

## IL CONSUMO DI SOSTANZE

### 4.1. Dalla dipendenza al consumo

Si è ormai affermato nella letteratura sull'argomento un orientamento teorico volto al superamento del paradigma della dipendenza e centrato su quello del consumo. Come è stato osservato, “la questione non è di poco conto, poiché richiede la revisione dei modelli interpretativi che in passato convergevano nell'eleggere forse un po' troppo semplicisticamente, la categoria del disagio come chiave di lettura privilegiata rispetto al fenomeno” [Di Blasi 2003, 13]. Questo orientamento appare confermato anche sul piano della ricerca laddove gli scenari ed i vissuti di dolore, devianza e dipendenza paiono riguardare “gruppi sociali in partenza svantaggiati ed emarginati” [Idem], mentre la gran parte dei giovani si orienta verso un consumo delle sostanze più occasionale e comunque legato a contesti ludici o ricreativi [Ministero del lavoro 2003; Di Blasi 2003; Rigliano 2004]. Occorre tuttavia distinguere l'uso dall'abuso e questo dalla dipendenza. L'uso non patologico delle sostanze si caratterizza per la plasticità e limitatezza; esso cioè lascia spazi di autogoverno nel soggetto e “la coscienza di dover e poter ridurre ogni danno” [Rigliano 2004, 130]. La dipendenza, al contrario compromette la libertà di scelta e la capacità dei soggetti di decidere quanto e quando ricorrere all'alterazione che le sostanze producono [Picone Stella 2002]. La dipendenza, generando il coinvolgimento della persona ad ogni livello, colloca il soggetto in circuiti tossicomanici.

L'organizzazione Mondiale della Sanità definisce la farmacodipendenza o tossicomania come “quello stato che si manifesta con una dipendenza fisica e/o psichica, caratterizzata da modifiche comportamentali, da un'appetenza pulsionale verso un prodotto mirante sia a ritrovare degli effetti psichici giudicati soddisfacenti, sia ad evitare la sofferenza legata alla privazione, aumentandone eventualmente le prese a causa della tolleranza” [Coslin 2001, 121]. La dipendenza psichica corrisponde alla tendenza a usare un prodotto a causa del piacere legato al suo uso e/o al dispiacere legato alla sua privazione; viene generata dal desiderio e dal bisogno di consumare droga. La

dipendenza fisica è quella dei tessuti e delle cellule dell'organismo in presenza della droga; è legata all'interruzione di consumo. La tolleranza, infine è la resistenza progressiva del corpo agli effetti di certi prodotti e comporta la necessità di aumentare le dosi consumate per cercare di riprodurre le soddisfazioni iniziali. [Idem].

Storicamente è noto che fin dalle società primitive l'uomo ha fatto ricorso a sostanze le più diverse in modo regolare e frequente per trascendere stati di coscienza, potenziare le capacità sensoriali, annientare il dolore. Tuttavia, “non c'è continuità tra le società tradizionali e quelle capitalistiche sotto questo profilo” [Picone Stella 2002, 12] e, anche all'interno delle nostre società si assiste ad un passaggio che potremmo definire antropologico da un uso diffuso e connotato da trasgressione e contestazione, tipico della generazione degli anni 60, ad una presa di distanza dalle dipendenze tradizionali. A questo proposito, il consumo di cannabis è stato definito una moda generazionale che coinvolge molti adolescenti in una dimensione grupale, i quali sperimentano una modalità di condividere il piacere e il divertimento senza che ciò assuma significati o connotazioni particolarmente trasgressivi [Di Blasi 2003].

Dietro questo passaggio è possibile cogliere una serie di mutamenti che avvengono rispetto al tipo di sostanza cui viene attribuita la preferenza, alle modalità del consumo ed alla tipologia dei consumatori [Coslin 2002]. Pertanto, rispetto a tale fenomeno “non è la droga l'oggetto da sviscerare ma i modi d'uso e la tipologia articolata degli assuntori” [Picone Stella 2002, 47].

#### **4.1.1. Tipologia delle sostanze**

La scelta di illustrare, seppur brevemente, le caratteristiche delle diverse sostanze risponde ad una necessità di tipo argomentativo, serve cioè per introdurre la riflessione sul fenomeno dell'uso/abuso di droghe.

Di seguito viene presentata la classificazione delle sostanze elaborata da Palmonari e ripresa da Picone Stella. Essa tiene conto degli effetti che le sostanze hanno sul sistema nervoso centrale, dei comportamenti individuali e dei contraccolpi psicologici.

##### *➤ Sostanze che modificano la funzione percettiva*

A questo gruppo appartengono la canapa indiana (marijuana), i suoi derivati (hascisc, ricavato dalla resina) e gli allucinogeni sintetici (Lsd).

La canapa provoca rilassamento, sonnolenza ma anche inclinazione e piacere di comunicare con gli altri. Comporta rischi minimi di dipendenza fisica per lo più collegati al dosaggio e non c'è tolleranza, per cui non bisogna aumentare le dosi per avere gli stessi effetti. L'hascisc, che contiene

in misura maggiore il principio attivo della canapa agisce diminuendo la capacità di concentrazione, indebolendo la memoria e la capacità di immagazzinare informazioni. Anche in questo caso gli effetti sono legati al dosaggio. Benché nell'uso comune, moderato non dia dipendenza, la cannabis accentua la tendenza all'inerzia ed all'abulia pertanto, secondo alcuni, va considerata come un fattore di rischio per personalità già vulnerabili. Infatti, nella minoranza ristretta di casi in cui si verifica dipendenza, la cannabis ricopre la funzione di offrire l'opportunità di estraniarsi dalla banalità del mondo e dai rapporti quotidiani e di rifugiarsi in uno stato altro [Rigliano 2004].

