gli uffici con inserimenti di dati, ma produce statistiche per provincia, per regione, per sostanza, per età dei segnalati etc. nonché informazioni di pubblica sicurezza estremamente rilevanti come i luoghi di spaccio, in tempo reale permettendo una fotografia fedele dell’andamento del fenomeno droga da parte degli operatori ma anche da parte del Ministero dell’Interno. Ovviamente l’implicazione, importantissima, è l’orientamento di politiche sulla sicurezza sociale, sulla prevenzione etc. basate su dati reali effettivi.

Il collegamento fra quanto sopra appena esposto e con quanto dice Lorenz⁵ rispetto all’importanza che il servizio sociale assuma un ruolo

⁵ Lorenz, *Globalizzazione e servizio sociale in Europa*, Carocci Faber, 2006

critico e di indirizzo delle politiche sociali appare quanto mai adeguato. Il servizio sociale deve assumere un ruolo critico e di orientamento al fine di non permettere strumentalizzazioni⁶; pertanto il dato da solo non basta, vi è la necessità che gli Assistenti Sociali possano interpretarlo e restituire al Ministero dell'Interno gli stessi dati con una lettura critica e professionale. Ciò viene fatto annualmente con una relazione che ogni N.O.T. trasmette al Ministero dell'Interno rispetto al lavoro svolto.

All'interno dell'osservatorio, inoltre, è richiesto ad ogni ufficio N.O.T. di inserire semestralmente l'attività di servizi pubblici e privati operanti nel settore della prevenzione, della cura e della riabilitazione, nonché sulle iniziative tendenti al recupero sociale ivi compresi i servizi attivati negli istituti di prevenzione; sul numero di soggetti riabilitati reinseriti in attività lavorative (DPR 309/1990 art. 8 lettera b). Questo dato è particolarmente rilevante perché fornisce una fotografia semestrale dell'offerta territoriale dei servizi.

Gli articoli del D.P.R. 309/1990 sui quali si basa maggiormente il lavoro ed il mandato del Nucleo operativo tossicodipendenze sono qui di seguito descritti.

Nell'art. 13 del DPR 309/1990 "*tabelle delle sostanze soggette a controllo*" vi sono elencate le sostanze illecite che, va da sé, sono sottoposte a periodici e continui aggiornamenti.

L'art. 73 del dpr 309/1990 "*produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti e psicotrope*" disciplina la materia dello spaccio di sostanza e ne definisce le pene.

L'art. 75 del DPR 309/1990 "*condotte integranti illeciti amministrativi*" merita un'attenzione particolare in quanto rappresenta la stella polare dell'attività operativa dell'ufficio N.O.T. L'articolo 75 sancisce che "*chiunque illecitamente importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope fuori dalle ipotesi di cui all'art. 73*" (n.d.r. Spaccio che configura pertanto una fattispecie penale e non amministrativa come quella configurata dall'art. 75) [...] è sottoposto per un periodo non

⁶ *ibidem*

inferiore ad un mese e non superiore ad un anno , a una o più delle seguenti sanzioni amministrative:

- a) *Sospensione della patente di guida o divieto di conseguirla,*
- b) *Sospensione della licenza di porto d'armi o divieto di conseguirla*
- c) *Sospensione del passaporto o di ogni altro documento equipollente o divieto di conseguirli*
- d) *Sospensione del permesso di soggiorno per motivi di turismo o divieto di conseguirlo se cittadino extra comunitario*

Nell'art. 75 è previsto che *“l'interessato [...] è invitato a seguire il programma terapeutico e socio riabilitativo [...] o ad altro programma educativo ed informativo personalizzato in relazione personalizzato in relazione alle proprie specifiche esigenze, predisposto dal servizio pubblico per le tossicodipendenze competente per territorio[...]”*.

Da quanto appena esposto nasce il lavoro, quotidiano, di interfaccia fra ufficio N.O.T. e Ser.D.. Ogni U.T.G. ha creato dei protocolli con i Ser.D. del territorio al fine di standardizzare delle procedure di collaborazione.

Il primo protocollo fra U.T.G. di Treviso e Ser.D. risale al 21.01.2008 come frutto del lavoro di un tavolo che ha riflettuto sull'introduzione della nuova normativa 21.02.2006 n. 49 che ha trasformato la natura del procedimento ex art. 75 in sanzionatorio. All'interno del suddetto protocollo nella premessa si legge *“La Prefettura di Treviso e i servizi tossicodipendenze delle 3 a.s.l. provinciali, pur nella differente logica della normativa e nel rispetto del differente ruolo rivestito dalle strutture, hanno voluto verificare la possibilità di garantire una qualche azione motivante sul consumatore per mezzo dell'applicazione dell'art. 75, ad esempio attraverso la graduazione della entità delle sanzioni, da irrogarsi sulla base anche dell'atteggiamento, motivazione, comportamento del soggetto.”*⁷

In tale Protocollo è stabilito che: le procedure di collaborazione fra Ser.D. e Prefettura inizino con l'invio formale dei soggetti segnalati ex art. 75 DPR 309/1990 da parte di quest'ultima al Ser.D. competente territorialmente. Il Ser.D. riceve la persona e avvia un processo di valutazione multidimensionale mirato alla costruzione di un intervento *ad hoc*; contestualmente si procede ad un monitoraggio tramite esami

⁷ Prefettura di Treviso-servizio Tossicodipendenze ULSS 7-8-9 Modulo Operativo Congiunto in Tema di Tossicodipendenze art. 75-DPR 309/90 modificato dalla l. 49/2006 del 21.01.2008

clinici di laboratorio per determinare la presenza di consumo attuale di sostanze. Il Ser.D. attuerà un percorso di osservazione tossicologica e comportamentale teso a definire la natura del rapporto fra persona e sostanza, relazionerà poi alla Prefettura che nel frattempo non emetterà l'ordinanza sanzionatoria attendendo l'esito della valutazione del Ser.D.

Questo passaggio, a parer mio, è particolarmente importante, qui si palesa la posizione critica degli operatori che, in parte non attenendosi in modo del tutto fedele alla norma, perseguono in modo unito e supportati dalla loro organizzazione di riferimento, il recupero e la riabilitazione e non la punizione e la sanzione; dando valore al proprio lavoro in termini di salute e benessere sociale, assumendo un ruolo critico. Si noti qui come il Servizio Sociale abbia assunto rilevanza nella sua posizione di intersezione fra i domini citati da Lorenz: politiche sociali, mondo della vita e discorsi accademici, non attenendosi in modo cieco alla norma ma valutando le conseguenze del suo operato.⁸

Vi è un secondo protocollo fra UTG di Treviso e Ser.D. del territorio datato 26.03.2009, tale protocollo non apporta modifiche significative al primo, disciplina solo in modo più dettagliato gli scambi di informazioni fra le due istituzioni. Secondo l'approccio utilizzato, che è quello della responsabilizzazione, è il soggetto segnalato che deve farsi carico della trasmissione delle comunicazioni riguardanti il suo programma terapeutico socio-riabilitativo. La Prefettura consegna all'interessato al termine del colloquio il foglio dell'avvio del percorso di riabilitazione presso il Ser.D. e l'interessato stesso nel corso del primo colloquio consegna tale foglio al Servizio per le dipendenze territoriale di riferimento. Lo stesso avviene con la relazione conclusiva del Ser.D. che viene consegnata dal servizio all'interessato ed è lui stesso a consegnarla alla Prefettura. Questo passaggio, a parer mio, risulta fondamentale in quanto si tende alla responsabilizzazione del segnalato e alla restituzione dell'essere soggetto dell'intervento e non oggetto.

⁸ Lorenz,2006, op.cit.

Al comma 3 dell'art 75 si esplicita il procedimento amministrativo: una volta accertati i fatti del comma 1, le forze dell'ordine procedono alla contestazione immediata, procedono agli esami della sostanza sequestrata e segnalano al Prefetto competente, inoltre, se il segnalato ha la disponibilità di veicoli, procedono all'immediato ritiro cautelare della patente o del certificato di idoneità tecnica per la guida del ciclomotore per 30 giorni.

Al comma 4 dell' art. 75 è stabilito che il Prefetto, ritenuto fondato l'accertamento, proceda con l'ordinanza di convocazione al fine di valutare, a seguito di colloquio -condotto dal Funzionario Assistente Sociale- le sanzioni da irrogare e la loro durata, nonché, eventualmente la formulazione dell'invito formale ad astenersi dall'uso di sostanze stupefacenti.

Nell'art. 75 comma 14 è definito il formale invito “[..]nel caso di particolare tenuità della violazione, ricorrono elementi tali da far presumere che la persona si asterrà, per il futuro, dal commetterli nuovamente, in luogo della sanzione, e limitatamente alla prima volta, il Prefetto può definire il procedimento con il formale invito a non fare più uso delle sostanze stesse, avvertendo il soggetto delle conseguenze a suo danno”.

La mancata presentazione a colloquio comporta l'irrogazione delle sanzioni. Qualora l'interessato si sottoponga, con esito positivo al programma terapeutico socio-riabilitativo, al comma 11 l'art. 75 prevede che il Prefetto adotti il provvedimento di revoca delle sanzioni.

L'art. 121 del D.P.R. 309/1990 definisce le “Segnalazioni al servizio pubblico per le tossicodipendenze”: qualora venga segnalato al Prefetto dalle forze dell'ordine un assuntore di sostanze stupefacenti, quindi non vi sia sequestro di sostanza stupefacente e non si configuri la violazione del suddetto art. 75, deve farne segnalazione al servizio pubblico competente per territorio. Il servizio pubblico per le tossicodipendenze competente ha quindi l'obbligo di chiamare la persona segnalata per la definizione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo.

L'art. 122 del D.P.R. 309/1990 definisce il “Programma terapeutico e socio riabilitativo” che prevede sia: personalizzato e tende ad “iniziative volte ad

un pieno inserimento sociale attraverso l'orientamento e la formazione professionale, attività pubblica di utilità o di solidarietà sociale. Nell'ambito di programmi terapeutici che lo prevedono, possono adottare metodologie di dissuefazione, nonché trattamenti psico-sociali e farmacologici adeguati. Il servizio per le tossicodipendenze controlla l'attuazione del programma da parte del tossicodipendente”

La legge 21.02.2006 n. 49 ha modificato in modo rilevante la concezione e l'attività dell'ufficio N.O.T.: “[...]sotto il profilo giuridico si distinguono più nettamente i comportamenti finalizzati alla detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale (art. 75) e dalle condotte relative allo spaccio e al traffico (art. 72-73) con l'intento di perseguire queste ultime e di recuperare i soggetti tossicodipendenti attraverso programmi terapeutici e socio riabilitativi personalizzati.”⁹

Un'ulteriore modifica introdotta nel 2006 è la competenza: il Prefetto competente per la violazione dell'art. 75 diviene quello di residenza e non più quello del luogo dove viene commesso il fatto; viene inoltre sancito il principio di sussidiarietà fra domicilio e residenza. Tale modifica aveva la ratio di soddisfare due esigenze: evitare all'interessato onerosi spostamenti di sede e rendere più agevole lo svolgimento del procedimento amministrativo, infatti: “il criterio della residenza si appalesa vantaggioso per entrambe le parti nel caso in cui il soggetto tossicodipendente accetti di sottoporsi ad un programma terapeutico presso una struttura pubblica, di norma ubicata nel territorio di residenza, e quindi ricadente nella competenza del Prefetto che ha formulato l'invito, il quale, pertanto, può più facilmente controllare l'attuazione del programma riabilitativo.”¹⁰ Con la legge del 2006 tutto l'iter è stato scandito con termini procedurali, che , tuttavia, non sono perentori ma ordinatori, pertanto non vi sono effetti di decadenza qualora si realizzino dei ritardi. Con la normativa del 2006 le sanzioni da irrogare sono le medesime, varia però la maggiore durata e “l'impossibilità di sospendere le stesse qualora l'interessato accetti di sottoporsi al programma terapeutico, essendo prevista solo la revoca dei provvedimenti a conclusione positiva del programma di recupero”¹¹.

⁹ Circolare Ministero dell'Interno n. 30 del 7.08.2006- Procedimento sanzionatorio ex art. 75 del DPR 309/1990 come modificato dalla legge 21.02.2006 n. 49

¹⁰ *ibidem*

¹¹ *ibidem*

2. Tossicodipendenza: inquadramento teorico

2.1. Definizioni di abuso da sostanze stupefacenti

La dipendenza da sostanze viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come “uno stato psichico e talora fisico, derivante dall'interazione con una sostanza, che determina modificazioni del comportamento e la necessità di assumere questa, per ottenere gli stessi effetti psichici ed evitare la sindrome da astinenza”¹².

Il Comitato di esperti dell'OMS sulla tossicodipendenza si è riunito a Ginevra dal 23 al 26 giugno 1998. La riunione è stata aperta dal dr. V.K. Lepakhin, Vicedirettore generale, il quale ha sottolineato il ruolo significativo del Comitato nell'ambito del sistema internazionale di controllo delle droghe. E, infatti dal 1948, anno di costituzione dell'OMS, che il Comitato si è visto assegnare l'incarico di valutare, dal punto di vista medico e scientifico, il potenziale d'abuso delle sostanze tossicomane e di fornire pareri e suggerimenti alla Commissione sui narcotici delle Nazioni Unite per quanto attiene alle modalità di controllo da adottare a livello internazionale. La prima riunione dell'allora Comitato di esperti sulle sostanze psicoattive si è tenuta nel 1949 e, in questa sede, il Comitato ha avuto il compito di riesaminare alcuni narcotici. Da allora, il Comitato ha spesso cambiato nome e quello attuale è stato stabilito nel corso della XVI a riunione del 1968. Dal momento dell'entrata in vigore della Convenzione sulle sostanze psicotrope nel 1976, il Comitato ha avuto il compito di valutare non soltanto i narcotici, ma anche le stesse sostanze psicotrope. Le raccomandazioni proposte riguardo il reale controllo esercitato sulle sostanze riesaminate vengono spesso considerate “raccomandazioni per una classificazione nelle Tabelle”, così vengono, infatti, definite dalle Convenzioni gli elenchi delle sostanze

¹² Fonte: <https://www.istitutobeck.com>

controllate. Le suddette raccomandazioni sono state accolte dalla Commissione sui narcotici, senza modificazioni rilevanti.¹³

Per droga si intende una qualunque sostanza in grado di cambiare il modo in cui il corpo e la mente funzionano.¹⁴

La parola Droga, che suona più o meno simile in tutte le lingue comprese quelle dell'est (*drug, drogue, droga, droge, drogy, ecc.*), dal punto di vista semantico deriva dall'olandese "*droog*" cioè secco, e in passato stava ad indicare quei barili di sostanze secche, in genere importati dalle indie orientali, che contenevano vegetali essiccati dai quali si estraevano medicinali e spezie che tuttora chiamiamo "droghe".¹⁵

Nel corso della storia dell'uomo le sostanze con tale scopo sono mutate ma sono tutte accomunate dalla caratteristica di creare dipendenza che può essere:

- Psicica, la quale nasce dalla sensazione di non poter più vivere senza la droga. È una dipendenza insidiosa e che non passa mai completamente. La dipendenza psichica è il bisogno incontrollabile di utilizzare la sostanza: quando quest'ultima viene usata per modificare il proprio umore e creare sentimenti positivi la persona sente il bisogno di tale sostanza per procurarsi tali sensazioni;¹⁶
- Fisica, la quale è innescata dalla capacità delle droghe di alterare alcuni importanti processi che hanno luogo nel cervello. Il corpo si adatta alla presenza della sostanza e non riesce a farne a meno soffrendo, in caso di un consumo insufficiente, di crisi di astinenza che causano sintomi che possono essere anche molto intensi.¹⁷ L'utilizzo ripetuto della droga cambia il modo in cui il cervello distingue le sensazioni piacevoli e spiacevoli; i sintomi

¹³ Fonte: <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/normativa/tradUnicri.htm>

¹⁴ Fonte: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=61&area=Vivi_sano

¹⁵ Fonte: http://sintef.usl11.toscana.it/portale_empoli_new/attachments/article/146/Cellesi%20Droghe.pdf

¹⁶ Fonte: <https://www.istitutobeck.com>

¹⁷ Fonte: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=61&area=Vivi_sano

dell'astinenza sono la conseguenza di questo cambiamento, nel momento in cui il cervello ne avverte la mancanza.

In altre parole come pensavano già millenni fa Ippocrate e Galeno, padri della medicina Scientifica, per droga si può intendere una sostanza che invece di essere “vinta” dal corpo o dalla mente (e assimilata come semplice alimento) è capace di “vincerli”, provocando cambiamenti organici o psichici o di entrambi i tipi.¹⁸

Una volta innescata la dipendenza, tutte le droghe sono soggette a tolleranza: l'organismo si adatta alla presenza della sostanza e occorrono sempre maggiori quantità per ottenere la stessa intensità di effetti. Ciò fa sì che vengano consumate quantità crescenti di droghe per continuare a godere dei risultati attesi. Questi possono essere i più diversi: talvolta si consumano droghe per ricercare il benessere psico-fisico, altre volte le si impiega a scopo “terapeutico” per contrastare un malessere, altre ancora per migliorare le prestazioni, siano esse quelle mentali, quelle fisiche o sessuali. In tutti i casi l'effetto delle droghe è temporaneo e, quando svanisce, peggiora la situazione iniziale, inoltre, tutte le droghe possono causare danni seri alla salute: compromettere le capacità mentali e danneggiare organi vitali come cervello, cuore e fegato.¹⁹

Le principali regioni cerebrali implicate nelle *addiction* sono: Sistema limbico, Via nigrostriatale, Via tubero infundibolare, Nucleo *accumbens*, *Locus coeruleus*.²⁰

Una buona parte della letteratura scientifica in materia riconosce la tossicodipendenza come una malattia sociale, cronica, recidivante, che si contrae e si sviluppa con l'abuso saltuario o continuato di una sostanza chimica dotata di peculiari caratteristiche: tolleranza metabolica e farmacorecettoriale, dipendenza, dipendenza fisica e sociale, psicosi tossica da eccesso o da difetto, danni all'individuo e alla società²¹.

