

SGUARDI E  
INCONTRI  
METICCI TRA  
OPERATORI E  
PERSONE IN  
MOVIMENTO

# I migranti e le sostanze psicoattive



**forumdroghe**  
ONLUS



COORDINAMENTO NAZIONALE  
COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA



Coordinamento Toscano Comunità d'Accoglienza

## FASCICOLO DI DOCUMENTAZIONE

i dossier di **fuoriluogo.it**

Summer School 2019 | Firenze, 5-6-7 settembre

Dossier a cura di Susanna Ronconi e Stefano Vecchio  
con la collaborazione di Hassan Bassi, Maria Stagnitta, Stefano Trovato  
Impaginazione a cura di Leonardo Fiorentini

Copyright 2019  
[www.fuoriluogo.it](http://www.fuoriluogo.it)  
Testi riproducibili citando la fonte

**Forum Droghe - CNCA - CTCA**

**Summer School 2019**

**Firenze, 5-6-7 settembre 2019 - Centro Studi CISL, via della Piazzola 71**

# I migranti e le sostanze psicoattive.

Sguardi e incontri meticcii tra operatori e persone in movimento

## Indice del fascicolo di documentazione

<b>Programma</b>	pag. 2
<b>Presentazione della Summer School 2019</b>	pag. 3
<b>Premessa</b>	pag. 5
<b>Sintesi degli interventi</b>	pag. 6
<b>Primo tema. Gli scenari</b>	
<b>Flussi e traiettorie delle migrazioni</b>	pag. 10
<b>Le norme</b>	pag. 17
<b>La condizione dei consumatori migranti. Focus sui diritti</b>	pag. 17
<b>Il TU 309/90 e migranti</b>	pag. 21
<b>Secondo tema. I modelli di consumo nel transito</b>	
<b>Scenari in alcuni paesi di origine</b>	pag. 30
<b>Studi internazionali</b>	pag. 44
<b>Italia. Consumi nel transito.</b> Sintesi dell'indagine sul consumo di sostanze tra i migranti.	pag. 48
<b>Il consumo di oppioidi sintetici da parte della popolazione richiedente asilo a Reggio Emilia.</b>	pag. 52
<b>Terzo tema. Welfare, migranti e droghe</b>	
<b>Il contributo dell'etnopsichiatria</b>	pag. 56
<b>Riflessioni su pratica etnoclinica e non-immigrati</b>	pag. 60
<b>L'accesso ai servizi di trattamento e rdd</b>	pag. 64
<b>Modelli di intervento, servizi innovativi e buone pratiche</b> Folias - Roma, Cooperativa Lotta all'Emarginazione - Como, Drop in ASL 1 - Napoli, Progetto Astra ASL - Torino, Unità di Prossimità - Reggio Emilia	pag. 66
<b>Strumenti per il monitoraggio e la valutazione</b>	pag. 79
<b>Quarto tema. Azioni di advocacy e campagne</b>	
<b>Campagna Io Accolgo</b>	pag. 82
<b>Tavolo Nazionale Asilo</b>	pag. 83
<b>Sitografia</b>	pag. 84

# Programma

## **Giovedì 5 settembre**

12.30 - 14.30 Arrivi e iscrizione. Buffet di benvenuto

14.30 - 15.00 Introduzione e presentazione. Stefano Vecchio, FD e Gabriella Mauri, CTCA

### **I^ Sessione: Il contesto. I flussi e le norme**

Introduce e coordina Stefano Trovato

15.30 - 15.50. Flussi e traiettorie delle migrazioni (Carlo Zagato, Coop. Porto Alegre)

15.50 - 16.10 La legislazione antimigranti da Minniti a Salvini (Anna Brambilla, ASGI)

16.10 - 16.30 I migranti e la legge 309 (Massimo Urzi, Antigone)

16.30 - 17.00 break

17.00 - 17.20 Le rotte dei consumi. Percorsi migranti e mercati delle droghe (Alessandro De Pascale)

17.20 - 18.30 Discussione

## **Venerdì 6 settembre**

### **II^ sessione. La condizione dei migranti. Diritti e diritto alla salute**

Introduce e coordina: Hassan Bassi

9.00 - 9.20 Hate speech e criminalizzazione dei migranti (Patrizia Meringolo, FD-Università Firenze)

9.20 - 9.40 Diritto alla salute e diritti sociali (Maurizio Marceca, SIMM)

9.40 - 10.00 Le ricadute della legge 309/90 e del carcere sulle carriere migranti (Sara Rolando – Eclectica)

10.00 - 10.20 L'accesso ai servizi per le dipendenze delle persone STP. Una ricerca nazionale (Maria Teresa Ninni – ASL Torino)

10.20 - 11.30 Gruppi di lavoro sull'accesso al sistema dei servizi (incluso break )

### **III ^ sessione. I modelli di consumo nel transito**

Introduce e coordina Susanna Ronconi.

11.30 - 11.50 Modelli di consumo delle persone richiedenti asilo (Stefano Bertoletti e Antonella Camposeragna, Forum Droghe e CNCA)

11.50 - 12.10 Rilevazione sui modelli di consumo in un SerD di Roma (Marina Ricci e Lucia Sarandrea, SerD via Fornovo ASL Roma 1)

12.10 - 12.40 Modelli di consumo migranti in Europa. Un osservatorio a Berlino (Ralf Köhnlein, Fixpunkt)

12.40 - 13.15 Discussione

13.15 - 14.30 Pranzo

### **IV^ Sessione. Migrazioni e Consumi di droghe. Gli sguardi dell'Antropologia e dell'Etnopsichiatria**

Introduce e coordina Stefano Vecchio

14.30 - 14.50 Lo sguardo antropologico verso l' altro: culture, ibridazioni, mediazione culturale e dispositivo etnopsichiatrico (Simone Spensieri, Centro F. Fanon)

14.50 - 15.10 "Etnopsichiatria delle dipendenze. Il dispositivo etnoclinico (Lelia Pisani, Centro Studi Sagara)

15.10 - 16.00 Dibattito

16.00 - 16.30 break

### **V^ Sessione Migrazioni e Consumi di droghe. Modelli di intervento**

Introduce e coordina: Matteo Iori

16.30 - 16.50 Outreach e rilevazione dei modelli di consumo (Luca Censi, Reggio Emilia )

16.50 - 17.10 Progetto Astra (Mirela Rau, ASL Torino )

17.10 - 17.30 "Casa Rupe": Sprar per titolari di protezione internazionale con consumo problematico di droghe (Claudia Iormetti, Bologna)

17.30 - 17.50 Drop in. Lavoro sulla linea di confine (Luigi De Matteis, ASL Napoli1)

17.50 - 18.30 Discussione

## **Sabato 7 settembre**

### **V^ Sessione Scenari del futuro prossimo e prospettive di intervento**

Coordina: Maria Stagnitta

9.00 - 10.45 Gruppi di lavoro sulle sfide e sull'innovazione nei sistemi di intervento (incluso break)

10.45 - 11.00 Distribuzione questionari ECM e di valutazione

11.00 - 12.00 Input dai gruppi di lavoro e discussione

12.00 - 13.00 Tavola rotonda e conclusioni. Stefano Vecchio (Forum Droghe), Riccardo De Facci (CNCA), Anna Brambilla (ASGI), Maurizio Marceca (SIMM)

13.00 Chiusura e pranzo

# Presentazione

Le migrazioni che hanno attraversato il nostro paese si sono incrociate con i fenomeni e le realtà sociali, politiche e culturali specifiche di quel momento storico. In questi incroci molteplici, i migranti provenienti da luoghi diversi e con diverse culture incontrano o re-incontrano le droghe in nuovi contesti. E incontrano le leggi, le proibizioni, le carcerazioni, i pregiudizi e i processi di stigmatizzazione che a loro volta si “ibridano” con le loro credenze culturali sulle droghe e le sostanze psicoattive.

## Modelli e stili di uso e consumo ibridati

La provenienza territoriale delle persone che migrano può avere una influenza particolare sugli stili di uso e consumo delle sostanze soprattutto in momenti di crisi, ad esempio del progetto migratorio. Persone migrate dai paesi dell’Est possono perdere il controllo dell’uso dell’alcol in una condizione di violento sradicamento e spaesamento. O altri migranti dell’Est possono intensificare l’uso endovena del metadone. O ancora può accadere che persone che provengono dai Paesi nei quali è interdetto dalle regole religiose l’uso di alcol e droghe iniziano invece a usarle in Italia, con tutta una serie di conseguenze sul piano sociale e culturale come ad esempio l’espulsione dalle loro comunità. Per tutti vale l’aggravante dell’interruzione delle relazioni con le famiglie dei Paesi di origine e, nello stesso tempo, la difficoltà ad accedere ai servizi pubblici italiani per le dipendenze e in generale, al welfare locale.

## Influenza centrale del setting: le leggi, le culture, i diritti

Queste difficoltà sono ulteriormente complicate da una normativa che, pur riconoscendo il diritto ad accedere al SSN sia per gli STP (Straniero Temporaneamente Presente) e che per gli ENI (Europeo Non Iscritto) e in particolare per i migranti tossicodipendenti, per i quali è previsto anche il ricorso alle Comunità terapeutiche, risulta recepita in modo disomogeneo e anche apertamente difforme da parte delle Regioni e dei servizi. Anche il mercato illegale delle droghe ne viene influenzato: spesso il migrante è utilizzato come la pedina da esporre nella riorganizzazione dei mercati, strumentalizzando la sua posizione di precarietà. Si può dire che l’unica istituzione che assicura un trattamento unitario sia l’istituzione penale, il carcere. Infatti le carceri italiane, “grazie” alle leggi italiane, sono per un terzo popolate da tossicodipendenti. Ed inoltre un terzo dei detenuti è composto da migranti spesso condannati per reati legati alla propria condizione di irregolarità.

In Italia da qualche anno vi è una forte stretta politica nei confronti dei migranti, che ha portato a ridurre drasticamente l’accoglienza in entrata e a generare nuove sofferenze per numerose persone già integrate nelle nostre città. In questa situazione, si sviluppano le condizioni per un nuovo razzismo più centrato sull’odio, la discriminazione, lo spregio, e la riproduzione di stigmi sempre più duri e iscritti indelebilmente nei corpi delle persone che migrano.

Queste diverse situazioni evidenziano una questione di base di negazione dei diritti umani dei migranti.

Tutti questi elementi di setting influenzano non solo l’opinione pubblica ma anche i nostri modi, di operatori pubblici e del terzo settore, di guardare un fenomeno complesso e pieno di articolazioni e intrecci sociali, economici e culturali.

## I Servizi incontrano i migranti

I Servizi formali italiani, i SerD e le CT e in particolare i servizi di Riduzione del Danno, compresi quelli a bassa soglia quali dormitori, centri diurni, mense, incontrano persone di diverse nazionalità, ma frequentemente l’approccio ripropone in modo meccanico il modello di risposte usato per gli italiani per cui, pur garantendo alcune

prestazioni di base, spesso trascurano le variabili culturali complesse che sono implicate nell'esperienza del consumo di droghe tra i migranti. In diversi contesti non vengono garantite nemmeno le prestazioni previste dalle leggi (come: l'affidamento dei farmaci o l'invio nelle CT). In altri casi, invece, vi sono dei tentativi interessanti, in particolare nell'ambito dei servizi di RDD, di affrontare le domande nuove e articolate che i migranti ci rivolgono.

### **Dialogare con l'etnopsichiatria**

Per approfondire le tematiche legate agli incontri tra servizi e migranti e arricchire i nostri orizzonti, risulta utile e ineludibile il confronto con la tradizione di studi e esperienze legati all'etnopsichiatria e all'etnopsicologia che hanno sviluppato una serie di pratiche e conoscenze utili ad ampliare il campo di osservazione per la nostra cultura e competenza professionale. Le pratiche di mediazione culturale, ad esempio, sono importanti in tutte le loro implicazioni che vanno oltre la traduzione letterale verso una vera e propria ricostruzione della dignità della lingua e delle diverse e intricate connessioni culturali rielaborate soggettivamente da ogni migrante.

E' utile allora promuovere un dialogo con queste discipline per provare a riascoltare quelle domande che i migranti ci rivolgono e spesso non comprendiamo in tutte le loro implicazioni.

### **Le aree tematiche**

Il focus del percorso formativo e del confronto privilegia le più recenti migrazioni in Italia, incluse le realtà che riguardano rifugiati, richiedenti asilo, nuove situazioni di marginalità ed esclusione dovute, anche, alle recenti innovazioni normative.

Queste le aree tematiche:

Lo scenario: la condizione migrante in Italia. Provenienze, flussi e traiettorie; diritti umani e diritti sociali alla luce dei recenti cambiamenti normativi; diritto alla salute e accesso ai servizi; legge 309/90 e migranti, le ricadute penali e penitenziarie.

I modelli di consumo. La ricerca sui modelli di consumo delle persone migranti in Italia e in Europa; modelli "dell'esodo", traiettorie migranti e mutamenti nei modelli di consumo; dati e studi dagli osservatori nazionali, formali e informali

La relazione. Cosa ci insegnano l'etnopsichiatria e l'etnopsicologia; la mediazione culturale nel campo della salute e delle droghe; modelli e approcci nella relazione e la sfida della multiculturalità

Gli interventi. Esperienze virtuose di sistemi di accesso al sistema dei servizi; modelli e esperienze di intervento negli ambiti della Riduzione del danno, del Trattamento e dell'inclusione sociale; esperienze del sistema pubblico / privato sociale nell'ambito penitenziario

Le prospettive politiche. Proposte e sinergie in cui intrecciare le diverse dimensioni della tutela e della promozione della condizione migrante e della riforma delle politiche sulle droghe.

## Premessa

# Il contributo dei nostri mondi alla diffusione di una nuova pratica e cultura dell'accoglienza e della convivenza nell'incontro con le migrazioni

Il fascicolo che presentiamo raccoglie contributi diversi grazie anche alla collaborazione di Antigone, ASGI, SIMM, Tavolo Nazionale Asilo, che provano a ricostruire i diversi elementi che compongono la realtà complessa del fenomeno delle migrazioni e i suoi intrecci a più livelli con i modelli di uso e consumo di sostanze psicoattive.

Il quadro che si compone è costituito da un insieme di documenti, scritti sulle diverse dimensioni, giuridiche, dei diritti, e scenari diversi, contributi del mondo dei servizi con la finalità di approfondire gli intrecci, le relazioni, le influenze reciproche tra questi diversi elementi e le prospettive politiche, la ricerca, gli orientamenti e le pratiche di intervento. In particolare si tratta di rileggere le diverse componenti di questo quadro articolato seguendo la logica di N. Zinberg, e cioè guardando il fattore "Drug" dal punto di vista del "Set" (le diverse variabili individuali, con attenzione particolare a significati e percezioni attribuiti al consumo di sostanze) e in particolare del "Setting" (gli elementi dinamici del contesto: dalle leggi, le culture, i pregiudizi, gli stigmi etc.) per riposizione il nostro sguardo.

La letteratura disponibile è prevalentemente limitata a evidenziare come la migrazione sia un fattore di rischio tout court per l'uso di droghe e solo in pochi casi, come ad esempio alcune ricerche riportate sul sito dell'EMCDDA, si danno informazioni sui diversi fattori, culturali, religiosi, legati al cambio della vita quotidiana, e alle influenze ai vari livelli sui modelli di uso e consumo delle sostanze psicoattive nel corso delle migrazioni.

Per quanto i servizi italiani risultano impegnati, coerentemente con la loro mission, soprattutto a garantire i livelli di assistenza (sanitari, sociali, STP etc.) e nello stesso tempo a osservare le nuove dimensioni culturali e sociali, si evidenziano alcune criticità legate alla limitata formazione e alla scarsa disponibilità di mediatori culturali.

Particolare attenzione è stata data al setting del paese ospitante, l'Italia, e alle leggi e ai cambiamenti che aumentano la dimensione espulsiva, provvisoria, marginale (considerate nelle ricerche come fattori di rischio) e spesso con ricorso al sistema penale. Segnaliamo alcuni elementi da approfondire per individuare le strategie per affrontarli:

- La scarsa o nulla presenza di ricerche sul campo secondo la metodologia qualitativa e etnografica. Lo studio, condotto attraverso questionari on line, su iniziativa dei promotori della Summer School di cui si trova qui un primo report, può essere un primo passo e la lettura dei risultati, per quanto limitati, offrire stimoli da sviluppare in una ricerca qualitativa più ampia. È un impegno che gli attori che si trovano riuniti alla Summer in un comune confronto potrebbero portare avanti nei prossimi mesi.

- L'attenzione limitata prestata alle relazioni complesse tra le culture di origine e quelle ospitanti intese come fattori dinamici nelle diverse espressioni anche legate alle diverse generazioni di migranti.

I tentativi di confronto con l'etnopsichiatria al fine di comprenderne lo statuto conoscitivo e i dispositivi di osservazione, clinici e di intervento più generali utili per recuperare orientamenti rispetto ai modelli di uso di droghe nelle migrazioni, in un confronto attivo soprattutto con la prospettiva della Riduzione del Danno, rappresentano un campo interessante per una antropologia socio-sanitaria degli usi e consumi di sostanze psicoattive.

Nella stessa direzione vanno i possibili interventi nella logica dell'empowerment seguendo, sostenendo e promuovendo le pratiche supporto tra pari.

# Sintesi degli interventi

## **Anna Brambilla – ASGI**

La linea di continuità esistente tra la L. 46/2017 (Minniti / Orlando) e la L. 132/2018 (Salvini) è chiara. Non solo. Per meglio comprendere la natura di questi interventi e il contesto in cui gli stessi si inseriscono occorrerebbe fare un balzo indietro, se non alla Legge Bossi-Fini, quanto meno ai cd. Pacchetti sicurezza del 2008 e del 2009.

In questo senso interessante è il confronto tra il commento fatto Livio Pepino in alcuni suoi interventi inerenti appunto i diversi interventi normativi.

C'è tuttavia una differenza tra il periodo 2008/2009 e quello attuale. Il nemico è sempre (anche) lo straniero ma, se nel 2008/2009, si trattava del migrante irregolare, del clandestino oggi si tratta del richiedente asilo, del profugo. Profugo, un termine insistente nel diritto ma con un significato potente come ben scriveva Hanna Arendt nel suo saggio intitolato proprio "Noi rifugiati".

La riforma Minniti / Orlando è intervenuta creando le sezioni specializzate e introducendo riforme processuali, ha eliminato il grado di appello e ha previsto la videoregistrazione dell'intervista, ha previsto una nuova ipotesi di cancellazione immediata della residenza (oggi abrogata) e rafforzato l'uso degli hotspot come dispositivi di controllo.

La riforma Salvini ha, come noto, abrogato la protezione umanitaria, introducendo nuove forme di protezione complementare, ha trasformato, destrutturandolo, il sistema di accoglienza, è intervenuto sul diritto alla residenza, sul trattenimento, sulle procedure per il riconoscimento della protezione internazionale, prevedendo tra l'altro connessioni sempre più forti tra "reati" e "protezione internazionale".

Lo straniero che non è nemico è al più tollerato, lo dimostra il carattere precario dei nuovi permessi di soggiorno, e chi è solidale viene criminalizzato dalle frontiere marittime a quelle alpine.

I centri di accoglienza che non chiudono si trasformano in istituzioni totali, in cui l'operatore diventa controllore e il responsabile della struttura è sempre più simile al direttore di un carcere. Il "fuori" è fatto di sindaci-sceriffi (le ordinanze del Pacchetto sicurezza del 2009 ma non solo) e di Prefetti che dispongono controlli ai pacchi che arrivano agli ospiti e istituiscono zone rosse.

In questo contesto non manca chi si solleva, si oppone anche con gli strumenti del diritto alla deriva. Giudici, operatori, semplici cittadini, migranti.

Gli effetti diretti e quelli collaterali di questi interventi sono tuttavia devastanti, non solo sui migranti ma anche su di noi, sull'intera società e necessitano, oggi più che mai, di un approccio olistico, a 360 gradi, e di un superamento delle categorie.

Un minore che da noi è "categorizzato" come minore straniero non accompagnato se collocato nel suo Paese d'origine potrebbe essere categorizzato come "bambino di strada". Come intervenire?

La violazione della norma penale, anche quella legata allo spaccio di stupefacenti, può portare non solo alla revoca delle misure di accoglienza ma anche al diniego della protezione internazionale. Come agire a tutela degli interessati?

Interrogativi aperti che necessitano di un confronto sempre più ampio e interconnesso.

## **Luigi De Matteis - SerD ASL Napoli**

Sono tre le principali dimensioni lungo le quali la vita degli utenti del Drop In si realizza e si svolge. Sono tre dimensioni che determinano il presentarsi di specifici aspetti che bisogna tener presente nel pensare, progettare e realizzare le attività del servizio.

Ci si riferisce all'essere senza dimora (e per lo più senza lavoro e in condizioni di estrema povertà), al fare uso (spesso abuso) di sostanze, e, nella stragrande maggioranza dei casi, nell'essere immigrati nel nostro paese con storie di migrazione più o meno lunghe e complesse.

In particolare rispetto a quest'ultima dimensione il drop in si costituisce come il luogo nel quale, a partire dalle varie culture di origine, si offre lo spazio per operare una riflessione



(individualmente e in gruppo) sui percorsi migratori e sul senso (personale e collettivo) dell'esperienza vissuta (emarginazione, razzismo, stigma).