L'Lsd, diffuso in America negli anni 60 agisce incrementando le esperienze sensoriali, modificando la percezione del tempo, dello spazio e dell'ambiente e provocando un senso piacevole di irrealtà. Anche questo allucinogeno presenta scarsi rischi di dipendenza fisica.

➤ *Sostanze che riducono la sensazione di dolore*

Rientrano in questo gruppo gli oppiacei naturali (oppio e derivati) e sintetici (morfina, eroina, metadone). Sono droghe che riducono la reazione al dolore, all'angoscia ed all'ansia. Inizialmente provocano una forte sensazione di euforia poi di tranquillità. Se assunte in forti dosi funzionano come sedativo o anestetico ed infatti l'effetto più insidioso è quello di rendere l'eroinomane indifferente a tutto. Non danneggiano i circuiti cerebrali ma provocano assuefazione e dipendenza. Un discorso a parte va poi riferito al metadone. Si tratta di un oppiaceo sintetico utilizzato come sostituto legale dell'eroina nei Sert. Presenta notevoli vantaggi quali l'assunzione orale, la pianificazione del dosaggio, evita il rischio di overdose tuttavia non assicura da ricadute in quanto pur provocando effetti simili a quelli dell'eroina non produce il flash, l'ondata di calore e di piacere della trasmissione per vena. I rischi associati a queste sostanze sono molteplici e sono collegati sia alla possibilità di contrarre malattie a causa delle condizioni di utilizzazione (AIDS, epatite, setticemie) sia alla possibilità di sovradosaggio del prodotto iniettato [Coslin 2002].

➤ *Sostanze che stimolano il sistema nervoso centrale*

Vi rientrano sostanze di uso quotidiano come la nicotina e la caffeina e sostanze illegali come la cocaina e le anfetamine. Queste sostanze tolgono immediatamente il senso di fatica, di fame, il bisogno di dormire o riposare, accrescono le energie; esse cioè agiscono all'istante, al contrario di quanto può avvenire con droghe come l'eroina che agisce sviluppando nel tempo una dipendenza.

Tra queste sostanze rientra anche l'ecstasy. Questa sostanza procura una stimolazione cerebrale e sensoriale e può comportare problemi cardiaci, confusione mentale, aggressività e delirio [Coslin 2002].

➤ *Sostanze che deprimono il sistema nervoso centrale*

In questo gruppo rientrano le bevande alcoliche, i barbiturici e gli ipnosedativi. Anche queste sostanze, come le precedenti hanno un'azione euforizzante accanto a quella sedativa, che varia da

persona a persona e secondo il dosaggio. “l’azione depressogena dell’alcol sembra rivelarsi di rado durante la fase dell’uso moderato, che è invece euforica. La sua duplice essenza – la capacità di infondere ebbrezza, festosità, “l’allegrezza del simposio” come scrive A. Cottino, con il contrappunto della malinconia e della depressione viene spiegata in rapporto alle differenze individuali, al contesto ambientale e, di nuovo, al dosaggio e alla frequenza” [Picone Stella 2002, 54].

#### **4.1.2. Modalità del consumo**

Come ricordato la novità nel fenomeno droghe non è data da un qualche tipo di sostanza, quanto piuttosto dalle modalità del consumo: quando si parla di “nuove droghe” ci si riferisce alle differenze rispetto agli stili precedenti di consumo, piuttosto che al tipo di sostanza. L’aggettivo “nuove” sottolinea le trasformazioni in atto nel rapporto che gli adolescenti ed i giovani hanno con le droghe [Picone Stella 2002; Di Blasi 2003; Leoni, Ponticelli 2003].

In linea generale tutte le indagini confermano un generale aumento del consumo di droghe da parte dei giovani, specialmente di cannabinoidi. Questo innalzamento nei livelli di consumo va interpretato non solo come un effettivo aumento ma anche come un atteggiamento di maggiore accettazione ed una maggiore disponibilità ad ammettere l’esistenza del fenomeno [Leoni, Ponticelli 2003; Buzzi, Cavalli, De Lillo 2002].

Dietro la diffusione delle droghe in Europa ed in Italia è possibile rintracciare sia un aumento dell’offerta tramite mercato illegale, sia un’inclinazione di singoli e gruppi ad assumere ed abusare di tali sostanze.

Il fenomeno droghe sorge negli anni 50 e, almeno nel suo inizio, il consumo di droghe viene visto come comportamento trasgressivo piuttosto che come problema sociale. Successivamente i tempi ed i modi della diffusione del fenomeno si differenziano a seconda dei contesti. Rispetto a quanto avviene negli USA, dove il consumo di droghe procede contemporaneamente su un doppio binario, gli ambienti controculturali e gli strati emarginati della popolazione, in Europa la diffusione ed il consumo tra la popolazione procedono per tappe scandite. “I paesi europei segnalano prima di tutto l’esistenza di alcune élite, piccole cerchie, ambienti ristretti e singoli individui che apprezzano le sostanze psicoattive. Segue poi l’esperienza della controcultura giovanile e qualche tempo dopo, alla fine degli anni ’60 e all’inizio degli anni ’70, si assiste all’ingresso tra le fila dei consumatori dei giovani qualunque, i proletari delle periferie e delle borgate, ragazzi sbandati o anche onesti lavoratori manuali” [Picone Stella 2002, 21].