¹⁸Fonte:http://sintef.us111.toscana.it/portale_empoli_new/attachments/article/146/Cellesi%20Droghe.pdf

¹⁹Fonte: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=61&area=Vivi_sano

²⁰Fonte:http://sintef.us111.toscana.it/portale_empoli_new/attachments/article/146/Cellesi%20Droghe.pdf

Una delle questioni fondamentali riguardanti la tossicodipendenza riguarda il conflitto interiore, la debolezza interiore, la maggior parte dei tossicodipendenti non è priva delle informazioni rispetto alla sostanza o ignara che questa faccia loro del male, che provochi danni, semplicemente non riescono a farne a meno.

Nei diversi colloqui condotti con persone con problemi di tossicodipendenza da anni mi sono persuasa che chi ha conosciuto quella via rimanga per sempre a rischio di diventare tossicodipendente, ovvero, anche se il consumo di sostanza non sia attualmente parte della sua vita, permane la possibilità che la scelta della sostanza emerga come “soluzione”, termine qui inteso nel senso di strada percorribile, nel momento di difficoltà, frustrazione, sofferenza.

La parola inglese *addiction* termine tradotto in italiano con la parola dipendenza, ha una derivazione latina: verbo *addicere*, che, nel diritto romano significava “condannare a diventare schiavo”. Ciò che mi colpisce in questo è il paradosso: l’esercizio della libertà nell’uso della sostanza porta la persona ad essere schiava della sostanza e a perdere la propria libertà. L’eroina è forse la sostanza che più celermente porta la persona da un utilizzo volontario ad un utilizzo legato al bisogno, domina completamente la vita della persona, costringendola a vivere in sua funzione: la sostanza serve per poter iniziare la giornata, la giornata è scandita dal tempo per procacciare la sostanza.

Rispetto alla tossicodipendenza secondo me questa appare sempre come la punta di un iceberg di un disagio profondo, la sostanza, nella gran parte dei casi, durante i colloqui con i ragazzi sembra avere un ruolo di stampella, di surrogato di qualcosa di fondamentale e mancante nelle loro vite. Ciò che manca può essere una famiglia, qualcuno che si occupi di loro, che sia interessato a loro, che sappia ascoltarli, delle relazioni vere e fondanti, dei riferimenti solidi.

²¹ Fonte:

http://sintef.usl11.toscana.it/portale_empoli_new/attachments/article/146/Cellesi%20Droghe.pdf

Rispetto all'uso diffuso di cannabinoidi quando chiedo ai ragazzi il motivo del consumo le risposte più ricorrenti sono: che non usano alcool, come se ci fosse comunque la necessità di una sostanza che agevoli le relazioni e le renda più semplici, che i cannabinoidi li rilassano, tolgono lo stress ed aiutano a non pensare, quindi che la valenza sia quasi quella di un interruttore che spenga la fatica quotidiana che comporta stress.

Rispetto invece all'uso di eroina la risposta del perché si faccia uso è molto più difficile da indagare, solitamente gli assuntori di eroina non sono persone che amano parlare di sé, della loro tossicodipendenza e del loro rapporto con la sostanza ma si coglie una necessità di anestetizzarsi dalla vita, dalla sofferenza. Emerge in modo forte dagli incontri con persone con storie di tossicodipendenza molto lunga da eroina una forte difficoltà narrativa della loro storia, come se mancasse un percorso di rielaborazione degli accadimenti, una mancanza di attribuzione di senso e di riflessione.²²

Vi sono diversi riferimenti teorici rispetto alla tossicodipendenza, una delle teorie più diffuse è la teoria dell'automedicazione: secondo tale teoria le persone userebbero le droghe, o svilupperebbero dipendenze comportamentali, per compensare la presenza di problemi psichici sottostanti, misconosciuti, non sufficientemente trattati. Tale teoria è molto popolare; nello sviluppo di Khantzian si sostiene che la dipendenza si verifichi in un contesto di vulnerabilità di autoregolazione, soprattutto degli affetti, dell'autostima, delle relazioni, e delle capacità di prendersi cura di sé. Le sostanze d'abuso aiuterebbero le persone a trovare sollievo dalle loro emozioni dolorose, si individuano tratti caratteriali comuni e tipici in tutti i tossicodipendenti come: l'incapacità nella gestione degli affetti, la scarsa autostima, la difficoltà nelle relazioni oggettuali, il giudizio negativo e la scarsa capacità di prendersi cura di sé. Secondo tale teoria la scelta della sostanza è il risultato dell'interazione tra le proprietà psicofarmacologiche della droga e gli stati emotivi primari

²² Turoldo, *Le malattie del desiderio*, Cittadella Editrice, 2011

nei confronti dei quali la persona prova sollievo; quindi, la droga diviene un farmaco per i meccanismi di difesa dell'Io, quando essi sono carenti o inesistenti.²³

Il secondo sviluppo della teoria dell'automedicazione è fornito dalla prospettiva sviluppata da Duncan²⁴ che è interessato a spiegare perché solo una minoranza di coloro che assumono droghe illegali perda il controllo sull'utilizzo; si concentra sulla prevenzione primaria della dipendenza e sulla riduzione del danno. Secondo il punto di vista di Duncan la sostanza offre una fuga temporanea da uno stato di continuo disagio emotivo, causato da un disturbo mentale, dallo stress o da un ambiente avverso sfavorevole.

La differenza fra i due succitati punti di vista è fondamentale che: la teoria di Duncan non fa distinzione fra le sostanze e non valorizza i loro effetti farmacologici, la teoria di Khantzian valorizza le caratteristiche farmacologiche di ogni sostanza e quelle dell'eroina sono particolarmente potenti. Entrambe queste teorie sono obsolete.

Un'altra teoria che sembra essere divenuta riferimento dell'economia comportamentale delle dipendenze è la Teoria Razionale della Dipendenza (TDR), elaborata da Becker e Murphy²⁵. Tale teoria sostiene che nonostante un soggetto con dipendenza possa preferire di vivere privo della dipendenza, pur essendo consapevole di tutti i fattori che l'uso di sostanza implicano, valuti comunque l'uso cronico della sostanza come opzione più vantaggiosa e meno penosa; pertanto valuti i rischi e gli effetti collaterali dell'uso come meno rilevanti rispetto ai benefici dell'uso della sostanza.

Un punto di vista, a parere di chi scrive, molto interessante è quello fornito dalla Psicologia della dipendenza²⁶ che individua all'interno della nostra società dei veri e propri “valori della dipendenza” come:

²³ Khantzian, The self medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent application, in *Harvard Rev psychiat*, 1997, n. 4

²⁴ Duncan, Drug abuse as a coping mechanism, in *Am j Psichiatri*, 1974 , n.131

²⁵ Becker, G. and K. Murphy (1988) “A theory of rational addiction”. *Journal of Political Economy*, 96, 675-700

²⁶ Teeson, Degenhardt, Hall, *Le tossicodipendenze*, Il Mulino, 2019

un'ossessione per i risultati e poca attenzione al processo; il perseguimento della perfezione, di fatto irraggiungibile e quindi la vera e propria creazione di un mito; la spinta continua ad accumulare, fondando il proprio essere sull'avere. Di fatto la dipendenza è fortemente legata all'eccesso e viviamo in una società che, in forme e modi diversi, spinge all'eccesso.

Vi è poi il filone delle teorie cognitive che lega il problema tossicodipendenza a distorsioni, errori cognitivi, attese irrealistiche. I soggetti attribuiscono i loro comportamenti a cause ritenute, erroneamente, cruciali; attribuendo alla sostanza una funzione imprescindibile ed indispensabile e ciò rende estremamente difficoltosa l'astinenza ed apre la strada a ricadute.²⁷

La percezione diffusa fra gli operatori che lavorano con le tossicodipendenze è che sia un fenomeno complesso e che tale fenomeno non si possa analizzare sulla base dello schema: causa-conseguenza-soluzione. Purtroppo la complessità implica variabilità, flessibilità e capacità di adattamento alla situazione e tali doti sono quanto mai richieste agli operatori che lavorano nel settore delle dipendenze.

Un approccio, a parere mio, vincente nella gestione di situazioni complesse, potrebbe essere rappresentato dalle teorie sistemiche che analizzano i sistemi all'interno dei quali il tossicodipendente è coinvolto, dando, quindi, maggiore rilevanza ai fattori relazionali e contestuali rispetto a quelli intrapsichici. Interessante inoltre che venga letta la tossicodipendenza come sintomo funzionale al mantenimento di meccanismi di equilibrio.²⁸

Gli attuali studi neurobiologici avvalorano la teoria per la quale la dipendenza possa essere il risultato di alterazioni. Tali teorie però non

²⁷ *ibidem*

²⁸ Cancrini ., Mazzoni ., Famiglia e droga: dall'autoterapia alla richiesta di aiuto, in M. Malagoli Togliatti, U. Telfener (a cura di) Dall'individuo al sistema, 1991, Bollati Boringhieri, Torino

riescono a spiegare l'alto tasso di ricadute, né a chiarire perché solo una percentuale di consumatori sviluppi una dipendenza.²⁹

Nel nostro Paese la percezione degli operatori del settore delle dipendenze è di un netto ritorno dall'eroina, ma tale dato non emerge in modo puntuale nei dati ufficiali. La diffusione dell'eroina assunta per via aerea lo ha reso un fenomeno poco visibile, sfuggente, le overdose sono praticamente azzerate.

2.2 I rischi del consumo da sostanze

Ai fini del lavoro che qui si vuole svolgere appare importante effettuare una panoramica sulle sostanze maggiormente diffuse e i rischi legati al consumo delle stesse.

La fonte principale utilizzata è Il Ministero della Salute.³⁰

Anche quando possono sembrare innocue, tutte le droghe hanno serie conseguenze sulla salute. Nella maggior parte dei casi possono compromettere la salute mentale, causando disturbi anche molto gravi, come depressione, psicosi e paranoie. Se assunte fin da giovani interferiscono gravemente con la maturazione del cervello, portando ad una sua strutturazione anomala che causa gravi disfunzioni cognitive e comportamentali.

Altrettanto spesso, le droghe arrecano danni fisici che possono arrivare fino all'arresto cardiaco a gravi danni cerebrali, alla morte.

Non esistono quantitativi sicuri: le droghe sono dannose a tutti i dosaggi.

Inoltre, la dipendenza provoca tolleranza, vale a dire una minore risposta dell'organismo agli effetti delle droghe, ed assuefazione. Ciò fa sì che l'organismo necessiti di quantitativi sempre più elevati di sostanza per continuare a provare la stessa intensità di sensazioni. E, al crescere della quantità assunta, si moltiplicano i rischi di danni.

Appare interessante una panoramica sulle diverse sostanze in questa sede:

²⁹ Teeson, Degenhardt, Hall op. cit.

³⁰Fonte: http://www.salute.gov.it/portale/salute/pl_5.jsp?id=61&area=Vivi_sano

- **Cannabis.** Spesso è considerata una droga innocua, ma i derivati della cannabis (marijuana e hashish) hanno un'ampia gamma di effetti nocivi. Danneggiano l'apparato respiratorio e quello immunitario, rendendo più fragile quindi l'organismo di chi ne fa uso alle aggressioni di agenti esterni. Causano l'aumento del battito cardiaco (tachicardia) e mal di testa. Influiscono inoltre sulla memoria e sulla capacità di concentrazione facendo venire meno la coordinazione e la prontezza dei riflessi. L'assunzione in dosi elevate può comportare l'insorgere di paranoie e manie di persecuzione. Se consumata per lunghi periodi, la cannabis può dar luogo a quella che è definita sindrome amotivazionale, un disturbo caratterizzato da distrazione, apatia, riduzione delle attività, incapacità di gestire nuovi problemi, compromissione del giudizio e delle abilità comunicative.
- **Cocaina (e crack).** La cocaina è un potente stimolante del sistema nervoso centrale, che può causare seri danni, sia alla salute mentale sia a quella fisica.
 In dosi elevate può portare ansia, depressione e nervosismo. Le persone che ne fanno un uso cronico hanno elevate probabilità di soffrire di paranoie e situazioni di delirio mentale.
 Ictus, convulsioni, emicranie, complicazioni cardiovascolari, malattie cardiache sono alcune delle più serie conseguenze fisiche. Nelle persone che consumano cocaina per via inalatoria sono comuni danni al setto nasale, perdita dell'olfatto, emorragie nasali, problemi di deglutizione, raucedine, irritazione cronica delle narici con secrezione di muco.
 Attraverso l'uso in comune della cannucchia per sniffare, inoltre, si possono trasmettere epatiti e aids.
 Ancora più serie le conseguenze del consumo per via iniettiva: setticemie, infezioni, infarti, ictus, arresti cardiaci, edemi polmonari. Inoltre, le iniezioni danneggiano le vene provocando trombosi e ascessi e lo scambio di siringhe può trasmettere il virus dell'HIV e l'epatite C.

Seppur idea diffusa, è da sfatare il mito per cui la cocaina dia benefici alla vita sessuale: pur essendo un forte stimolante, rende difficile l'erezione e, a dosi elevate, può condurre all'impotenza.

- Ecstasy. È un composto sintetico che ha numerosi effetti dannosi sull'organismo. I più comuni sono un aumento della temperatura corporea e una sudorazione eccessiva, che possono diventare pericolosi e anche mortali, se accompagnati da un'intensa attività fisica in ambienti caldi e poco areati, come le discoteche, dove è particolarmente diffuso l'uso di questa droga.

L'ecstasy induce una sensazione di intimità con le altre persone, un effetto che può favorire comportamenti sessuali a rischio. Il consumo di ecstasy può favorire l'infarto nelle persone che soffrono di malattie cardiovascolari. È inoltre particolarmente pericolosa per le persone che hanno problemi a carico dei reni o del fegato.

- Ketamina. È un anestetico generalmente usato in campo veterinario. Produce effetti psichedelici, che inducono una sensazione di dissociazione tra mente e corpo.

Rende difficile la coordinazione dei movimenti, comporta disorientamento, perdita del senso di identità e una sensazione di distacco dalla realtà. A dosaggi particolarmente elevati può produrre stati mentali simili al coma.

L'uso protratto di ketamina può causare danni permanenti al sistema nervoso, mentre un'overdose può condurre ad arresto cardiaco e a gravi danni cerebrali.

- Popper. Sono una serie di sostanze stupefacenti con effetto vasodilatatore, spesso usati per aumentare le prestazioni sessuali. Il consumo di popper causa un drastico aumento del battito cardiaco: è perciò pericolosissimo per chi ha cardiopatie. Il liquido in cui è formulato danneggia la pelle e le mucose del naso.

Inoltre, può provocare perdita di coscienza e abbassamento repentino della pressione, vertigini, mal di testa, alterazioni della vista.

- Psichedelici o allucinogeni. Sono sostanze che agiscono sul cervello modificando la percezione dello spazio e del tempo e, per questo, sono in grado di produrre allucinazioni. A questo gruppo di droghe appartengono numerosi composti: l'Lsd, i funghi allucinogeni, la psilocibina, la salvia divinorum, il peyote, la mescalina.

Le droghe psichedeliche hanno effetti difficili da prevedere, che dipendono dalla sensibilità soggettiva. Possono provocare gravi danni psicologici: psicosi, soprattutto nelle persone più giovani, e perdita del senso della realtà. In questi momenti di totale distacco o deformazione della realtà, le persone sotto l'effetto di queste sostanze possono provocare danni fisici verso di sé o verso altri.

- Smart drugs. Si tratta nella maggior parte dei casi di sostanze di origine vegetale con effetti stimolanti.

Sono pericolose soprattutto per le persone con problemi cardiaci, diabete e problemi ai reni.

Provocano inoltre serie complicazioni di carattere gastrointestinale.

- Speed. Sono preparati che contengono anfetamina o metanfetamina, sostanze stimolanti e anoressizzanti, che provocano una forte diminuzione dell'appetito, un aumento del ritmo cardiaco e della pressione arteriosa.

Un uso prolungato per più giorni comporta un completo crollo psicofisico, che è tanto più grave quanto maggiori sono state le forzature operate sull'organismo (per esempio la veglia forzata). Quando si è sotto l'effetto di queste sostanze, possono esserci problemi nella comprensione delle proprie azioni, il comportamento può diventare violento e si può arrivare all'isolamento e alla paranoia fino a gravi deliri di persecuzione. Terminato il loro effetto le sensazioni sono invece di svuotamento, irritabilità, depressione.

I derivati dell'anfetamina e della metanfetamina sono molto

pericolosi soprattutto per le persone con problemi cardiovascolari: una dose eccessiva può provocare l'infarto.

- Eroina. Per quanto riguarda questa sostanza appare doveroso un approfondimento in quanto le sue caratteristiche commerciali, le sue proprietà farmacologiche ne fanno la regina di tutte le droghe. È un derivato dell'oppio in grado di provocare già con poche dosi la dipendenza, il desiderio di aumentare il dosaggio e crisi di astinenza.

Nel sito del Ministero della Salute si trova questa descrizione: "l'eroina causa danni all'intero organismo: riduce le difese immunitarie, induce la caduta dei denti, aumenta le probabilità di sviluppare infiammazione delle vene (flebiti). Inoltre, se viene iniettata senza rispettare le norme igieniche espone al rischio di contrarre infezioni come epatiti e Hiv. È tra le droghe che dà maggiore dipendenza. Una volta che si è sviluppata, le crisi di astinenza si presentano dopo appena 8 ore dall'assunzione dell'ultima dose e danno malessere, irritabilità, depressione, ansia, crampi, dolori muscolari.