Sebbene il drop in nasca, infatti, come luogo di accoglienza a bassissima soglia finalizzato a facilitare l'accesso a servizi essenziali che garantiscano condizioni basilari di dignità a chi comunque vive situazioni di emarginazione, esso è pensato anche come luogo di riflessione e di sperimentazione di modalità relazionali e di pratiche di vita diverse da quelle della strada, volte al recupero del senso collettivo della condizione di emarginazione vissuta. In questo senso le dimensioni cui si accennava acquistano rilievo fondamentale nel costituirsi come il campo nel quale tali possibilità trasformative possono realizzarsi. In tal modo appare possibile immaginare il drop in non solo come luogo con funzioni di tipo assistenziale ma come spazio nel quale acquisire, da parte dell'utenza, maggiore consapevolezza dei propri diritti e creare le condizioni per organizzare specifiche azioni volte al raggiungimento di tali diritti.

Il lavoro presentato, oltre ad illustrare le attività svolte presso la struttura, farà riferimento a tale dimensione del lavoro, sottolineandone in particolare le difficoltà e le riflessioni che da queste sono emerse.

### **Ralf Köhnlein, Fixpunkt e. V., Berlino**

L'intervento presenta le pratiche innovative mirate a gruppi specifici di persone migranti, con particolare attenzione alle persone provenienti dall'Africa orientale che si concentrano nella zona di Görlitzer Park, a Berlino.

Görlitzer Park, a Kreuzberg, è una nota zona pubblica di ritrovo della città, e soprattutto il luogo dove si incontra la comunità dei rifugiati africani. Il parco e gli attori locali si confrontano con la realtà delle migrazioni, del consumo di droga e le relative politiche locali, e con fenomeni di gentrificazione, tutto concentrato in uno spazio relativamente ristretto. Il lavoro di strada e i servizi a bassa soglia sono la prima e spesso l'unica offerta di servizi di cui dispongono i rifugiati che fanno uso di sostanze psicoattive e sono a rischio dipendenza o rischiano di contrarre malattie infettive quali HCV e HIV. Fixpunkt gestisce due unità mobili, una sanitaria e una per il contatto e il counselling, che operano regolarmente nel parco.

La presentazione include una analisi del contesto di provenienza e delle motivazioni dei migranti della comunità africana, e dei loro modelli e stili di consumo. Essendo un progetto soprattutto mirato all'intervento concreto, il focus sarà principalmente sull'implementazione di modalità di sostegno nella prospettiva della riduzione del danno.

### **Claudia Iormetti - Open Group, Casa Rupe**

Presentazione del primo progetto di intervento rivolto al target di titolari di protezione internazionale con consumo problematico di sostanze e dipendenza. Nella presentazione verrà illustrata: la genesi del progetto, il sistema di servizi in cui è inserito, le principali sfide e i dispositivi in atto. Il modello adottato rappresenta un prototipo, un modello in cambiamento volto alla definizione di un sistema integrato capace di rispondere, in modo efficace e sostenibile, alle istanze portate da questo target specifico. Il progetto si inserisce all'interno di un sistema locale strutturato e complesso, quello degli Sprar (Siproimi) del territorio bolognese, che dal 2004 aderiscono alla rete nazionale. Il progetto Casa Rupe nasce all'interno del sistema per rispondere all'esigenza di supportare i percorsi anche attraverso un intervento specifico sulle sostanze fenomeno, questo, sempre più sentito all'interno delle strutture. Il progetto appare, nella sua forma attuale, come uno spazio di accoglienza e intervento temporaneo complementare e integrativo rispetto al sistema ordinario. La presentazione ha l'obiettivo di mettere in rete possibili tipologie di intervento e condividerne le traiettorie per un progetto per il quale vanno costruiti nuovi ambiti di conoscenza, nuove competenze e nuove pratiche.

### **Maria Teresa Ninni – ASL Città di Torino**

Il lavoro di ricerca che abbiamo realizzato nasce all'interno del Dipartimento Dipendenze dell'Asl Città di Torino. I presupposti della ricerca che presentiamo sono legati alle

diverse difficoltà che spesso si incontrano in merito all'applicazione dei diritti di cura fondamentali, per gli stranieri sia regolarmente che irregolarmente presenti sul territorio. Il nostro intento principale è stato quello di poter conoscere, a livello nazionale, i servizi e i relativi interventi dedicati a questa tipologia di utenza.

La nostra idea nasce dal lavoro quotidiano all'interno di un servizio di bassa soglia (Drop In) che storicamente si confronta con la marginalità più estrema come ad esempio quella delle persone immigrate prive di regolare permesso di soggiorno. Non a caso anche il progetto A.Stra. (Assistenza Stranieri) nasce all'interno del servizio di bassa soglia per lavorare esclusivamente con questa tipologia di utenza.

Abbiamo strutturato un breve questionario online a risposta chiusa che comprende le tematiche più rilevanti su questo argomento (accesso ai servizi, inserimento in comunità, erogazione della terapia sostitutiva, utilizzo della mediazione interculturale). Il questionario è stato inviato ai servizi pubblici per le dipendenze dei principali capoluoghi di provincia di tutte le regioni italiane.

Siamo riusciti ad ottenere 51 risposte rappresentative di tutte le regioni italiane e, nonostante le difficoltà di raggiungere tutti i servizi che avremmo voluto coinvolgere, pensiamo che i risultati di questo lavoro possano servire da punto di partenza per un confronto sulle varie modalità di intervento e per lo scambio di buone pratiche.

### **Sara Rolando – Eclectica**

Il contributo si basa sui report nazionali prodotti nell'ambito del progetto EPPIC – Exchanging Prevention Practices on Polydrug Use Among Youth in Criminal Justice Systems (<https://www.eppic-project.eu>) e su un articolo di recente pubblicazione (Rolando & Beccaria 2019\*). Lo scopo generale del progetto EPPIC è quello di raccogliere informazioni, identificare e scambiare buone pratiche di prevenzione del consumo di sostanze tra i giovani in contatto con il sistema di giustizia penale. A tale scopo sono state fatte: 1) un'indagine rivolta ai professionisti finalizzata a delineare una mappatura delle esperienze di prevenzione e ad approfondire alcune esperienze innovative; 2) una ricerca sulle traiettorie di consumo dei giovani attraverso interviste qualitative individuali.

Il target del progetto EPPIC sono i minori e i giovani adulti (under 25), consumatori di sostanze illegali finiti nel sistema giudiziario penale, non necessariamente a causa del consumo. Si tratta dunque di giovani che stanno scontando la loro pena in carcere o in misura alternativa. Specchio della situazione generale italiana che vede una sovra rappresentazione degli stranieri (sia minori che adulti) nel sistema penale (Mosconi 2010; Vianello 2012), nonostante gli stranieri non fossero il target specifico del progetto EPPIC, erano ben rappresentati nel nostro campione, essendo circa la metà degli intervistati.

L'analisi delle traiettorie di consumo ha permesso di approfondire, da un lato, il rapporto tra uso di sostanze e condotte criminali – un tema a lungo dibattuto in letteratura ma con evidenti limiti dovuti alle specificità dei campioni di riferimento e del periodo storico in cui la maggior parte delle evidenze sono state prodotte (Allen, 2007; Laidler, 2016). Dall'altro lato, ha messo in evidenza come gli immigrati – e in particolare quelli illegali – costituiscano un cluster specifico del target sotto-osservazione, caratterizzato da fattori di rischio e “momenti critici” peculiari.

La prospettiva delle traiettorie ha reso espliciti in questo modo i limiti della normativa e del sistema penale italiano, che, insieme alle condizioni sociali e strutturali del nostro paese, finiscono per determinare un circolo vizioso che, a sua volta, rinforza le disuguaglianze sociali, sia in termini di opportunità di cura che di reinserimento sociale.

La presentazione si focalizzerà dunque sulle specificità delle traiettorie di consumo di un gruppo di giovani immigrati intervistati nell'ambito del sistema penale (prevalentemente in carcere, minorile e per adulti) al fine di analizzare fattori individuali, sociali, normativi e istituzionali che impattano sia sull'uso di sostanze che sulla commissione di reati.

\*Beccaria, F., & Rolando, S. (2019). The role of critical moments in young offenders' drug-using trajectories. *Drugs and Alcohol Today*.

**Primo tema. Gli scenari**  
**Il contesto italiano.**

## Flussi e traiettorie delle migrazioni

Carlo Zagato, Cooperativa Sociale Porto Alegre

---

### Note ai dati statistici

Il 2018 è stato l'anno del blocco italiano degli sbarchi, attuato dal Governo Conti con azioni su tre fronti: le trattative con le autorità libiche per il contenimento delle partenze, il freno alle Ong presenti nel Mediterraneo e la sostanziale chiusura dei porti italiani. Una politica che, almeno per i primi due elementi, trova delle analogie in quella già attuata dal precedente Governo Gentiloni a partire dall'estate 2017<sup>1</sup>.

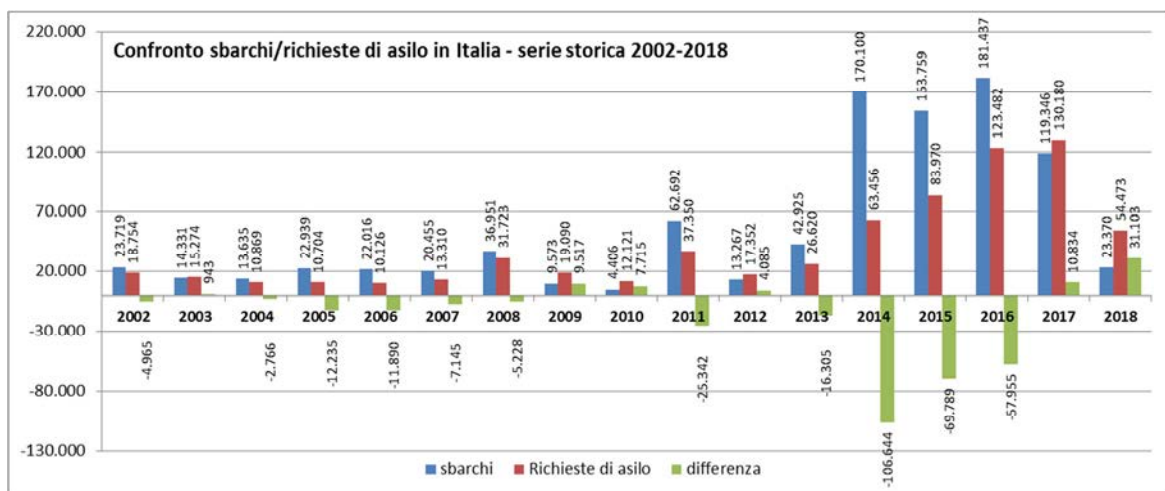
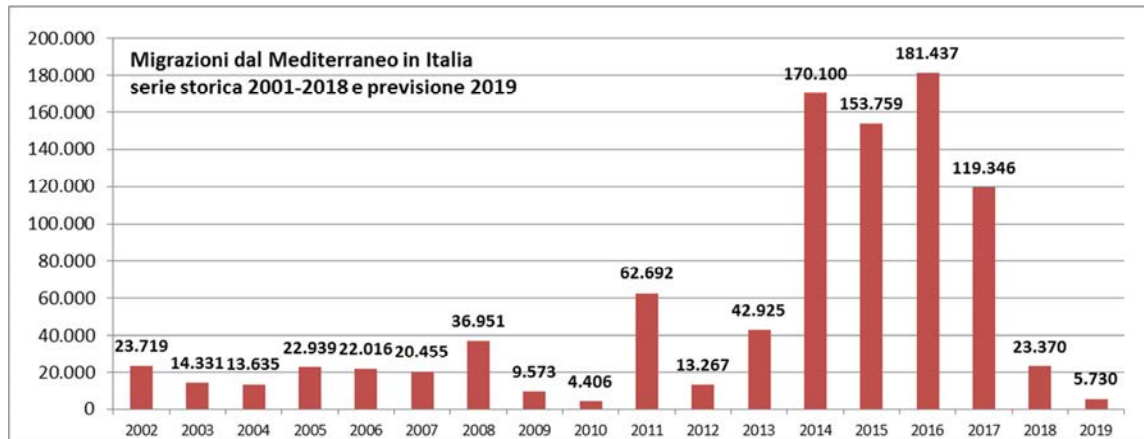
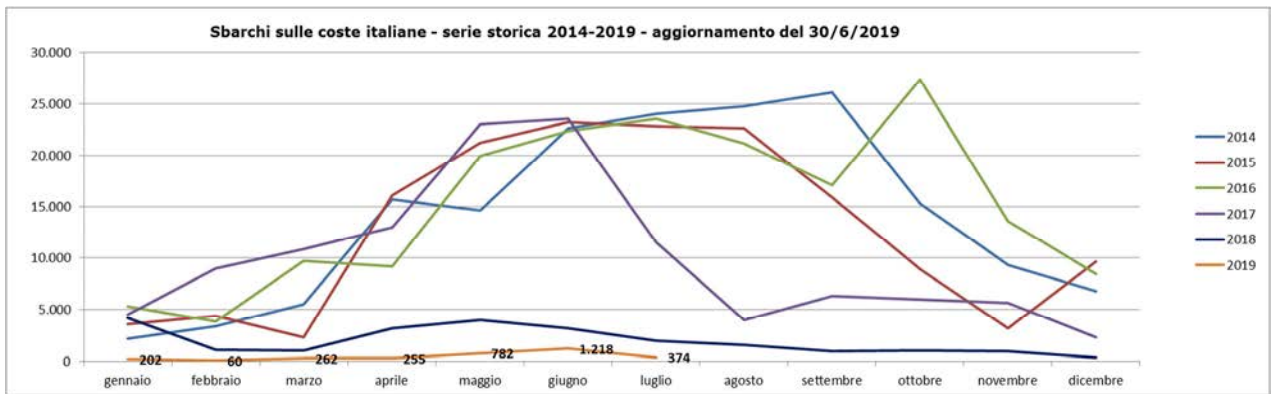
Il risultato, in termini di ingressi nel Paese, è stato il crollo degli sbarchi, scesi nel 2018 a poco più di 23mila dopo i picchi registrati dal 2014, attestandosi sui valori registrati nei primi anni Zero, ovvero precedenti la crisi libica e degli altri paesi del Mediterraneo. Una politica che, resa ancora più aggressiva nel 2019 dal Governo Conte, ha portato a meno di 3mila arrivi nei primi sei mesi dell'anno, con una previsione di scendere sotto il tetto dei 10mila nel dato annuale.

Nel 2018 alla riduzione degli sbarchi è seguita anche la diminuzione delle domande di asilo, meno della metà rispetto al valore del 2017 ma più del doppio degli arrivi via mare, dato determinato dallo scarto temporale della loro registrazione (dovuto ai tempi burocratici di deposito formale della richiesta) ma anche dalla presenza di persone arrivate attraverso rotte di terra e sbarchi non registrati o già presenti nel Paese, come nel caso di ucraini e marocchini. È, quest'ultimo, un elemento nuovo rispetto al passato quando, di norma, lo scarto tra le domande e gli sbarchi era tradizionalmente negativo per l'incidenza di migranti in transito (tra i 150/200mila nel triennio 2014/2016) e di persone che, non rientrando tra i potenziali destinatari di una misura di protezione, attendevano la regolarizzazione con sanatorie o decreti flussi.

Il Ministero dell'interno, in ogni caso, non fornisce dati sugli arrivi via terra, non censiti anche da parte di altre banche dati. Lo stesso Ministero ha interrotto l'aggiornamento sulle richieste di asilo, i cui dati sono fermi a febbraio 2019.

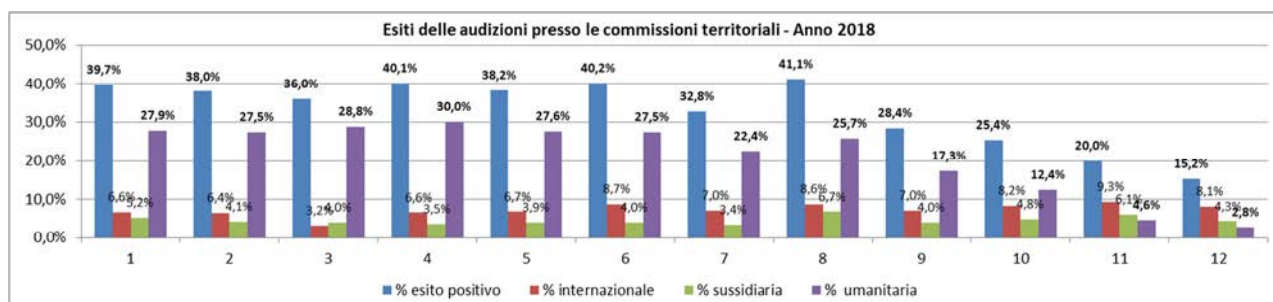
---

<sup>1</sup> I primi accordi formali risalgono al mese di febbraio 2017, con la firma del "Memorandum d'intesa sulla cooperazione nel campo dello sviluppo, del contrasto all'immigrazione illegale, al traffico di esseri umani, al contrabbando e sul rafforzamento della sicurezza delle frontiere tra lo Stato della Libia e la Repubblica Italiana", siglato con il Governo di Riconciliazione Nazionale dello Stato di Libia presieduto da Fayed Mustafa Serraj  
<http://www.governo.it/sites/governo.it/files/Libia.pdf>



Il 2018 è stato anche l'anno del Decreto sicurezza e immigrazione, i cui effetti si stanno osservando soprattutto nel corso del 2019 ma con riflessi visti già nel corso dell'autunno

scorso. Su tutti, il crollo del riconoscimento della protezione umanitaria da parte delle commissioni territoriali, scesa da una media consolidata prossima al 30% delle domande valutate, al 2,8% registrato nel mese di dicembre: una sorta di adattamento preventivo alle nuove norme. In merito va ricordato che, con una procedura anomala, il Ministero dell'Interno già l'estate scorsa aveva invitato i commissari ad una diversa valutazione delle protezione umanitaria<sup>2</sup> e che nei mesi della sua progressiva riduzione le decisioni erano relative ad audizioni svolte precedentemente il decreto.



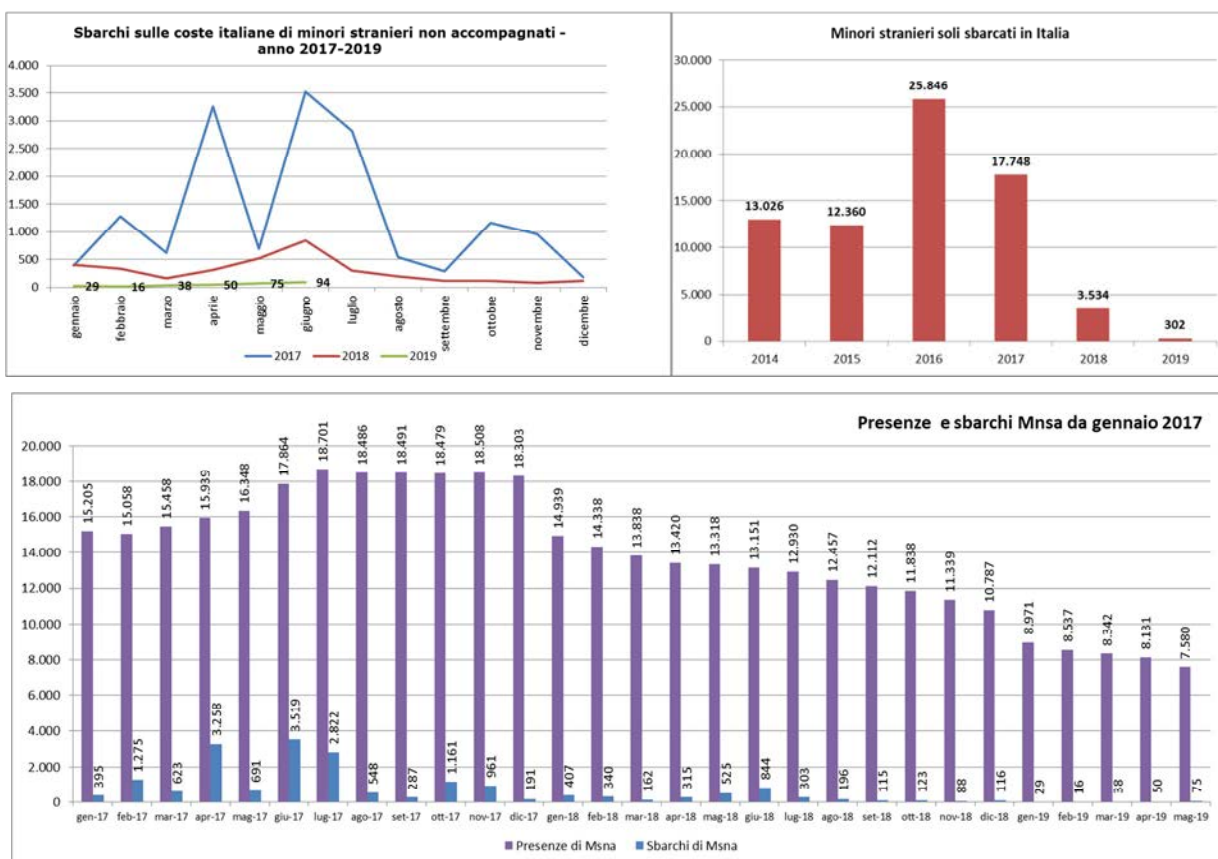
L'analisi delle richieste d'asilo nel nostro Paese non può essere fatta senza allargare la riflessione all'intero impianto normativo sull'immigrazione. In Italia, infatti, vige un sistema di ingresso per lavoro su flussi preordinati che non ha mai funzionato realmente ed è esposto al rischio di speculazioni e sfruttamento. I risultati, in sintesi, sono una strutturale disconnessione dai tempi del mercato del lavoro, il ricorso periodico a procedure di sanatoria e la progressiva elezione della richiesta di asilo come pratica di regolarizzazione. Quest'ultima opzione, inoltre, pur se incerta nell'esito finale, non costa nulla e può anche dare diritto a misure di accoglienza.