Specie in Italia il passaggio da un consumo riservato ad una cerchia ristretta di popolazione al consumo di massa avviene negli anni del benessere e per via legale. Inizialmente infatti le droghe introdotte sul mercato sono rappresentate da tranquillanti, anfetamine, farmaci, analgesici frutto delle recenti scoperte farmacologiche che vengono prescritti e smerciati nelle farmacie. Si tratta di sostanze che invadono presto il mercato e la cui domanda aumenta progressivamente negli anni '60. Solo nel 1972 si vieterà in Italia il commercio delle anfetamine.

A partire dagli anni '70 fanno il loro ingresso sul panorama dell'offerta le sostanze illecite: si tratta di cannabis ed hashish richiesti soprattutto dai giovani. E, ben presto, l'offerta verrà gestita dalla rete criminale e mafiosa.

Dal punto di vista del singolo, del soggetto consumatore "l'orientamento favorevole all'uso di sostanze nasce dalla convinzione che un'alterazione dello stato mentale o un viaggio onirico siano un viatico utile e anzi necessario per prendere le distanze da una realtà sociale e culturale appesantita dalle proprie regole, velata dalla cortina delle convenzioni" [Picone Stella 2002, 27]. L'orientamento favorevole è circoscritto agli allucinogeni che, a differenza dell'eroina non producono dipendenza ed è sostenuto da un atteggiamento di sfida rispetto alla società, ai suoi valori ed alle sue regole. In particolare è nell'ambito dei movimenti di controcultura che è possibile rintracciare un orientamento favorevole al consumo di Lsd, canapa indiana ed hashish mentre sostanze come gli stimolanti, la cocaina e l'eroina non ricevono preferenze. Una chiave di lettura utile a comprendere le diverse preferenze è quella offerta dal termine "espansione", attraverso cui emerge l'elemento ideologico. Cannabis ed hashish producono un'espansione della coscienza e della mente e, da queste, dell'azione collettiva; l'eroina al contrario produce come effetto quello della dipendenza. Sul finire degli anni '70 il fenomeno cambia nuovamente faccia e il consumo si sposta tra i giovani delle periferie e delle borgate ("disadattati"). Negli anni 80-90 cresce ulteriormente la fascia dei consumatori ma cambiano anche le preferenze. A seguito del diffondersi di malattie come l'Aids diminuisce il ricorso all'eroina e aumenta anche se non proporzionalmente quello di cocaina, ritenuta una sostanza più sicura e che non deve essere assunta per via endovenosa.

Il panorama che si offre negli ultimi anni vede la diffusione massiccia di consumatori di droghe ricreative (*dance drugs*) tra le quali la più nota è l'ecstasy. Si tratta di sostanze che nel tempo si sono sostituite agli oppiacei nelle preferenze dei consumatori, giovani i quali ne fanno uso nel fine settimana, in discoteca, negli stadi, nei rave parties. Le chiavi di lettura rispetto a questa diffusione sono principalmente due. Da un lato si ritiene che i giovani oggi ricerchino sensazioni forti ed euforiche come quelle provocate dall'assunzione di ecstasy, piuttosto che sensazioni sedative quali quelle prodotte dagli oppiacei o dall'eroina. In questo senso, le droghe assunte in contesti ricreativi

svolgono la funzione di sostanze performative, utilizzate per sentirsi più efficienti, prestanti, disinibiti ed in ciò aderenti agli imperativi sociali del successo, dell'iperattività e dell'efficienza [Ingrosso 2003]. Dall'altro lato si ritiene piuttosto che la preferenza per l'ecstasy vada rintracciata nella sua ambigua qualità di droga sicura. “Una pasticca che si assume per bocca, senza alcuna preparazione, in qualsiasi momento è un consumo facile, pulito, apparentemente innocuo, sicuramente non contagioso. Ben diverso dal complicato rito preparatorio dell'eroina, lontano dai rischi dell'uso di una siringa per vena” [Picone Stella 2002, 42; Di Blasi 2003]. Ad accompagnare questo cambiamento nelle preferenze vi sarebbe anche l'azione di stigmatizzazione sociale nei confronti della figura del tossicodipendente di prima generazione tanto che il consumatore di ecstasy non accetta la definizione di drogato o tossicodipendente: chi fa uso di ecstasy non condivide con il tossicodipendente né il senso di colpa né la paura delle malattie, né il timore della stigmatizzazione. Infatti, poiché l'ecstasy produce effetti prevedibili, di durata limitata nel tempo e non dà dipendenza fisica, essa rappresenta una sostanza il cui consumo consente di condurre una vita integrata, di coniugare lavoro diurno e divertimento notturno, sbalzo e ritorno alla normalità [Ingrosso 2003].

Volendo sintetizzare il percorso seguito dagli stili di consumo e l'affermarsi delle nuove droghe è possibile ravvisare almeno tre importanti cambiamenti [Leoni, Ponticelli 2003]:

1. il passaggio da un consumo privato, individuale o limitato a piccoli gruppi emarginati, ad un consumo che riguarda “il gruppo”, connotato cioè da una dimensione collettiva quale quella dei momenti di aggregazione nel fine settimana o per feste private;
2. il passaggio dall'uso di una determinata sostanza all'alternanza o affiancamento di sostanze diverse. Si parla a tal proposito di poliuso o di poliabuso;
3. infine è cambiata anche la figura dello spacciatore che non è più solo un adulto estraneo ma frequentemente fa parte della cerchia di amici.