Il rischio maggiore è tuttavia l'overdose: una dose eccessiva di eroina iniettata in vena può provocare coma e morte."

Risulta interessante notare che all'interno del Ministero della Salute venga considerata come unica via di assunzione dell'eroina quella iniettiva quando, come vedremo più avanti, la forma di assunzione più diffusa ad oggi non è più quella iniettiva e non si accenni ad altri rischi dovuti ad assunzioni diverse di questa sostanza.

Negli anni passati si è avuta la percezione che l'eroina fosse residuale: l'età media dei soggetti continuava a crescere e sembravano tutti agganciati ai servizi; e, in generale, l'attenzione era più puntata sulle nuove droghe.³¹

Oggi assistiamo ad un nuovo tipo di eroinomane: giovane, lontano dagli ambienti della strada, non emarginato, lavora, studia, non commette reati perché non ne ha bisogno, infatti, il prezzo dell'eroina è crollato negli ultimi anni, fuma od inala la sostanza, non si percepisce come tossicodipendente e non ha nessuna percezione della malattia o della sua condizione.³²

³¹ Giancane, *Eroina la malattia da oppioidi nell'era digitale*, ed. Gruppo Abele, maggio 2015

³² Giancane, op. cit, 2015

Questa descrizione che tratteggia Giancane nel suo testo, collima perfettamente con l'esperienza di contatto con i consumatori di eroina che si ha quotidianamente al Nucleo Operativo Tossicodipendenze. Giancane sostiene che la tossicodipendenza da eroina sia una malattia a tutti gli effetti che non risparmi alcuna sfera dell'individuo: fisica, psichica, relazionale, lavorativa e sia potenzialmente mortale, inoltre sia evolutiva.³³

Secondo la definizione fornita dall' O.M.S. "la malattia inizia quando la capacità di adattamento della persona è compromessa".³⁴

Da sottolineare l'analisi di Giancane: "in particolari momenti storici la malattia da eroina tende a diffondersi più velocemente in alcune zone geografiche o in alcune fasce della popolazione [...] anche le condizioni socio economiche sembrano avere un ruolo di primo piano nel determinarne la diffusione"

Ad oggi Paesi come Siria, Grecia, Russia, Area federazione russa contano numeri importanti di morti per overdose per eroina. In Afghanistan la produzione illegale di oppio ha raggiunto livelli record nel biennio 2006-2007 e ciò ha contribuito in modo importante al rilancio dell'eroina.³⁵ Il Messico nel 2009 è diventato il paese maggiore produttore di oppio dopo Afghanistan e Myanmar.

Nel corso del 2015 il 20% dei sequestri mondiali è avvenuto nel continente europeo, l'Italia nel medesimo anno è il terzo paese in cui vi sono più sequestri di eroina.³⁶

Il mercato dell'eroina in Italia oggi si può facilmente ricostruire analizzando la cronaca: i sequestri di tale sostanza in quantitativi considerevoli sembra sia a carico principalmente di organizzazioni criminali afferenti a 3 differenti aree geografiche:

- Asse albanese: i quantitativi maggiori vengono importati prevalentemente dall'asse Albania, Kosovo, Bosnia, Croazia, Slovenia. I trafficanti usano tagliare l'eroina in laboratori

³³ *ibidem*

³⁴ *ibidem*

³⁵ *ibidem*

³⁶ Giancane, *Il mercato globale dell'eroina dall'Afghanistan all'Adriatico*, Yuocanprint Self Publing , gennaio 2018 p. 117

artigianali. Questo tipo di eroina non risulta particolarmente apprezzata in quanto molto tagliata, i sequestri principali avvengono sulla costa Adriatica dalla Puglia a Trieste. Sembra avvalorata la loro collaborazione con i gruppi criminali locali e la criminalità organizzata che permette loro sbarchi e varchi via terra.

- Asse pakistano: viene importata prevalentemente l'eroina afghana, particolarmente pura, infatti di solito sono sequestrate quantità irrisorie di sostanze da taglio, i quantitativi sequestrati sono più limitati rispetto a quelli importati dall'Albania. I trafficanti pakistani sono molto poco interessati allo spaccio al dettaglio, la via d'ingresso privilegiata è postale od aerea.
- Asse nigeriano: l'eroina è importata prevalentemente dal continente africano. I trafficanti sono interessati anche allo spaccio. Si ritiene che l'asse nigeriano sia gestito da un'organizzazione criminale di dimensioni considerevoli, sembra che uno dei punti privilegiati sia Perugia dove vi è una università per stranieri che funge da punto strategico, il metodo utilizzato prevalentemente è la via aerea, i singoli trasporti limitati ad 1 kg di sostanza, non sembrano disporre di laboratori attrezzati per il taglio della sostanza, hanno una rete molto strutturata di distribuzione al dettaglio.
- Vi sono inoltre evidenze del coinvolgimento di organizzazioni criminali afferenti a gruppi di persone Rom: perlopiù lungo il litorale albanese

Per quanto sopra esposto i riferimenti principali sono prevalentemente il testo di Giancane³⁷ ed il *World Wide Web* che, con le notizie di cronaca e dei sequestri, ci può fornire una fotografia abbastanza reale del fenomeno. Si pensi solo, a titolo esemplificativo ai 270 Kg di eroina sequestrati al porto di Genova lo scorso novembre 2018, proveniente dall'Iran.³⁸

³⁷ Giancane, *op. cit.* 2018

³⁸Fonte: <https://www.ilfattoquotidiano.it/2018/11/08/genova-270-chili-di-eroina-scoperti-in-container-dalliran-e-il-piu-grande-sequestro-degli-ultimi-ventanni/4750790/>

Ciò che emerge è la frammentazione della gestione del traffico di eroina in Italia, le etnie sembrano spartirsi i territori italiani e, a conseguenza di ciò, la grande variabilità di eroina circolante.

All'interno della relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia anno 2018 (riferito ai dati anno 2017) si rilevano alcuni dati interessanti: nel 2017 sono stati sequestrati 601 Kg di eroina, a fronte dei 477 kg del 2016, di cui il 10% sequestro per via marittima, l'8% per via terrestre e l'81% per via aerea.³⁹ La regione con più sequestri di sostanza è stata la Puglia, i maggiori quantitativi di eroina sono stati sequestrati in Lombardia, 130 kg, Veneto, 121 kg, Campania, 68 kg, e Lazio, 67 kg.

Fino a 20 anni fa la pratica di fumare eroina era praticamente sconosciuta perché si pensava che lo spreco di sostanza con questa forma di assunzione fosse troppo. Fumando la sostanza i vapori raggiungono velocemente i polmoni e la salita dello stato di euforia è molto veloce, un minuto circa, in più l'inalazione permette a chi la assume di modulare l'intensità dell'effetto ed è più difficile incorrere in overdose. La presenza degli immigrati ha promosso in Italia la pratica di fumare eroina. L'eroina fumata consente al consumatore di non dover aver particolari oggetti del mestiere e consente alla sostanza di acquisire una vincente forma per i giorni nostri: l'informalità, fumare eroina diviene pratico e poco connotante; la tecnica, i tempi, i luoghi ed i rischi con questa nuova forma di assunzione sono più sostenibili. L'eroina fumata ha un effetto rapido ma non potente ed esplosivo come quella iniettata, le porte della percezione risultano socchiuse.

Oggi non esiste più una figura tipica di eroinomane: oggi l'eroina è interculturale, internazionale, interclassista, vi sono nuovi percorsi di dipendenza e di evoluzione della malattia.

È di vitale importanza adottare un linguaggio multiculturale rispetto alla sostanza; un linguaggio in grado di gestire la complessità di tale fenomeno: il presupposto, come afferma Lorenz, è il postulare il diritto all'autorappresentazione, nella storia di un tossicodipendente è

³⁹ Fonte: <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2445/339911.pdf>

quanto mai fondamentale comprendere il suo racconto, la sua attribuzione di senso alla sostanza, anche in ragione dei suoi riferimenti culturali⁴⁰.

L'eroina è una sostanza sedativa più con funzione individuale che sociale, la sua vocazione rimane quella di un farmaco, per alcune persone in stato di emarginazione sociale, degrado o sofferenza diviene l'unico modo di interrompere la sofferenza e provare piacere; sembra del tutto naturale che in una situazione sociale in cui tutto sia fondato sulla performance vi sia un aumento di tale sostanza.

2.3 Il disturbo da abuso di sostanze

Secondo l'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali (di seguito DSM-5) il disturbo da uso di sostanze rappresenta *“un pattern problematico di uso della sostanza che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi”*.⁴¹

Per poter diagnosticare il disturbo da uso di sostanze devono essere presenti almeno 2 dei seguenti 11 sintomi, in un arco temporale di 12 mesi:

- Consumo della sostanza in quantità maggiore da quelle pianificate;
- Desiderio di interromperne l'assunzione o tentativi fallimentari di controllarne l'utilizzo;
- Grande quantità di tempo impiegata nell'assunzione della sostanza o in azioni finalizzate ad ottenerla;
- Fallimento nell'adempire al proprio ruolo a casa, sul lavoro, o a scuola a causa della sostanza;
- Craving o desiderio o impulso incontrollabile di procurarsi la sostanza;
- Mancata interruzione dell'abuso della sostanza, nonostante i problemi di salute che ne derivano;
- Utilizzo ripetuto della sostanza in circostanze pericolose;
- Abbandono o riduzione delle attività quotidiane dovuti alla sostanza;
- Sviluppo della tolleranza alla sostanza, definita nelle seguenti modalità: bisogno di utilizzare quantità crescenti della sostanza per

⁴⁰ Lorenz,2006, op.cit

⁴¹ Obbard, Psichiatria Psicodinamica, Quinta edizione basata sul DSM -5, Raffaello Cortina Editore, 2015 p. 596

ottenere l'effetto desiderato, diminuzione del tempo dell'effetto della sostanza;

- Sintomi dell'astinenza dalla sostanza: ansia, irritabilità, nausea/vomito, tremori spossatezza.⁴²

Le cause della dipendenza da sostanze non sono univoche e, come per molti altri disturbi psicologici, possono essere analizzate solo nella loro complessità. Pertanto va considerato un fenomeno complesso e analizzato come una concausa di fattori biologici, ambientali e di sviluppo.

Tra i fattori che possono influenzare la probabilità di sviluppare una dipendenza possiamo trovare:

- Compresenza di disturbi mentali: ad esempio chi ha una diagnosi di depressione o ansia può trovare nella sostanza una “stampella” per gestire emozioni dolorose;
- Storia familiare caratterizzata da abuso di sostanze: sembrerebbe possibile di una predisposizione genetica oltre ad un'influenza ambientale;
- Utilizzo precoce: infatti minore è l'età in cui si approccia la sostanza più aumenta la probabilità che un cervello in via di sviluppo arrivi all'abuso;
- Pressione da parte del gruppo dei pari finalizzato all'accettazione;
- Mancanza di un riferimento familiare, mancanza di controllo genitoriale su ragazzi molto giovani e mancanza di sostegno emotivo;
- Tipologia di sostanza: come abbiamo visto sopra alcuni tipi di droga producono un rapido sviluppo della dipendenza.⁴³

Appare utile qui sottolineare rispetto all'eroina il distacco emotivo che si produce: “tutte le emozioni spiacevoli e negative scompaiono dopo l'assunzione di eroina, indipendentemente dal livello di sedazione [...] l'emozione c'è ma non emoziona.”⁴⁴

⁴² *ibidem*

⁴³ *ibidem*

⁴⁴ Giancane, *op. cit.*, 2015

3. La sostanza oggi

3.1 Diffusione delle droghe da strada

Il 90% dell'oppio mondiale è prodotto in Afghanistan ed è destinato all'esportazione, tramite l'antica via della seta, frontiera con il Pakistan; la seconda via, frontiera con l'Iran; la terza via attraverso la Russia. Lungo la strada la scia del traffico dell'eroina semina tossicodipendenza e AIDS.⁴⁵

In tutto il mondo occidentale l'uso di eroina è più frequente all'interno di minoranze etniche, soprattutto dove sia presente degrado ed emarginazione. La categoria "eroinomani immigrati" assume delle criticità particolari; l'etnia più colpita è quella maghrebina (tunisini, marocchini ed algerini) e delle persone provenienti dall'est Europa, ma il fenomeno va emergendo nelle comunità pakistane, cingalesi e dell'Africa sub sahariana. La popolazione tossicodipendente maghrebina è prevalentemente maschile, mentre nella popolazione est europea vi è una maggior presenza di donne: tale dato può essere letto dalle statistiche ufficiali in considerazione della presenza del sottogruppo di prostitute eroinomani che appartengono a questa etnia.

Oggi la tossicodipendenza da strada è composta perlopiù da cittadini stranieri, soprattutto nel Nord Italia, e la sostanza d'abuso primaria è l'eroina , seguita dalla cocaina.⁴⁶

Il fenomeno dello spaccio in Italia da parte degli immigrati è almeno ventennale; attualmente "la diffusione dell'uso di eroina fra i maghrebini ha la caratteristica di un'epidemia, complicata dallo status di clandestino e dalle dinamiche di sopravvivenza che ne derivano".⁴⁷ Solitamente nei cittadini maghrebini vi è un primo approccio allo spaccio e successivamente all'uso, l'approdo all'eroina sembra giungere come stadio finale della consapevolezza del fallimento del progetto migratorio.⁴⁸

⁴⁵ Giancane, *op. cit.*, 2015

⁴⁶ *ibidem*

⁴⁷ *Ibidem*

⁴⁸ *ibidem*

Le modalità di spaccio sono cambiate: non è più in strada ma si avvale della tecnologia, per es. smartphone, non vengono più utilizzate le cartine ma bustine di cellophane, chiamate volgarmente “palline”. Le nuove modalità sono più congeniali alla quotidianità: permettono, per così dire, consegne a domicilio e minori rischi per gli acquirenti. Tale osservazione è molto importante perché permette di comprendere quanto poco emerga il fenomeno dell’eroina e quanti pochi soggetti arrivino al Nucleo Operativo Tossicodipendenze. Il fenomeno dello spaccio “*su ordinazione*” e con “*consegna a domicilio*” rende il consumo più facile, meno rischioso, e il fenomeno molto più invisibile.

Il *web* sommerso è l’insieme delle risorse informative del *World Wide Web* non segnalate dai normali motori di ricerca; il *web* sommerso si compone dal *deep web*, nuovi siti non ancora indicizzati, pagine *web* a contenuto dinamico, *web software* etc e dal *dark web*, sottoinsieme del *deep web*, solitamente raggiungibile tramite *software* particolari, perché giacente su reti sovrapposte ad internet chiamate *darknet*.⁴⁹ Comprare eroina nel *dark web* presuppone capacità informatiche basilari che tutti posseggono: scaricare un software che permetta la navigazione nel *dark web*, avviare una ricerca, comprare da un sito, solitamente come forma di pagamento vengono utilizzati i *bitcoin*, che non sono tracciabili. Va da sé che procurarsi sostanza con un *click* e ricevere via posta la consegna depura la sostanza dai rischi interconnessi all’acquisto per strada, all’esposizione, all’etichettamento sociale e contribuisce a rendere la sostanza ed i suoi assuntori invisibili.⁵⁰

Giancane sottolinea che i comportamenti tossico manici dei maghrebini sono diversi dagli eroinomani italiani: i magheribini eroinomani hanno comportamenti a rischio minori e sono meno soggetti ad infezioni da HIV, tuttavia sono più presenti epatiti a causa di una minore igiene. Da rilevare il fatto che quasi tutti i maghrebini approdino alla sostanza nel paese ospitante e non nel paese di origine.

⁴⁹ Giancane, op. cit, 2018

⁵⁰ *ibidem*

Sembra che l'approdo all'eroina abbia dei legami forti con la condizione di clandestinità: quest'ultima preclude forme di lavoro regolari, avvicina i giovani migranti all'illegalità, allo spaccio ed al conseguente consumo. Anche la cura per chi è immigrato clandestino è molto difficile: lo stile di vita e gli impegni di sopravvivenza cozzano con l'assunzione della terapia, il recupero della terapia.

La problematica che si presenta rispetto alla popolazione immigrata, soprattutto irregolare, rispetto all'uso di sostanza è rilevante. Chi non è presente regolarmente nel territorio non ha una residenza, pertanto non ha accesso alla sanità, se non nei termini delle cure salvavita; si pensi ai senza fissa dimora, piuttosto che ai clandestini, non vi sono garanzie di assistenza sanitaria se non di tipo emergenziale. L'accesso di questa tipologia di utenza ai Ser.D. diventa molto complesso, oltre che per altri fattori oggettivi come: la maggiore marginalità, le barriere linguistiche e culturali. Inoltre, come già evidenziato, queste persone che vivono in situazione di grave marginalità sociale, risultano molto coinvolte nelle problematiche di sopravvivenza quotidiana e faticano molto a seguire percorsi che prevedano analisi, orari definiti di incontri, tempistiche definite per la somministrazione della terapia. Da ultimo, risulta estremamente difficile lavorare con persone che vivano per strada, senza documenti, senza prospettive di lavoro, senza prospettive di superamento di una condizione di marginalità e di dipendenza totale, condividere con loro idee di progettualità, di costruzione di obiettivi.

Giancane sostiene che i servizi e i programmi rivolti agli immigrati dovrebbero essere cuciti sulla loro cultura, si dovrebbero creare dei programmi calibrati sulle specificità culturali; ciò non può che far pensare alla necessità dell'adozione di una prospettiva interculturale dell'approccio.