Come per gli adulti, anche il dato sui minori stranieri soli è calato rispetto ai valori degli anni precedenti. Nel 2018, tra le persone arrivate attraverso il Mediterraneo, i minori soli sono stati 3.534 contro gli oltre 17mila arrivati nel 2017. Meno ancora quelli registrati nel 2019, poco più di trecento nel primo semestre. Un dato che, come nel caso degli adulti, non tiene conto di quanti arrivano per tratte meno controllate ma indicativo di una linea di tendenza generale.

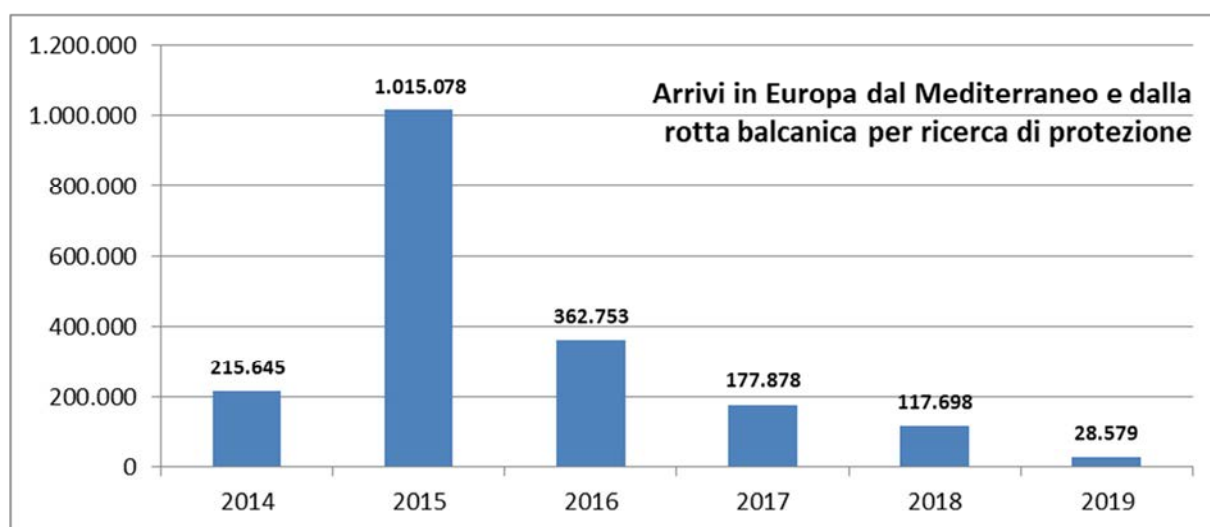
Una linea confermata dai dati sull'accoglienza, con la riduzione dei minori soli inseriti nel sistema di accoglienza dagli oltre 18mila registrati alla fine dell'estate del 2017 ai poco più di 7mila presenti alla fine di maggio 2019.

<sup>2</sup> Con la Circolare del Ministero dell'Interno del 4 luglio 2018 le Commissioni territoriali erano state invitate a valutare le richieste di protezione con "rigorosità dell'esame delle circostanze di vulnerabilità degne di tutela che, ovviamente, non possono essere riconducibili a mere e generiche condizioni di difficoltà". Nella stessa Circolare, scritta in prima persona, il Ministro si rivolge ai commissari scrivendo "confido, dunque, nella massima attenzione delle Commissioni e Sezioni Territoriali per l'esercizio, improntato al più assoluto rigore e scrupolosità, di una funzione che si presenta essenziale nel più ampio contesto di gestione del fenomeno migratorio, a salvaguardia degli interessi primari della collettività oltre che dei diritti dei richiedenti.

[http://www.interno.gov.it/sites/default/files/circolare\\_tutela\\_umanitaria.pdf](http://www.interno.gov.it/sites/default/files/circolare_tutela_umanitaria.pdf)



Quanto avvenuto in Italia ha riflessi anche negli altri paesi europei, con un incremento dei flussi di ingresso in Spagna e Grecia è una sostanziale riduzione rispetto a quanto avvenuto negli ultimi anni. La chiusura della cosiddetta rotta balcanica e la contrazione di quella mediterranea hanno portato ad una forte riduzione degli ingressi per ricerca di protezione nel continente europeo.



Le politiche di controllo rigoroso delle frontiere e di contrasto dell'immigrazione, appaiono in linea con l'agenda politica governativa e con il sentire comune di larga parte della popolazione

italiana. Le azioni più aggressive, come quelle fatte per bloccare l'accesso alle imbarcazioni delle Ong o i respingimenti verso la Libia attuati tramite i pattugliatori libici, appaiono essere gradite nei sondaggi, con punte prossime al 60% degli intervistati, percentuali che si accentuano tra le persone che dichiarano di aver votato per i partiti del centrodestra ma presenti in misura rilevante anche tra gli elettori del centrosinistra.

Per larga parte della popolazione italiana, in altre parole, l'immigrazione era e resta un problema, ovvero una minaccia per la sicurezza nazionale e individuale.

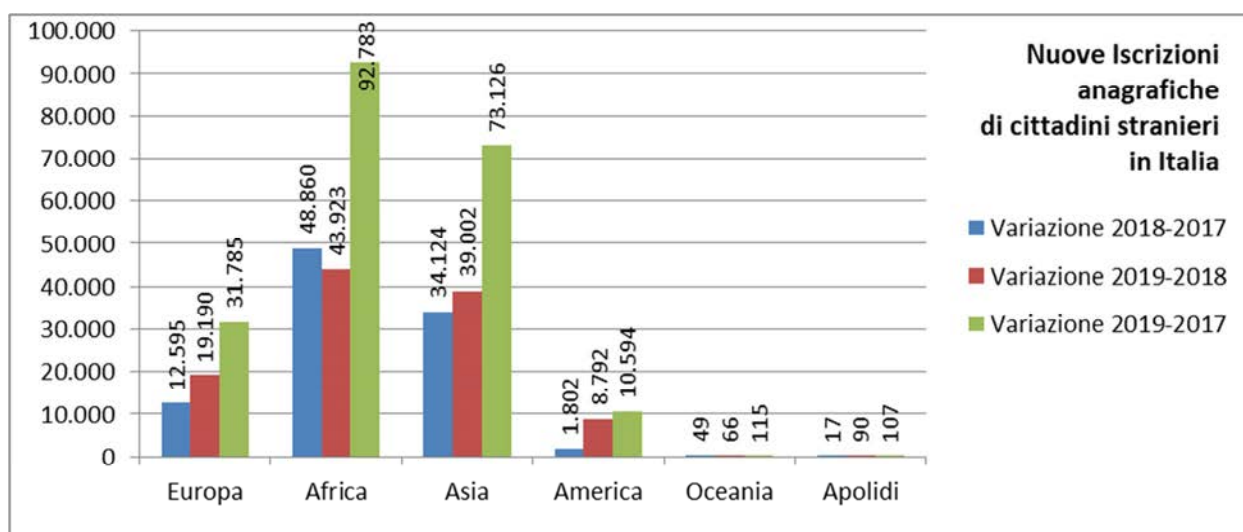
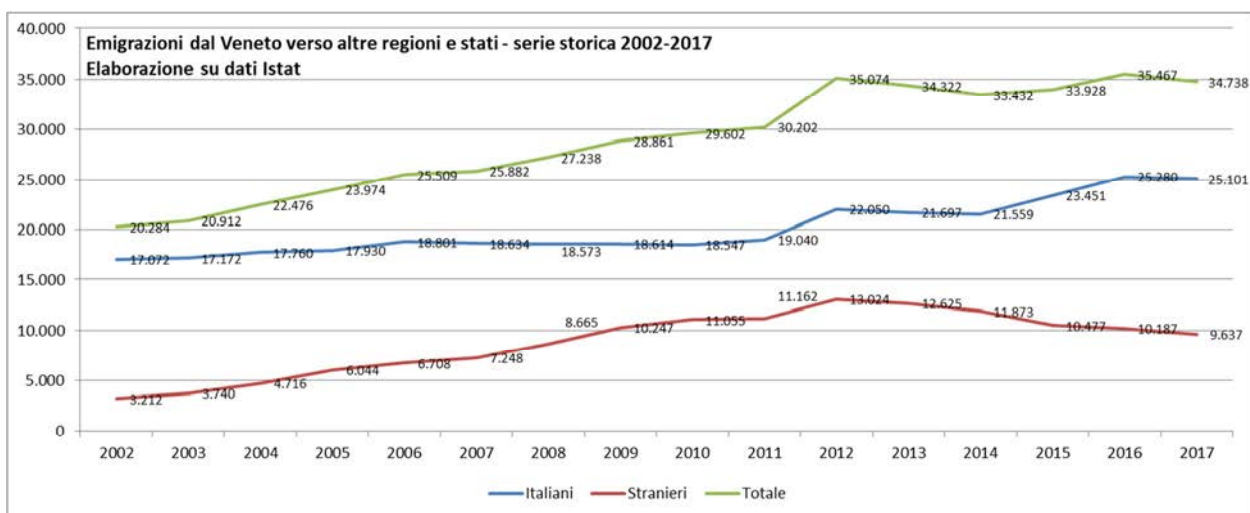
Nello stesso tempo, ciò che avviene alle persone migranti è un processo di lenta e progressiva spersonalizzazione, attuata anche con etichettature linguistiche (profughi e clandestini) che non lasciano spazio alle storie personali. Questa evoluzione è anche alla base di un'altra dinamica sociale, quella che ci consente di diventare disumani senza tuttavia riconoscerlo, assuefacendoci alle tragedie dei migranti e diventando indifferenti alle persone bloccate sulla navi davanti ai porti come a quelle lasciate affogare nel Mediterraneo.

Questo approccio di forte contrasto dell'immigrazione, dall'alta resa in termini di consenso politico, è difficile da comprendere se si considera la dipendenza del nostro Paese, sotto il profilo demografico ed economico, nei confronti degli stranieri e la bassa appetibilità che rischiamo di avere nei loro confronti.

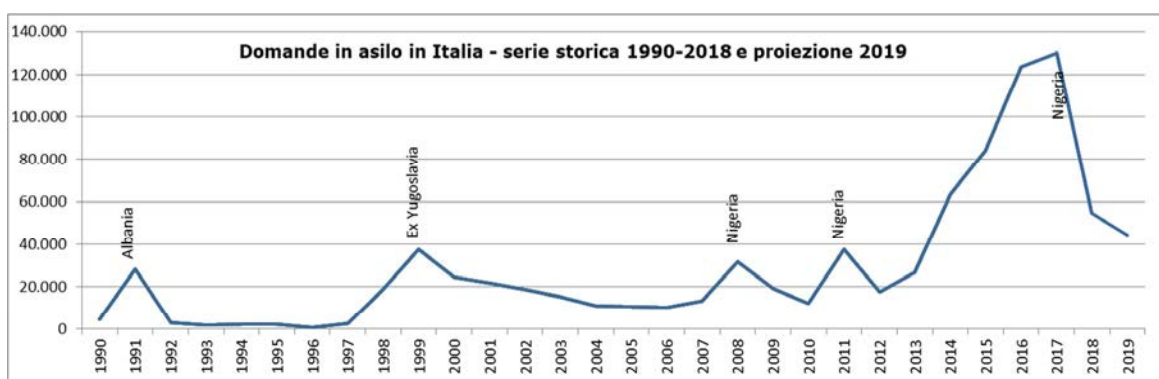
Già da alcuni anni la popolazione straniera, diversamente da quanto percepito, non solo non cresce come è avvenuto nel nostro Paese per oltre venti anni, ma ha iniziato a registrare elementi di flessione, soprattutto nelle regioni del Nord, ovvero quelle dove la correlazione con il sistema produttivo è più forte. Un fenomeno che si incrocia pericolosamente con quello, a sua volta poco percepito, se non sottovalutato, dell'emigrazione verso l'estero di persone residenti in Italia.

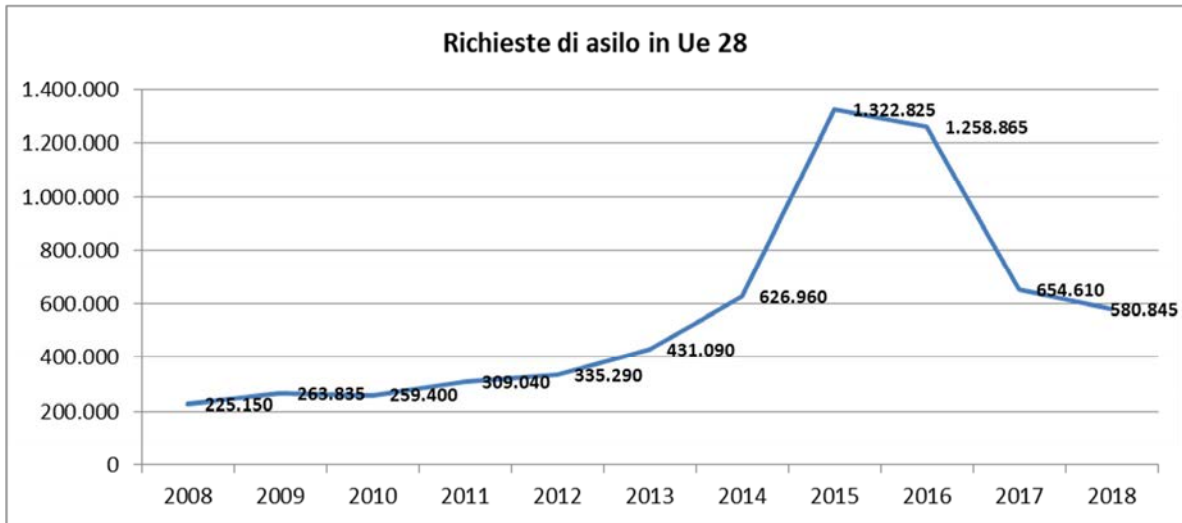
In Veneto, a titolo di esempio, la popolazione straniera è scesa di 26mila unità tra il 2014 e il 2017, riprendendo a crescere nel 2018 in virtù dell'incremento della comunità romena e delle iscrizioni anagrafiche dei richiedenti asilo accolti nelle strutture regionali. Nello stesso triennio, oltre 100mila persone hanno trasferito la propria residenza dal Veneto verso altre regioni o verso l'estero. Un campione, quest'ultimo, composto prevalentemente di persone sotto i quaranta anni, un terzo dei quali stranieri.



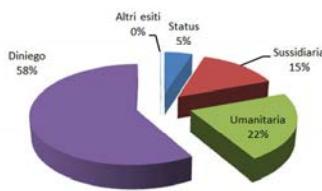


La sempre più forte correlazione tra immigrati di primo ingresso e richieste di protezione ha portato ad azioni volte alla riduzione dei titoli rilasciati, pratica osservata soprattutto nel nostro Paese con la stretta tipizzazione della protezione umanitaria nei cosiddetti casi speciali. Un primo effetto è la caduta verticale degli esiti positivi presso le commissioni territoriali, passati da una media consolidata del 40% al 17% registrato nel 2019.





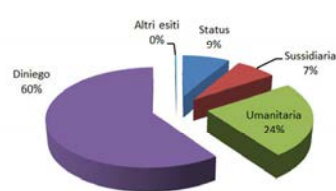
Esiti richieste esaminate - Anno 2015



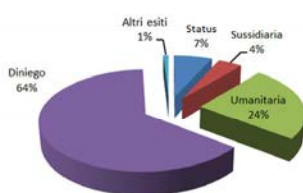
Esiti richieste esaminate - Anno 2016



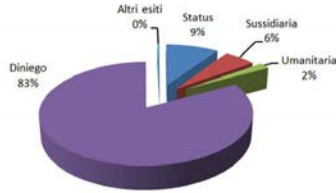
Esiti richieste esaminate - Anno 2017



Esiti richieste esaminate - Anno 2018



Esiti richieste esaminate - Anno 2019



# Le norme

DECRETO-LEGGE 17 febbraio 2017, n. 13 (Minniti)  
[www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/02/17/17G00026/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/02/17/17G00026/sg)

DECRETO-LEGGE 4 ottobre 2018, n. 113, (Salvini)  
[www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/10/04/18G00140/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/10/04/18G00140/sg)

DECRETO-LEGGE 14 giugno 2019, n. 53 (Salvini)  
[www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/06/14/19G00063/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/06/14/19G00063/sg)

Per una analisi critica del decreto 113/2018 (legge n.132/2018): I profili di illegittimità costituzionale del Decreto Salvini, a cura di Gennaro Santoro, edito da CILD,  
[cild.eu/wp-content/uploads/2019/05/E-book-Salvini\\_-Export\\_V11.pdf](http://cild.eu/wp-content/uploads/2019/05/E-book-Salvini_-Export_V11.pdf)

Una lettura critica del decreto n. 53/ 2019 è proposta dall'analisi di Stefano Zirulia, Decreto sicurezza bis. Novità e profili critici, in  
[www.penalecontemporaneo.it/d/6738-decreto-sicurezza-bis-novita-e-profilo-critici](http://www.penalecontemporaneo.it/d/6738-decreto-sicurezza-bis-novita-e-profilo-critici)

## La proposta di riforma dell'ASGI.

Nel 2017 l'ASGI ha elaborato e proposto un nuovo Manifesto (dopo quello presentato nel 2013), "Programma di Riforma delle norme italiane in materia di diritto dell'immigrazione, asilo e cittadinanza". Le premesse dell'ASGI alla proposta:

"È indispensabile aspirare a un modello basato sulla libera circolazione delle persone, che rappresenta la giusta risposta alle istanze democratiche egualitarie su cui si fondano tutte le moderne democrazie del mondo.

L'UE deve abbandonare l'attuale politica di chiusura nei confronti delle migrazioni economiche, così come da ultimo sintetizzata nella agenda europea del maggio 2015.

Al contempo, l'Unione europea e ogni singolo Stato devono interrompere le politiche di finanziamento di quei Paesi nei quali vi sono seri indizi di violazione delle libertà e dei diritti umani, secondo i principi costituzionali.

Il progressivo raggiungimento di un modello basato sulla libera circolazione consentirebbe, tra l'altro, la naturale contrazione della richiesta di protezione internazionale. Ma, soprattutto, gradualmente contribuirebbe in modo determinante all'affermazione di politiche economiche internazionali più eque che circoscrivano il perpetrarsi delle cause principali dei grandi flussi migratori: radicali impoverimenti di Paesi politicamente più fragili, conflitti nazionali e internazionali etero-determinati da forze economiche straniere e catastrofi ambientali conseguenti a uno sconsiderato sfruttamento delle risorse da parte di multinazionali.

L'Italia, nei limiti di autonomia consentiti dal diritto europeo, può e deve rappresentare uno stimolo per l'intera Unione europea nella direzione sopra descritta.

Il testo integrale: [www.asgi.it/wp-content/uploads/2017/02/Manifesto-ASGI.pdf](http://www.asgi.it/wp-content/uploads/2017/02/Manifesto-ASGI.pdf)

# La condizione dei consumatori migranti. Focus sui diritti

I decreti sicurezza. Le ricadute sociali e sulla salute

## I decreti e l'anagrafe, porta stretta per l'accesso al welfare

CILD – Coalizione italiana libertà e diritti civili, nel booklet Anagrafe e diritti: cosa cambia col decreto Salvini analizza le ricadute dei decreti sull'iscrizione anagrafica, preconditione per l'accesso ai servizi e per molti diritti.

[cild.eu/blog/2019/01/18/know-your-rights-la-nostra-nuova-guida-sulliscrizione-anagrafica/](http://cild.eu/blog/2019/01/18/know-your-rights-la-nostra-nuova-guida-sulliscrizione-anagrafica/)

## **I decreti e la salute**

Sulle ricadute negative dei decreti sicurezza sulla salute dei migranti e dei richiedenti asilo fa chiarezza la **Lettera aperta – “Decreto Immigrazione e Sicurezza e sue implicazioni per la salute** di Centro Astalli, Emergency, INTERSOS, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Medici contro la Tortura, Médecins du Monde, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere, inviata ai decisori politici il 25 ottobre 2018

*Alla cortese attenzione di: Presidenti dei Gruppi Parlamentari di Camera dei Deputati e Senato della Repubblica e, per conoscenza: Presidente della Camera dei Deputati, On.le Roberto Fico Presidente del Senato, Sen. Maria Elisabetta Alberti Casellati Ministro dell'Interno, On.le Matteo Salvini Ministra della Salute, On.le Giulia Grillo,*

*Gentili Presidenti,*

*in rappresentanza delle principali organizzazioni medico-umanitarie italiane impegnate sui temi delle migrazioni e dell'asilo, vi scriviamo con riferimento al decreto n. 113 “Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata”, approvato dal Consiglio dei Ministri il 24 settembre u.s. e attualmente all'esame del Parlamento per la sua conversione in legge.*

*Molte organizzazioni esperte in materia, hanno già sottolineato rilevanti criticità dell'impianto generale del Decreto . Con la presente, vorremmo soffermarci con maggiore dettaglio sulle implicazioni del provvedimento per il diritto alla salute, ricordando come questo non venga assicurato solo tramite un pieno accesso ai servizi sanitari, ma anche e soprattutto mediante la tutela dei determinanti sociali della salute come casa, reddito, istruzione, ambiente di vita e di lavoro.*

*Il primo articolo del Decreto prevede l'abrogazione del permesso di soggiorno per motivi umanitari, che veniva concesso nei casi in cui - pur in assenza degli estremi per il riconoscimento dell'asilo o della protezione sussidiaria - ricorrevano seri motivi, in particolare di carattere umanitario o risultanti da obblighi costituzionali o internazionali dello Stato italiano, tali da determinare la protezione della persona. Negli anni, la convertibilità dei permessi di soggiorno umanitari in permessi di lavoro ha favorito l'inserimento socio-economico di migliaia di persone, consentendone la regolarizzazione. In base alla nostra esperienza, possiamo affermare che l'abrogazione della protezione umanitaria porterà un maggiore tasso di irregolarità, correlato a un maggiore vulnerabilità in termini di salute (lo status giuridico, connesso strettamente alla fruibilità dei diritti economici e sociali oltre che civili, è un importante determinante di salute).*

*Il Decreto prevede di sostituire il permesso di soggiorno per motivi umanitari con 3 differenti tipologie di permessi di soggiorno per “casi speciali”: 1) vittime di violenza domestica o grave sfruttamento lavorativo; 2) persone che necessitano di cure mediche per “condizioni di salute di eccezionale gravità” ovvero che, affette da gravi patologie, non possono essere adeguatamente curate nel Paese di origine o di provenienza; 3) persone che provengono da un Paese che si trova in una situazione temporanea di 2 “contingente ed eccezionale calamità”. A queste si aggiunge un quarto tipo di permesso rivolto a coloro che si distingueranno per “atti di particolare valore civile”. Questi nuovi permessi, che hanno una minore durata (6 mesi o 1 anno), limitano la possibilità di accedere alle prestazioni di assistenza sociale destinate ai titolari di permessi di soggiorno di almeno un anno (art 41 D. LGS 286/1998), così come agli alloggi di edilizia residenziale pubblica garantiti a chi ha permessi di soggiorno di almeno due anni (art 42 D. LGS 286/1998). Inoltre, non prevedendo la convertibilità in permessi di soggiorno per lavoro, ostacolano i processi di integrazione sul territorio. A ciò deve aggiungersi che l'attuale formulazione del testo non specifica se questi*

nuovi permessi di soggiorno permettano l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come invece garantiva il permesso per motivi umanitari. Si prefigura quindi il rischio che un numero consistente di persone possa ricorrere solo alle cure mediche urgenti ed essenziali, ambulatoriali od ospedaliere previste dall'art. 35 D. LGS 286/1998, con illegittimità costituzionali per l'irragionevole restrizione, in violazione dell'art. 3 della Costituzione e dell'attuazione piena dell'accesso al diritto alla salute previsto dall'art. 32 della Costituzione.