#### **4.1.3. Tipologia dei consumatori**

Non è questa la sede per riprendere gli argomenti sviluppati nel precedente capitolo, tuttavia è necessario richiamare le principali considerazioni che sono state sviluppate al fine di introdurre la questione del mutamento nel profilo dei consumatori di sostanze.

Nel corso del presente lavoro si è intesa l'adolescenza come costruzione sociale, né come fatto biologico, né come fatto giuridico. Essa è stata considerata piuttosto un fatto di definizione sociale rispetto a cui la dimensione biologica costituisce un parametro di definizione e quella giuridica ne è

una conseguenza [Berger, Berger 1977]. Inoltre, ci si è posti nell'ottica di intendere la condizione adolescenziale come processo di sviluppo.

Ma qual è il rapporto tra condizione adolescenziale e consumo di droghe? Quali sono le motivazioni che spingono al consumo? Chi sono attualmente i consumatori?

Fin dagli anni 60-70 il fenomeno droghe è stato associato alla condizione giovanile e tale associazione è stata letta in chiave di disagio. Si è sostenuto che l'assunzione di droghe fosse da ricollegare alla predisposizione familiare (presenza di droga in famiglia) piuttosto che alla scarsità di risorse a disposizione del singolo; ad una distorsione cognitiva piuttosto che a disturbi nella condotta. Documenti ministeriali dei primi anni '80 affermano che "si entra nel mondo della droga senza ragioni precise, sull'onda di quella che viene definita sindrome amotivazionale, mista di noia, curiosità, accettazione indistinta del nuovo, incapacità critica e selezione dei modelli di comportamento" [citato in Leone, Ponticelli 2003].

Questa chiave di lettura, per altro univoca in quanto riconduce il ricorso alla droga ad un retroterra di disagio e malessere psichico o ambientale, non è in grado di spiegare un fenomeno complesso e vario come quello delle nuove droghe. A tal proposito, Leoni e Ponticelli riconducono le motivazioni all'utilizzo ad un uso sperimentale, strumentale o ricreativo.

L'uso sperimentale è quello orientato a modificare il proprio stato di coscienza e a sperimentare nuovi stati del sé. Attraverso questo uso si ricercano esperienze di trascendenza e di alterità nelle relazioni con gli altri e con se stessi. Quest'uso può essere ricollegato all'assunzione di allucinogeni.

L'uso strumentale è volto ad acquisire un appropriato stato psichico per affrontare o evitare un problema: la droga serve al soggetto per svolgere nel modo migliore le proprie attività, migliorandone le capacità ed aiutandolo a superare i suoi limiti.

Infine, l'uso ricreativo è quello volto ad acquisire una condizione di buon umore per liberarsi dalle tensioni accumulate, per ricavare maggiore piacere nelle attività del tempo libero e per rapportarsi facilmente con gli altri.

Secondo altri, tra cui Picone Stella, nell'analisi delle motivazioni sottostanti l'assunzione di droghe non va trascurato l'elemento della trasgressività. La trasgressività in particolare, continuerebbe a funzionare da molla per singoli e gruppi almeno nella fase del consumo ma essa aiuta anche a cogliere l'evoluzione verso possibili percorsi di tossicodipendenza. Se infatti, attraverso la chiave di lettura del disagio, "solo gli assuntori di sostanze con una struttura nevrotica della personalità, già tale all'origine, possono diventare tossicodipendenti; come se fossero stati selezionati in partenza" [Picone Stella 2002, 66]; introducendo l'elemento della trasgressività il passaggio alla tossicodipendenza è piuttosto una transizione e non una predestinazione. A tal proposito già Becker

nel suo famoso saggio sui fumatori di marijuana sosteneva che l'interazione tra individuo e sostanze può avere esiti molto variabili. Proprio in quanto ogni sostanza ha proprietà gratificanti e proprietà repulsive, il soggetto deve imparare a distinguere gli effetti piacevoli da quelli spiacevoli; dunque non tutte le sostanze incontrano i gusti di tutti e qualcuno può anche non imparare a distinguere i diversi effetti. Come sostenuto da questo studioso, nel caso della marijuana si possono avere reazioni diverse: alcuni, dopo una serie di tentativi impareranno ad apprezzarla e ne diventeranno consumatori, altri potranno sentirsi male e così rifuggirla, altri ancora potranno smettere al termine di un periodo di consumo. Becker a tal proposito parla di carriera [Becker 1987].

Dal punto di vista statistico i dati relativi ai consumatori di sostanze ed ai tossicodipendenti provengono dai censimenti che il ministero compie attraverso i Sert e da indagini ad hoc come L'ESPAD 2003 realizzata dal Centro Nazionale delle Ricerche – Sezione di Epidemiologia dell'Istituto di Fisiologia Clinica. I dati forniti dunque vanno presi con estrema cautela poiché le diverse fonti rischiano, ciascuna in modo diverso, di non cogliere una parte del fenomeno (ai Sert si rivolgono soprattutto soggetti con problemi di eroina, attraverso le indagini ad hoc spesso svolte su popolazione studentesca è più difficile far emergere l'entità del fenomeno tossicodipendenza); ma servono comunque per delineare i contorni dell'oggetto in studio.

Dall'indagine ESPAD 2003, i cui risultati sono contenuti nella relazione ministeriale sulle tossicodipendenze si evince che la sostanza più utilizzata dai giovani al di sotto dei 20 anni è la cannabis, marijuana o hascisc, (27,4%) seguita dalla cocaina (4,5%) (Tab. 1.)