Come già evidenziato è compito etico degli operatori approcciarsi al fenomeno tossicodipendenza rispettandone la complessità ed adottando un linguaggio interculturale che permetta alla persona in

stato di bisogno di fornire la propria rappresentazione di sé e la propria attribuzione di senso al problema.⁵¹

La categoria degli immigrati est europei ha specificità molto diverse: molti sono regolari in Italia ed hanno lavori o nell'assistenza privata o nell'edilizia, molti hanno iniziato ad usare eroina nel loro paese. Si pensi che nei recenti conflitti est europei l'eroina veniva rifornita ai cecchini, molti sono reduci da guerre e traumi atroci e l'eroina sembra aver assunto il ruolo di stampella che permette loro il normale funzionamento.

La dipendenza da eroina per popolazioni come i pakistani o i cingalesi ha una forma ancor diversa: sono quasi sempre regolari, hanno iniziato ad usare la sostanza nel loro paese, sono piccoli commercianti.

Ad oggi si assiste ad un aumento della produzione mondiale di oppio, ad un prezzo inferiore e di maggior qualità. L'annata record per la produzione è stata il 2007, i prezzi negli ultimi 10 anni sono crollati, l'eroina inoltre è molto vantaggiosa economicamente: produce consumatori affezionati per lunghi periodi. Vi è anche una modificazione di atteggiamento verso l'eroina: i giovani non la vedono come la droga pericolosa e micidiale come le generazioni che ne hanno fatto esperienza e hanno visto le morti, le overdosi etc. Inoltre, la comparsa della possibilità di fumarla ha liberato l'eroina dalla connotazione più negativa: la siringa. In alcune città delle ex repubbliche sovietiche una dose di eroina costa meno di una birra.⁵² Anche in paesi come Kenya e Nigeria l'eroina ha un prezzo molto basso; in Europa, secondo il British medical Journal, fra il 1990 e il 2007 il prezzo dell'eroina si è ridotto del 75%, a fronte di un aumento della purezza.⁵³ L'aumento della purezza dell'eroina, ha indubbiamente favorito la diffusione della pratica dell'eroina fumata.

Una criticità da evidenziare è che in Italia manca completamente un monitoraggio efficace e sistemico del prezzo della sostanza, nel mio

⁵¹ Lorenz, *op. cit.*,

⁵² Giancane, *op. cit.*, 2018

⁵³ Giancane, *op. cit.* 2018

lavoro, lo ritengo di importanza rilevante pertanto è un'informazione che richiedo nei colloqui, per avere un'idea dagli acquirenti del costo della sostanza e il *feedback* che ritengo utilissimo è che per i giovanissimi il prezzo dell'eroina sia, talvolta, più basso di quello della marijuana; evidente strategia di *marketing* degli spacciatori che si creano clientela fissa, fidelizzata e di lungo corso. Il costo medio di un grammo di eroina di chi fa il colloquio al N.O.T. è di circa 20€ e i luoghi più frequenti per procurarsi la sostanza non sono a Treviso ma a Mestre e a Padova, note piazze di spaccio. I ragazzi segnalano sulla piazza di Mestre l'eroina gialla, più pura e quindi più pericolosa.

3.2 L'uso di eroina fra giovani e giovanissimi

Si assiste oggi al trend in USA, spesso seguito dall'Europa, di una continua e progressiva diminuzione del numero di assuntori di cocaina a fronte di un incremento continuo di assuntori di eroina.

Agli inizi del 2000 la malattia da eroina, e gli accessi ai Ser.D. per tale problematica erano in evidente declino, da 10 anni circa però si assiste ad un cambiamento: vi è un nuovo profilo di consumatore di eroina: giovane, schiacciato sul presente, con una dominanza di sentimento assoluta: la rassegnazione.⁵⁴ Queste caratteristiche, riportate nella letteratura scientifica, sono facilmente riconoscibili negli assuntori che si recano quotidianamente al N.O.T. e vorrei aggiungere una totale apatia, quasi una anestesia totale a qualsiasi evento della propria vita, presente e futura. Giancane parla di “*rinuncia diventa un sollievo dalle inquietudini*”, sembra che in un'epoca caratterizzata dalla sopportazione il rischio maggiore sia per i giovani, che si sentono derubati della possibilità di autorealizzazione e assumono un atteggiamento di rinuncia e sopportazione che abbraccia tutte le sfere della loro vita.

L'analisi di Giancane rispetto al nuovo consumatore di eroina è giovane e “*nessuno ha idea di quante in effetti siano queste persone*”⁵⁵, perché sfuggono ai servizi, l'uso di eroina è sommerso,

⁵⁴ Giancane, *op. cit.* 2015 p. 232

⁵⁵ Giancane, *op. cit.* 2015.,p.232

l'età media è 25 anni, ma sono in aumento i casi dei ventenni, solitamente sono di istruzione media, inseriti nel mercato del lavoro, la maggior parte assume eroina fumandola con la stagnola. Le dinamiche di approdo all'eroina sono molto simili: le storie dei ragazzi raccontano molto spesso di aver chiesto allo spacciatore “fumo” (hashish o marjiuana n.d.r.) e di aver ricevuto come proposta eroina a prezzi stracciati accompagnata dalle istruzioni per assumerla inalandola.⁵⁶

Le nuove generazioni sono prive di informazioni rispetto all'eroina e non hanno il vissuto delle generazioni passate che hanno visto e toccato con mano i danni e gli effetti di questa sostanza.

L'indagine ESPAD –Italia 2013, condotta dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa riporta; “l'eroina, sostanza che si diceva in declino presso le giovani generazioni, è invece in auge e il suo consumo, sebbene non iniettato ma fumato, avviene per la prima volta intorno ai 14 anni, prima ancora dell'approccio agli spinelli”⁵⁷; secondo tale indagine “sono 36 mila gli studenti che nel corso della vita hanno provato eroina o altri oppiacei e poco più di 28 mila l'hanno utilizzata nell'ultimo anno. Quasi 23 mila l'hanno utilizzata nell'ultimo mese e per 15 mila ragazzi l'uso è frequente. È dal 2009 che si assiste ad una leggera ripresa dei consumi, specialmente di quelli frequenti, che proprio nel 2013 raggiungono la quota massima. Si sta inoltre abbassando l'età del primo approccio: se nel 2009 avveniva mediamente a 15 anni, oggi si è spostata a 14 anni, ciò potrebbe dipendere, secondo i ricercatori, dalle nuove modalità di assunzione dell'eroina, fumata anziché iniettata”⁵⁸

3.3 Utilizzo di eroina e farmaci oppioidi : analisi delle notizie riportate dalla cronaca

Ciò viene confermato dalla cronaca: il 19.01.2018 si legge sul corriere di Milano: “i prezzi sono scesi ancora, si comprano dosi di eroina gialla anche a 3 euro, per una media sui 5. La coca viaggia fra i 5 e 6 euro, per una dose delle 2

⁵⁶ *ibidem*

⁵⁷ Fonte: <http://www.cnr.it/cnr/cnr/news/CnrNews?IDn=2894>

⁵⁸ *ibidem*

sostanze che serve da *speedball*, c'è il *forfait* sotto i 10 euro. Una nuova emergenza sono gli psicofarmaci spacciati per strada come *Rivotril*, *suboxone*, *contramal*".⁵⁹

Il 09.01.2019 Oggi Treviso intitola così un suo articolo: "*Eroina dei poveri ai giardinetti di Pieve di Soligo*", nel quale si legge che sono state rinvenute nei giardini di Pieve di Soligo, piccolo paese della provincia Trevigiana, 10 confezioni di *rivotril*, farmaco ansiolitico e antiepilettico particolarmente economico.⁶⁰

Ed ancora la Tribuna di Treviso riporta "Antiepilettici da mixare con l'alcool per ottenere un effetto eroina: spacciatore denunciato", in data 28.06.2019, è stato fermato un ragazzo, già noto alle forze dell'ordine, con 40 pastiglie di Rivotril, si legge "farmaco da effetti psicotropi del tutto simili all'eroina, se assunto in determinate modalità [...] lo comprano quelli che l'eroina non possono permettersela spesso in abbinamento ad un cartone di Tavernello"⁶¹

Si evidenzia una nuova emergenza: quella degli psicofarmaci spacciati per strada, anche *low cost* e facilmente reperibili come Rivotril, Suboxone, Contramal. Tale emergenza viene confermata nella Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia anno 2018 (riferito ai dati anno 2017), in cui si registra un aumento dei sequestri di farmaci analgesici oppioidi di sintesi ,come l'ossicodone e il fentanile, per "sballare", cosiddetti *painkillers*, soprattutto fra i giovani e si auspica l'inserimento di tali sostanze nelle tabelle delle sostanze proibite.⁶² Dalla relazione annuale del Parlamento emerge che circa 41.000 giovani ammettano di aver usato oppioidi sintetici, questi *painkillers*, ma, il dato più preoccupante è che il 34.7% dei 41.000 giovani ammetta di averne fatto uso più di 20 volte o più e la maggiore concentrazione sia nella fascia di età 15-16 anni.⁶³

⁵⁹Fonte: https://milano.corriere.it/19_gennaio_28/mercato-droga-milano-prezzi-continuano-calare-dall-eroina-3-euro-cocaina-5-d9d0fb24-22f5-11e9-9543-1916afeb08d9.shtml

⁶⁰Fonte: <http://www.oggiatreviso.it/eroina-dei-poveri-ai-giardinetti-di-pieve-di-soligo-211605>

⁶¹Fonte: <https://tribunatreviso.gelocal.it/treviso/cronaca/2019/06/29/news/antiepilettici-da-mixare-con-l-alcol-per-ottenere-un-effetto-eroina-spacciatore-denunciato-1.36252381>

⁶² fonte: <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2445/339911.pdf>

⁶³ fonte: <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2445/339911.pdf>

È di aprile 2019 la notizia dell'arresto di uno spacciatore di *fentanyl*, farmaco oppioide simile alla morfina. Nel medesimo articolo si evidenzia che il *National Center of Health Statics* stima che in U.S.A. il 60% dei decessi abbia come causa il *fentanyl*, tanto che il Presidente U.S.A. Trump parla di “emergenza sanitaria nazionale”.⁶⁴

Parallelamente la cronaca continua a raccontare di fatti legati all'aumento della diffusione di eroina: il 19.01.2019 esce un articolo sul corriere di Milano in cui si racconta di una mamma che si addentra nel boschetto di Rogoredo alla ricerca della figlia, frequentante l'ultimo anno di liceo, precipitata, a quanto si legge, in 4 mesi nella “*malattia da eroina*” e sparita da casa e da scuola; ciò che racconta di aver visto questa mamma sono scene quasi surreali: ragazzine minorenni che preparavano bustine di droga per lo spaccio, “un inferno di occhi persi [...] i più giovani avevano le stagnole che bruciavano attaccate alla faccia”⁶⁵ Ed ancora, il 21.05.2019 il corriere di Milano riporta la notizia di un parto avvenuto nella notte del 19 maggio 2019 “dentro la cascina diroccata di Via Orwell, dove ci sono alcune tende, qualche angolo con le coperte per terra, rifugio per tanti ragazzi che comprano eroina al boschetto di Rogoredo [...]. La ragazza ucraina di 28 anni, il prossimo agosto, ha portato avanti la sua gravidanza senza mai entrare in contatto con un medico, un'Assistente Sociale o una qualsiasi struttura. Sprofondata in una dipendenza feroce, come faceva ogni giorno, ha scaldato l'eroina e si è appoggiata un ago in vena anche domenica, ultima sera prima della nascita.[...] Il bambino è ricoverato in terapia intensiva neonatale [...]. L'unica crisi che deve affrontare è la *neonatal abstinence syndrome*, di cui i piccoli di solito si liberano del tutto nel giro di 3 o 4 settimane.” Si legge ancora e “la clinica Mangiagalli (in cui sono ricoverati mamma e bambino n.d.r.) è forse il miglior ospedale d'Italia per gestire questi casi, l'esperienza dei medici racconta però anche la progressione di un disastro sociale: i neonati in queste condizioni trattati dagli specialisti di Via Commenda (dove è situata la suddetta clinica n.d.r.) sono una ventina l'anno e stanno aumentando, conseguenza diretta dell'aumento del consumo di eroina[...].”⁶⁶

⁶⁴ Fonte: <https://thevision.com/attualita/fentanyl-italia-marijuana/>

⁶⁵ Fonte: https://milano.corriere.it/19_maggio_20/boschetto-droga-rogoredo-madre-manager-cerca-figlia-spaccio-bosco-tossicodipendenti-85ecaa66-7b2f-11e9-9a27-9779fe3a7026.shtml

⁶⁶ Fonte: https://milano.corriere.it/19_maggio_21/boschetto-droga-rogoredo-mamma-nato-bambino-ragazza-partorisce-notte-assistita-agenti-bimbo-astinenza-e1807792-7b32-11e9-9a27-9779fe3a7026.shtml

L'opinione pubblica sta ricevendo delle sollecitazioni dalla cronaca che non può più ignorare; è del 21.05.2019 la pubblicazione online a cura di Santucci e Andreis dell'articolo "la nuova strage dell'eroina in Italia: decessi per overdose +9,7% in un anno"⁶⁷. All'interno dell'articolo si evidenzia come dopo un costante calo durato più di 15 anni rispetto all'uso di eroina ora sia in netta ripresa dal 2017. Si legge "nel 2016 su 268 morti 99 sono da eroina, pari al 37%; nel 2017 su 294 vittime 148 sono da eroina: un aumento del 50% [...] ai 148 morti acclarati per eroina nel 2017 si aggiungono 74 morti da sostanza non determinata [...] una delle ipotesi è che siano anche quelli legati all'eroina, probabilmente tagliata con altre sostanze." Anche Giancane sottolinea l'emergenza in Veneto, dove nel 2017, solo a Mestre fra luglio ed ottobre muoiono 9 persone per eroina e l'autore scrive "in Veneto torna l'emergenza: stando a fonti del Ministero dell'Interno fra il 2015 e il 2016 la mortalità per eroina in quella Regione sarebbe aumentata del 67%".⁶⁸

In sintesi dall'analisi della cronaca recente emergono elementi molto preoccupanti: una delle principali carenze del sistema italiano sia la totale mancanza di analisi preventiva sulle sostanze al fine di adeguare le risposte sociali e sanitarie.

Ipotesi che viene avvalorata dal Prefetto di Venezia che, ad agosto 2019, esprime una forte preoccupazione per l'allarmante ripresa dell'eroina ed annuncia di voler organizzare gli "stati generali della tossicodipendenza", viene segnalato il Veneto come Regione con più decessi dovuti alla sostanza nel corso del primo semestre 2019.⁶⁹

Si legge poi che da una ricerca dell'espand elaborata dal CNR il 64% degli studenti che ha fatto uso di eroina l'ha fumata con le stagnole, il 28.5 % con la siringa in vena. Da questo articolo emerge chiaramente un aumento del consumo di eroina, la creazione di una nuova fascia di consumatori giovani, un mercato criminale che sperimenta nuove strategie come l'abbassamento dei prezzi o la miscela delle sostanze.

⁶⁷ Fonte: <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/eroina-oppioidi-fentanyl-nuova-strage-italia-america-decessi-overdose-9-percento-un-anno/e9da71de-7be3-11e9-8adb-39180fdb68e7-va.shtml>

⁶⁸ Giancane, *op. cit.*, 2018 p. 152

⁶⁹ <https://www.trevisotoday.it/attualita/emergenza-eroina-morti-overdose-25-agosto-2019.html>

Si legge poi che in città come Philadelphia, poco più grande di Milano, nel 2017 si sono registrate 1200 overdosi mortali e più di 8.000 non mortali, e gli autori sostengono che si stia assistendo alla più grande epidemia di droga della storia umana.

L'eroina viene tagliata prevalentemente con *fentanyl* che è un oppioide sintetico utilizzato come fortissimo antidolorifico, 100 volte più potente della morfina, che permette di moltiplicare i guadagni, e crea una dipendenza più feroce ed immediata. L'articolo si chiude con una frase “bene, tutto questo non è percepito come allarme sociale, non entra nel dibattito pubblico e tanto meno in quello politico”⁷⁰

Nella Relazione Annuale al Parlamento 2017 sullo stato delle tossicosipendenze in Italia si leggono dati impressionanti: quasi 300.000 Italiani consumano eroina, il numero dei minori presi in carico dai Servizi Sanitari locali negli ultimi 5 anni è quasi raddoppiato e quasi 17.000 studenti dichiarano di fare uso di eroina 10 o più volte al mese.⁷¹

Oggi più che mai è forte la necessità di tornare a parlare di eroina, la ricaduta pratica, clinica ed in termini sociali è enorme, la pratica della stagnola ha liberato l'eroina dai suoi deterrenti maggiori: lo stigma della siringa, l'eventualità dell'overdose, il rischio delle malattie contraibili con l'uso della siringa. Il fumare eroina ha determinato con forza la scarsissima consapevolezza di avere un problema, i livelli di intossicazione, solitamente non sono alti e la compatibilità con il lavoro, lo studio, la vita familiare viene assicurata da un uso moderato, ma in genere continuo della sostanza.⁷²

In ragione del fatto che l'eroina ha un costo molto ridotto, spesso non sono presenti i reati correlati alla situazione di tossicodipendenza e ciò contribuisce a rendere “invisibili” i consumatori.

⁷⁰<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/eroina-oppioidi-fentanyl-nuova-strage-italia-america-decessi-overdose-9-percento-un-anno/e9da71de-7be3-11e9-8adb-39180fdb68e7-va.shtml>

⁷¹ http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento_2017.pdf

⁷² Giancane, *op. cit.*, 2015

Molti ragazzi giovani consumatori vivono ancora in famiglia ed hanno un atteggiamento teso a tranquillizzare i genitori, a cercare di convincere i genitori che un uso controllato di eroina non sia un problema; è molto difficile arrivare ad una consapevolezza del problema sia con i giovani consumatori che con la famiglia; molto spesso la forza maggiore delle argomentazioni di questi giovani consumatori è la compatibilità sociale; riescono a lavorare, a studiare etc; il *focus* forse è da porre sul futuro, se e quanto questo stato di equilibrio possa perdurare nel tempo.