Con riferimento al permesso di salute per cure mediche, si osservano due ulteriori criticità. La prima riguarda il rischio che questo venga essere erroneamente accostato a quello previsto dall'art. 36 D. LGS 286/1998, che esclude la possibilità di iscrizione al SSN e prevede la copertura economica da parte della persona dell'intero costo delle cure. La seconda è l'incertezza rispetto a chi abbia titolo per definire l'eccezionale gravità e produrre l'idonea certificazione sanitaria che motivi il rilascio di tale permesso di soggiorno, nonché rispetto a quali siano i requisiti diagnostici, con il rischio di una lettura arbitraria e potenzialmente restrittiva, non inclusiva delle condizioni cronico-degenerative che – in coerenza con il panorama epidemiologico – costituiscono una parte significativa del carico di malattia.

Altrettanto preoccupante è la riforma del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (Sprar), che sarà destinato esclusivamente alle persone titolari di protezione internazionale e dei nuovi permessi di soggiorno per casi speciali, nonché ai minori stranieri non accompagnati. Le persone richiedenti asilo non saranno più ammesse alle pratiche di formazione e inserimento socio lavorativo che hanno caratterizzato tale modalità di accoglienza, considerata un modello virtuoso in tutta Europa. La permanenza delle persone richiedenti asilo nei soli Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) istituiti dalle Prefetture, che spesso non prevedono procedure idonee all'integrazione, rappresenta un determinante negativo per la salute. Infatti, restare a lungo inattivi in un centro, senza imparare la lingua, senza lavorare, e in una situazione caratterizzata da indeterminatezza reca danni alla salute sia fisica che mentale, oltre a compromettere le possibilità di successiva integrazione. Si sottolinea che la misura coinvolgerà anche molte persone in condizioni di fragilità (anziani, donne in gravidanza, persone affette da disabilità, genitori soli con figli minori, vittime di tratta-tortura-violenze, malati fisici e/o psichici) che, non potendo accedere al sistema Sprar, saranno inserite in centri di accoglienza che non prevedono misure adeguate alla presa in carico delle specifiche vulnerabilità. Considerando inoltre che molte delle persone in arrivo sono sopravvissute a traumi estremi nel Paese di origine e lungo la rotta migratoria (in particolare in Libia), quali torture, lavori forzati e abusi gravissimi, l'inserimento al di fuori del circuito Sprar limita la possibilità di un'opportuna presa in carico, con gravi rischi di ritraumatizzazioni. È dimostrato invece che la tempestiva individuazione di persone con problemi fisici e psichici provocati dalla tortura permette efficaci percorsi di riabilitazione. Al di fuori degli Sprar e nei centri emergenziali questo sarà sempre più difficile, con ricadute negative dal punto di vista della salute individuale e pubblica, della spesa sanitaria e dei costi sociali per l'integrazione.

Le nuove misure prevedono inoltre la possibilità di trattenere le persone negli hotspot alle frontiere per un massimo di 30 giorni, durante i quali accertare identità e cittadinanza, e nei CPR (ex CIE) per un massimo di 180 giorni (6 mesi). Come già richiamato, la detenzione protratta in condizioni di restrizione della libertà e incertezza sul futuro comporta rischi per la salute sia fisica che mentale. Ciò è tanto più grave se si pensa che una percentuale di queste persone arriverà a questi centri con problemi pregressi anche gravi (ad esempio, esiti di tortura in patria e di abusi e malversazioni durante l'esodo verso un paese di accoglienza). È stato inoltre ampiamente comprovato che il trattenimento all'interno dei CIE (di cui i CPR sono la prosecuzione), soprattutto per tempi così prolungati, non garantisce il rispetto della dignità e dei diritti fondamentali delle persone internate<sup>3</sup>. Del resto anche il prolungamento dei tempi massimi di trattenimento nei CIE (estesi a 18 mesi

dal 2011 al 2014) non aveva portato ad alcun aumento significativo del numero dei rimpatri effettuati. Il provvedimento viene così ad assumere una finalità meramente punitiva nei confronti dello straniero, finalità del tutto estranea alla detenzione amministrativa qual è il trattenimento all'interno di un CPR. A questo proposito, già le raccomandazioni finali del XIV congresso SIMM del 2016 sottolineavano che "i CIE continuano a configurarsi come isole in cui il diritto è sospeso: costituiscono una condizione di reclusione in assenza di imputazioni, spesso gli ospiti non ricevono informazioni adeguate, esaustive e comprensibili limitando quindi la loro possibilità di difesa" e "gli hotspot si configurano come luoghi in cui i diritti non sono garantiti poiché il progetto migratorio viene indagato in modi e momenti impropri"

L'articolo 13 del Decreto sancisce che il permesso di soggiorno per richiesta di asilo non consente l'iscrizione all'anagrafe dei residenti. Malgrado il decreto precisi come questa misura non possa pregiudicare l'accesso ai servizi che si fondano sulla titolarità del permesso di soggiorno (iscrizione al servizio sanitario, accesso al lavoro, iscrizione scolastica dei figli, misure di accoglienza), in base alla nostra esperienza la mancanza di residenza anagrafica costituisce nei fatti un ostacolo spesso dirimente per l'iscrizione al SSN.

Riteniamo infine opportuno soffermarci sull'articolo 21 del Decreto, che include i presidi sanitari nell'elenco dei "luoghi che possono essere individuati dai regolamenti di polizia urbana ai fini dell'applicazione delle misure a tutela del decoro di particolari aree urbane", determinando la possibilità che venga applicata la misura del provvedimento di allontanamento del questore, il Daspo urbano, nei confronti di soggetti che "pongono in essere condotte che impediscono l'accessibilità e la fruizione nei suddetti ambiti". Non è tuttavia possibile, a pena di grave limitazione di quanto sancito dall'articolo 32 della nostra Costituzione, allontanare una persona da un luogo di cura. Consideriamo inoltre tale misura in contrasto con l'articolo 3 del Codice Deontologico "Doveri del medico", che impone di operare per la tutela della salute – intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione di benessere fisico e psichico – e il sollievo dalla sofferenza "nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera".

Molte delle criticità sopra indicate sono già state sottoposte all'attenzione del Parlamento, in sede di audizione di fronte alla Commissione Affari Costituzionali del Senato, e sono ora incorporate in proposte di emendamento avanzate da alcuni parlamentari. Auspichiamo che le nostre osservazioni siano prese nella dovuta considerazione e possano contribuire alla correzione di quelle norme la cui introduzione avrebbe serie ripercussioni sul diritto alla salute. In caso di mancato emendamento nella direzione auspicata, esprimiamo fin da ora la nostra ferma opposizione alla conversione in legge del Decreto.

### **Medici Senza Frontiere (2017) Traumi Ignorati.**

Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali [archivio.medicisenzafrotiere.it/pdf/Rapp\\_Traumi\\_Ignorati\\_180716.pdf](https://www.medicisenzafrotiere.it/pdf/Rapp_Traumi_Ignorati_180716.pdf)

Affronta il tema della salute mentale dei migranti e specificamente dei disturbi posttraumatici anche lo studio sulla realtà italiana dei CAS condotto da MSF, con l'obiettivo generale di "Analizzare i bisogni di salute mentale tra i richiedenti asilo residenti nei Centri di Accoglienza Straordinaria e gli eventuali gap nell'intervento e presa in carico dei pazienti" e obiettivi secondari " Descrivere qualitativamente i servizi di salute mentale disponibili per i migranti sia all'interno dei CAS sia sul territorio e la loro accessibilità. Descrivere i bisogni di salute mentale e le modalità di manifestazione della morbilità tra i richiedenti asilo residenti nei CAS. Stimare la proporzione degli individui residenti nei CAS oggetto di questa analisi che presenta bisogni di salute mentale. Esplorare le barriere rispetto all'utilizzo dei servizi di salute mentale".

# Il TU 309/90 e migranti

Massimo Urzi evidenzia in questo testo la giurisprudenza più significativa relativa all'applicazione delle norme del TU 309/90 sulle droghe alle persone migranti, fornendo una base importante per una riflessione critica su come la normativa affligga questo gruppo sociale in maniera specifica e fortemente afflittiva

## LA CESSIONE DI DROGA E LA CONDIZIONE DI CITTADINI STRANIERI

### -Giurisprudenza massimata-

#### **A. Ostatività della condanna ex art 73 DPR 308/1990 al rinnovo di PSE e relazioni familiari sul territorio**

##### **Tribunale Amministrativo Regionale Lombardia - Milano, Sezione 1**

##### **Sentenza 8 giugno 2018, n. 1455 (sul permesso di soggiorno in generale)**

La condanna penale per reati inerenti al traffico ed allo spaccio di stupefacenti, ha carattere ostativo al rilascio ed al rinnovo del permesso di soggiorno.

##### **TAR Lombardia – Milano, Sezione 1**

##### **Sentenza 8 giugno 2018, n. 1455**

«per giurisprudenza pacifica, ai sensi del combinato disposto degli artt. 4 c 3 e 5, T.U. per l'immigrazione 25.7.1998 n. 286, la condanna penale per reati inerenti al traffico ed allo spaccio di stupefacenti, ha carattere ostativo al rilascio ed al rinnovo del permesso di soggiorno (C.S. Sez. III, 18.10.2013, n. 5073, T.A.R. Piemonte, Sez. I, 16.10.2015, n. 1435), non essendo neppure richiesta una specifica motivazione sulla pericolosità sociale dell'interessato, che si ritiene insita nella tipologia del reato commesso (T.A.R. Piemonte, Sez. I, 9.10.2013, n. 1057). Contrariamente a quanto dedotto dal ricorrente in ordine al difetto di motivazione del provvedimento impugnato, la condanna per uno dei reati di cui all'art. 380 c.p.p., costituisce infatti elemento assolutamente ostativo al rinnovo del titolo di soggiorno».

##### **Consiglio di Stato, Sezione 3**

##### **Sentenza 29 marzo 2019, n. 2083**

La condanna per reato in materia di stupefacenti è, ai sensi dell'art. 4, del D.Lgs. n. 286 del 1998, ostativa al rilascio o al rinnovo del permesso di soggiorno ordinario secondo un automatismo preclusivo indenne da rilievi di costituzionalità, in mancanza di legami familiari che impongano la valutazione discrezionale comparativa di cui all'art. 5, comma 5, ultimo periodo del D.Lgs. n. 286 del 1998.

##### **Consiglio di Stato, Sezione 3**

##### **Sentenza 19 febbraio 2019, n. 1166**

La condanna per un delitto in materia di stupefacenti è, in mancanza di comprovati ed opponibili legami familiari che impongano la valutazione discrezionale comparativa di cui all'art. 5, comma 5, ultimo periodo, D.Lgs. n. 286/1998, ostativa al rilascio o al rinnovo del permesso di soggiorno ordinario

### Consiglio di Stato, Sezione 3 Sentenza 12 luglio 2018, n. 4255

Ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. n. 286 del 1998, in caso di condanna (anche non definitiva) del cittadino extracomunitario per qualsivoglia reato in materia di stupefacenti, il provvedimento di rifiuto del permesso di soggiorno costituisce per l'autorità competente un atto vincolato, non occorrendo a tal fine alcuna ulteriore valutazione né riguardo alla pericolosità sociale del cittadino straniero né riguardo al suo grado di integrazione nel contesto sociale italiano, con la sola eccezione costituita da eventuali legami familiari con soggetti residenti in Italia, nel qual caso si impone una valutazione comparativa discrezionale dell'interesse alla sicurezza pubblica e di quello dello straniero alla tutela dei propri rapporti familiari.

### TAR Lazio – Roma, Sez. Prima Ter 30.01.2019 (permesso di soggiorno di lungo periodo)

*«va osservato che l'art. 9, comma 4, del d.lgs n. 286 del 1998 (ovvero la norma che disciplina il rilascio del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo) prevede, in particolare, che “Il permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo non può essere rilasciato agli stranieri pericolosi per l'ordine pubblico o la sicurezza dello Stato. Nel valutare la pericolosità si tiene conto anche dell'appartenenza dello straniero ad una delle categorie indicate nell'articolo 1 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423, come sostituito dall'articolo 2 della legge 3 agosto 1988, n. 327, o nell'articolo 1 della legge 31 maggio 1965, n. 575, come sostituito dall'articolo 13 della legge 13 settembre 1982, n. 646, ovvero di eventuali condanne anche non definitive, per i reati previsti dall'articolo 380 del codice di procedura penale, nonché, limitatamente ai delitti non colposi, dall'articolo 381 del medesimo codice. Ai fini dell'adozione di un provvedimento di diniego di rilascio del permesso di soggiorno di cui al presente comma il questore tiene conto altresì della durata del soggiorno nel territorio nazionale e dell'inserimento sociale, familiare e lavorativo dello straniero”.*

*Ora, posto che la norma citata prevede che uno dei presupposti per la valutazione di pericolosità dell'interessato è l'aver subito una condanna anche non definitiva per reati previsti dall'articolo 380 del codice di procedura penale, va osservato che la ricorrente è risultata coinvolta in un'indagine che ha riguardato numerosi soggetti, a loro volta implicati nell'ambito di un traffico internazionale di sostanze stupefacenti, che ha portato in appello a ricevere una condanna, seppure non definitiva, ad una pena di rilevante entità (pari a 4 anni e mesi 6 di reclusione, oltre a 20.000 di multa), segno di una condotta ritenuta grave incompatibile con le regole proprie di una società civile.*

*Si consideri, invero, che, con riferimento al rilascio (o al rinnovo) di un “normale” permesso di soggiorno”, ai sensi del combinato disposto degli artt. 4, comma 3, e 5, comma 5, del d.lgs 25 luglio 1998 n. 286, la condanna (anche non definitiva) del cittadino extracomunitario per qualsivoglia reato in materia di stupefacenti costituisce per l'Autorità competente un atto vincolato, a prescindere dalla non definitività della condanna ed all'entità del reato; al riguardo, la giurisprudenza amministrativa, nei casi più gravi (come in quello di specie), ritiene invero legittimo il provvedimento con il quale l'autorità competente (il Questore) rifiuta il rinnovo del permesso di soggiorno al cittadino extracomunitario condannato per spaccio di sostanze stupefacenti, non occorrendo alcuna ulteriore valutazione né riguardo alla pericolosità sociale dello straniero né riguardo al suo grado di integrazione nel contesto sociale italiano (per tutte, cfr Cons. Stato, sez. III, nn. 1871/2016 e 1841/2015).*

*Nel caso di specie, trattandosi di un soggiornante di lungo periodo, il citato art. 9, comma 4, del d.lgs n. 286 del 1998 richiede – come detto – una valutazione sulla pericolosità del soggetto interessato e la tipologia dei reati contestati nel caso di specie*



alla ricorrente sono tali da far ritenere consequenziale una valutazione di pericolosità dell'istante, incompatibile con la conferma della titolarità del titolo di lungo soggiorno».

**TAR Venezia SEZ. III n. 559/2019 (permesso di soggiorno di lungo periodo)**

«come ha osservato CdS, III, 4.5.2018 n. 2654 cit., se l'Amministrazione, pur dando atto dell'esistenza di vincoli familiari, si limiti a sottolineare, ai fini della revoca, la particolare gravità dei reati senza spiegare perché gli interessi dello straniero siano subvalenti rispetto alla sicurezza dello Stato, non significa che essa sia inadempiente all'obbligo motivazionale scaturente dall'art. 5, V comma del DLgs n. 286/99 e dall'art. 3 della legge n. 241/90: giacché esistono reati che già il legislatore ha ritenuto - in ragione della loro gravità, a prescindere dal quantum di pena e dalla definitività dell'accertamento giudiziale - ostativi all'ingresso ed alla permanenza sul territorio italiano (in primis la detenzione illecita e/o lo spaccio di stupefacenti di cui all'art. 73 del DPR n. 309/1990) in quanto sintomatici di pericolosità sociale del reo. E l'esistenza, nel caso di cui si controverte, delle condanne irrogate all'odierno ricorrente preclude oggettivamente qualsiasi concreto e serio bilanciamento con gli interessi del reo, atteso che siffatto bilanciamento si risolverebbe in mere e vacue formule motivazionali di stile: la sostanza, dietro alle parole ed ai sillogismi adoperabili, è che esiste una soglia di gravità, oggettivamente percepibile secondo l'id quod plerumque accidit, oltre la quale il comportamento criminale diviene intollerabile per lo Stato che offre ospitalità, in guisa da rendere, in concreto, vincolato il diniego di permanenza».

**B. Condanna ex art 73 DPR 308/1990 ed espulsione dello straniero dal territorio dello Stato**

**Corte di Cassazione, Sezione 3 penale**

**Sentenza 14 maggio 2019, n. 20781**

La sentenza di applicazione della pena che non dispone o non valuta, l'espulsione dello straniero per un reato in tema di stupefacenti, può essere impugnata dal Pm in cassazione. Non è, infatti, di ostacolo la norma del nuovo codice di rito che individua le ipotesi tassative per proporre impugnazione. Tra queste c'è l'illegalità della misura di sicurezza sussistente quando il giudice del patteggiamento non ne valuta le condizioni di applicabilità.

(conforme **Cass. Pen. Sez. VI, Sentenza 10.10.2018, n. 45743**)

**Corte di Cassazione, Sezione 3 penale**

**Sentenza 21 marzo 2019, n. 12689**

«Come è noto, la disposizione ora citata [art. 86 d.p.r. 309/90], prevede che lo straniero condannato per uno dei reati previsti dal Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, articoli 73, 74, 79 e articolo 82, commi 2 e 3, a pena espiata, debba essere espulso dallo Stato.

Tale disposizione, che prevede l'espulsione dello straniero condannato, fra l'altro, per il reato di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, articolo 73 una volta espiata la pena, è stata dichiarata costituzionalmente illegittima, con la sentenza della Corte Costituzionale n. 58 del 1995, nella parte in cui, secondo la sua originaria versione, prevedeva l'automatismo della espulsione senza che fosse necessario

il preventivo accertamento della sussistenza in concreto della pericolosità sociale del condannato. Da cui l'affermazione, costante nella giurisprudenza di legittimità, secondo cui il giudice, prima di procedere all'espulsione dallo Stato dello straniero, per il quale sia intervenuta sentenza di condanna per uno dei reati indicati nel Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, articolo 86, e' tenuto ad accertare in concreto, con adeguata motivazione, la sussistenza della pericolosità sociale del condannato (Sez. 4, n. 24427 del 20/04/2018, Rv. 273743 - 01; Sez. F, Sentenza n. 35432 del 14/08/2013, Weng e altri, Rv. 255815 - 01), accertamento che deve essere sorretto da adeguata motivazione.

Inoltre, questa Corte ha affermato che l'espulsione ex articolo 86 Decreto del Presidente della Repubblica cit. debba soggiacere ad un giudizio di compatibilità con i principi stabiliti dall'articolo 8 CEDU, secondo cui l'espulsione - pur essendo espressione del potere di sovranità dello Stato - non deve comunque provocare ingiustificate ingerenze nella vita privata e familiare perché la particolare forza di resistenza, rispetto alla normativa ordinaria successiva, della regola di cui all'articolo 8 della Convenzione Europea dei diritti dell'uomo, tende a premunire l'individuo contro ingerenze arbitrarie da parte dei pubblici poteri. Dunque, l'applicazione della misura di sicurezza dell'espulsione dello straniero dalla Stato, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, articolo 86, deve essere interpretata nel senso che l'applicazione pratica di questa ultima non può risolversi immotivatamente nella violazione del principio sancito nella norma convenzionale. Ai fini dell'applicazione della misura di sicurezza dell'espulsione dello straniero Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, ex articolo 86, per la avvenuta commissione di reati in materia di stupefacenti, e' necessario non solo il previo accertamento della sussistenza in concreto della pericolosità sociale del condannato, ma, in conformità all'articolo 8 CEDU in relazione all'articolo 117 Cost., anche l'esame comparativo della condizione personale e familiare dell'imputato stesso, ove ritualmente prospettata o comunque risultante dagli atti del processo, con gli altri criteri di valutazione indicati dall'articolo 133 c.p. (Sez. 4, n. 50379 del 25/11/2014, Xhaferri, Rv. 261378).