**Tab. 1 – Percentuali di consumatori negli ultimi 12 mesi delle sostanze più utilizzate tra i 15-19enni**

Sostanza	Maschi	Femmine	Totale
Marijuana/hascisc	32,7	22,9	27,4
Cocaina	6,3	3,0	4,5
Eroina	3,5	2,0	2,7
Ecstasy	3,8	1,6	2,6

Fonte: ESPAD 2003

A questo proposito i dati forniti consentono alcuni approfondimenti in rapporto al genere. Per le ragazze fino a 17 anni è più frequente l'uso sporadico di cannabis piuttosto che quello assiduo, contrariamente a quanto avviene per i ragazzi dove l'uso assiduo è più frequente di quello sporadico, come sintetizzato dal seguente prospetto (Tab.2.)

**Tab. 2 – Uso sporadico e frequente**

	Uso sporadico		Uso frequente	
	15enni	19enni	15enni	19enni
Femmine	6,4%	15,5%	3,2%	16,2%
Maschi	7,3%	16,3%	5,8%	29,8%

Fonte: ESPAD 2003

Una considerazione finale riguarda l'età di coloro che assumono droghe.

Come sottolineato dalla relazione ministeriale, la crescente diffusione nel consumo si accompagna ad una regressione dell'età mediana al primo uso: nel giro di pochi anni si è passati dai 30 ai 17 anni con punte di 12-13. D'altra parte l'età media di coloro che entrano in contatto con i Sert è invece sensibilmente più alta (30 anni) proprio in quanto più lungo è il tempo per la maturazione della richiesta di aiuto ad una struttura.

## 4.2. I risultati della ricerca

### 4.2.1. Conoscenza e prossimità con le sostanze

Come emerso nel corso dei precedenti paragrafi, l'aumento della diffusione di sostanze si è accompagnata ad una loro moltiplicazione e a cambiamenti nelle modalità di consumo. In particolare, l'ecstasy e la cocaina hanno un utilizzo connesso con gli ambiti di divertimento serale; il consumo di cannabis risponde ad un bisogno di gruppabilità, soprattutto tra i più giovani [Buzzi, Cavalli, De Lillo 2002]. Si tratta di un fenomeno tuttavia difficilmente quantificabile poiché i dati ufficiali relativi al numero di utenti dei Sert, ai casi segnalati nelle Prefetture e alla quantità di sostanze sequestrate non permettono di capire l'incidenza del fenomeno sulla popolazione.

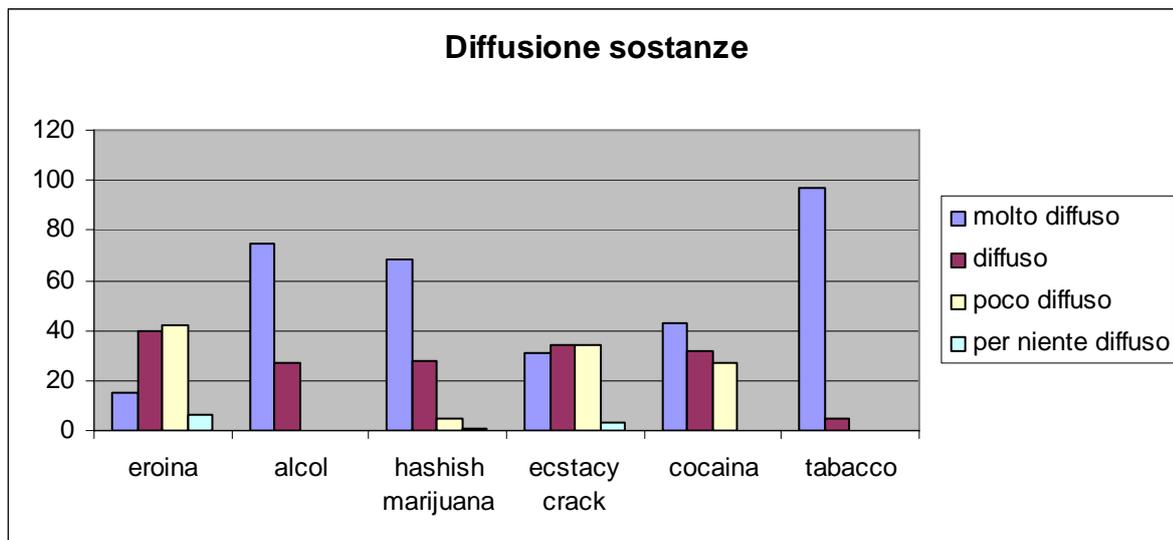
Per ovviare a ciò vengono condotte indagini che, non potendo misurare l'ammontare dei consumatori sono però in grado di definire la prossimità della popolazione giovanile al mondo della droga, ovvero quanto le sostanze siano presenti nella quotidianità dei soggetti [Buzzi, Cavalli, De Lillo 2003; Cattarinussi 2004].

Nella nostra ricerca abbiamo chiesto quanto secondo loro una serie di sostanze fossero diffuse sul territorio (Grafico 1.). Nel confronto tra tabacco ed alcol, entrambe sostanze legali, quella ritenuta molto diffusa è il tabacco.