Si legge all'interno della Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia anno 2018 (riferito ai dati anno 2017) che il 64% degli studenti che hanno fatto uso di eroina almeno una volta nella vita riferisce di averla fumata, per il 37,8% la modalità di assunzione è stata per via intranasale e per il 28,5% per via iniettiva.⁷³ Si legge ancora che tra gli studenti che hanno riferito di aver usato eroina durante l'ultimo anno, per circa la metà il consumo è stato circoscritto a non più di 5 volte, mentre per il 36,7% l'utilizzo è stato di 10 o più volte. Il 79% dei consumatori di eroina ha utilizzato anche altre sostanze stupefacenti durante l'anno: il 91% ha consumato anche cannabis, l'81% cocaina, il 72% sostanze stimolanti, il 66% allucinogeni. Fra coloro che hanno utilizzato eroina il 31% riferisce di potersi procurare facilmente la sostanza recandosi direttamente da uno spacciatore, il 28% in strada e negli spazi aperti, il 25% in discoteca e il 22% in occasione di concerti e rave. Il 6,5% di tutti gli studenti ritiene che, qualora lo volesse, potrebbe facilmente procurarsi eroina, senza sostanziali differenze di genere e di età. Quasi il 65% degli studenti ritiene rischioso provare a utilizzare eroina (M = 63,9%; F = 65,7%), con quote che, in entrambi i generi, aumentano progressivamente con l'aumentare dell'età: dal 57,6% dei 15enni (M = 57,3%; F = 57,9%) al 66,1% dei 17enni (M = 64%; F = 68,1%) al 71,2% dei 19enni (M = 69%; F = 73,5%).⁷⁴ Risulta interessante un sito⁷⁵ che raccoglie e scansiona tutte le notizie riportate dai quotidiani

⁷³ <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2445/339911.pdf>

⁷⁴ Fonte: <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2445/339911.pdf>

⁷⁵ Fonte: <https://www.geoverdose.it>

locali e nazionali online rispetto ai decessi imputabili alla sostanza , dividendo anche per sostanza e tracciando una mappa italiana dei decessi, a titolo puramente di curiosità si riporta il dato afferente al 2017-2018-2019, italiano e della sola Regione Veneto.

DATI ITALIA ⁷⁶

PERIODO DI RILEVAZIONE	N. DECESSI PER OVERDOSE	DI CUI PER EROINA
01/01/2017-31/12/2017	197	147 PARI AL 74,6%
01/01/2018-31/12/2018	255	162 PARI AL 63,5%
01/01/2019-30/06/2019* dato semestrale	105	70 PARI AL 66,7%

Fonte: <https://www.geoverdose.it>

DATI REGIONE VENETO⁷⁷

PERIODO DI RILEVAZIONE	N. DECESSI PER OVERDOSE	DI CUI PER EROINA
01/01/2017-31/12/2017	29 pari al 14,72% del tot. Dei decessi nazionali	24 PARI AL 82,8%
01/01/2018-31/12/2018	31 pari al 12,15% del tot. Dei decessi nazionali	17 PARI AL 54,8%
01/01/2019-30/06/2019 Dato semestrale	18 pari al 17,14% del tot. Dei decessi nazionali	13 PARI AL 72,2%

Fonte:

Fonte:<https://www.geoverdose.it>

⁷⁶ Fonte: <https://www.geoverdose.it>

⁷⁷ Fonte: <https://www.geoverdose.it>

Risulta interessante notare quanto il dato dei decessi connessi all'overdose sia in costante aumento e quanto l'eroina faccia da protagonista in questi dati.

3.4 Danni da eroina

L'encefalopatia tossica è una encefalopatia progressiva e degenerativa che colpisce la sostanza bianca del cervello, causata dall'esposizione a sostanze tossiche⁷⁸. L'associazione fra inalazione dei vapori di pirolisato di eroina e leucoencefalopatia tossica è riconosciuta da oltre un quarto di secolo. I sintomi si possono manifestare da alcuni giorni a pochi mesi e possono variare di intensità, possono coinvolgere sistemi motori, sistemi sensoriali, funzioni cognitive, risposte emozionali; possono presentarsi disattenzione, deficit memoriali, sonnolenza, convulsioni, cefalee e turbe visive e si può arrivare alla demenza ed al coma.⁷⁹ Per tale problema non esiste una terapia specifica.

Il problema rilevante è che l'eroina è la sostanza illegale più utilizzata da persone adulte in età matura e l'utenza storica sta invecchiando. Tale utenza è portatrice di 40 anni di abuso di sostanze e di patologie correlate (si pensi a cirrosi, epatiti, AIDS...). Si ha a che fare con eroinomani che hanno iniziato da giovani e non hanno mai smesso, solitamente in condizioni sanitarie peggiori, ed eroinomani che hanno iniziato in età più avanzata, dopo i 30 anni con condizioni leggermente migliori. Molti eroinomani storici hanno le caratteristiche dei pazienti geriatrici: presenza di patologie croniche rilevanti, autonomia limitata, facoltà cognitive limitate, necessità assistenziali, demenze e psicosi organiche.⁸⁰ La criticità importante rispetto a questa tipologia di utenza è che non vi siano dei servizi *ad hoc* per questa utenza: qualora necessitino di forme residenziali di assistenza, le comunità risultano

⁷⁸ Filley, Kleinschmidt-demasters, Toxic leukocephalopathy, in N. Engl.J. Med, 2001

⁷⁹ *ibidem*

⁸⁰ Giancane, *op. cit.*, 2015

inadeguate in quanto prive della garanzia assistenziale, e le case di riposo, atte a garantire le necessità assistenziali, è del tutto evidente siano prive di una risposta sociale, educativa e di sostegno specifica per questi soggetti, giovani rispetto al target.

I dati sono lacunosi e ciò fa emergere la complessità del fenomeno .

La parola complessità è una parola indubbiamente inflazionata i giorni nostri, come ci ricorda Morin⁸¹, non tutto può essere letto secondo i principi di ordine, di separazione, di riduzione, di logica deduttivo-induttivo-identitaria della non contraddizione; ovvero, non tutto ha un rapporto lineare causa effetto, meno che mai dei fenomeni sociali. Oggi ci confrontiamo con una società interculturale, multi-etnica, globalizzata un pensiero semplificante diventa riduttivo e pericoloso; oggi aspirare alla complessità vuol dire aspirare alla diversità dei punti di vista, gestire contraddizioni e conflitti, alimentando il dialogo e trasformando tutto ciò in occasione di crescita, acquisire la prospettiva che la verità, sia parziale, mutevole, attraverso la critica e il dialogo permanente.⁸² La certezza logica, secondo Morin⁸³, può essere presente solo a livelli molto elementari di dimostrazione, incertezza e contraddizione nei fenomeni complessi non sono superabili, pertanto la conoscenza non è mai definitiva e rimane sempre incompiuta. La sfida più grande della lettura della complessità sta fondamentalmente nel: come collegare l'evento al contesto; come collegare il parziale con il globale, come collegare ordine e disordine, come collegare il separato e l'inseparato, per far ciò è necessario un metodo, ovvero un aiuto alla strategia di pensiero, che leghi e ricomponga, che permetta di cogliere le interdipendenze .⁸⁴

Il Servizio Sociale oggi è chiamato a gestire questa complessità, a farsene carico e rendersene interprete, mantenendo un atteggiamento consapevole rispetto al fatto che quanto appreso e dato per appurato possa essere valido solo in quel momento ed in quel contesto, e

⁸¹ Morin, La sfida della complessità, Le lettere, 2017

⁸² *ibidem*

⁸³ *ibidem*

⁸⁴ *ibidem*

mantenendo sempre aperto lo spiraglio alla modifica ed al cambiamento.

4. Nucleo Operativo Tossicodipendenze

L'Ufficio Nucleo Operativo Tossicodipendenze (di seguito N.O.T.) è istituito presso ogni Prefettura –Ufficio territoriale del Governo (di seguito U.T.G.)- per il perseguimento delle finalità previste dalle norme vigenti in materia di tossicodipendenza. Tra di esse la principale è, senza dubbio, l'art. 75 del D.P.R. 309/90 (Testo Unico sulla Droga) che vieta il possesso e la detenzione di sostanza stupefacente anche per il solo uso personale.

La violazione del suddetto art. 75 comporta la responsabilità di un illecito amministrativo, pertanto la segnalazione al Prefetto della provincia di residenza di chi ha commesso l'illecito. Il Prefetto competente per territorio dispone un'ordinanza di convocazione per un colloquio, che svolgono i funzionari Assistenti Sociali dallo stesso Prefetto delegati, per la definizione del procedimento. L'istituzione dei N.O.T. all'interno delle Prefetture, con il compito primario di affiancare il Prefetto nell'espletamento delle attività connesse al procedimento amministrativo previsto a carico di coloro che vengono segnalati dalle Forze dell'Ordine perché in possesso di sostanze stupefacenti per uso personale.

L'attività del N.O.T. consiste, in questo contesto, principalmente nello svolgimento del colloquio che la persona segnalata è chiamata a sostenere presso la Prefettura.

Il colloquio è il momento fondamentale dell'intero procedimento in quanto accompagna la persona nella comprensione dei significati legati all'uso delle sostanze, nell'attivazione di atteggiamenti critici e nella ricerca di una autentica motivazione al cambiamento.

La normativa pertanto, se da un lato ha un'ottica repressiva e sanzionatoria, dall'altro tende a promuovere una vasta azione di dissuasione e riflessione intorno all'uso di sostanze.

Il tentativo del legislatore italiano sembra optare per il tentativo di una estesa attività di prevenzione e recupero mediante una presa di contatto, con carattere di coazione, derivante dalla forza di legge che, nel proibire l'uso di sostanze stupefacenti, con la previsione anche di

sanzioni, permette di raggiungere una quota rilevante di soggetti fino a quel momento appartenenti al mondo dell'uso sommerso; infatti i soggetti segnalati al Prefetto sono in prevalenza quei consumatori che, non ritenendo di aver sviluppato una vera e propria dipendenza da sostanza, o comunque un comportamento problematico, non accedono ad alcun servizio, pur, talvolta, presentando importanti fattori di rischio.⁸⁵

L'inserimento della figura degli Assistenti Sociali nei N.O.T. deriva dalla necessità delle Prefetture di confrontarsi adeguatamente con un fenomeno di indubbia complessità, come quello della tossicodipendenza; inoltre con l'inserimento di tale professionista il legislatore ha inteso sottolineare la secondarietà dell'obiettivo repressivo rispetto a quello preventivo e di recupero, ribadendo che ogni intervento, sia esso preventivo, terapeutico o sanzionatorio debba essere preceduto da una attenta valutazione degli aspetti sociali da parte degli operatori del N.O.T.⁸⁶

La tensione è di rendere sempre più efficace l'attività di prevenzione svolta dai N.O.T., infatti fin dal 1997 l'allora Direzione Generale dei servizi Civili, oggi Direzione centrale per i diritti Civili, la cittadinanza e le minoranze, ha pubblicato, in collaborazione con la Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, una indagine conoscitiva sulle attività, la struttura e l'organizzazione dei N.O.T. Tale indagine ha permesso di mettere in luce, tra l'altro, la valenza sociale e le potenzialità, a livello preventivo che detto colloquio riveste. Tramite i finanziamenti del "Fondo internazionale lotta alla droga" il Ministero dell'interno ha rivolto agli assistenti sociali coordinatori in servizio presso i N.O.T. diversi momenti di formazione, con l'obiettivo di formarli sulle teorie e tecniche del colloquio motivazionale, che appare strumento principe nei colloqui con segnalati ex art. 75.

Con la riforma apportata dal testo unico 390 del 1990 viene sancito dal legislatore il principio della tolleranza dell'uso di modiche

⁸⁵ Direzione Generale Servizi Civili: I Nuclei Operativi Tossicodipendenze presso le Prefetture. Attività e modelli organizzativi. Pubblicazioni della Scuola Superiore Amministrazione dell'interno, SSAI, Roma, 1997

⁸⁶ *ibidem*

quantità di sostanza stupefacente con quello della punibilità in sede amministrativa, e non penale, della detenzione per uso personale; tale scelta del legislatore e sicuramente ispirata da motivi sociali e rivolge il suo sguardo ad un'attività di prevenzione e di recupero.

Il colloquio ha lo scopo di accertare le ragioni della violazione ed individuare azioni di prevenzione, riabilitazione e recupero del soggetto.

Il colloquio ai sensi dell'art. 75 è caratterizzato dal contesto istituzionale nel quale è inserito, ovvero all'interno della Prefettura, ente tradizionalmente con funzioni amministrative e di controllo e dalla non volontarietà dell'accesso, infatti, la persona aderisce ad una convocazione formale e nel caso di mancata presentazione sono previste delle sanzioni.

La difficoltà quotidiana di un'Assistente Sociale che lavora all'interno del N.O.T. è indubbiamente rappresentata dalla gestione della complessità delle situazioni, ma, nondimeno, dall'ambivalenza del ruolo ricoperto: sanzionatorio e di aiuto; come sottolinea Lorenz è fondamentale che il Servizio Sociale non cerchi soluzioni definitive e si impegni per adottare una posizione intermedia che permetta la gestione della complessità.⁸⁷

All'interno del colloquio ai sensi dell'art. 75 vi è una forte ambivalenza fra controllo e avviamento di un processo di aiuto che presuppone un rapporto in cui il potere venga ridistribuito e si instauri una relazione di fiducia. Viene spontaneo il parallelismo con il concetto sociologico di ambivalenza:

“si ha ambivalenza quando agiscono contemporaneamente due differenti forze, che possono essere l'espressione di credenze, motivazioni, bisogni, statuti normativi, valori, sentimenti, modelli di conoscenza, obiettivi, o quant'altro configuri l'ambito delle relazioni sociali. Tali forze sono: interdipendenti, di segno opposto e di uguale intensità, non possono essere risolte in una sintesi e creano un campo di tensione che sopporta l'effetto della spinta contrapposta. All'interno di questo campo agisce l'attore sociale.”⁸⁸

L'ordinanza di convocazione viene recapitata all'interessato o tramite raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite le forze dell'ordine. Il

⁸⁷ Lorenz, op. cit, 2006

⁸⁸ Calabro', L'ambivalenza come risorsa, Laterza, Roma, 1997 p. 159

Prefetto, tramite i funzionari delegati, a seguito del colloquio, definisce il procedimento amministrativo con l'applicazione delle sanzioni amministrative previste dalla normativa vigente o, in caso di particolare tenuità del fatto, ovvero sia sostanza cosiddetta leggera e un basso quantitativo, con l'invito formale ad astenersi per il futuro dall'uso di sostanze illecite, con l'avvertimento che in caso di successiva ulteriore violazione si procederà all'applicazione delle sanzioni amministrative previste dalla legge.

Il Prefetto, inoltre, sempre tramite i funzionari assistenti sociali, può disporre l'invio dell'interessato a seguire un programma terapeutico presso il Servizio per le dipendenze competente territorialmente.

La persona segnalata alla Prefettura anche solo per consumo e non per detenzione, art. 121 e non art. 75 DPR 309/1990 dunque, va comunque segnalata ai Ser.D. e gli stessi Ser.D. procederanno alla convocazione dell'interessato al fine di avviare un percorso di consapevolezza rispetto all'utilizzo di sostanze illegali.

In caso di mancata presentazione a colloquio e regolare notifica della ordinanza di convocazione a colloquio, il Prefetto emette le sanzioni amministrative previste dalla normativa.

Se il soggetto segnalato rifiuta di effettuare il programma terapeutico o lo interrompe senza giustificare le motivazioni, si applicano le sanzioni amministrative previste dalla normativa.

4.1 Il colloquio per i segnalati ex art. 75

Il colloquio è il momento fondante del procedimento a seguito di segnalazione ex art.75 in quanto accompagna la persona in un percorso di attribuzione e comprensione dei significati rispetto al comportamento tenuto, al superamento del limite della legalità ma anche rispetto all'assunzione di un comportamento a rischio per il proprio ben-essere.

Ciò che il funzionario Assistente Sociale è chiamato a perseguire nel corso di tale colloquio è senza dubbio l'attivazione di una autentica motivazione al cambiamento.

Come fondamento teorico del colloquio per i segnalati ex art. 75 possiamo trovare indicazioni utili nel testo di Basurto⁸⁹ che definisce il primo colloquio come momento di conoscenza reciproca, acquisizione di consapevolezza e attribuzione di significati, avvio di un processo di chiarificazione e restituzione. Tale colloquio è uno strumento professionale per il conseguimento di obiettivi di cambiamento.

Il servizio sociale è una disciplina fondata sulla combinazione teoria-prassi-rielaborazione teorica, nel lavoro con le dipendenze, fenomeno complesso e molto mutevole l'Assistente Sociale deve sempre avere un'attenzione alla rielaborazione della prassi.

L'attuale normativa fondante il mandato istituzionale all'interno del quale il funzionario Assistente Sociale opera se da un lato tende ad essere sanzionatoria e prevede l'attribuzione di sanzioni amministrative, dall'altro ha senza dubbio una finalità educativa e di recupero in quanto prevede l'attivazione di un programma terapeutico presso i servizi competenti.

Il tentativo del legislatore è di “realizzare una estesa attività di prevenzione e recupero mediante una forma di presa di contatto, con caratteri di coazione, derivanti dalla forza di legge che, nel proibire l'uso di sostanze stupefacenti con la previsione anche di conseguenze legali, permette di raggiungere una quota rilevante di soggetti fino a quel momento appartenenti al mondo dell'uso sommerso. I soggetti segnalati ai Prefetti sono infatti in prevalenza quei consumatori che, non ritenendo di aver sviluppato una vera e propria dipendenza da sostanze o comunque un comportamento problematico, non accedono ad alcun servizio, pur presentando talvolta elevati elementi di rischio.”⁹⁰

Il colloquio in Prefettura può variare dal soggetto tossicodipendente “storico”, all'adolescente che è in fase di scoperta, piuttosto che il professionista affermato che fa un uso sporadico e ricreativo, e da ultimo con persone che conducono una vita nella norma (lavoro, famiglia, amici) e fanno un uso regolare di sostanze e risultano sconosciute ai servizi.