Quanto, infine, ai criteri di valutazione della concreta pericolosità sociale, la Corte di legittimità, ha ritenuto applicabili quelli indicati nell'articolo 133 c.p. evidenziando, che il giudizio di pericolosità sociale del condannato deve essere effettuato sulla scorta dei parametri valutativi di cui all'articolo 133 c.p. e, quindi, deve tener conto della gravità del reato, della capacità a delinquere del reo oltre che della recidiva, che, essendo un elemento di giudizio orientato verso il passato, costituisce solo uno dei possibili criteri di valutazione (Sez. 3, n. 29407 del 17/04/2013, L., Rv. 256900 - 01).

[...]

Costituisce orientamento consolidato nella giurisprudenza della Corte di cassazione, quello secondo cui la fattispecie del fatto di lieve entità di cui al Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, articolo 73, comma 5, anche all'esito della formulazione normativa introdotta dal Decreto Legge 23 dicembre 2013, n. 146, articolo 2, conv. nella L. 10 febbraio 2014, n. 10, può essere riconosciuta solo nella ipotesi di minima offensività penale della condotta, desumibile sia dal dato qualitativo e quantitativo, sia dagli altri parametri richiamati espressamente dalla disposizione (mezzi, modalità e circostanze dell'azione), sia da quelli che attengono all'oggetto materiale del reato (quantità e qualità delle sostanze stupefacenti oggetto della condotta criminosa), dovendosi escludere qualsivoglia preclusione derivante dalla eterogeneità delle sostanze o dalle modalità organizzate della condotta, essendo questi ultimi elementi idonei ad escludere l'ipotesi del fatto lieve soltanto qualora siano dimostrativi di una significativa potenzialità offensiva (S.U. n. 51063 del 27/09/2018, M., Rv. 274076 - 02; Sez. 6, n. 29132 del 09/05/2017, Merli, Rv. 270562; Sez. 3, n. 27064 del 19/03/2014, Rv. 259664; Sez. 6, n. 39977 del 19/09/2013, Rv. 256610)».

**Corte di Cassazione, Sezione 6 penale****Sentenza 20 novembre 2018, n. 52211 (nel patteggiamento allargato)**

*«In tema di misure di sicurezza, l'espulsione dello straniero dal territorio dello Stato a pena espiata, prevista in ordine al reato di spaccio di sostanze stupefacenti (Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, articolo 73) dal Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, articolo 86, comma 1, che costituisce una misura di sicurezza personale, ex articolo 215 c.p., comma 2, n. 4 puo' essere applicata con la sentenza di patteggiamento "allargato", ai sensi dell'articolo 444 c.p.p., comma 1, (novellato ex L. n. 134 del 2003, articolo 1) e articolo 445 c.p.p., comma 1, quando la pena irrogata superi i due anni di pena detentiva sola o congiunta a pena pecuniaria; in tal caso, il giudice di merito deve effettuare, in virtu' della statuizione contenuta nella sentenza n. 58 del 1995 della Corte costituzionale, l'accertamento della sussistenza in concreto della pericolosita' sociale dello straniero (Sez. 4, n. 42317 del 08/06/2004, Kola, Rv. 231006).*

*6.2. Nella specie la disposta espulsione e' del tutto priva di motivazione in ordine alla sussistenza del presupposto della pericolosita' sociale del ricorrente.*

*7. Ne consegue l'annullamento in parte qua della sentenza impugnata con rinvio al Tribunale di Bologna per nuovo giudizio sul punto».*

**Corte di Cassazione, Sezione 4 penale****Sentenza 6 agosto 2018, n. 37837 (nel patteggiamento)**

*«la misura di sicurezza dell'allontanamento dal territorio dello Stato del cittadino di un Stato membro dell'Unione Europea deve essere disposta, pure in caso di sentenza di patteggiamento (Sez. 2 n. 28164 del 2.07.2009 rv 244882), ma sempre previo accertamento in concreto della pericolosita' sociale (in conformita' all'articolo 8 CEDU in relazione all'articolo 117 Cost.) che, seppure negativa, deve essere comunque esplicitata in motivazione sulla base dei criteri di cui all'articolo 133 c.p., in una prospettiva di bilanciamento tra interesse generale alla sicurezza sociale e interesse del singolo (Sez. 4 n. 52137 del 17.10.2017, rv 271257). Sul punto il Gip ha omesso qualsiasi valutazione, limitandosi a valutare la incensuratezza e la giovane eta' ai fini della concessione delle attenuanti generiche prevalenti sulla contestata aggravante dell'ingente quantitativo.*

*La censura del ricorrente PG che denuncia il mancato accertamento della pericolosita' sociale in relazione alla omessa applicazione della misure di sicurezza e' ammissibile ex articolo 448 c.p.p., comma 2 bis, e' fondata e va percio' accolta. Sul punto l'impugnata sentenza deve essere annullata, con rinvio al giudice del merito, perche', in funzione dell'applicazione della obbligatoria misura di sicurezza dell'espulsione dallo Stato dell'imputato, accerti secondo i parametri di cui all'articolo 133 c.p., se sussiste o meno la pericolosita' in concreto del condannato».*

**Corte di Cassazione, Sezione 2 penale****Sentenza 16 marzo 2016, n. 10998**

*«ai fini dell'applicazione della misura di sicurezza dell'espulsione dello straniero ex D.P.R. n. 309 del 1990, articolo 86, per la avvenuta commissione di reati in materia di stupefacenti, e' necessario non solo il previo accertamento della sussistenza in concreto della pericolosita' sociale del condannato, in conformita' all'articolo 8 CEDU in relazione all'articolo 117 Cost., ma anche l'esame comparativo della condizione familiare dell'imputato, ove ritualmente prospettata, con gli altri criteri di valutazione indicati dall'articolo 133 c.p., in una prospettiva di bilanciamento tra interesse generale alla sicurezza sociale ed interesse del singolo alla vita familiare. E nel caso di specie proprio*

*tale condizione familiare non e' prospettata mentre l'intervenuta condanna e l'assenza di un lavoro, hanno comparativamente fatto propendere per la sussistenza dei presupposti applicativi della misura contestata. 4. Alla luce di tali pregnanti considerazioni segue la dichiarazione di inammissibilita' del ricorso e, per il disposto dell'articolo 616 c.p.p., la condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali nonche' al versamento, in favore della Cassa delle ammende, di una somma che, considerati i profili di colpa emergenti dal ricorso, si determina equitativamente in Euro 1000,00».*

### **Corte di Cassazione, Sezione 3 penale**

#### **Sentenza 8 maggio 2019, n. 19662 (protezione sussidiaria)**

Ai fini dell'adozione della misura dell'espulsione dello straniero ex articolo 86 del Dpr 9 ottobre 1990, una volta che l'interessato, assolvendo al proprio onere probatorio, abbia dimostrato di essere titolare di permesso di soggiorno per protezione sussidiaria, per essere esposto a serio rischio nel paese di origine per la sua incolumità a causa del suo credo religioso, compete al giudice valutare, in concreto, proprio alla luce delle allegazioni difensive, se l'esecuzione della misura di sicurezza dell'espulsione esponga o no l'imputato a rischi per l'incolumità, imponendolo l'articolo 3 della Cedu secondo cui «nessuno può essere sottoposto a torture né pene o trattamenti inumani o degradanti».

### **C. Condanna ex art 73 DPR 308/1990 ostativa alla concessione di cittadinanza italiana**

#### **Tribunale Amministrativo Regionale Lazio - Roma, Sezione 1-ter**

##### **Sentenza 31 gennaio 2019, n. 1262**

*«Ciò che basta a suffragare il diniego è un giudizio complessivo, anche di tipo prognostico, in ordine all'adesione del richiedente alle regole dell'ordinamento che nel caso di specie non può essere revocato in dubbio alla luce del curriculum penale del marito della richiedente.*

*I reati, oltre ad essere reiterati, sono reati che generano grave allarme e che, ai fini del diniego della cittadinanza, non devono neanche comportare un giudizio di pericolosità, posto che detta declaratoria per i titolari di permesso di soggiorno ha ben altre conseguenze, comportando la revoca del titolo di soggiorno e l'espulsione dal territorio nazionale.*

*Trattandosi qui, non di un titolo temporaneo, è sufficiente la incontestata sussistenza di condanne definitive per reati gravi, tra i quali anche lo spaccio di stupefacenti, che integrano, senza bisogno di estesa motivazione, un presupposto ostativo alla positiva valutazione dell'interesse pubblico alla concessione dello status civitatis al coniuge».*

### **D. Condanna ex art 73 DPR 308/1990 e revoca delle misure di accoglienza del richiedente protezione internazionale**

#### **Consiglio di Stato, Sezione 3**

**Sentenza 8 maggio 2019, n. 2994 (illegittimità della revoca della misura di accoglienza per omessa valutazione della situazione personale)**

Deve disporsi l'annullamento del provvedimento con il quale la Prefettura territoriale ha disposto la revoca della misura di accoglienza a cagione della mancanza di motivazione in ordine alla situazione personale dello straniero e alla sua condizione di vulnerabilità ex art. 23, comma 3, del d.lgs. 142/2015).

*«Né può ignorarsi che il provvedimento di revoca impugnato non tenga conto, neanche mediante frasi stereotipate, della situazione dell'appellato.*

*Di fronte ad un provvedimento discrezionale non adeguatamente motivato, non spetta al giudice amministrativo valutare se la violazione commessa dall'appellato, per entità ed occasionalità della condotta, possa ritenersi non grave, nonostante la tipologia di reato a cui è riconducibile, e tanto meno effettuare un giudizio di comparazione discrezionale tra l'interesse alla sicurezza nazionale e quello alla salvaguardia delle condizioni di vita dello straniero.*

*Il sindacato deve invece arrestarsi alla constatazione della sostanziale mancanza di motivazione, da parte della Prefettura di Genova, in ordine alla situazione personale dell'appellante; ciò che invece, per quanto esposto, sarebbe stato necessario, alla luce della condizione di vulnerabilità dello straniero, ai fini di una legittima valutazione della sussistenza dei presupposti della revoca delle misure di accoglienza (anche sotto il profilo della decorrenza e delle altre modalità attuative)».*

**E. Pluralità di condotte di lieve entità per sostanza eterogenee e unicità del reato****Corte di Cassazione, Sezioni Unite penale****Sentenza 9 novembre 2018, n. 51063 (sull'art. 73 comma 5 DPR 309/1990)**

L'art. 73, comma 5, d.P.R. n. 309 del 1990 - così come riformulato dal decreto-legge 20 marzo 2014, n.36 (conv. con modificazioni dalla legge 16 maggio 2014, n. 79) - prevede un'unica figura di reato, alternativamente integrata dalla consumazione di una delle condotte tipizzate, quale che sia la classificazione tabellare dello stupefacente che ne costituisce l'oggetto, sicché la detenzione nel medesimo contesto di sostanze stupefacenti tabellarmente eterogenee, qualora sia qualificabile nel suo complesso come fatto di lieve entità, integra un unico reato e non una pluralità di reati in concorso tra loro.

**F. Commercializzazione di cannabis sativa****Cass., Sez. un., c.c. 30 maggio 2019 (la commercializzazione della cannabis sativa è reato)**

Il servizio novità della Corte Suprema di cassazione comunica che, in esito alla camera di consiglio del 30 maggio 2019, le Sezioni unite hanno affrontato la seguente questione:

*«Se le condotte diverse dalla coltivazione di canapa delle varietà di cui al catalogo indicato nell'art. 1, comma 2, della legge 2 dicembre 2016, n. 242, e, in particolare, la commercializzazione di cannabis sativa L., rientrano o meno, e se sì, in quali eventuali*

*limiti, nell'ambito di applicabilità della predetta legge e siano, pertanto, penalmente irrilevanti ai sensi di tale normativa».*

Secondo l'informazione provvisoria diffusa dalla Suprema Corte, al quesito è stata data soluzione nei seguenti termini:

*«La commercializzazione di cannabis sativa L. e, in particolare, di foglie, inflorescenze, olio, resina, ottenuti dalla coltivazione della predetta varietà di canapa, non rientra nell'ambito di applicazione della legge n. 242 del 2016, che qualifica come lecita unicamente l'attività di coltivazione di canapa delle varietà iscritte nel Catalogo comune delle specie di piante agricole, ai sensi dell'art. 17 della direttiva 2002/53/CE del Consiglio, del 13 giugno 2002, e che elenca tassativamente i derivati della predetta coltivazione che possono essere commercializzati; pertanto, integrano il reato di cui all'art. 73, commi 1 e 4, d.P.R. n. 309/90, le condotte di cessione, di vendita e, in genere, la commercializzazione al pubblico, a qualsiasi titolo, dei prodotti derivati dalla coltivazione della cannabis sativa L.,salvo che tali prodotti siano in concreto privi di efficacia drogante».*

**Secondo tema.**

# **I modelli di consumo nel transito.**

# Scenari in alcuni paesi di origine

*I testi di A. De Pascale ricostruiscono alcuni scenari contemporanei del rapporto tra guerre e uso di droghe. Tra i diversi elementi interessanti per la nostra riflessione e approfondimento, le strategie di setting, all'interno gli scenari delle guerre, costruite per influenzare modelli di consumo di droghe funzionali agli obiettivi specifici, da parte di Paesi che professano politiche proibizioniste e repressive legati anche a culture che prevedono divieti dell'uso di sostanze psicoattive anche legati a fattori religiosi.*





# LA DROGA DELLO STATO ISLAMICO



L'Is vieta la droga ai fedeli, pena il taglio della testa. Salvo poi produrla, venderla e somministrarla ai propri miliziani. Tra questi, imbottiti di anfetamine, anche uno degli attentatori di Sousse

**di Alessandro De Pascale da Kobane**

Il 28 giugno, Seifeddine Rezgui (23 anni) spara all'impazzata sulla spiaggia del resort di lusso Imperial Marhaba, a Sousse, Tunisia. Il bilancio è di 38 morti e quasi altrettanti feriti, in gran parte turisti occidentali. Ma c'è un particolare: l'autopsia sul corpo del terrorista, rivela che l'uomo era sotto l'effetto di Captagon, un derivato dell'anfetamina che lo Stato Islamico produce da tempo per somministrarlo ai propri guerriglieri. Il motivo è molto semplice: elimina la paura e la stanchezza. Lo psichiatra Ramzi Haddad, coordinatore e cofondatore della Skoun, un'organizzazione no profit che ha aperto la prima struttura libanese dedicata alla prevenzione e al trattamento delle dipendenze patologiche, ha spiegato all'agenzia di stampa *Reuters* che questa droga crea «una sorta di euforia», ma soprattutto «non fa dormire, non fa mangiare, dà energia». Facciamo un passo indietro. Il 2014 è appena iniziato quando il Daesh, meglio noto in Occidente come Stato islamico (Is), conquista Aleppo. Dallo scoppio della guerra civile siriana sono passati tre anni. I ribelli sono in grande difficoltà, mentre le offensive del regime di Assad diventano sempre più brutali e incisive. I miliziani in nero, viceversa ben organizzati, motivati e come vedremo drogati, colgono la palla al balzo, approfittandone. Nella seconda città più importante della Siria, i jihadisti con-

quistano così, nel gennaio 2014, anche un'importante fabbrica farmaceutica del regime. Si trova nella zona nord-ovest ed è grazie a questo stabilimento che il Daesh inizia a produrre autonomamente, e su larga scala, droghe chimiche. Il problema non è nuovo. Il binomio tra conflitti e stupefacenti è vecchio quasi come la guerra stessa. Non si tratta soltanto di narcotraffico ma della somministrazione di sostanze psicotrope ai combattenti. A fornirle, un'organizzazione come il Daesh, che nei territori sotto il proprio controllo vieta ai cittadini persino l'uso di alcol e tabacco. Figuriamoci quello di droghe, il cui consumo infrange dottrina e principi dell'islam. Alcuni *mufti* salafiti e wahabiti (giurisperiti musulmani) hanno dovuto rilasciare delle apposite *fatwa* (decreti religiosi assimilati alle nostre leggi), nelle quali dichiarano *halal* (lecito) l'uso di sostanze narcotiche, a patto che il loro uso serva esclusivamente per avere maggior coraggio in battaglia. Un'autorizzazione che sembra tuttavia in netto contrasto con la *sharia*: la legge islamica derivante dalla più rigida interpretazione del Corano, imposta alle popolazioni dei territori sotto il controllo dei jihadisti e insegnata persino ai bambini. Su internet si trovano cartoni animati nei quali viene spiegato, a scanso di equivoci, che tabacco, droghe e alcol sono vietati. Pena, il taglio delle mani e, nei casi più gravi, della testa. Ma i di-

In apertura, un uomo fuma oppio afgano. Stando ai dati dell'Unodc, l'Afghanistan è il maggiore produttore di oppio del mondo. La maggior parte del raccolto illegale viene coltivato nelle province meridionali e occidentali, dove insicurezza e criminalità sono più forti. A destra, un covo di consumatori di eroina nella zona di Herat

vieti imposti dalla *sharia*, valgono soltanto per i normali cittadini. I video del Daesh, mostrano la brutale punizione dei trasgressori. In uno di questi, tossicodipendenti arrestati dalla polizia religiosa vengono frustati e decapitati nella pubblica piazza. La repressione risparmia però miliziani e combattenti. Ai quali verrebbe fornita soprattutto metanfetamina, comunemente nota come Meth, ritenuta uno degli stimolanti più forti e pericolosi al mondo. Simile all'anfetamina è relativamente facile da sintetizzare, oltre ad avere una maggiore attività centrale. Molto diffusa negli Usa e in alcune nazioni dell'Asia, aumenta la capacità di rimanere svegli e riduce l'appetito, dando una sensazione di piacere. L'uso a lungo termine, provoca però comportamenti violenti, allucinazioni, ansia, confusione, insonnia, paranoia e disturbi della personalità. Un mix di sintomi che può di conseguenza favorire in guerra atti brutali e selvaggi.

Negli ultimi due anni, grazie allo stabilimento farmaceutico preso ad Aleppo, il Daesh ha iniziato inoltre a sintetizzare il Captagon, la già citata anfetamina a base di *Phenethylin* della strage di Sousse. Anche questa relativamente semplice da produrre con conoscenze chimiche di base, è diventata l'arma principale dei jihadisti in tutto il Medio Oriente. Poiché provoca euforia, eliminando il dolore. Ad Aleppo i jihadisti hanno trovato attrezzature e componenti per produrre del Captagon, di ottima qualità. Vietato nella maggior parte delle nazioni del mondo già dal lontano 1980, fino agli anni Sessanta veniva utilizzato in Occidente come antidepressivo o per il trattamento del disturbo da *deficit* di attenzione, contro l'iperattività o la narcolessia. I primi a produrlo su larga scala, fin dal 2006, per finanziare la propria "guerra Santa" sono stati gli uomini dell'organizzazione Hezbollah (il Partito di Dio), gruppo fondamentalista sciita attivo nel Libano del Sud, sceso in campo nella guerra civile siriana al fianco del dittatore Bashar al-Assad. L'anno scorso, laboratori per sintetizzarlo sono stati scoperti in diverse moschee di Baalbeck e nella valle della Bekaa. Col risultato che, secondo l'Ufficio contro la droga e il crimine delle Nazioni Unite (l'Unodc), soltanto nel 2009 ne sono state sequestrate in Medio Oriente 23,6 tonnellate. Risale invece ai primi mesi del 2014, il primo sequestro a opera dei ribelli dell'Esercito

libero siriano (Esl): un camion cisterna del Daesh pieno di pillole di questa anfetamina. Una parte del carico, a loro dire, era destinato proprio al Libano, da dove sarebbe poi stato diffuso in tutta la regione del Golfo. Segno che, come per il petrolio rivenduto dai jihadisti in nero al regime di Assad, anche la droga potrebbero cederla a dei nemici, in questo caso Hezbollah. Un business che vale centinaia di milioni



**Costa, direttore dell'Ufficio antidroga Onu: «Non ho mai trovato un movimento insurrezionale che non si sia finanziato con la droga. È una delle ragioni che li tiene in vita»**



di dollari l'anno. Soltanto nel 2014, l'Internal security forces (Isf) ha sequestrato nel Paese dei cedri 55 milioni di pillole, rispetto alle 12,3 dell'anno precedente e alle appena mezzo milione del 2013. Prima dello scoppio della guerra civile siriana e della comparsa sul terreno del Daesh, non erano mai avvenute confische di questa portata. «Il loro coinvolgimento ormai è comprovato», conferma a *Left* Antonio Maria Costa, direttore dal 2002 al 2010 del già citato Unodc. «Nella mia vita professionale alla guida dell'Ufficio droga e crimine delle Nazioni Unite, non ho mai trovato un movimento insurrezionale che non si sia finanziato con la droga. Da Sendero Luminoso in Perù all'Ira in Irlanda del Nord, passando naturalmente per Hezbollah in Libano e le Farc colombiane, la droga è una delle ragioni che li tiene in vita. Si tratta quindi di una minaccia concreta». All'ideologia data dal ripristino dell'antico Califfato medievale, come nuova casa di tutti i musulmani, si sono poi sommate le anfetamine. «Queste droghe hanno trasformato i *mujaheddin* in maniaci paranoici ma con una grande capacità di resistenza, che si sentono invincibili e non provano nessuna paura o empatia, meno che mai dolore fisico o morale per le brutali azioni compiute», spiega un'analista militare che ci chiede di restare anonimo. Sarà anche per questo, come dimostrano i video da loro stessi diffusi in rete, che possono commettere ogni sorta di atrocità senza mostrare alcuna pietà, addirittura ridendo. Un giovane prigioniero jihadista, il 23enne Amir Ahmed Ali, rivela a *Left*: «Prima della battaglia