Tra le sostanze ritenute maggiormente diffuse vi sono l'alcol (75%) e successivamente l'hascisc/marijuana (68%). Si tratta di sostanze presenti nella quotidianità mentre la percezione

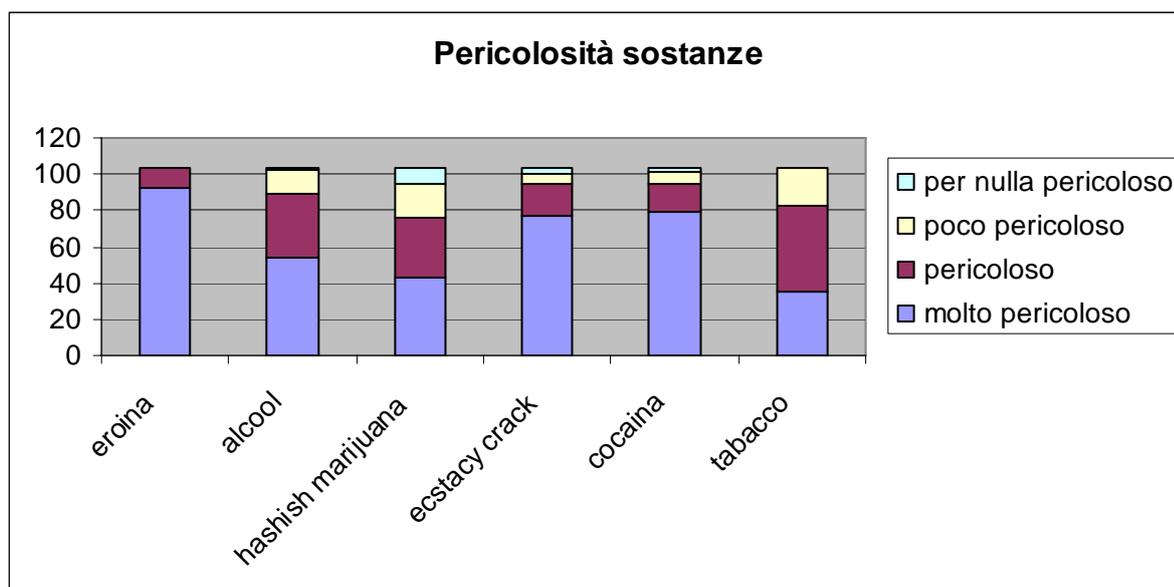
della presenza di sostanze quali l'ecstasy, la cocaina e l'eroina è decisamente più bassa: per il 43% degli intervistati la cocaina è molto diffusa mentre le sostanze considerate poco diffuse sono l'eroina (42%) seguita da ecstasy (34%) e cocaina (27%). Secondo quanto emerso anche da altre indagini almeno la metà degli intervistati tra i 15 ed i 24 anni si è sentita offrire almeno una volta un qualche tipo di droga ma la prevalenza è per l'hashish. L'hashish, insieme con la marijuana sono le sostanze dominanti sulla scena e sono state offerte all'82% del campione [Buzzi, Cavalli, De Lillo 2002].

**Grafico 1**



Successivamente è stato chiesto agli intervistati quanto secondo loro le diverse sostanze fossero pericolose per la salute. In linea generale nessuna sostanza è stata definita poco pericolosa e sostanzialmente tutti gli intervistati sono concordi nel sostenere che l'eroina sia molto pericolosa (Grafico 2.)

**Grafico 2.**



L'eroina è la sostanza rispetto a cui sorgono i maggiori timori. In letteratura si sostiene che ciò sia dovuto essenzialmente al collegamento tra questo tipo di droga ed i soggetti che ne fanno uso identificati come tossicodipendenti con alle spalle una lunga storia di abuso e vissuti di emarginazione. Inoltre, la pericolosità dell'eroina e la paura che questa suscita è confermata dalle possibili conseguenze dell'utilizzo quali l'insorgere dell'AIDS. Molto pericolose sono ritenute anche la cocaina e l'ecstasy mentre sostanze come l'hashish o la marijuana sono ritenute molto pericolose da un numero inferiore di intervistati. Un aspetto interessante è quello riguardante la non pericolosità del tabacco sostanza che tuttavia è ritenuta tra le più diffuse.

#### 4.2.2. Quando il consumo diventa patologico

È stato poi chiesto agli intervistati di dare un loro giudizio sul fenomeno del consumo di droghe individuandone le motivazioni ed i possibili rimedi.

Dal punto di vista delle motivazioni (Tab 3) si conferma una rappresentazione del consumo legata a vissuti di disagio, insoddisfazione e problemi personali e decisamente poco condizionata dalla precarietà economica mentre molto di più lo è dal gruppo dei pari. Infatti, sommando le due preferenze indicate la frequentazione di amicizie sbagliate ottiene la frequenza più alta. È interessante notare che i ragazzi non riconducono la scelta di consumare sostanze ad un contenuto

ricreativo, semmai come avremo modo di vedere più avanti questo rientra nel processo decisionale come elemento di contesto.

**Tab. 3 – Motivazioni al consumo di sostanze**

	Motivazione 1	Motivazione 2
insoddisfazione	39	
divertimento	19	4
amicizie sbagliate	29	14
ambiente appartenenza	2	13
problemi familiari	3	15
problemi personali	5	22
ritmi di vita esasperati	1	3
precarietà economica		4
mancaza valori		13
situazione lavorativa stressante		6

Su questo aspetto è stato possibile confrontarsi anche nel corso dei focus group con gli adolescenti e con gli operatori.