⁸⁹ Basurto Il servizio Sociale Professionale Servizio Sociale Professionale applicato alle dipendenze patologiche, Carocci,2004

⁹⁰ Spiller, Scaglia, Guelfi,(a cura di) Il colloquio motivazionale nell'applicazione dell'art. 75 DpR 309/90. Ed. De Ferrari 2002

L'inserimento della figura dell'Assistente Sociale all'interno della Prefettura a seguito della creazione dei N.O.T. "deriva dalla necessità di confrontarsi adeguatamente con un fenomeno di indubbia complessità come quello della tossicodipendenza[...]"⁹¹

Il legislatore ha quindi riconosciuto, seppur all'interno delle Prefetture vi era personale altamente qualificato dal punto di vista amministrativo, all'Assistente Sociale il fatto di essere il professionista più adeguato per gestire la forte complessità e ambivalenza del ruolo all'interno del N.O.T.

Preme evidenziare che la disciplina del Servizio Sociale sia stata designata per l'attribuzione della competenza gestionale all'interno del Nucleo Operativo Tossicodipendenze in quanto sia stata riconosciuta come disciplina di sintesi unitaria, contenente diversi apporti teorici, da discipline come la psicologia, la sociologia, il diritto, il cui dominio sia dato dall'intreccio costruttivo di tre dimensioni: soggetto, comunità, istituzioni.⁹²

L'association of schools of social work dell'international federation on social workers definisce il servizio sociale come promotore di cambiamento sociale, facilitatore della risoluzione dei problemi nelle relazioni umane, promotore della capacità e della libertà delle persone di sviluppare il proprio benessere.⁹³

Inoltre, a parere di chi scrive, l'Assistente Sociale appare come il professionista più adeguato in quanto regista, creatore e facilitatore del lavoro di rete. Le reti sono prodotti naturali delle relazioni umane e il ruolo dell'assistente sociale è di creare e facilitare strategie funzionali all'analisi ed alla comprensione della realtà. L'intervento di Servizio Sociale ha sempre la tensione verso lo sviluppo di collegamenti ed interconnessioni che originino interventi partecipati da diversi attori portatori di diverse competenze, diversi punti di vista, che creino nodi della rete e permettano la gestione della complessità.⁹⁴

⁹¹ *ibidem*

⁹² Gui, *Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina*, Carocci Faber, 2004

⁹³ Basurto, 2004, op.cit.

Dando mandato alla figura dell'Assistente Sociale per la definizione del procedimento è palese altresì che l'obiettivo repressivo e sanzionatorio sia residuale rispetto a quello preventivo-terapeutico.

Il colloquio per la violazione dell'art. 75 ha delle peculiarità: avviene all'interno della Prefettura, ente tradizionalmente amministrativo con compiti di controllo, l'accesso al colloquio non è volontario ma fondato su una convocazione formale obbligatoria per il soggetto, che nel caso la disattenda incorre in sanzioni, non è l'interessato a chiedere aiuto ma lo stesso è chiamato a rispondere di una violazione di legge.

Pertanto il mandato istituzionale dell'Assistente Sociale all'interno della Prefettura è un mandato di aiuto e controllo: il polo del controllo è dato dal richiamo ad una regola trasgredita e dalla sua applicazione, mentre quello dell'aiuto si estrinseca nella fase di valutazione del colloquio.

Non è facile per il professionista accogliere la persona, comprenderne difficoltà e disagi, moltissime volte non esplicitati, e trasformare un intervento di controllo in un intervento di aiuto.

Il colloquio che si svolge in Prefettura ha delle caratteristiche imprescindibili: è fondato sul qui ed ora, ha uno stile empatico, ha una prospettiva non giudicante e l'obiettivo fondamentale è la comprensione della situazione presentata, il favorire la capacità del convocato di entrare in contatto con le sue risorse e attivare la sua capacità di adattamento nell'affrontare la difficoltà.⁹⁵

All'Assistente Sociale viene richiesto di mettere in campo le sue risorse professionali ma anche personali per creare una situazione comunicativa carica di accoglienza che porti i soggetti segnalati ad aprirsi e a comunicare senza paure. Ciò non è affatto facile in quanto le persone che arrivano di fronte all'Assistente Sociale sono, e molto spesso lo esplicitano verbalmente: in attesa di giudizio, pronte a

⁹⁴ Franzoni, Anconelli, La rete dei servizi alla persona. Dalla normativa all'organizzazione, Carrocci Faber, 2014

⁹⁵ Guelfi, Spiller., "Il modello degli stadi del cambiamento", In Il problema tossicodipendenze: verso un ruolo possibile del medico generale, Manuale per formatori, S.E.M.G. - Scuola Europea di Medicina Generale, Roma, 1997

ricevere la punizione per quanto commesso, impaurite, cariche di ansia rispetto alle conseguenze ed alle ripercussioni che le eventuali sanzioni avranno sulla loro vita. Si pensi solamente al fatto che una sospensione della patente, per un periodo variabile da 1 a 36 mesi, può comportare per un magazziniere o per un corriere, figure per le quali il possesso della patente sia prerequisito all'assunzione, giusta causa di licenziamento, con conseguente perdita dello stipendio, e di ogni forma di tutela economica di disoccupazione.

Una ulteriore criticità è data dal fatto che l'Assistente Sociale ha a disposizione un unico colloquio per comprendere e conoscere la persona che ha di fronte, per cui al professionista sono richieste doti professionali e personali importanti: deve essere attento a cogliere tutti gli aspetti, sia verbali che non verbali, infilarsi nei pertugi lasciati socchiusi dalla persona che ha davanti, deve essere particolarmente abile ed intuitivo se vuole "portare a casa" il risultato. Tutto ciò è reso particolarmente difficile dal fatto che chi si ha di fronte, molto spesso, è concentrato sul fare una buona impressione al fine, strumentale, di non incorrere in sanzioni. Inoltre, l'utenza dedita all'uso di sostanze è una tipologia di utenza particolarmente capace di dissimulare.

Basurto⁹⁶ definisce in modo puntuale i meccanismi di protezione agiti, che si possono riscontrare quotidianamente nei colloqui del N.O.T.: evitamento, ovvero tentativo di sfuggire alla comunicazione; seduzione, ovvero tentativo di ingraziarsi l'interlocutore; attacco: ovvero esplicitazione del conflitto.

La caratteristica del colloquio che si svolge in Prefettura è che lo stesso è un colloquio breve, pertanto è utile tenere a mente i punti fondamentali per la motivazione al cambiamento: identificazione dell'uso eccessivo di sostanza, informazione al soggetto su tale uso, motivazione del soggetto al cambiamento di abitudine legato all'uso/abuso/dipendenza, identificazione degli obiettivi personali, identificazione delle strategie per raggiungerli, monitoraggio.⁹⁷

⁹⁶ Basurto, Servizio Sociale Professionale applicato alle dipendenze patologiche, Carocci,2004

⁹⁷ Spiller, Zavan, Guelfi, *Motivation and change a tridimensional continuum* ed. Tober, Raistrick, 2014

Per la riuscita di un “buon” colloquio è importantissimo creare da subito un “buon clima”. Ciò significa essere accogliente, creare empatia, mostrarsi interessati a chi si ha di fronte, mettere la persona a proprio agio.

Operativamente nei colloqui da me condotti ciò si realizza accompagnando la persona in una stanza dove siamo soli, chiudendo la porta, presentandomi e chiedendo alla persona un po’ di informazioni che non dovrebbero avere colore emotivo: dati anagrafici, stato giuridico, composizione del nucleo familiare, condizione lavorativa, interessi, hobby.

Uso sempre la forma della terza persona di rispetto in quanto credo sia importante sia dare valore a chi ho di fronte, anche se molto giovane, sia per il contesto istituzionale all’interno del quale si svolge il colloquio.

Nella prima fase del colloquio cerco di far parlare la persona quanto più possibile, non accenno mai né alla sostanza né al motivo per cui si trovi seduta di fronte a me, mi aggancio a qualsiasi spunto la persona mi offra: ad esempio se un ragazzo mi racconta che gioca a calcio, chiedo in che ruolo, in che categoria, quante volte a settimana si alleni, cerco di sottolineare l’impegno di allenamenti, partita, alimentazione etc. perché credo che sia una strategia vincente per riequilibrare una relazione che parte indubbiamente sbilanciata in termini di potere e con lo spettro del giudizio che aleggia.

Passata la prima fase, quando vedo la persona più a suo agio, anche come postura e come tensione del corpo, passo alla seconda fase che di solito intavolo con una frase che suoni “morbida” agli occhi del convocato e modulo a seconda della sua età: se è giovane dico “allora, come mai è venuto a trovarmi oggi?”, se è adulto dico “allora, mi racconta cosa Le è capitato per essere qui oggi?”. Tale frase, nella mia esperienza ho visto che ha come reazione un mezzo sorriso, a volte amaro, ma viene vissuta come apertura e non come inizio di un processo, per cui tendo ad utilizzarla perché efficace. Permette alla persona di iniziare a raccontare e, anche se può sembrare assurdo, praticamente nessuno inizia a raccontare di quando le forze

dell'ordine lo hanno fermato con sostanza; quasi sempre il momento del fermo arriva in seconda battuta rispetto ad un evento di vita: a febbraio mi sono lasciato con la mia fidanzata, a febbraio è morto mio papà, a febbraio mamma e papà si sono separati. La violazione potrebbe tranquillamente essere di aprile per tutte queste fattispecie.

Il compito dell'Assistente Sociale è quello di condurre il colloquio e in questa fase è particolarmente importante fare attenzione alle divagazioni e mantenere alto il livello di attenzione verso il punto al quale si deve arrivare, mantenendo però sempre un ascolto attivo ed un alto livello di empatia. In questa fase è molto facile che le emozioni colorino il colloquio: che le persone si mettano a piangere o mostrino fragilità, insicurezze e sofferenze. È compito del professionista saper cogliere o tralasciare, restituire contenuti emotivi razionalizzati, piuttosto che offrire chiavi di lettura e spunti di riflessione.

Si apre poi una terza fase nei colloqui da me condotti in cui il focus diviene il rapporto con la sostanza, volutamente nel corso dei colloqui non do un nome alla sostanza (marijuana, cocaina etc) ma parlo di sostanza perché il mio interesse è a 360°, sono interessata anche al rapporto con alcool o tabacco. Cerco di far parlare la persona liberamente rispetto al consumo, ai motivi, alla frequenza, alla modalità, al significato attribuito, perché questo permette ad entrambi di farsi un quadro. Io, rispetto all'esperienza, mi sono fatta l'idea che chi viene convocato in Prefettura nella maggior parte dei casi non abbia mai veramente riflettuto sul comportamento agito e che quel colloquio sia il primo spazio di riflessione offerto alla persona rispetto al suo rapporto con la sostanza. La tensione è sempre verso la responsabilizzazione del convocato che tende molto spesso a giustificarsi o ad attribuire ad agenti esterni la responsabilità (per sfortuna la polizia mi ha fermato, era la prima volta che compravo io la sostanza..etc) .

A volte oriento il colloquio con domande che spingano la persona a fare delle riflessioni: “questa sostanza la ha acquistata in farmacia? “Sapeva che se l'avessero trovata con questa sostanza qualcosa

sarebbe accaduto?” “sperava che questa sostanza la aiutasse, ora che si trova qui cosa pensa?” .

Per me è fondamentale comprendere il grado di consapevolezza di chi ho di fronte rispetto alla violazione dell’illecito e al comportamento a rischio assunto; se comprendo il grado di consapevolezza riesco a definire il procedimento con una sanzione adeguata e mi oriento sull’efficacia che può avere un invio formale ad intraprendere un percorso terapeutico presso il Ser.D. competente.

Nel corso del colloquio esplicito sempre che io non sono né un giudice né un poliziotto né un prete pertanto non darò giudizi, non porterò in prigione e non esprimerò valutazioni morali. La tensione durante i colloqui che conduco è sempre verso la responsabilizzazione, cerco di far comprendere la normativa, la posizione del legislatore, le sanzioni previste, non perdendo mai il focus puntato sulla riabilitazione.

Penso che un colloquio ben condotto e ben riuscito sia un colloquio all’interno del quale vedo cadere i muri eretti a difesa e riesco a vedere davvero chi ho di fronte; a prescindere che il colloquio si concluda con un invio al Ser.D. piuttosto che con una sanzione erogata o con una ammonizione.

Alla fine del colloquio auguro sempre a chi ho di fronte di non tornare a farmi visita, molto spesso ricevo come risposta “spero di rivederla fuori da qui” o frasi di questo tipo, per me vuol dire che il mio lavoro è stato utile e lo vivo come un rinforzo della motivazione professionale.

Una riflessione importante è che molto spesso il colloquio in Prefettura è con soggetti che non sono agganciati ad alcun tipo di servizio e ciò rende tale sede una sede privilegiata. Si pensi, ad esempio, ad un colloquio avvenuto pochi mesi fa con un minore, prima segnalazione sostanza leggera. I minorenni, per legge, devono essere convocati con chi ne esercita la potestà genitoriale. Solitamente io accolgo il minore con i genitori, parlo con il minore e, se valuto opportuno, approfondisco con il minore da solo o con i genitori da soli. Il minore M.R. si presenta con un atteggiamento strafottente e di sfida, mi da del tu ed usa un linguaggio carico di parolacce. I genitori

appaiono mortificati, in estrema difficoltà e sofferenti. Dopo svariati tentativi di entrare in relazione con M.R., tutti falliti per l'atteggiamento dello stesso, chiedo a lui di uscire dalla stanza ed inizio a parlare con i genitori. Dal colloquio emergono difficoltà enormi di gestione del ragazzo, atteggiamenti devianti e tentativi di cambio di strategie plurimi da parte dei genitori, tutti falliti. La mamma esplicita una disperazione totale e un senso di impotenza. Il papà racconta episodi di maltrattamenti familiari da parte del ragazzo. Appare evidente l'esplosività della situazione e la necessità di un aggancio ai servizi, a quel giorno mai tentato.

Dal colloquio non scaturisce alcuna presa in carico da parte dei servizi, il minore non ci vuole andare e i genitori sono sopraffatti. Nel frattempo i genitori mantengono i contatti con l'Assistente Sociale del N.O.T. e a seguito di un grave episodio avvenuto durante la notte, i genitori decidono di denunciare M.R. per maltrattamenti familiari. Viene coinvolto l'Ufficio di Servizio Sociale per i minorenni del Ministero della Giustizia e con un intenso lavoro si giunge al ricovero in comunità e da lì si avvia un intenso lavoro dei servizi finalizzato al recupero. Tale esempio solo per far comprendere quanto sia strategica la posizione ricoperta dall'Assistente Sociale all'interno del N.O.T.

4.2 Riflessioni sul ruolo strategico del Nucleo Operativo

Tossicodipendenze

Il colloquio presso la Prefettura per chi ha commesso una violazione rispetto alla sostanza stupefacente è un momento fondante di consapevolezza e di assunzione di responsabilità per il segnalato.

Nonostante si realizzi e si esaurisca in un unico incontro è rilevante come momento di confronto con ragazzi molto giovani, minori o non, che, in una fase di scoperta, di conoscenza e di definizione del limite, a volte inconsapevolmente od ingenuamente si avvicinano alla sostanza illegale.

È fondamentale condurre i colloqui con i giovani e giovanissimi puntando alla responsabilizzazione degli stessi, restituendo loro l'importanza della scelta di continuare verso una strada che porta al superamento del limite della legalità. Purtroppo si rileva una inconsapevolezza diffusa, soprattutto rispetto ai cannabinoidi. La vaga apertura legislativa⁹⁸ che ha permesso la vendita della cannabis light, se possibile, ha creato ancora più confusione e smarrimento. La cannabis light si può acquistare a titolo di collezione, mantenendo l'involucro chiuso ed il titolo di acquisto del pacchetto. Pertanto il consumo della cannabis, anche light, non è legale. Cercare di far comprendere questo concetto ai convocati a colloquio è tutt'altro che facile.

Recentemente i colloqui con i minorenni non vengono più condotti alla presenza di chi esercita la potestà genitoriale, vengono condotti in prima battuta con il minore e poi con i genitori. Solo qualora il funzionario Assistente Sociale ne ravvisi l'opportunità, in fase di chiusura del colloquio li convoca entrambi. Si è trovata questa modalità come più efficace: i ragazzi si aprono di più, sono più propensi a raccontare di loro stessi e del loro rapporto con la sostanza. I genitori, senza la presenza del ragazzo, forniscono ulteriori spunti all'Assistente Sociale che può delineare un quadro più puntuale della situazione.

Rispetto alla genitorialità si nota una diffusa alleanza con i figli, un atteggiamento giustificante per nulla proficuo di chi si dovrebbe ergere a ruolo di educatore mentre latita, giustifica e protegge. Nel corso dei colloqui molte volte si cerca di far comprendere ai genitori che figli adolescenti hanno necessità di regole e limiti, non di giustificazioni e alleanze.

Anche rispetto alla genitorialità e all'assunzione di un ruolo di guida che definisca ciò che è giusto e ciò che non lo è, l'Assistente Sociale assume un ruolo teso alla responsabilizzazione.