© Jalil Fezzayev/Ansa/Epa

per conquistare Aleppo, abbiamo preso delle pillole che hanno completamente cambiato la nostra percezione di quello che stava succedendo. Pensavo che i carri armati fossero uccelli che si potevano annientare con la spada». A suo dire, queste compresse vengono date anche ai kamikaze. Invece di aumentare la resistenza e il coraggio, queste droghe hanno però nel tempo creato un esercito di zombie tossicodipendenti che stanno commettendo atti brutali e feroci in nome dell'islam. Non sarà di certo un caso se in Siria le segnalazioni di questi macabri episodi sono arrivate di pari passo con la produzione su larga scala di metanfetamine. Nel maggio 2013 è apparsa su internet una foto che mostrava un jihadista grigliare su un barbecue la testa decapitata del pilota di un

sono stati decapitati e la loro testa è stata fatta bollire in una pentola. Ci sono poi stati i genocidi di cristiani, e a Mosul (terza città irachena), persino i bambini sono stati decapitati e le loro teste appese in un parco, come già avevano fatto prima di loro i talebani in Afghanistan. Per non parlare di crocifissioni, stupri ed esecuzioni di massa, oppure dei *selfie* nei quali le teste diventavano trofei o addirittura palle con le quali giocare. Difficile determinare se queste barbarie siano il risultato degli effetti collaterali di queste anfetamine, che insieme con hashish, eroina e cocaina, sono diventate la razione base dei miliziani. Al termine dell'assedio della città siriana di Kobane (26 gennaio 2015), i *peshmerga* curdi hanno rinvenuto nel quartier generale dell'emiro del Daesh, Abu Zahra, un sacco pieno di cocaina purissima, sostanza molto rara e costosa in Medio Oriente. Il comandante dei *jihadisti* l'aveva fornita ai suoi miliziani negli ultimi giorni, quando erano ormai vicini alla sconfitta, nell'estremo tentativo di resistere. Del resto non è un mistero che il Daesh recluta i suoi combattenti nei quartieri più poveri e problematici delle città. Il profilo tipo, secondo le agenzie di *intelligence*, sono ragazzi a basso reddito, con problemi familiari o orfani, di età compresa tra 18 e 25 anni, facili da manipolare perché alla ricerca di un senso da dare alla propria vita. Spesso si tratta di teppisti o ex detenuti, alla ricerca di piaceri forti e immediati, che fanno questo biglietto di sola andata, accecati dal miraggio del Califfato, per il quale perdono la ragione se non addirittura la vita. (1)



**Un giovane jihadista a Left: «Prima della battaglia di Aleppo abbiamo preso delle pillole. Pensavo che i carri armati fossero uccelli che si potevano annientare con la spada»**



elicottero governativo siriano. Lo stesso mese un altro miliziano tagliava e mangiava il cuore di un soldato di Assad, pronunciando queste parole: «Giuro su Dio che mangeremo i vostri cuori, soldati di Bashar, o li daremo ai cani. Dio è grande! (Allahu Akbar)». Effettivamente, poco dopo, diversi racconti denunciavano di cadaveri nemici dati in pasto ai cani. Quando ad aprile 2014, i jihadisti hanno conquistato il carcere siriano di Daraa, due soldati detenuti

# CANNE E CANNONI

L'escalation nell'abuso di sostanze illecite nei teatri di guerra ormai coinvolge militari e civili. Stimolanti e stupefacenti invadono Paesi già devastati dai conflitti. Così tra scontri a fuoco, violenze e privazioni aumentano i casi di dipendenza

di **Alessandro De Pascale**

**N**ell'Europa orientale il problema maggiore sono le droghe chimiche, quelle di sintesi. Balcani e Cecenia ne sono pieni. Il Muro è caduto. Ma non i laboratori illegali per la produzione delle anfetamine. Anna Politkovskaja, la giornalista uccisa a Mosca per il suo impegno nel raccontare le verità nascoste dei conflitti russi, ha più volte sollevato il problema. Ha anche scritto di cittadini ceceni che vanno in giro con le tasche cucite, per evitare che i soldati russi li arrestino infilando la droga nei pantaloni.

Ma le storie più dure vengono dall'Iraq dilaniato dalla guerra civile, sconvolto da una spirale di violenza che ha lasciato intatte pochissime famiglie. Tamam Abdul-Kadhim, 35 anni, nel 2004 ha vissuto un bombardamento nel centro di Baghdad. Era la prima volta che assisteva a un bagno di sangue. Un avvenimento che ha cambiato per sempre la sua vita. La notte non chiudeva occhio. Allora ha iniziato a usare sedativi, diventandone dipendente. L'Iraq di oggi è pieno di persone nelle sue stesse condizioni. Uomini e donne imprigionati in una quotidianità di morte e terrore. Chi ha potuto è andato via, si è trasferito in Giordania o in Europa. Chi è rimasto cerca sempre di più nelle droghe l'unica possibilità di evadere dalla realtà.

**I consumatori appartengono** a tutte le classi sociali: insegnanti, militari, poliziotti e disperati. Usano di tutto, dagli

psicofarmaci all'eroina. Non essendo un Paese produttore, l'Iraq non si era mai dovuto confrontare con problemi di droga, e ai tempi di Saddam gli unici problemi di dipendenza riguardavano l'alcol. Oggi a causa degli attentati degli estremisti contro i locali pubblici è diventato difficile trovare alcolici. Ma il Paese è ormai pieno di droga. Farmaci contenenti anfetamina e codeina (un derivato medico dell'oppio) si trovano a prezzi bassissimi ad ogni angolo di strada, sui banchi dei mercati e persino nei bar. Dove un tè da 400 dinari (10 centesimi di euro) lo servono direttamente con gli psicofarmaci sciolti dentro. Il problema è che spesso i clienti neanche sanno cosa assumono. Esiste un commercio di farmaci destinati a persone che, anche quando le medicine sono nelle loro confezioni, non sanno leggere dosi e indicazioni. Scritte in inglese, con il marchio del ministero della Salute iracheno e la dicitura «not for sale» (quindi non vendibile senza ricetta medica). Non di rado sono aiuti esteri, dotazioni delle ong. Per strada, scatola e foglietto illustrativo neanche ci sono. Sui banchi dei mercati le pillole si trovano sfuse. Trenta per 500 dinari, medicine di cui nessuno conosce la data di scadenza e che magari sono sotto il sole da settimane. Anche il canale ufficiale

di distribuzione, le farmacie, è diviso in due: ci sono quelle che vendono i farmaci di classe A (i più potenti) anche senza ricetta, e quelle a cui non piace vendere un certo tipo di psicofarmaci. Ma di solito anche lì, descritto il sintomo, si ottiene ciò che si chiede. «Se finisci in galera una delle prime cose che ti chiedono i secondini è se hai bisogno di una pillola: prezzo 250 dinari», scriveva di recente una lettrice al direttore di un quotidiano di Baghdad. Campanello d'allarme per comprendere quanto il loro uso sia diffuso nel Paese, con il silenzio del governo, della polizia locale e delle forze di occupazione.

**In Iraq usano di tutto, dagli psicofarmaci all'eroina. Ai tempi di Saddam c'era solo l'alcol**

**All'uso degli psicofarmaci si è poi aggiunto** quello di eroina e cocaina. «Gli iracheni stanno consumando sostanze illecite come mai prima d'ora. Stimiamo che oggi siano circa 5.000 le persone che usano droghe nel sud del Paese. Nel 2004 erano circa 1.500», ha affermato

recentemente in un'intervista all'agenzia di stampa irachena Irin il dottor Kamel Ali del Programma di prevenzione contro i narcotici del ministero della Salute. «In tutto il Paese potrebbero essere 10.000». Un recente rapporto dell'agenzia Ghodse evidenzia come «negli ospedali di Baghdad e di tutto il Paese si è registrato un notevole aumento di ►►

© SHAH/AP



**Murale contro l'uso di droga** in una via del centro di Kabul

## copertina guerre droghe inchiesta

► overdose, per droghe e psicofarmaci». Molti arrivano in ospedale direttamente in ambulanza, una volta perduti i sensi, poiché si spostano solo per lo stretto necessario e sono ancora molto diffidenti verso le istituzioni. Inoltre in Iraq c'è un solo centro che si occupa di dipendenze: l'ospedale psichiatrico di Baghdad.

**L'arrivo delle nuove droghe** è dovuto al sostanziale fallimento del controllo dei labili confini iracheni. Soprattutto quello tra Iran e Iraq, dove transitano ingenti quantitativi di droga, che stanno facendo esplodere il consumo in tutto il Medio Oriente. Un confine lungo 1.200 chilometri che le forze di occupazione e quelle irachene non riescono a controllare. Molti analisti sostengono che il problema sia da imputare al dilagare della corruzione. Il governo ha fatto di tutto per fermare il flusso di droghe, inviando migliaia di poliziotti in più lungo il confine e chiedendo aiuto alle forze ucraine e polacche di stanza vicino a Batura e Zurabatia. «In passato l'Iraq aveva migliaia di checkpoint e poliziotti lungo il confine, ma oggi, con tutti i problemi del Paese, all'area viene data una scarsa attenzione» ha dichiarato Mahmud Uthman, membro del Consiglio di governo. Ma i risultati ottenuti dall'esecutivo sono stati irrisonanti.

Anche le due città sante di Kerbala e Najaf, nel sud del Paese, hanno indossato la maglia nera dell'abuso. Lungo le polverose strade di queste due città ormai proliferano i narcotrafficanti afgani e iraniani. E l'applicazione della pena di morte anche per il traffico di stupefacenti non è servita da deterrente. I sequestri si moltiplicano, ma traffico e consumo non si arrestano. Gli psicofarmaci passano dal confine giordano, l'eroina da quello iraniano e la cocaina attraverso i Paesi del Corno d'Africa. Il tema della droga ormai non è più un tabù, nella patriarcale e conservatrice società irachena. È diventato un argomento da bar. Uno psichiatra del ministero della Salute, che vuole rimanere anonimo, sostiene che il problema è che

l'Iraq non ha strutture adeguate per combattere la crisi: «È un bene che finalmente si parli del problema, ma la cronica mancanza di sicurezza, l'assenza di dati e il fatto che tutto questo sia rimasto a lungo nell'ombra, non ci aiuta a risolverlo. Baghdad conta più di cinque milioni di abitanti, ma noi siamo in grado di monitorare solo una piccola parte della popolazione. E fuori dalla capitale è tutto ancora più difficile».

**Se a Baghdad la situazione** è preoccupante, in Afghanistan è allarmante. «Un milione di afgani si droga» tuonava nel rapporto del 2005 l'Ufficio per la droga e il crimine delle Nazioni Unite, diretto dal 2002 dall'italiano Antonio Maria Costa. Le siringhe sono arrivate anche in Afghanistan. Una novità assoluta per il Paese. Un'occidentalizzazione del consumo senza precedenti. Mentre il mondo viene inondato da eroina afgana, il consumo esplode dal confine con Turkmenistan e Uzbekistan e nelle campagne fino a Kabul. I derivati dell'oppio, mai usati negli anni del regime e soprattutto mai prodotti dagli afgani, dal 2001,

anno di inizio dell'ultimo conflitto, stanno avendo una rapida diffusione tra la popolazione. Chi non ha accesso a queste sostanze usa psicofarmaci e pure benzina. Il resto del mondo osserva il presente afgano con uno sguardo preoccupato anche verso il futuro. L'enorme quantità di oppio disponibile

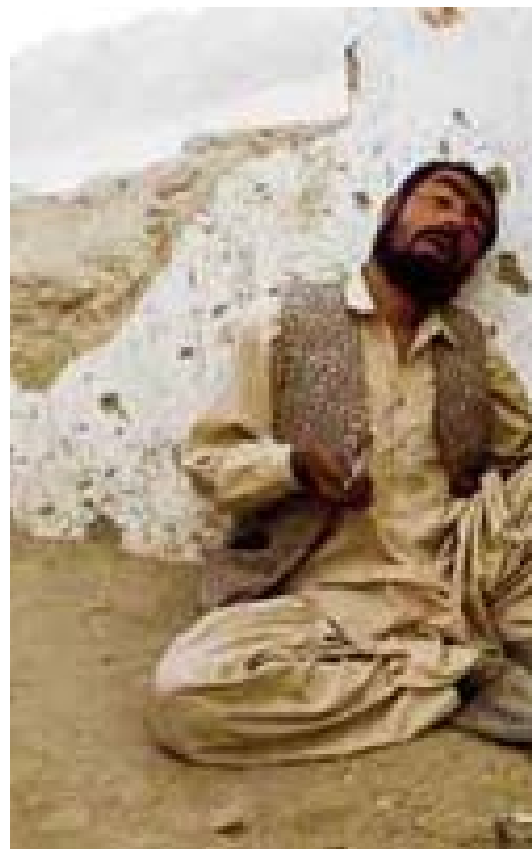
nel Paese, aggiunta alla corruzione delle istituzioni, rendono al momento impossibile arginare la crescente attività di produzione e raffinazione. Situazione che è destinata a fare schizzare ancora di più verso l'alto la domanda interna, di oppio e eroina.

Dopo la caduta dei talebani sono stati creati programmi di trattamento. Il ministero non sa quanti vi ricorrano, e non ci sono indicazioni sui programmi terapeutici. Quello che si sa è che questi centri nella maggior parte dei casi non possono fare affidamento su farmaci sostitutivi per le astinenze. Usano le corde. Legano le persone ai letti. La loro nascita

**In vendita sui  
banchi dei  
mercatini di  
Baghdad  
pillole di ogni  
tipo, senza  
indicazioni  
né scadenze**



**Controllo dei medicinali** destinati alle forze



**Un tossicodipendente** alla periferia di Kabul

©SULTAN/REUTERS/CONTRASTO, REUTERS



della coalizione



e le lunghe liste di attesa confermano la vastità del fenomeno delle dipendenze nel Paese. Una nazione che produce più del 90 per cento dell'oppio mondiale, si trova di colpo ad essere anche un grande consumatore. Nella sola Kabul in due anni gli eroinomani sono più che raddoppiati. E il dottor Mohammad Zafar del Programma di riduzione della domanda, del ministero per il Controllo dei narcotici, denuncia come la comunità internazionale si sia interessata solo alla produzione dell'oppio afgano e non al boom del suo consumo in patria. Da un chilo di oppio si producono 100 grammi di eroina pura. Se sotto i talebani la raffinazione avveniva fuori dai confini nazionali (Triangolo d'oro, Pakistan e Iran in testa), oggi i laboratori sono dentro il Paese. Producono dai 70 ai 100 chili di eroina al giorno. Sono sulle colline a sud-est di Jalabad (a ridosso del confine con il Pakistan) e nei distretti di Acheen e Adal Khel (provincia di Nangahar). Nella sola area di Sangeen, secondo ufficiali britannici, ce ne sono più di 150. L'Afghanistan è diventato un Paese dove guardando dalle colline le vallate di alcune province, l'estensione della coltivazione di oppio è paragonabile a quella dei vigneti in molte regioni italiane. E proprio come avviene in Italia per la stagione della vendemmia, in primavera la raccolta attira braccianti da ogni parte del Paese.

**In Afghanistan la raccolta dell'oppio** è già iniziata. Le grandi piogge primaverili lasciano credere che nei rapporti Onu dell'anno prossimo vedremo un nuovo record di produzione. Nella sola provincia di Helmand si coltiva il 40 per cento di tutto il papavero afgano, con una produzione di 150 chilogrammi a ettaro. L'aumento della produzione ha già fatto scendere i prezzi, passati dai 100 dollari dell'anno scorso agli 80/90 di oggi. I talebani controllano gran parte dell'area e gli scontri e i bombardamenti con le forze Isaf sono quotidiani. Due tentativi di distruzione delle piantagioni non hanno dato i risultati sperati. Da poco, su pressione delle Nazioni Unite, ne è iniziato

un terzo. Ma gli ostacoli da superare sono due. Primo. Se da un lato le Nazioni Unite stimano che il 50 per cento del Pil afgano è rappresentato dall'oppio, l'economia del Paese è interamente controllata dall'esterno. Il presidente Karzai viene da tutti definito il «sindaco di Kabul» e il contrabbando di droga aumenta sempre di più. Anche per la difficoltà, come in Iraq, di controllare i 5.800 chilometri di confini. Secondo. La corruzione e la connivenza del potere sia con i talebani che con i narcotrafficienti. «Rappresentanti del governo e signori della guerra sono pesantemente coinvolti nella produzione e nel traffico illecito di oppio e stanno trasformando il nostro Paese in un narco-Stato» ha dichiarato il ministro dell'Interno al quotidiano *Kabul Times*. Aggiungendo che, pur non potendo fare nomi, il suo ministero «ha raccolto prove sufficienti per dimostrare che funzionari del governo, compresi ufficiali dell'esercito e della polizia, sono implicati nel narcotraffico».

## Nei centri di trattamento mancano farmaci per le astinenze. Usano le corde

**Conoscono nomi e cognomi**, sia di chi è implicato direttamente che di chi offre protezione in cambio di denaro, ma «solo in pochi casi siamo riusciti a intervenire e arrestarli». Operazioni che probabilmente vengono condotte solo contro personaggi diventati scomodi e pesci piccoli. Inoltre, precisa il ministro, «a Kabul stiamo arrestando moltissimi trafficanti, ma questo avviene solo per un motivo: perché lo smercio di oppio grezzo o lavorato sta assumendo dimensioni tali da non riuscire più a rimanere invisibile». E se alcuni ritengono che la soluzione sia nella conversione della produzione di oppio da illegale a legale, per la produzione di morfina per le terapie del dolore, il capo dell'Unodc Costa la cestina subito come «irrealistica», spiegando che «sul mercato illegale rende tre volte di più, e in ogni caso con la produzione dello scorso anno il mondo starebbe bene per cinque anni». Continueremo quindi a vedere in tutto il mondo e ancora per molto gli effetti di questa rigogliosa agricoltura. ■

**I**n guerra vengono utilizzate le migliori tecnologie conosciute dall'uomo. Innovazioni che poi in tempo di pace diventano di uso civile. Ma non è solo con l'*high technology* che la scienza viene in soccorso dei combattenti. Anche la chimica fa la sua parte. Così, nelle guerre vengono sperimentate e utilizzate le migliori droghe sintetiche. Sostanze che, come accade con la tecnologia, a guerra finita diventano "civili", inondando il mercato illegale mondiale delle droghe. È stato così per l'oppio, l'eroina e la morfina durante la Prima guerra mondiale e la guerra del Vietnam. Per l'anfetamina durante la Seconda guerra mondiale, i Balcani e la prima Guerra del Golfo. Conflitti al termine dei quali l'anarchia ha favorito il narcotraffico. Ma la sperimentazione e la fornitura alle truppe di sostanze psicotrope è stata poi pagata a caro prezzo dalle popolazioni di mezzo mondo.

**Afghanistan, aprile 2003.** Due piloti dell'Us Air Force sono in volo su un F16. Sono i maggiori Harry Schmidt e William Umbach. Durante la missione si imbattono in un contingente di soldati canadesi. E sganciano una bomba guidata a laser da 250 chili, uccidendone quattro e ferendone otto. I vertici militari, per placare l'ira del Canada, avviano una causa penale contro i piloti, che rischiano fino a 64 anni di carcere. Ma il loro difensore, l'avvocato Charles Gittins, porta in aula delle pillole di Dexedrina. I militari le chiamano *go-pills*. Stimolanti a base di anfetamina, che il Pentagono fornisce ai piloti per aumentare le loro prestazioni fisiche. Top gun che pilotano caccia da 30 milioni di dollari sotto l'effetto di sostanze per le quali verrebbe stracciata la patente a qualsiasi automobilista. Le missioni di volo possono durare decine di migliaia di chilometri, e dove la normale resistenza fisica umana non basta, ecco che arriva in soccorso la chimica.

**L'anfetamina è la droga più usata** nelle guerre del XXI secolo. I maggiori utilizzatori sono i Commandos e i piloti del-



**Le pastiglie di Dexedrina**, soprannominate *go-pills*, sono lo stimolante anfetaminico più

## EFFETTI COLLATERALI

Fuoco amico, stupri, omicidi, bersagli mancati, matrimoni bombardati, stragi di civili. Secondo i comandi Usa, in guerra capita di sbagliare. Ma potrebbero non essere semplici errori, e la loro causa forse andrebbe cercata nell'uso e abuso di troppi psicofarmaci



© BERMAN/REDUX/CONTRASTO



diffuso tra i Top Gun americani

l'aviazione. In alcuni "stormi" le usa il 96 per cento dei piloti. Non si è obbligati a prenderle e non vengono nascoste nei pasti, nelle bibite o nelle sigarette, come si faceva in passato. Ma il loro uso è incoraggiato e i piloti ne apprezzano le "doti". Prima dell'assunzione firmano un atto di consenso, nel quale l'ente governativo Food and drug administration dichiara che «non ne approva l'uso per alleviare la stanchezza». L'assunzione prolungata di questi stimolanti necessita poi di un "bilanciamento" con dei tranquillanti, per sedare la sovraeccitazione. Li chiamano *no-go-pills*. Il binomio stimolante/sedativo può es-

sere pericoloso per la stabilità mentale, e trasformare gli utilizzatori in tossicodipendenti.