Gli operatori sono piuttosto inclini ad una rappresentazione degli adolescenti come soggetti fortemente condizionati dalla disponibilità di sostanze sul mercato e nel proprio ambiente di vita i quali decidono di consumare droghe in un generale atteggiamento di inconsapevolezza e mancanza di informazioni circa le conseguenze. L’aspetto della mancanza di consapevolezza rispetto alle conseguenze che si corrono emerge dai focus degli operatori, secondo cui l’uso di sostanze avviene senza tenere in considerazione i possibili rischi che si corrono

*“gli adolescenti sono annoiati e non riescono a trovare nulla da fare, allora decidono di fuggire dalla realtà non considerando il rischio e non sono disponibili ad una riflessione particolare sulla loro scelta anzi, scelgono di non scegliere e agiscono poco consapevolmente // è proprio l’atteggiamento nei confronti della sostanza ad essere cambiato: molto più spavaldo e forse disfattista, legato ad un generale atteggiamento di pessimismo”* (Focus group operatori)

A tal proposito gli adolescenti confermano che la scelta di consumare sostanze è una scelta che si compie in modo consapevole; semmai la consapevolezza diminuisce rispetto alle conseguenze di un simile comportamento:

*“magari lo fanno per curiosità, magari per sentirsi più grandi, ognuno c’ha i propri motivi comunque non direi inconsapevoli, semmai sono inconsapevoli dei rischi”* (Focus group ragazzi)

La letteratura psicologica sull'argomento osserva come attualmente nel lavoro di ascolto con gli adolescenti non sia più necessario “quel faticoso lavoro di sgrossamento richiesto con i pazienti tossicomani” per giungere a capire le motivazioni all'assunzione di sostanze in quanto gli adolescenti appaiono abbastanza consapevoli delle condizioni e dei vissuti attraverso cui giungono a fare abuso di droghe e verbalizzano con sufficiente precisione tali motivazioni [Di Blasi 2003].

Tra i vissuti menzionati dai ragazzi nei focus vi sono il senso di insoddisfazione, il senso di inadeguatezza rispetto al gruppo, il tentativo di fuga da uno stato depressivo. Dunque livelli di soddisfazione per le risorse ambientali più bassi e l'inquietudine emotiva aumenterebbero la possibilità di fare ricorso a sostanze. A segnalare invece le condizioni che possono favorire un contatto e successivamente un rapporto con le sostanze sono soprattutto gli operatori, i quali si soffermano sul ruolo svolto dalla famiglia e sulle preferenze accordate alle varie sostanze.

L'immagine di famiglia che emerge dai discorsi degli operatori è piuttosto articolata. Alla famiglia si riconosce una situazione di crisi, di perdita dei valori e del proprio ruolo educativo; l'immagine proposta è quella di famiglia multiproblematiche dove la presenza di figli che abusano di sostanze si affianca a problemi di varia natura che possono coinvolgere gli altri componenti del nucleo

*“quando l'adolescente non ha alle spalle una famiglia, un gruppo, degli educatori sani quando non ha ricevuto quel minimo di valori che lo aiutano a crearsi quella corazza capace di difenderlo dalle aggressioni della vita è più facile che si avvicini alle sostanze // sono convinta che al di fuori dei fattori genetici qualunque tipo di disagio nasca all'interno della famiglia. Le famiglie rifiutano sempre il problema ma quando si vanno ad analizzare le dinamiche ci si rende conto che ci sono delle famiglie che generano patologie, non solo perché c'è un figlio tossicodipendente ma anche altri componenti presentano problemi di varia natura” ( Focus group operatori)*

Questa immagine di famiglia rischia tuttavia di essere troppo stereotipata non tanto perché non tiene conto che sempre più spesso ci si trova di fronte a famiglie “normali” e a genitori pronti a collaborare con il lavoro degli operatori, psicologi ed assistenti sociali; quanto piuttosto perché rischia di non tenere in considerazione il modo attraverso cui l'adolescente interagisce con il proprio nucleo familiare. Infatti, se è indubbio che le odierne famiglie stiano attraversando profondi mutamenti di natura strutturale e relazionale ad influire sulla scelte di consumo delle sostanze sembra intervenire piuttosto il senso di insoddisfazione per i rapporti in famiglia [Buzzi, Cavalli, De Lillo 2002]. Tale insoddisfazione è in definitiva il prodotto della capacità di gestire gli elementi di crisi e di conflitto che compongono le normali vicende quotidiane della famiglia in cui il ragazzo vive

*“non si insiste mai abbastanza sull’importanza, in negativo come in positivo, della famiglia e dell’armonia tra i genitori nel rapportarsi ai figli: una certa conflittualità è normale ma quando non c’è dialogo e contemporaneamente definizione dei ruoli, i problemi di acquisiscono e il ragazzo cerca all’esterno ciò che non trova in famiglia // forse dovremmo avere un’attenzione di doppia valenza verso il conflitto: bisogna distinguere un conflitto legato ad una marcata separazione, una contrapposizione, da un conflitto anima di una negoziazione, un confronto, una discussione. Il primo è espressione di un disagio, l’altro è l’essenza di un processo di confronto, di negoziazione e di discussione positiva”* (Focus group operatori)

A partire da ciò anche il ruolo attribuito alla dimensione di gruppo viene in qualche modo ridimensionata: non è il gruppo dei pari ad influenzare le scelte dei soggetti semmai queste sono l’esito di un processo decisionale che coinvolge attitudini personali, risorse e limiti del contesto

*“se individualmente il soggetto è già abbastanza strutturato il gruppo può poco. Il margine di manovra è abbastanza ridotto // il carattere ti limita nel senso che tu ti spingi con gruppo fino ad un certo punto ma poi dipende da te continuare o meno // è vero che il gruppo ha un’influenza altissima ma è anche vero che il gruppo non ti capita, te lo scegli // gruppo o no la persona alla fine sceglie autonomamente”* (Focus group ragazzi)