Rispetto ai giovanissimi, in linea generale, vi è una diffusa mancanza di consapevolezza rispetto all'uso della sostanza. È necessario nel

⁹⁸ Legge n. 242 del 2.12.2016

corso del colloquio mantenere l'obiettivo dell'assunzione di responsabilità e della presa di coscienza che il fatto di “farsi una canna” ha molteplici implicazioni: si cerca di portare la riflessione, tramite l'utilizzo di domande a loro rivolte, su alcuni aspetti che i ragazzi non sembrano aver considerato: La sostanza è stata recuperata in un mercato controllato? Si ha la certezza che quello che si vorrebbe fumare sia davvero quello che viene fumato? Si è ceduta della sostanza, anche senza avere in cambio un corrispettivo in denaro? Si è consapevoli che, in tal caso, si possa configurare il reato di spaccio (perdipiù aggravato se si tratta di un minore).

Altro aspetto molto interessante che da giovani e giovanissimi che approdano al Nucleo Operativo Tossicodipendenze con segnalazioni per cannabinoidi, alla domanda che rapporto abbiano con altre sostanze illegali si apra un universo. La gran parte di loro ha provato sostanze come MDMA, acidi, ketamina, perlopiù in compagnia e ne fa un uso sporadico, legato ad eventi particolari o feste, ma comunque non isolato. Approfondendo il discorso non emerge una consapevolezza dei danni che tali sostanze potrebbero procurare loro in termini di salute sia a medio che a lungo termine.

Quando emerge poi un uso di eroina, fumata perlopiù, si assiste nella minimizzazione del problema, nella tendenza a sottovalutare e nella non accettazione di quanto viene cercato di trasmettere: rischi per la salute etc. Preme sottolineare che con l'eroina si viene quasi sempre a contatto con maggiorenni, per cui il colloquio con i genitori, purtroppo viene meno.

Se, come già più volte evidenziato, il Servizio Sociale si colloca fra politiche pubbliche, spazio di vita delle persone e discorsi accademici⁹⁹ ed ha un ruolo fondamentale di orientamento delle politiche, la sua voce deve emergere e deve farsi ascoltare.

Oggi assistiamo quotidianamente a giovani e giovanissimi apatici, che si vivono senza prospettive, si percepiscono come defraudati del loro futuro, della loro progettualità, senza alcuna voglia di impegnarsi per

⁹⁹ Lorenz, op.cit.

una realizzazione futura che gli appare come un miraggio impossibile, capaci solo di cercare un rifugio in una sorta di anestesia e analgesia. Ritengo sia fondamentale parlare di ciò o ri-iniziare a parlare di sostanza, ma collocandola rispetto all'attuale contesto sociale, all'attuale condizione socio economica e all'attuale significato che viene attribuito alla sostanza oggi. Credo che il punto di partenza possa essere uno solo: l'ascolto. L'ascolto attivo di una generazione di giovanissimi che sta esprimendo una richiesta di aiuto alla quale gli adulti appaiono sordi.

4.3 Criticità, proposte e ruolo del Servizio Sociale

Appare importante sollevare alcune criticità rispetto alla normativa ed al mandato del Nucleo Operativo Tossicodipendenze: la guida è una normativa del 1990, quindi inevitabilmente cieca rispetto ad una situazione sociale mutata. La normativa parla di: sospensione del permesso di soggiorno per motivi turistici, ad oggi inesistente.

Inoltre nel 1990 la situazione migratoria era molto differente, non vi era una presenza così forte di persone non aventi la cittadinanza italiana nel territorio. Rispetto all'erogazione delle sanzioni per un cittadino straniero, ad oggi, la legge di riferimento è mancante: non si ha nessun titolo per sospendere un passaporto non italiano, una patente non italiana, od una carta di identità valida per l'espatrio non italiana. L'implicazione di ciò è evidente: un cittadino italiano, titolare di documenti italiani, che violi l'art. 75 del D.P.R. 309/1990 è sanzionabile (sospensione della carta di identità valida per l'espatrio, sospensione o divieto di conseguire il passaporto, sospensione o divieto di conseguire il porto d'armi), mentre un cittadino straniero, titolare di documenti stranieri non è sanzionabile.

La riflessione è urgente, perché il numero di cittadini stranieri segnalati rappresenta una grossa fetta dell'utenza del Nucleo Operativo Tossicodipendenze e mancano gli strumenti per poter far comprendere la gravità e le conseguenze del comportamento a rischio che si attua, si pensi, ad esempio, a patenti rumene o tunisine, non sospendibili in quanto estere, di persone dedite all'uso di sostanze. Il

Servizio Sociale in tal senso deve svolgere un ruolo politico: far emergere la questione e fare in modo che si prendano dei provvedimenti. È di fondamentale importanza possedere gli strumenti legislativi per poter intervenire, già con una violazione ex art. 75, quindi mero possesso e detenzione di sostanza, non è utile né auspicabile avere gli strumenti per intervenire solo allorquando si verificano condizioni molto più pericolose come la guida sotto l'effetto di sostanze o incidenti stradali.

Altra riflessione che il Servizio Sociale è chiamato a fare è sull'equità di trattamento: un cittadino italiano e un cittadino comunitario od extra comunitario commettono per due volte consecutive le medesime violazioni dell'art. 75, entrambi vengono invitati a seguire un percorso al Ser.D. per poter rimanere titolari del documento di guida e per poter dimostrare il mantenimento dei requisiti psico-fisici. Se il cittadino italiano non segue il percorso o risulta positivo all'uso di sostanze la sua patente viene sospesa, se il cittadino tunisino non segue il percorso o risulta positivo non incorre in nessuna conseguenza, in quanto la patente tunisina non è sospendibile.

Altra criticità riguarda la disparità per chi vive all'interno e all'esterno del sistema: un cittadino con una residenza, con un lavoro, con dei documenti è rintracciabile per la definizione del procedimento relativo alla violazione ex. Art. 75 D.P.R. 390/1990; ovvero gli si può inviare una raccomandata ad un indirizzo con l'ordinanza di convocazione a colloquio, in tal modo si può definire il procedimento. Un cittadino irregolare, o senza fissa dimora o irreperibile, non può essere rintracciato e pertanto il procedimento rimane pendente su di lui ma non definito. La prescrizione per l'art. 75 è determinata per legge dopo 5 anni dalla data del fatto.

Nel codice deontologico dell'Assistente Sociale si legge: "la professione si fonda sul valore, sulla dignità e sull'unicità di tutte le persone, sul rispetto dei loro diritti universalmente riconosciuti e delle loro qualità originarie, quali libertà, uguaglianza, socialità, solidarietà. Partecipazione, nonché sull'affermazione dei principi di giustizia ed equità sociali."¹⁰⁰

¹⁰⁰ Codice Deontologico degli assistenti sociali- Ordine Assistenti sociali- Consiglio Nazionale

Il principio dell'uguaglianza è un principio fondante del Servizio Sociale che si fa garante di uguali diritti, doveri, opportunità e rifiuta qualsiasi forma di discriminazione.¹⁰¹

Come evidenza Neve¹⁰², il sistema di risposte può diminuire l'inuguaglianza sociale ma anche aumentarla. Inoltre non si dimentichi che le risposte sociali sono sempre legate alla struttura socio demografica, politica, economica di una società, pertanto risposte datate di quasi 30 anni non possono essere efficaci per una situazione attuale, ovviamente mutata.

Il Servizio Sociale è chiamato a farsi interprete di una situazione sociale fortemente mutata dal 1990, a farsi espressione delle criticità presenti e farsi motore di proposte legislative efficienti ed efficaci.

¹⁰¹ Neve, Il servizio sociale fondamenti di una professione, 2008, Carocci

¹⁰² *ibidem*

5. Evoluzione del consumo di sostanza: focus sulle province di Padova e Treviso

La ricerca che presento di seguito ha l'obiettivo di analizzare i dati del Ministero dell'Interno, osservatorio per le tossicodipendenze, all'interno del quale tutte le Prefetture del territorio italiano inseriscono le violazioni per detenzione e possesso di sostanza illegale (violazione ex art. 75 Dpr 309/1990) sia la segnalazione da parte delle Forze dell'Ordine per consumo di sostanza illegale (violazione ex art. 121 D.P.R. 309/1990)¹⁰³.

Nello studio evidenziato si prenderà in considerazione il triennio 2016-2017-2018, è evidente che l'inserimento da parte delle Prefetture di tutta Italia giornaliero non permette una fotografia statica e le statistiche vengono aggiornate ogni 24 ore. È evidente altresì che per avere un dato abbastanza fedele non si può lavorare che su un recente passato, considerato che tutte le Prefetture sono in sofferenza per lo scarso numero di personale e per un arretrato di lavoro considerevole. Si vuole da ultimo sottolineare una criticità: il maggior numero di segnalazioni è sempre per sostanza leggera. Ciò è dovuto ad alcuni fattori che vanno tenuti in considerazione: maggiori interventi delle Forze dell'ordine all'interno delle scuole, negli aeroporti, nei luoghi di ritrovo dei giovanissimi soprattutto con squadre cinofile. Come già rappresentato più sopra in questo lavoro lo spaccio, soprattutto di eroina, non avviene, se non molto raramente, per strada; pertanto il dato è difficile che emerga.

L'analisi si concentrerà perlopiù sul Nordest ed in particolare sulle province di Padova e Treviso. La ragione della scelta di tali province è fondata sul fatto che Treviso è meno popolosa di Padova, soprattutto in termini di ragazzi giovani, tuttavia il numero di segnalazioni per violazione ex art. 75 D.P.R. 309/1990 non appare numericamente

¹⁰³ I dati presi in analisi in questa sede non sono pubblici, ma in data 20.05.2019 è stata presentata una richiesta formale di autorizzazione, per il tramite della Professoressa Sinigaglia, al Prefetto di Treviso Dottoressa Laganà, che in data 22.05.2019 ha formalmente autorizzato l'utilizzo di tali dati

inferiore. Inoltre chi scrive ha lavorato a Padova dall'ottobre 2014 al febbraio 2018 e sta lavorando a Treviso da febbraio 2018 a tutt'oggi, sempre come funzionario del Nucleo Operativo Tossicodipendenze. Posto che Padova è una delle maggiori piazze di spaccio del nord, una delle domande che guida questo lavoro è se davvero le segnalazioni nel trevigiano siano così inferiori, perché la sensazione è che Padova sia zona privilegiata per l'acquisto anche da parte dei cittadini trevigiani, ma che il numero delle segnalazioni non sia così inferiore. Si tenga conto che la popolazione della provincia di Treviso (885447 abitanti)¹⁰⁴ è numericamente inferiore rispetto a quella di Padova (936887 abitanti)¹⁰⁵, si parla di 51440 abitanti in meno nella provincia trevigiana.

Le domande che guideranno il lavoro di ricerca saranno:

- vi è un abbassamento dell'età dei segnalati per detenzione e/o consumo di sostanza?
- Vi è un incremento della sostanza cosiddetta pesante?
- L'incremento delle segnalazioni è corrispondente ad un abbassamento dell'età dei consumatori?
- Posto che, come abbiamo già potuto rilevare nella parte di lavoro teorica, il consumo di eroina fumata conosce sicuramente un nuovo incremento, tali consumatori, cosiddetti invisibili, arrivano al Nucleo Operativo Tossicodipendenze?

Si riporta il numero delle segnalazioni nella Regione Veneto per il triennio considerato:

VENETO	TOT. SEGNALAZIONI	DI CUI MINORI	CON 1 SEGNALAZIONE	CON PIU' SEGNALAZIONI
2016	3345	420	3142	203
2017	3715	530	3472	243
2018	3627	456	3382	245

Fonte: Ministero dell'Interno

¹⁰⁴ Fonte: Istat 2016

¹⁰⁵ Fonte: Istat 2016

E lo stesso dato trattato per le 2 province qui analizzate:

PADOVA	TOT. SEGNALAZIONI	DI CUI MINORI	CON 1 SEGNALAZIONE	CON PIU' SEGNALAZIONI
2016	698	72	653	45
2017	660	66	612	48
2018	590	56	550	40

Fonte: Ministero dell'Interno

TREVISO	TOT. SEGNALAZIONI	DI CUI MINORI	CON 1 SEGNALAZIONE	CON PIU' SEGNALAZIONI
2016	619	87	563	56
2017	670	114	617	53
2018	673	91	625	48

Fonte: Ministero dell'Interno

Per quanto riguarda il Veneto si evidenzia un aumento di circa 300 unità su di una base di 3.000 delle segnalazioni negli anni 2017 e 2018 rispetto al 2016. Il dato significativo, che sembra consolidato, è l'elevato numero di segnalazioni totali e l'incremento del numero di minori segnalati. Il numero delle segnalazioni è in aumento in provincia di Treviso e in diminuzione in provincia di Padova contrariamente alle aspettative che vedono la città di Padova come sede di maggiore spaccio.

Rispetto agli esiti dei procedimenti amministrativi il Ministero dell'Interno elabora delle statistiche rispetto alle segnalazioni ex art. 75 (detenzione), segnalazioni ex art. 121 (consumo), esito del procedimento, divise per provincia. Si riportano di seguito solo le province di nostro interesse qui trattate. Purtroppo non è disponibile per il triennio preso in considerazione il dato di quanti invii al Ser.D. siano stati disposti e quanti di questi abbiano avuto un esito positivo con una conseguente archiviazione amministrativa dell'illecito.

PADOVA	2016	2017	2018
Segnalazioni ex art. 75 DPR 309/1990	732	691	622
Segnalazioni ex art. 121 DPR 309/1990	55	57	94
Esito: invito formale ad astenersi	54	48	248
Esito: sanzione	343	420	202

Fonte: Ministero dell'Interno

TREVISO	2016	2017	2018
Segnalazioni ex art. 75 DPR 309/1990	670	721	711
Segnalazioni ex art. 121 DPR 309/1990	61	21	62
Esito :invito formale ad astenersi	252	212	256
Esito: sanzione	119	101	138

Fonte: Ministero dell'Interno

Sulla provincia di Padova si nota un lieve decremento delle segnalazioni nel triennio, mentre nella provincia di Treviso si assiste ad un minimo ma costante incremento.

Il numero elevato dei provvedimenti di invito formale ad astenersi dall'uso di sostanze per la Provincia di Padova per l'anno 2018, è da attribuirsi ad un mero sfasamento informatico: per gli anni 2017 e 2016 tali provvedimenti venivano caricati nel sistema solo a seguito di un percorso concluso positivamente al ser.d. Chi non effettuava il percorso al ser.d. ed aveva comunque questo esito del procedimento non risulta dai dati degli anni 2016-2017.

Appare utile analizzare il trend rispetto alle segnalazioni 2016-2017-2018 dei residenti a Padova e Treviso per detenzione, possesso o consumo di sostanza illegale, divisi per classi di età:

PADOVA	Fino ai 14 anni	Dai 15 ai 17 anni	Dai 18 ai 22 anni	Dai 23 ai 30 anni	Oltre i 30 anni	Tot. segnalazioni
2016	10	62	214	174	238	698
2017	6	60	184	191	219	660
2018	4	52	173	149	212	590

TREVISO	Fino ai 14 anni	Dai 15 ai 17 anni	Dai 18 ai 22 anni	Dai 23 ai 30 anni	Oltre i 30 anni	Tot. segnalazioni
2016	10	77	266	153	113	619
2017	13	102	274	171	110	670
2018	12	79	270	177	136	674

Nella provincia di Treviso si assiste ad un numero maggiore di segnalati fino ai 14 anni. Questo dato è fortemente preoccupante perché campanello di allarme di un accostamento in giovanissima età alla sostanza illegale. Inoltre, sempre nella provincia di Treviso il numero dei segnalati nella classe 15-17 anni è superiore a Padova.

Per avere un riferimento utilizziamo l'indice demografico dell'anno 2016 della popolazione 0-14 di Padova (128.799)¹⁰⁶ e l'indice demografico dell'anno 2016 della popolazione 0-14 di Treviso (10.428)¹⁰⁷, è evidente che a fronte di una popolazione molto giovane nettamente inferiore spicchi Treviso per numero di segnalati.

Si vuole qui prendere in esame la distribuzione delle segnalazioni per sostanza, nel triennio considerato, nel territorio nazionale ed in particolare nelle due province venete che in questa sede si vogliono trattare più puntualmente. Si precisa che all'interno del database del Ministero dell'Interno vi è una voce "altre sostanze", all'interno della quale i diversi operatori inseriscono, con una diversa variabilità, sostanze poco frequenti nei sequestri come ad esempio: salvia divinorum, funghi allucinogeni, benzodiazepine, inalanti volatili, lsd...

¹⁰⁶Fonte: <https://www.tuttitalia.it/veneto/provincia-di-padova/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>

¹⁰⁷Fonte: <https://www.tuttitalia.it/veneto/94-treviso/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>

Dato nazionale	2016	2017	2018
EROINA ed oppiacei	2716	2443	2099
METADONE	182	217	151
COCAINA	6758	7156	6668
ANFETAMINA	164	156	144
ECSTASY ed allucinogeni	142	153	120
CANNABINOIDI	38548	38942	36385

Fonte: Ministero dell'Interno

PADOVA-tipologia di sostanza segnalata	2016	2017	2018
EROINA ed oppiacei	112	91	66
METADONE	21	16	11
COCAINA	120	130	95
ANFETAMINA	3	7	4
ECSTASY ed allucinogeni	1	5	1
CANNABINOIDI	467	474	454

Fonte:Ministero dell'Interno

TREVISO-tipologia di sostanza segnalata	2016	2017	2018
EROINA ed oppiacei	26	13	17
METADONE	1	2	1
COCAINA	59	66	60
ANFETAMINA	3	4	2
ECSTASY ed allucinogeni	3	3	2
CANNABINOIDI	580	643	638

Fonte: Ministero dell'Interno

Si rileva che il dato appena sopra esposto è in controtendenza con quanto emerge rispetto all'incremento dell'eroina, chi lavora nell'ambito delle tossicodipendenze è persuaso che sia più facile per le forze dell'ordine trovare una persona che porti con sé cannabinoidi

piuttosto che eroina. L'eroina una volta comprata viene consumata, mentre il cannabinoide può essere conservato per un momento successivo dal consumatore o piuttosto non essere utilizzato tutto. Inoltre, l'eroina, come già evidenziato in questo lavoro, assume forme di spaccio più sfuggenti: su ordinazione a domicilio o con recuperi concordati. Oltretutto molti colloqui che vengono fatti al N.O.T. su segnalazione delle forze dell'ordine per cannabinoidi, poi fanno emergere un uso di altre sostanze, e tale dato purtroppo non emerge dalle statistiche, per cui non credo che il dato sopra esposto sia realmente affidabile.