**L'uso di queste sostanze rende possibile** l'impiego delle truppe per 72 ore (la regola ne prevede 12), ma oltre a danneggiare chi le prende fanno aumentare anche i rischi di chi sta intorno. Gli effetti collaterali delle anfetamine sono l'euforia, la spossatezza, la depressione e l'ipertensione. Associati alla «amnesia anterograda» (assenza di memoria durante l'azione del farmaco) dei sedativi possono formare una miscela esplosiva. A ciò si aggiungono i ►►

**Go pills per stare in azione 72 ore di seguito**

## CHIMICA E CONFLITTI

**Guerriglieri dopati**

Sette giorni e sette notti a combattere. Ecco l'obiettivo che vuole raggiungere il comando militare Usa. Per avere oltre alla supremazia militare e tecnologica anche soldati dalla resistenza sovrumana. Se per il futuro i comandi americani sperano di mandare a combattere dei robot, per la piena riuscita del "dopaggio" dei nuovi "super-soldati" del XXI secolo con le anfetamine o altre sostanze resta un nemico da combattere: si chiama "down". Dopo molte ore senza dormire, con gli eccitanti finora usati avviene una fase calante durante la quale si ha una perdita molto veloce e inevitabile delle proprie capacità cognitive e reattive. In parole povere, si rallentano le capacità di ragionare, prendere decisioni, osservare, diminuiscono i riflessi e l'attenzione. Perciò i comandi militari vogliono sviluppare nuove sostanze. Non è un film di fantascienza ma uno sconcertante documento riservato del Darpa, il Dipartimento per la ricerca e lo sviluppo del Pentagono, che ha creato il Programma per prevenire la privazione del sonno. Definisce la procedura da mettere a punto, una «performance assistita continua», che permetterebbe di far operare i propri soldati sul campo fino a sette giorni di seguito senza dormire. Roba che potrebbe in futuro affermare la supremazia Usa in campo militare. Accontentandosi nel mentre della Dexedrina, i laboratori americani stanno tentando di realizzare il «miglioramento del guerriero attraverso la chimica» per «gestire lo stress ambientale e mentalmente indotto e per accrescere la forza e la resistenza aerobica dell'operatore».

a.d.p.

© BENSCH/REUTERS/CONTRASTO



Forze speciali americane in azione a Baghdad

►► disturbi dell'apparato cardiaco, prima accelerato poi rallentato. Un mix che porta a manifestare aggressività, il che può anche far piacere ai superiori, ma anche paranoia, che viceversa, come nel caso afgano descritto, può diventare una bomba. Letteralmente. I ricercatori militari si difendono sostenendo che la Dexedrina provoca sintomi di questo tipo solo in dosi maggiori ai 5/10 milligrammi da loro prescritti. Affermazioni smentite da una guida del 2000 del Laboratorio di ricerca medica navale e aerospaziale di Pensacola in Florida, sul «mantenimento delle performance durante operazioni di volo continuo», rivolta a comandanti, ufficiali e specialisti in medicina aeronautica, utilizzata nell'addestramento dei Top Gun. Che raccomanda l'uso di anfetamine e sedativi per «gestire la fatica e mantenere costante la prestazione dei piloti», mettendo però in guardia gli istruttori sugli effetti collaterali, ovvero sulla «amnesia anterograda, che aumenta la possibilità di recarsi ad una seduta di istruzioni, decollare e poi non ricordarsi che cosa gli era stato detto di fare». Insomma, l'uso di anfetamine farà anche stare svegli i militari, ma bisogna capire in che stato e a quale prezzo.

**In un'altra indagine, pubblicata nel 1996** dal Laboratorio di medicina aerospa-

ziale di Fort Rucker in Alabama, dieci elicotteristi sono stati esaminati per una settimana, per testare l'uso di maggiori dosi di Dexedrina. I piloti per due volte sono rimasti svegli 40 ore di fila, su elicotteri UH60, collegati a elettroencefalogrammi e poi sottoposti a test cognitivi e di umore. In una delle due esercitazioni ai piloti furono somministrati 10mg di Dexedrina. Pochi anni dopo, in Afghanistan, furono per la prima volta utilizzati 10mg invece dei 5 utilizzati nel 1991 in Iraq durante l'operazione Desert Storm.

**Una miscela ancora più esplosiva** è quella fra droghe «ufficiali» e illegali. L'abuso di droghe tra i militari in Iraq e Afghanistan sta minacciando l'integrità dei combattenti. E le autorità americane, memori del Vietnam, stanno tentando di evitare che la tossicodipendenza dilaghi. Ma controllare centinaia di migliaia di soldati è praticamente impossibile. E oltre alle analisi casuali delle urine i comandi non hanno altri mezzi. Stanno provando a convincere i soldati a denunciare i loro commilitoni, senza successo. Inoltre, in mancanza di nuovi volontari da ar-

ruolare, il Pentagono ha abbassato i propri standard di selezione e spesso chi si droga in guerra già lo faceva in patria. Secondo un ufficiale, dei 4.000 uomini della 256esima Brigata, 53 abusavano di alcool e 53 di droghe. Numeri diventati impressionanti l'anno dopo, esaminando la 236esima Brigata dell'esercito. Su 4.000 soldati 2.253 abusavano di alcool e 2.280 di droga durante le missioni. Cifre molto vicine all'87 per cento totale del Vietnam. Con l'anarchia che regna in Iraq, il confine con l'Iran è diventato il più grande crocevia mondiale del narcotraffico. E tra i soldati c'è chi compra e chi rivende anche la droga sequestrata. In maggioranza sono i ventenni a usare droghe, che comprano dagli iracheni e rivendono nelle camerate. Il governo americano tenta di nascondere il fenomeno e le informazioni, anche per non preoccupare i genitori in patria.

## Il Pentagono incoraggia l'uso delle anfetamine tra i soldati. Che però poi vanno sedati

**Un avvocato militare**, il capitano Christopher Krapchuk, sostiene che «questi giovani soldati non riescono ad affrontare lo stress e diventano tossicodipendenti, ammesso che non lo fossero già». Davanti alla Corte

marziale, il soldato semplice Emily Hemphead ha dichiarato di fumare hashish e eroina perché «mi aiutava a dormire». Ma in un conflitto le motivazioni possono essere molte. La morte di un compagno, l'essere scampati ad un attentato, l'efferatezza degli interventi. Solo la sindrome da stress, acuta o post-traumatica, affligge il 70 per cento dei soldati. E a causa dell'ondata di suicidi, ventidue solo nel 2005 (un quinto di tutte le morti non in combattimento), il Pentagono ha creato una task force per arginare il fenomeno. Chi non si droga si arrangia. Il ricorso ad antidepressivi con o senza prescrizione medica è in netto aumento. Sono sempre di più i ragazzi che vogliono lasciare i teatri di guerra, ma non possono farlo per mancanza di personale, e tra quelli tornati in patria molti non vogliono più ripartire. ■ *a.d.p.*

© LEISTNER/REDUX/CONTRASTO

Una volta era solo alcol. Ora gli stupefacenti hanno invaso l'Iraq. Parla lo psichiatra dell'unico ospedale che tratta le dipendenze

## L'esperto

# UN PAESE DA DIMENTICARE



**L'**Ibn Rushd di Baghdad è l'unico ospedale iracheno che si occupa anche di dipendenze. È un ospedale psichiatrico. Dopo aver realizzato l'intervista che ci avevano accordato, ci hanno chiesto di rimuoverne alcune parti. Ritenendole importanti, abbiamo deciso di pubblicare l'intervista in forma integrale omettendo il nome dell'intervistato. È uno psichiatra dell'ospedale. **Cosa vi differenzia dagli altri ospedali?**

Siamo gli unici che trattano pazienti con problemi psichiatrici e di dipendenza. Stress post traumatico, depressione, schizofrenia. Ma anche abuso di alcool, psicofarmaci, e ora droghe.

**Possibile? L'unica struttura in tutto l'Iraq?**

In realtà da poco c'è un centro anche nel Kurdistan iracheno. Ma si occupa solo di dipendenze e non lo gestisce lo Stato.

**Qual è la situazione a Baghdad e nel Paese?**

È bene che se ne parli. Anche se forse si è assistito inizialmente a una esagerazione

dell'incidenza del problema. Forse per ottenere ulteriori aiuti. Le droghe non erano mai state un'emergenza. Solo dopo il conflitto tra Iraq e Iran abbiamo avuto seri problemi di dipendenza nel Paese, e a Baghdad fu creata una commissione per risolverli. La questione è sempre stata riferita solo all'abuso di psicofarmaci. E anche lì i picchi si sono avuti in corrispondenza di grandi eventi. Embargo, bombardamenti, nel 1991-1993 e nel 1998. Poi per il resto non ci sono stati grandi problemi. Posso dire con certezza che per fortuna la droga, come la intendete voi, non c'era mai stata prima d'ora.

**E come la intendiamo noi?**

Oppio, cocaina, anfetamine non mediche, sono problemi nuovi per noi. Sono pochi anni che si notano in giro queste sostanze.

**E da voi in ospedale?**

Guardi qui la gente è difficile e si sposta il minimo indispensabile. Ci sono tanti problemi, si figurati se vengono per questo. E poi hanno paura di essere eliminati.

**Eliminati?**

Prima succedeva. La gente è

abituata a vivere in un clima di paura. Ma ora...

**Ora?**

Il Paese, lo Stato, gli americani. Non lo so di chi è la colpa e neanche mi riguarda. Ma non si può far vivere così la gente. Prima era difficile. Ma ognuno aveva un lavoro. Ma ora... bombe, regolamenti di conti, terrore. Non si può più lavorare. Neanche noi. Nel mio settore eravamo circa 35.000. Ora siamo la metà. Tutti morti o fuggiti all'estero. Molti per venire qui ogni giorno cambiano strada, turno, reparto e, fosse possibile, anche ospedale. Mi hanno detto che gli Usa hanno speso per la sanità un miliardo di dollari. Per cosa? Molte delle cliniche realizzate sono private.

**Tempo fa un suo collega dell'ospedale ha detto che voi iracheni siete immuni dalle droghe.**

**«I problemi sono cominciati dopo il conflitto con l'Iran. Poi sono solo peggiorati»**

Non commento. Religione, uomini del governo. Gli iracheni sono riservati, mica come voi occidentali.

**Torniamo alle dipendenze.**

Riceviamo anche 40 casi al mese. Prima del 2003 più del 90 per cento delle persone veniva perché alcolizzato. Oggi è il contrario. È l'80 per cento ad avere problemi di sostanze. E se nei primi anni dell'invasione si trattava di farmaci, ora sono comparse queste sostanze che si trovano nei mercati, nei bar, ai semafori. I farmaci entrano dal Nord, la droga da Ovest.

**Perché secondo lei?**

Il problema sono i confini, e la corruzione. Poi ci sono i soldati, i politici, la droga la usa chi vuole stare meglio, e chi non ha altro da fare. Chi ha tutto e chi non ha più niente. Le famiglie sono decimate. Forse non esistono più famiglie intere. E anche se il fenomeno è partito dai sobborghi, poi è arrivato per chi frequenta il centro. Ha mai provato a dormire dopo che passeggiando le è schizzato un cervello in faccia? Ci provi. E se non ci riesce mi chiami, che le mando qualcosa da qui. ■ *a.d.p.*

**U**n binomio, quello tra guerra e droga, vecchio quasi come la guerra stessa. Soprattutto quando al fronte erano gli uomini, più che le tecnologie, a fare la differenza. La mancanza di sonno, una maggiore energia e resistenza in un conflitto, cambiavano di molto le cose.

L'oppio è stata una delle prime. E poi esisteva già, andava solo raccolto. Ma con l'oppio non si è solo combattuto. Per questa pianta si sono fatte vere guerre. Dal 1840, per due anni, la flotta britannica si scontrò con l'impero cinese in quella che i libri di storia chiamano "la guerra dell'oppio". In quel secolo il derivato del papavero faceva già parte della medicina orientale. Ma la presenza degli inglesi in India iniziò a provocare problemi all'impero cinese. Nel Bengala gli inglesi coltivavano papaveri e con la Compagnia delle Indie avevano iniziato a commerciare oppio. Situazione che portò a un'epidemia di tossicodipendenza in Cina e a una guerra in cui l'Inghilterra guadagnò Honk Kong, che tornerà ai cinesi solo nel 1997. Qualche decennio dopo, il gigante farmaceutico Merk immetteva sul mercato la morfina (che deriva dall'oppio), e Alexander Wood scopriva l'ago ipodermico. Una coincidenza strategica, mentre negli stessi anni si combatteva la guerra di secessione. Successe così, già nel 1870, i combattenti tornavano dal fronte con "la malattia del soldato", l'astinenza da morfina, che gli veniva "curata" con piccole dosi di cocaina.

**All'inizio del secolo Merk e Bayer** hanno poi sintetizzato l'eroina e l'Mdma (il principio attivo dell'ecstasy). Sostanze che diedero coraggio e temerarietà dei soldati tedeschi in tutta la Prima guerra mondiale. Molti governi, grazie alla Merk, durante la Grande Guerra usarono l'Mdma per ridurre la fame e la stanchezza dei soldati, costituendo per la prima volta una tangibile differenza nelle performance degli eserciti. Ai soldati italiani, le sostanze non vennero mai fornite: i comandanti mandavano i soldati incontro alla morte, fuori dalle trincee, dopo avergli fatto bere una bottiglia di cognac.

# LA SOSTANZA DELLA GUERRA

Reggere ai bombardamenti, aumentare i riflessi, diminuire la stanchezza. Dai nazisti a Desert Storm, ecco come l'esercito usa la "roba"



**Afghanistan**, un campo coltivato a oppio

L'uso delle droghe in guerra favorisce la loro diffusione in tutto l'Occidente. A pochi anni dall'inizio del primo conflitto mondiale, le città europee e americane si riempiono di cocaina. In una famosa scena del film *Tempi Moderni* Charlie Chaplin aspira una sostanza bianca e acquista energia. Ma è una particolare sostanza, pochi anni dopo, a cambiare l'uso delle droghe nelle guerre. Nasce l'era dell'anfetamina. Durante la Seconda guerra mondiale è utilizzata

© SAMEEM/REUTERS/CONTRASTO, FARST/AP



Vietnam, "la guerra è un inferno"

ampiamente, sia per i soldati che per coloro che lavorano nell'industria degli armamenti. Le principali sostanze utilizzate sono il Meth e il Pervitin. Fornite dalle case farmaceutiche, vengono usate un po' da tutti i Paesi, tra i quali Germania, Giappone e Stati Uniti. Anche per gli avieri, i primi furono i piloti della Luftwaffe tedesca. Il Pervitin fu utilizzato anche dai reparti speciali italiani della Repubblica di Salò. Perfino Hitler amava il Meth, circostanza di cui era a conoscenza solo il suo ristrettissimo staff. Dopo la Seconda guerra mondiale ci furono vere e proprie ondate di astinenza.

#### Alla fine della Seconda guerra mondiale

la Francia riprese il controllo sull'Indocina, che era stata conquistata dai Giapponesi. Nella zona operava un'intelligence ad ampio raggio, che si finanziava con l'oppio del triangolo d'oro. Il denaro servì a sostenere la guerra coloniale francese dal 1946 al 1954. Maurice Belleux, capo del Sdece, l'equivalente francese della Cia, spiegò dettagliatamente il sistema: i paracadutisti raccoglievano l'oppio grezzo e lo trasportavano a Saigon, dove passava nella mani della mafia sino-vietnamita. È sbagliato chiamare "guerra del Vietnam" quella che poco dopo (nel 1965) interessò l'area. Infatti, se allora il mondo vedeva solo le immagini del Vietnam, la guerra c'era già in tutto il Sud-Est asiatico. La guerra segreta di Laos, Cambogia e Thailandia rimase tale fino agli anni Ottanta.

**Dal "Triangolo d'oro"** arrivava in Vietnam parecchia eroina, dove una delegazione del Congresso americano andò in visita. Per un mese i delegati parlarono con soldati e medici. Al ritorno in patria la loro conclusione fu dirompente. «Il soldato che va in Vietnam - disse il repubblicano Robert Steele - corre un rischio di gran lunga maggiore di diventare un eroinomane, che di morire in combattimento». Secondo le loro stime 40.000 soldati, nel Sud-Est asiatico, erano tossicodipendenti. Ma il *New York Times* poco dopo gettò nel

panico i genitori di un'intera nazione: i tossicodipendenti erano 80.000, esattamente il doppio. Il Pentagono, neanche a dirlo, parlava di 100, forse 200 individui. Il presidente americano Nixon inviò in Vietnam il capo del consiglio della stanza ovale, Eric Krogh Jr. Il suo verdetto fu molto vicino a quello del *New York Times*: circa 100.000 soldati americani (il 20 per cento) risultarono eroinomani.

**Per un traffico internazionale** di anfetamine destinate alle truppe impegnate nella prima Guerra del Golfo, fu presa di mira la Ipi srl, azienda dei veneziani Barbini. Il 5 novembre 1995 la nostra Guardia di Finanza, nell'ambito di accertamenti su un traffico di rifiuti tossico-nocivi, bussò alla porta della sede veneziana dell'Ipi. Niente scorie, ma vengono rinvenuti 933 chili di anfetamine liquide. Viene aperto un fascicolo per traffico internazionale, e 15 persone finiscono sotto inchiesta, tra cui gli stessi fratelli Barbini. Il sospetto è che le anfetamine fossero state vendute a un intermediario inglese, per essere poi inviate in Iraq. Gli inquirenti escludono l'associazione a delinquere. Gli indagati diventano otto passando da una procura a un'altra. Oggi, dell'impianto accusatorio del

#### Anche i reparti speciali della Repubblica di Salò facevano uso di Pervitin

1995, resta un solo imputato. È però un dato incontestabile che nel Golfo nel 1991 i piloti dei caccia usarono centinaia di pillole a base di anfetamina per reggere i ritmi. Nei piloti che avevano partecipato agli incessanti bombardamenti su Baghdad erano stati evidenziati segni di assuefazione e per molti di loro anche di dipendenza. La stessa situazione si è verificata nei Balcani anni dopo. L'uso di queste sostanze, infatti, è ripreso nel 1996. Anche la Marina le aveva vietate agli inizi degli anni Novanta, per poi riprenderne l'uso nel 1999, anche se in maniera più limitata, sia per la durata minore delle missioni dei piloti dell'US Navy che per la pericolosità degli atterraggi notturni sulle portaerei. ■

a.d.p.

# Studi internazionali

**EMCDDA (2017) Asylum seekers' drug and alcohol use, in Paul Lemmens, Hans Dupont, Inez Roosen, Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services. [www.emcdda.europa.eu/document-library/migrants-asylum-seekers-and-refugees-overview-literature-relating-drug-use-and-access-services\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/document-library/migrants-asylum-seekers-and-refugees-overview-literature-relating-drug-use-and-access-services_en)**

*Abstract. Un elevato numero di migranti ha raggiunto l'Europa negli ultimi anni, circa 1,2 milioni hanno chiesto asilo per ognuno degli anni 2015 e 2016. Sono state espresse preoccupazioni circa il fatto che il loro stato di salute e la loro vulnerabilità e esposizione al consumo di droghe potessero rappresentare una seria sfida al sistema di trattamento e in generale alle politiche sanitarie dell'Unione. Le evidenze sono ancora scarse, ma ciò che si osserva suggerisce che i richiedenti asilo e i migranti registrano tassi di consumo di droghe modesti, anche se non è facile conoscere davvero le realtà del consumo nelle loro comunità.*

*Interessante, anche se in un quadro che presenta questi limiti, il riferimento alla tematica del cambiamento dei modelli di uso di sostanze nel passaggio dal paese di origine a quello scelto per il proprio progetto migratorio. In particolare il rilievo dato a diversi elementi del setting per i richiedenti asilo: a partire dal trauma che spinge a migrare e alle diverse e profonde discriminazioni e sofferenze sofferte. Secondo la ricerca di Dupont riportata, le pratiche culturali di origine, compreso l'uso di sostanze, tendono a mantenere continuità e controllo secondo le regole e i rituali di origine, ma in alcuni casi il cambio di contesto crea le condizioni per un cambio del modello di uso e delle traiettorie del consumo. In particolare Dupont cita due variabili: la maggiore disponibilità dell'offerta delle droghe nel mercato e il cambio nella struttura di vita. Sono due elementi che vengono considerati come centrali nelle "classiche" ricerche qualitative nei setting naturali di uso di droghe (cfr, Grund, 1993, Decorte, 2000). Per quanto riguarda la struttura di vita si fa riferimento, ad esempio, all'influenza della noia e della disoccupazione nel paese ospitante che operano un cambiamento del tempo quotidiano e nel modello di uso del khat per i migranti somali o in riferimento alla disponibilità della sostanza al cambio di mercato per i consumatori di oppio iraniani che virano verso l'eroina. Altro esempio interessante riguarda i giovani migranti latino-americani i quali, poco legati alla cultura d'origine usano l'alcol per aderire alle norme sociali della cultura del paese ospitante per essere accettati dalla comunità, senza avere però attraversato il processo di apprendimento sociale delle norme culturali di quel paese. Il dato interessante è che, a differenza di altri studi, si dà importanza alle variabili legate al set e al setting, considerando i fattori culturali, religiosi etc.*

*Sono stati messi a fuoco fattori di rischio e di protezione, in questi gruppi, ma è necessario sviluppare la ricerca per migliorare servizi e prevenzione, rendendoli più adeguati e mirati a questa specifica popolazione*

*In ogni caso le domande che si pongono al mondo dei servizi sono rilevanti in particolare nel confronto con le diverse tematiche della Riduzione del Danno in quanto ci propongono un possibile ampliamento del nostro sguardo e dei nostri orizzonti nell'incontro con la prospettiva antropologica.*

## **[estratto] Risk and protective factors**

In the current migration situation, the risk and protective factors in Table 1 may interact in complex ways to produce the varying use pattern of individuals. Migration background and type of substance used will probably affect the influence of those risk and protective factors.