*“io parto dal presupposto che il gruppo incide in alla volontà del soggetto è preminente, altrimenti perché in uno stesso gruppo alcune persone decidono di continuare e altre se ne tirano fuori? // le madri dei tossicodipendenti dicono sempre “no, la colpa non è di mio figlio ma di quello che lo ha fatto iniziare” e noi rispondiamo invece che la responsabilità è individuale perché in bocca o in vena non ti ci mette niente nessuno // è una scelta individuale del soggetto mantenere uno stato di tossicodipendenza, come anche determinate amicizie”* (Focus group operatori)

Il gruppo, in quanto contesto relazionale della scelta operata, attraverso le proprie risorse, caratteristiche e limiti contribuisce a dare un senso all’agire dei singoli, in particolare segna la differenza tra il consumo cosiddetto ludico e quello segnato da elementi di disagio, anche se non palesi:

*“prendiamo per esempio l’alcol: se una persona beve in una stanza da sola diventa triste, reagisce in maniera molto diversa rispetto a quando lo fa in compagnia, perché non ha con chi mettersi in mostra // è molto più grave perché cadono tutte le giustificazioni che si possono dare stando in gruppo // se ti sbronzi in gruppo, alle feste è normale perché diventa divertente, sei più allegro, fai più amicizie, senti di condividere quel momento con quelle persone nello stesso modo // da soli è da sfigati!”* (Focus group ragazzi)

In tal senso l’uso di droghe nel gruppo, almeno nella fase iniziale è caratterizzato dall’elemento della trasgressione. Solo successivamente e solo se il soggetto modifica le proprie preferenze circa la sostanza e le modalità di assunzione si generano fenomeni di dipendenza

*“l’idea di trasgredire è comunque più accettabile in gruppo che da soli // per le droghe leggere c’è una sorta di trasgressione. Poi, se provi quelle pesanti hai proprio problemi, poi vengono la tolleranza e la dipendenza ma non è più trasgressione // la trasgressione è un discorso iniziale, dopo entra in gioco la dipendenza”* (Focus group ragazzi)

*“Secondo me vi sono due fattori, uno è la classica voglia di fare nuove esperienze accoppiato al desiderio di trasgredire e di sentirsi adulti, l’altro una sorta di male di vivere caratteristico di molti adolescenti che non sanno chi sono e verso dove vanno e in questa incertezza finiscono per essere una bandiera la vento”* (Focus group operatori)

Infine è stato chiesto agli intervistati di esprimersi rispetto ai possibili rimedi

La gamma delle possibili soluzioni offerte prevedeva strumenti che agissero direttamente sull’interessato, piuttosto che sulla famiglia, piuttosto che coinvolgendo l’intera comunità (Tab. 4).

La preferenza è andata a soluzioni che agiscono direttamente sugli individui in modo informale, “parlandone con l’intervistato” o formale attraverso il ricorso ad esperti. Piuttosto apprezzata, ma solo in seconda battuta è l’ipotesi di fornire maggiori informazioni segno che questo intervento deve coniugarsi con altri che incidano in modi ritenuti più efficaci. Tra questi vi è l’aiuto al soggetto a crearsi nuove amicizie e dunque a modificare il proprio stile di vita ma anche il ricorso ai Sert che nell’ambito della presente ricerca ricevono un riconoscimento rispetto al lavoro svolto sul territorio. Molto più limitata è infatti la preferenza per interventi quali la sensibilizzazione del territorio o la richiesta di aiuto ai servizi sociali.

**Tab. 4 – Strumenti per affrontare il problema**

	Strumenti 1	Strumenti 2
parlandone con l’interessato	28	
aiutandolo a crearsi nuove amicizie	15	3
aiutando la famiglia	6	5
rivolgendosi ai sert	13	4
rivolgendosi alla parrocchia	1	4
indirizzando le persone in comunità	9	9
attraverso un medico	4	3
attraverso leggi più severe	4	2
sensibilizzando il territorio	7	7
attraverso iniziative di solidarietà	6	7
rivolgendosi ai servizi sociali	1	5
con il sostegno di uno psicologo	3	22
dando maggiori informazioni		24

Se, come emerge dalla tabella, decisamente poco apprezzate sono le soluzioni che vanno nel senso di inasprire le pene e le leggi che regolano il consumo di sostanze, nel focus degli operatori è

emersa seppure in modo del tutto marginale l'importanza di calibrare gli interventi sui diversi contesti

*“oggi dietro l'uso della sostanza, nella consapevolezza di chi lo fa quasi mai emerge un disagio, generalmente si può parlare di divertimento ma non di un vuoto. Comprendere questo è fondamentale perché tante volte noi operatori abbiamo un approccio di aiuto quando invece l'uso della sostanza è legato al piacere // quante volte ci siamo sentiti dire “chi ti ha chiesto un aiuto?! ... mi piace tanto così!””* (Focus group operatori).

I comportamenti trasgressivi sono l'esito di un percorso all'interno del quale assumono rilevanza gli obiettivi che il soggetto persegue attraverso il dato comportamento e la percezione della trasgressione come soluzione possibile a difficoltà considerate eccedenti le proprie risorse.

Ma come è possibile intervenire su questi vissuti di trasgressione? L'azione preventiva può modificare lo stile di vita degli adolescenti o piuttosto la sua efficacia è limitata alla creazione di condizioni di benessere diffuso?

A queste domande si è cercato di rispondere attraverso la mappatura dei progetti, come si vedrà nel prossimo capitolo.