In sintesi questi dati da un elevato evidenziano quali siano le sostanze più diffuse : i cannabinoidi, inoltre fanno emergere un consumo maggiore di eroina nel Padovano rispetto al Trevigiano. In controtendenza il dato riferito ai cannabinoidi che a Treviso è superiore a Padova.

Da ultimo si vuole sottolineare ancora una volta il punto di osservazione privilegiato dei N.O.T. che può rappresentare un momento di contatto per un minore che si accosti alla sostanza leggera e venga messo in contatto con una rete di servizi prima di arrivare ad un intervento in una situazione grave od emergenziale magari già fortemente compromessa.

6. Conclusioni

Il punto di osservazione privilegiato da cui è stato condotto questo lavoro è stato il Nucleo Operativo Tossicodipendenze e il punto di partenza è stato cercare di comprendere quale sia la cornice legislativa nella quale questo servizio si inserisca.

Si è poi passati alla definizione del fenomeno tossicodipendenza, di quali siano i rischi del consumo di sostanze, definendo dettagliatamente questi ultimi per sostanza. Ciò è necessario in quanto parlare di “droga” riduce un fenomeno molto complesso a banale. Oggi abbiamo a che fare con diverse tipologie di sostanze, diverse tipologie di consumatori, che rendono questo fenomeno variegato e complesso ed è necessario attrezzarsi con nuovi strumenti che permettano di gestire la complessità.

È stata dedicata una attenzione particolare all’eroina, sostanza che sta conoscendo una nuova vita, grazie ad una nuova forma di consumo che l’ha liberata da alcuni “attrezzi del mestiere” che la appesantivano come siringa e alto rischio overdose. Con l’immigrazione è arrivata una nuova modalità di consumo di questa sostanza, che viene fumata, che l’ha resa vincente per un periodo storico in cui informalità, velocità, richiesta di anestetizzarsi da sentimenti negativi, angoscia per un futuro incerto, mancanza di prospettive schiacciano con forza soprattutto i giovani ed i giovanissimi.

Si è cercato di attualizzare il fenomeno droga: cercando di collegarlo al deep web, allo spaccio organizzato con i diversi assi: albanese, pakistano, nigeriano e rom. Inoltre, si è fatto il punto sulla situazione deficitaria dei dati dei consumatori della sostanza, emerso anche dai dati del Ministero dell’Interno utilizzati nell’ultima parte del lavoro. Allo scopo di supplire alla mancanza o all’incompletezza dei dati si è quindi fatto ricorso alla cronaca dei sequestri, alla cronaca delle overdose, alla cronaca delle situazioni espressioni di forte disagio rispetto alla sostanza, ed in particolare all’eroina.

Un'attenzione particolare è stata dedicata al rapporto fra eroina ed immigrazione: questa sostanza ha assunto caratteristiche interculturali che la rendono molto interessante. La categoria tossicodipendente eroinomane da strada oggi è fortemente connotata da popolazione immigrata il cui percorso migratorio è fallito. Popolazione alla quale è molto difficile aprire i servizi per le dipendenze: organizzati per cittadini con una residenza, una casa, una rete, delle prospettive di inserimento lavorativo. Gli stessi servizi per le dipendenze si fondano su assunti culturali rispetto alla sostanza che risultano obsoleti e incapaci di leggere nuovi significati che si potranno attribuire solo se si sarà capaci di gestire la complessità ed assumere un linguaggio ed una prospettiva interculturale.

Rimangono aperte alcune questioni: come si può rendere più efficace l'intervento del Nucleo Operativo Tossicodipendenze? Si può pensare alla creazione di una rete, intesa secondo la concezione di F. Folgheraiter¹⁰⁸, con un coordinamento che coinvolga soggetti come i servizi territoriali per i minori, penso a Ser.d ma anche Consulteri Familiari, Servizi Distrettuali per l'età evolutiva, Ministero di Giustizia-ufficio di servizio sociale per minorenni. Una rete in cui il Servizio Sociale si ponga come regista di interventi preventivi e non soltanto punitivi e riparativi; in cui i servizi possano arrivare prima alle situazioni di difficoltà.

Si è poi cercato di analizzare i danni da eroina: oggi non si può non prendere in considerazione questo punto che apre lo scenario su costi sociali enormi per la società di un domani non troppo lontano.

L'approfondimento rispetto al Nucleo Operativo Tossicodipendenze ne ha svelato la sua posizione strategica, il suo mantenere l'equilibrio fra percorso di aiuto e erogazione della sanzione ne ha fatto emergere la sua natura complessa, e forse, proprio per questo motivo, vincente nella gestione di fenomeni molto complessi.

Si è fatto il punto su come vengano svolti e sull'importanza dei colloqui per chi viene segnalato per la violazione ex. Art. 75 D.P.R.

¹⁰⁸ F. Folgheraiter, Teoria e Metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete. Franco Angeli ed., 2016

309/1990, sull'ottica della responsabilizzazione e restituzione della centralità nella propria vita e nelle proprie scelte.

Da ciò sono scaturite delle riflessioni, ma anche delle criticità e delle proposte a cui il Servizio Sociale deve dare voce assumendo un ruolo di orientamento delle politiche, praticando una continua riflessione sul suo operato e non giustificandosi mai per questa mancanza. È palese che in un momento generalizzato di mancanze di risorse strutturali e di personale, i lavoratori siano sovraccarichi, tuttavia gli Assistenti Sociali hanno il dovere di riflettere sull'operatività quotidiana e di attribuire un senso a quanto osservano; è un dovere etico, morale e professionale imprescindibile.

Preme evidenziare che l'efficacia del colloquio per la definizione della violazione ex. Art. 75 D.P.R. 309/1990 perde il suo valore educativo laddove il tempo fra violazione e definizione del procedimento si dilata. È fondamentale che i tempi fra violazione e colloquio siano, realisticamente, non superiori ai 6 mesi. Alcune Prefetture si trovano ad effettuare i colloqui ad un anno o più di distanza dall'illecito commesso, connotando la definizione del procedimento come unicamente punitiva. La proposta che chi scrive individua come perseguibile, in un momento storico in cui il personale e le risorse scarseggiano, di implementare procedure informatiche, rendendole agevoli e interconnesse, che snelliscano il lavoro amministrativo che porta via tempo prezioso che gli Assistenti Sociali potrebbero dedicare ad attività più professionalmente connotate. Si pensi a come potrebbe essere speso diversamente il tempo di tali professionisti, nella creazione e attivazione di reti con il territorio: medici di base, forze dell'ordine, pronto soccorso, terzo settore e privato sociale che operi in dormitori o luoghi di somministrazione di cibo, piuttosto che erogazione gratuita di vestiario. La creazione di tali reti permetterebbe di arrivare prima alle situazioni, di creare ben-essere e di operare in modo preventivo, non solo in ottica riparativa e punitiva.

Nel lavoro di ricerca finale si è svolto un raffronto fra le province di Padova e Treviso, chi scrive ha lavorato dal 2014 al 2017 a Padova e

dal 2018 a tutt'oggi a Treviso al Nucleo Operativo Tossicodipendenze delle rispettive Prefetture ricoprendo il medesimo ruolo con il medesimo incarico- Funzionario Assistente Sociale.

Ciò che ha spinto e motivato questa analisi è stata la convinzione diffusa nel senso comune che a Padova la “situazione droga” sia peggiore che a Treviso.

Rispetto all'età dei segnalati , si rileva un picco dei minori segnalati nel 2017, con numeri che a Treviso superano Padova di 48 unità e nel 2018 di 35 unità.

Ebbene le evidenze dimostrano che Treviso, seppur meno popolosa e con una popolazione giovanile inferiore numericamente a Padova, non abbia numeri affatto inferiori.

Le segnalazioni che arrivano al N.O.T. per eroina risultano stranamente in calo, ma ciò, come già detto sopra può essere un dato falsato dalle modalità dei controlli operati dalle forze dell'ordine: maggiori controlli fuori dai locali porta a maggiori segnalazioni per droghe come cannabinoidi e cocaina, inoltre, come evidenziato nel lavoro svolto, la modalità di reperimento e consumo dell'eroina la rendono invisibile e sfuggente come fenomeno.

La situazione dei giovanissimi, a parere di chi scrive è un campanello di allarme che non si può ignorare, come la situazione del consumo continuativo di eroina da parte di una parte di popolazione invisibile che prima o poi diverrà visibile e presenterà un conto molto salato alla società.

L'ultimo punto su cui appare necessario soffermarsi è relativo alle politiche di prevenzione e promozione. La prevenzione si articola in primaria, ovvero a monte del problema, secondaria, ovvero a problema già manifestato, terziaria, ovvero intervento sulle complicanze del problema. Un documento fondamentale risulta quello del Ministero della Giustizia “Misure ed azioni concrete per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanza

stupefacente”.¹⁰⁹ I punti salienti di tale documento individuano delle strategie preventive:

- Tessere una rete di informazione per la popolazione a maggiore rischio, ovvero giovani e giovanissimi sui danni ed i rischi derivati dall’uso di sostanze stupefacenti e psicoattive ed interazioni con alcool, tramite materiale informativo distribuito in scuole, farmacie, studi di medici di medicina generale, informagiovani, distretti socio sanitari.
- Tessere una rete di informazione per la popolazione a maggiore rischio, ovvero giovani e giovanissimi rispetto alla presenza dei Ser.d. e dei servizi privati, facilitando l’accessibilità agli stessi e rendendoli luoghi di ritrovo, di socializzazione superando così la connotazione negativa di questi luoghi.
- Favorire interventi a bassa soglia come il lavoro di strada per attività di aggancio ed accompagnamento ai servizi.
- Attività di formazione per le forze dell’ordine e in particolare per il Corpo di Polizia Penitenziaria sugli aspetti relazionali indirizzati ad un consenso alla cura.
- Protezione ed attuazione di politiche di riduzione del danno tramite: fornitura di siringhe nuove, fornitura di nozioni base sulla sterilizzazione, fornitura di farmaci salvavita in caso di overdose, come il naloxone, distribuzione di profilattici e attuazione di una educazione sessuale tesa a prevenire gravidanze indesiderate e a tutelare da violenze sessuali.
- Rafforzamento delle attività di controllo da parte delle forze dell’ordine nei parcheggi di locali, manifestazioni, *rave party* o *festival*, ove il consumo sia più diffuso, al fine di impedire a persone sotto l’effetto di sostanze o alcool di mettersi alla guida.

¹⁰⁹ <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1304/ppc-ita.pdf>

Rispetto alle politiche di prevenzione e promozione appare fondamentale fare rete fra servizi ma anche con le forze dell'ordine operanti in strada. Inoltre, a parere di chi scrive, la prevenzione fondamentale da perseguire rispetto alla sostanza è quella primaria, dovrebbe assumere un'ottica di benessere e di salute globale, a partire dall'istituzione privilegiata della scuola in cui andrebbero coinvolti gli studenti in progetti di educazione fra pari.

La parola d'ordine è ancora una volta consapevolezza e responsabilità, l'auspicio e l'impegno è che il Servizio Sociale svolga la sua funzione nel pieno ponendosi come interprete della complessità e sapendo mediare fra i diversi livelli: sfera individuale della persona in stato di difficoltà, teoria del servizio sociale e orientamento delle politiche sociali.

BIBLIOGRAFIA

Basurto, Servizio Sociale Professionale applicato alle dipendenze patologiche, Carocci, 2004

Becker, G. and K. Murphy (1988) "A theory of rational addiction". Journal of Political Economy, 96, 675-700

Circolare Ministero dell'Interno n. 30 del 7.08.2006- Procedimento sanzionatorio ex art. 75 del DPR 309/1990 come modificato dalla legge 21.02.2006 n. 49

Calabro', L'ambivalenza come risorsa, Laterza, Roma, 1997

Cancrini ., Mazzoni ., Famiglia e droga: dall'autoterapia alla richiesta di aiuto, in M. Malagoli Togliatti, U. Telfener (a cura di) Dall'individuo al sistema, 1991, Bollati Boringhieri, Torino

Direzione Generale Servizi Civili: I Nuclei Operativi Tossicodipendenze presso le Prefetture. Attività e modelli organizzativi. Pubblicazioni della Scuola Superiore Amministrazione dell'interno, SSAI, Roma, 1997

Duncan, Drug abuse as a coping mechanism, in Am j Psychiatry, 1974, n.131

Durkheim, La divisione del lavoro sociale, 1962, Libro III, Milano

Filley, Kleinschmidt-demasters, Toxic leukocephalopathy, in N. Engl.J. Med, 2001

F. Folgheraiter, Teoria e Metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete. Franco Angeli ed., 2016

Franzoni, Anconelli, La rete dei servizi alla persona. Dalla normativa all'organizzazione, Carrocci Faber, 2014

Giancane, *Eroina la malattia da oppioidi nell'era digitale*, ed. Gruppo Abele, maggio 2015

Giancane, *Il mercato globale dell'eroina dall'Afghanistan all'Adriatico*, Yuocanprint Self Publing, gennaio 2018

- Guelfi, Spiller., "Il modello degli stadi del cambiamento", In Il problema tossicodipendenze: verso un ruolo possibile del medico generale, Manuale per formatori, S.E.M.G. - Scuola Europea di Medicina Generale, Roma, 1997
- Khantzian, The self medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent application, in Harvard Rev psychiat, 1997, n. 4
- Lorenz, *Globalizzazione e servizio sociale in Europa*, Carocci Faber, 2006
- Morin, La sfida della complessità, Le lettere, 2017
- Neve, Il servizio sociale fondamenti di una professione, Carocci, 2008
- Psichiatria Psicodinamica, Quinta edizione basata sul DSM -5, Raffaello Cortina Editore a cura di Spiller, Scaglia, Guelfi, Il colloquio motivazionale nell'applicazione dell'art. 75 DpR 309/90, Ed. De Ferrari , 2002
- Prefettura di Treviso-servizio Tossicodipendenze ULSS 7-8-9 Modulo Operativo Congiunto in Tema di Tossicodipendenze art. 75-DPR 309/90 modificato dalla l. 49/2006 del 21.01.2008
- Spiller, Scaglia, Guelfi (a cura di) Il colloquio motivazionale nell'applicazione dell'art. 75 DpR 309/90. Ed. De Ferrari 2002
- Spiller, Zavan, Guelfi, *Motivation and change a tridimensional continuum* ,ed. Tober, Raistrick, 2014
- Turoldo, Le malattie del desiderio, cittadella editrice, 2011
- Teeson, Degenhardt, Hall, Le tossicodipendenze, Il Mulino, 2019

SITOGRAFIA

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2761_allegato.pdf

<https://www.istitutobeck.com>

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=61&area=Vivi_sano

<http://www.unicri.it/min.san.bollettino/normativa/tradUnicri.htm>

http://sintef.usl11.toscana.it/portale_empoli_new/attachments/article/146/Cellesi%20Droghe.pdf

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2018/11/08/genova-270-chili-di-eroina-scoperti-in-container-dalliran-e-il-piu-grande-sequestro-degli-ultimi-ventanni/4750790/>

<http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2445/339911.pdf>

http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento_2017.pdf

<http://www.cnr.it/cnr/cnr/news/CnrNews?IDn=2894>

https://milano.corriere.it/19_gennaio_28/mercato-droga-milano-prezzi-continuano-calare-dall-eroina-3-euro-cocaina-5-d9d0fb24-22f5-11e9-9543-1916afeb08d9.shtml

<http://www.oggitreviso.it/eroina-dei-poveri-ai-giardinetti-di-pieve-di-soligo-211605>

<https://tribunatreviso.gelocal.it/treviso/cronaca/2019/06/29/news/antiepilettici-da-mixare-con-l-alcol-per-ottenere-un-effetto-eroina-spacciatore-denunciato-1.36252381>

https://milano.corriere.it/19_maggio_20/boschetto-droga-rogoredo-madre-manager-cerca-figlia-spaccio-bosco-tossicodipendenti-85ecaa66-7b2f-11e9-9a27-9779fe3a7026.shtml

https://milano.corriere.it/19_maggio_21/boschetto-droga-rogoredo-mamma-nato-bambino-ragazza-partorisce-notte-assistita-agenti-bimbo-astinenza-e1807792-7b32-11e9-9a27-9779fe3a7026.shtml

<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/eroina-oppioidi-fentanyl-nuova-strage-italia-america-decessi-overdose-9-percento-un-anno/e9da71de-7be3-11e9-8adb-39180fdb68e7-va.shtml>

<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/eroina-oppioidi-fentanyl-nuova-strage-italia-america-decessi-overdose-9-percento-un-anno/e9da71de-7be3-11e9-8adb-39180fdb68e7-va.shtml>

<https://www.trevisotoday.it/attualita/emergenza-eroina-morti-overdose-25-agosto-2019.html>

<http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2445/339911.pdf>

<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/eroina-oppioidi-fentanyl-nuova-strage-italia-america-decessi-overdose-9-percento-un-anno/e9da71de-7be3-11e9-8adb-39180fdb68e7-va.shtml>

<https://www.geoverdose.it>

<https://www.tuttitalia.it/veneto/94-treviso/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>

<https://www.tuttitalia.it/veneto/provincia-di-padova/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>

<https://thevision.com/attualita/fentanyl-italia-marijuana/>

<http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1304/ppc-ita.pdf>