**Table 1: Risk and protective factors**

<b>Risk factors</b>	<b>Protective factors</b>
Being single	Being a devout Muslim
Coming from an alcohol culture (e.g. Yugoslavia), a khat culture (e.g. Somalia) or an opium culture (e.g. Iran)	United with family
Boredom, unemployment	Integration into the new society in terms of language, employment or other activities
Traumatic experiences	Good physical and mental condition
Poverty	Early identification of mental health needs and availability of psychosocial services
Poor knowledge about treatment services	

Sources: Westermeyer, 1996; James et al., 2000; Fountain et al., 2004; Pearce et al., 2004; Dupont et al., 2005; Spooner, 2005; Mladovsky, 2007; Horyniak et al., 2016.

Some of the differences in risk of developing substance use problems may result from genetics (Edenberg, 2007), but they are more likely to result from aspects related to cultural, religious and ethnic identity. Strong feelings of ethnic identity, sustained religious values or strongly maintained family habits may discourage alcohol drinking, yet in such cases the risk of involvement with alcohol increases following societal integration processes (Hurcombe et al., 2010).

Although prevalence is relatively low (Salas-Wright and Vaughn, 2014; Haker et al., 2016), forced migrants may be at risk of substance use disorders for reasons including coping with traumatic experiences, comorbid mental health disorders, acculturation challenges, and social and economic inequality (Lindert et al., 2008). Drug and alcohol use patterns often reflect standards, values and traditions from the country of origin (Westermeyer, 1996). A decade ago, Dupont et al. (2005) hypothesised that, post migration, the cultural practices and expectations of the country of origin tend to continue in the host country, and that these factors are more significant than past trauma in accounting for alcohol and drug use patterns in the asylum seeker population. However, practices usual in the home country may not be sustainable in the new European context. Living circumstances, the availability of the substance in question and changes in the structure of everyday life may impose a change in use practices that in turn may lead to consequences differing from those that would result from continuing the practice in the home country.

The most important setting factors seem to be the boredom and the uncertainty about their application for refugee status that characterises life for asylum seekers in their new home countries (Dupont et al., 2005). Boredom and unemployment, together perhaps with undiagnosed depression, may cause asylum seekers not only to continue patterns of drug use brought from their home countries but also to intensify them. An obvious example of this pattern can be found in Somali khat users moving to Europe. Khat use is popular among Somali refugees (its use is minimal among second generation Somalis). Problems related to khat use, although fairly uncommon in Somalia, begin appearing because users have to change their habits. Owing to the availability of a fresh supply of khat leaves later in the day, users may start much later in the day than in Somalia, where khat use is more integrated into daily routines. They may stay up all night using khat, with few direct social consequences, since many are not working, sometimes resulting in grave physical complications (Corkery et al., 2011). This change in, and sometimes intensification of, a traditional pattern has also been observed in opium-using Iranians (Dupont et al., 2005). When these users move to Europe, traditional Iranian opium practices have to be adapted to market conditions in countries where heroin is more easily available than opium. While few of these asylum seekers used heroin in Iran, traditional opium users are vulnerable to becoming heroin users in Europe, where they

have more limited access to opium. This involves a greater risk of drug dependence and greater utilisation of addiction care. Another example of a culture-specific adoption pattern of substance use is described in a Swedish study of Afghan refugees aged under 18 (Reza, 2014). Tobacco and drug use were found to be higher than among the reference Swedish population, but alcohol use was much lower.

### **FRA - European Union Agency for Fundamental Rights (2017) Current migration situation in the EU: Torture, trauma and its possible impact on drug use.**

[fra.europa.eu/en/publication/2017/february-monthly-migration-focus-torture](http://fra.europa.eu/en/publication/2017/february-monthly-migration-focus-torture)

*Tra i fattori incentivanti l'uso di sostanze psicoattive indicati anche dall'EMCDDA, c'è l'aver vissuto esperienze traumatiche. La tortura, i trattamenti degradanti e la violenza sia fisica che psichica sono esperienze ricorrente nelle traiettorie di molti e molte migranti e richiedenti asilo. L'agenzia europea FRA fornisce i dati sulla tortura subita, analizza il possibile impatto sulla salute mentale e sul ricorso alle droghe come autocura. Il Rapporto denuncia la scarsità di attenzione, procedure e dati che rilevino la realtà dei casi di tortura subita e i relativi bisogni di cura che caratterizza la gran parte degli Stati membri della UE. Questa mancanza si riflette sulla conoscenza del fenomeno di consumo di droghe come risposta ai traumi subiti, su cui pure ricerche e dati sono pochissimi. Non è comunque facile identificare la ragione del consumo di droghe nel paese di accoglienza, che può attenersi a diversi fattori, da quelli culturali a quelli relativi alle condizioni sociali della stessa accoglienza.*

#### **[estratto] Main findings**

- Limited data are available on victims of torture among applicants for international protection, with Greece the only EU Member State to regularly collect this information. Similarly, data on traumatised applicants are sketchy and information on suicide attempts incomplete.
- Findings point to limited formal screening procedures to identify asylum seekers who are victims of torture or experienced severe trauma. Identification heavily relies on the expertise and knowledge of individual staff. Tools are increasingly being developed to facilitate identification by non-experts.
- In most EU Member States, there is no evidence that would suggest recurrent violence or excessive use of force by state officials or entities working on their behalf. Information collected by FRA mostly focuses on individual and localised incidents. At the same time, serious incidents are more frequently reported along the external borders of the Schengen area.
- Training, monitoring bodies and complaint mechanisms exist in all EU Member States, but their effectiveness in preventing ill-treatment varies from one Member State to another.
- A recurrent issue restraining victims' access to support services is the limited number of specialised medical staff who can provide psychological or psychiatric support. The lack of staff often leads to long waiting periods. Starting therapy when asylum applicants are homeless or the conditions in a reception facility are not adequate to sustain the therapy poses another challenge.
- Limited information on the link between trauma and drug use has emerged. Drug use among asylum applicants particularly affects adolescents and young men, and has so far been given little attention.

### **Horyniak D., J., Victoria R., Ojeda D., S. A. (2016) Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review.**

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943736/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943736/)

*Analisi della letteratura scientifica sul tema delle persone forzate all'emigrazione e il consumo di droghe. Lo studio analizza i risultati della ricerca mondiale sul tema, evidenza il nesso tra condizione migrante forzata (secondo quattro tipologie: conflitti armati, cambiamento climatico, effetti di modelli di sviluppo locale e deportazione),*



*ragioni e modelli del consumo, fattori di rischio e indica linee guida per l'intervento.*

### **[estratto] Forced migration and substance use**

Alcohol and illicit drug use are important causes of morbidity and mortality, accounting for 6.5% of total disability-adjusted life-years and five million deaths globally in 2010. Some evidence suggests a low prevalence of substance use among migrant populations in general, which has been attributed to the protective effects of social and cultural norms. We hypothesise that this may not be the case, however, among forced migrants, who may be particularly vulnerable to substance use for a number of reasons.

First, forced migrants have commonly witnessed and/or personally experienced pre- and post-migration stress and trauma, including loss of homes and livelihoods, violence, torture and family separation. As such, it is no surprise that the prevalence of mental health disorders, particularly depression and post-traumatic stress disorder (PTSD), are high among this population. Comorbidity between mental health and substance use disorders has been well documented in the general population. An emerging literature has begun to document comorbidity among forced migrant populations, who may be particularly vulnerable to substance use as a coping mechanism.

Second, forced migrants experience acculturation challenges, the process of cultural and psychological change that follows contact with a culture other than one's own. It has been hypothesised that migrants who are highly engaged in the host culture ('assimilation') may engage in substance use in order to adhere to mainstream norms and gain acceptance in their new communities. This may be a concern particularly in the context of resettlement in Western countries, where substance use, particularly alcohol consumption, is normalised. There is a dearth of literature on forced migrants specifically but a growing body of research, predominantly conducted among Hispanic populations in the US, has found a significant association between acculturation to dominant norms and substance use. Acculturation is an especially important factor for younger migrants, whose experiences are compounded by intergenerational conflict, peer pressure and feeling caught 'between cultures'. Among young people, low levels of interest in maintaining their native culture alongside low levels of participation in their new culture, often due to discrimination and exclusion, has been associated with substance use.

Finally, forced migrants, particularly those resettled in Western countries, commonly experience social and economic inequality, marginalisation and discrimination. These factors have all been shown to be important determinants of health, and may contribute to feelings of stress and powerlessness, which may in turn contribute to substance use. A recent systematic review examining the impacts of racial discrimination on health among children and young people found positive relationships in 60% of articles examining alcohol use as an outcome and 49% of articles examining drug use as an outcome. In addition, forced migrants may be exposed to illicit drugs through residence in disadvantaged neighbourhoods where alcohol and drugs may be readily available.

# Italia. Consumi nel transito.

Sintesi dell'Indagine sul consumo di sostanze tra i migranti.

A cura di Antonella Camposeragna e Stefano Bertoletti

## Premessa

All'interno della Summer School 2019, il cui tema è il consumo di sostanze tra le persone migranti, da parte dei componenti della segreteria scientifica, si è sentita l'esigenza di indagare il fenomeno e/o la sua percezione da parte degli operatori dei servizi.

## Obiettivi

Indagare il consumo di sostanze stupefacenti, legali e illegali, tra la popolazione migrante ospite dei centri di accoglienza gestiti dagli Enti afferenti al CNCA e dei servizi di riduzione del danno, quali unità mobili e drop in, che impattano la popolazione oggetto di studio. Oltre a descrivere il consumo sono stati ricercati elementi utili a individuare modelli e stili di uso e consumo di sostanze psicoattive collegati in qualche modo alle esperienze migratorie, **alcuni dei quali evidenziati in corsivo**.

## Materiali e metodi

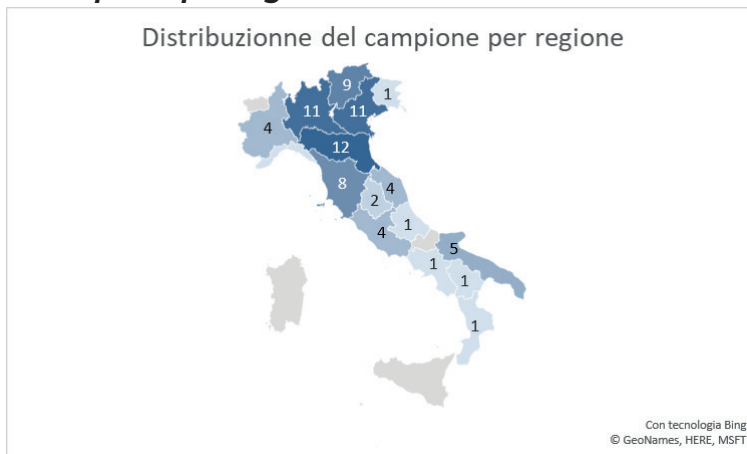
In base agli obiettivi dell'indagine è stato costruito un questionario on line, mediante la piattaforma Survey Monkey®, che è stato inviato alla mailing list dei servizi afferenti al CNCA. Tale questionario deriva da un lavoro svolto con gli allievi della scuola di psicoterapia etnoclinica del Centro Studi Sagara che hanno evidenziato, come operatori attivi nei centri di accoglienza, i nuclei problematici percepiti dagli operatori sul campo su un'area critica poco conosciuta fino ad ora.

La rilevazione è stata avviata il 10 giugno e si è conclusa il 23 luglio. Tra il 10 e il 23 luglio sono stati compiuti due invii di email per sollecitare le risposte dei servizi che ancora non avevano acceduto al link per compilare il questionario.

## Risultati

Il campione è composto da 76 servizi, di cui 15 di riduzione del danno, quindi non specifici per migranti, così suddivisi per regione (fig.1). Nonostante la forte presenza di servizi di accoglienza nelle regioni del Meridione, la risposta ai questionari è stata piuttosto esigua, eccetto per la regione Puglia; i servizi rispondenti sono ubicati al Nord e Centro Italia.

**Fig. 1 Distribuzione del campione per regione**



Per ciò che riguarda i servizi specifici per migranti, l'uso di sostanze viene riportato dall'87% dei rispondenti, sebbene 13 servizi non lo abbiano osservato direttamente.

**Tab. 1 Uso osservato di sostanze stupefacenti tra i servizi di accoglienza per migranti**

Uso osservato	N	%
si	40	65,6
solo percepito	13	21,3
ne osservato ne percepito	4	6,6
NR	4	6,6
<b>totale</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

La proporzione di migranti che si ipotizza usare sostanze nella maggior parte di casi è meno

di un quinto dell'utenza complessiva del servizio, sebbene in 7 servizi sia stata riferita come riguardante oltre la metà dell'utenza complessiva. Il consumo è stato osservato direttamente dagli operatori intervistati in 44 servizi di accoglienza, pari al 72,1% del campione.

**Tab. 2 Proporzioni di migranti consumatori rispetto all'utenza totale secondo gli operatori dei servizi di accoglienza per migranti**

<b>Proporzioni migranti consumatori</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
meno del 5% dell'utenza totale	21	34,4
tra il 6 e il 20%	23	37,7
tra il 21-50%	6	9,8
più del 50%	7	11,5
NR	4	6,6
<b>totale</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

Dei 61 servizi per migranti rispondenti, 54, pari all'88,5% del campione, indicano l'utenza complessiva nell'anno 2018, per cui i migranti accolti risultano essere in totale 17.834 persone, dove gli uomini costituiscono l'80% (n= 14187). Il numero medio di persone accolte per servizio è di circa 330, ma tale numero risente di un numero esiguo di servizi che hanno registrato più di mille presenze nell'anno; i servizi con meno di 300 utenti annui costituiscono il 71,5% del campione.

I servizi vantano una lunga esperienza nel lavoro con i migranti, in quanto oltre il 60% ha un'esperienza maggiore di 4 anni.

**Tab. 3 Esperienza dei servizi di accoglienza per migranti**

<b>Esperienza con migranti</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<1anno	3	4,9
2-3 anni	14	23,0
4-9 anni	22	36,1
10+ anni	19	31,1
NR	3	4,9
<b>totale</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

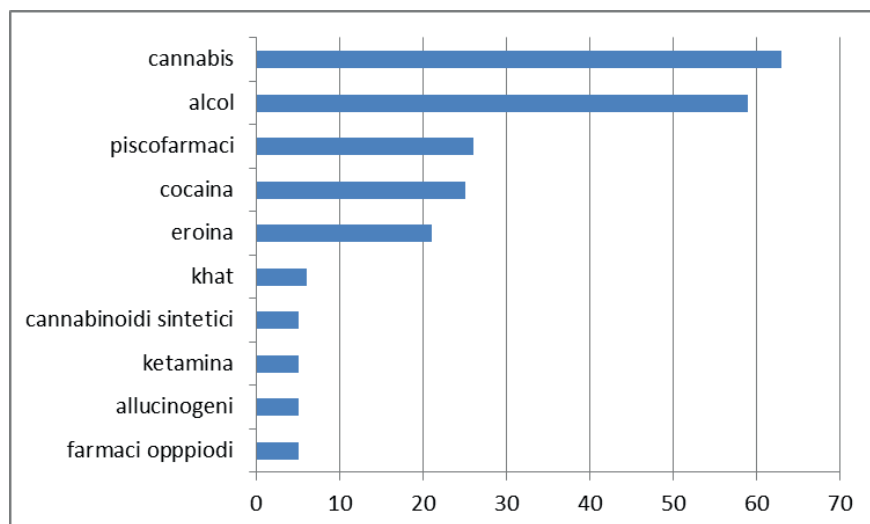
Per coloro che gestiscono i servizi e che riferiscono di aver osservato o percepito l'uso di sostanze, queste risultano essere prevalentemente cannabis e alcol, come nella popolazione italiana. Un terzo degli operatori riferisce l'uso di psicofarmaci quali rivotril e tramadolo. Solo un servizio riferisce un possibile uso di oppioidi sintetici, quali il fentanyl.

**Tab. 4 Sostanze usate dai migranti consumatori ospiti dei servizi di accoglienza che hanno osservato o percepito il fenomeno (n=53)**

<b>Sostanze usate (Rispondenti = 53)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
cannabis	52	98,1
alcol	51	96,2
farmaci analgesici e BDZ	17	32,1
cocaina	15	28,3
eroina	11	20,8
cannabinoidi sintetici	10	18,9
amfetamine e amfetaminosimili	5	9,4
Ketamina	3	5,7
khat e derivati	3	5,7
Allucinogeni	2	3,8
oppioidi sintetici	1	1,9

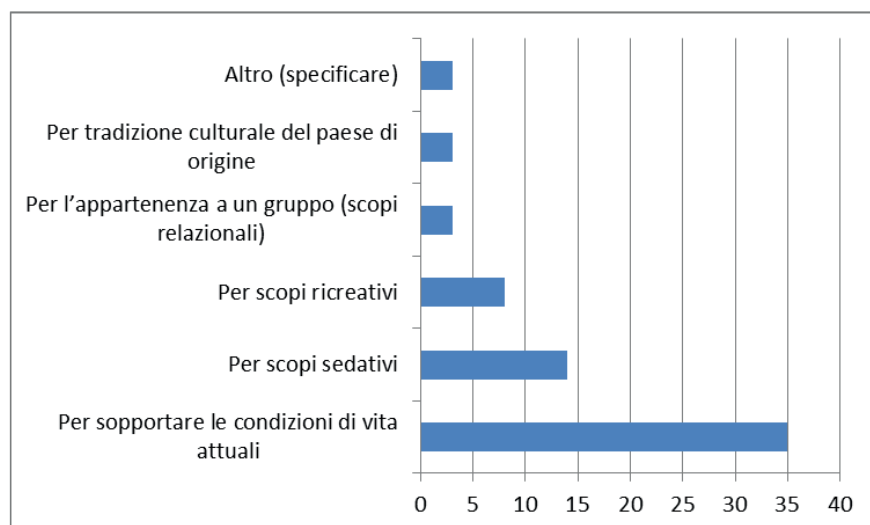
Quarantaquattro servizi hanno osservato l'uso direttamente durante le loro attività sul territorio.

Tra i 76 servizi rispondenti, 66 servizi riportano l'uso di sostanze tra la loro utenza. Le sostanze utilizzate sono riportate in fig. 2. L'uso per via iniettiva è riportato per eroina e cocaina, rispettivamente da 11 servizi su 21 e da 2 su 25.

**Fig. 2 Sostanze riferite come consumate dalla propria utenza (N=66)**

Il motivo prevalente riportato dagli operatori che soggiace all'uso di sostanze è quello riconducibile alle attuali condizioni in cui si trovano a vivere i migranti.

I problemi correlati all'uso di sostanze sono di tipo sociale per il 60% dei rispondenti (N=40), e per il 20% di tipo sanitario e per un altro 20% di tipo legale.

**Fig. 3 Motivi per l'uso (N=66)**

Nelle motivazioni percepite e rilevate dagli operatori emergono prevalentemente le dimensioni legate al disagio connesso alle condizioni di vita che le persone migranti si trovano a sostenere nella condizione attuale e con maggiore indicazione per ottenere effetti sedativi.

Ci sembra interessante notare che 13 servizi su 76 ritengono che vi sia un eccesso di prescrizioni di psicofarmaci sedativi da parte dei medici operanti presso le strutture di accoglienza.

Per ciò che riguarda i paesi di provenienza e le comunità di stranieri strutturate sul territorio italiano, il consumo sembra essere maggiormente diffuso tra le popolazioni di origine africana (Nigeria, Gambia, Marocco, Tunisia, Algeria) e del medio Oriente (Pakistan, Afghanistan).

**Tab. 5 Popolazioni che usano sostanze stupefacenti, legali e/o illegali, per paese di origine, secondo i rispondenti (n=76)**

Paese	N	%	Paese	N	%	Paese	N	%
Nigeria	40	52,6	Egitto	7	9,2	Colombia	2	2,6
Gambia	33	43,4	Mali	6	7,9	Romania	2	2,6
Marocco	24	31,6	Bangladesh	5	6,6	Ucraina	2	2,6
Pakistan	19	25,0	Guinea	5	6,6	Ghana	2	2,6
Tunisia	17	22,4	Niger	5	6,6	Eritrea	1	1,3
Afghanistan	14	18,4	Costa d'avorio	4	5,3	Siria	1	1,3
Algeria	12	15,8	Brasile	3	3,9	Peru	1	1,3
Senegal	12	15,8	Cina	2	2,6	Ciad	1	1,3
Albania	10	13,2	Iran	2	2,6	Sudan	1	1,3
Somalia	8	10,5	Iraq	2	2,6			

I gruppi di stranieri che gli operatori ritengono più coinvolte nel fenomeno della vendita di sostanze provengono dai seguenti stati nell'ordine: Nigeria, Gambia, Marocco, Tunisia, Albania, Pakistan e Senegal.

Secondo gli operatori l'uso di cannabis ha inizio nel paese di origine tra le comunità del Gambia (27,6%), della Nigeria (26,3%), del Marocco (18,4%), della Tunisia (14,5%) e dall'Afghanistan (13,2%); l'uso di alcol è tramandato dal paese di origine per le comunità provenienti dalla Nigeria (22,4%) e dall'Albania (11,8%), mentre l'uso di eroina anche nel paese di origine è rilevante solo per la comunità afghana (11,8%).

*L'avvio o l'incremento di uso avvenuto durante le rotte migratorie, secondo gli operatori riguarda prevalentemente l'alcol e coinvolge soprattutto le comunità nigeriane e pakistane. Secondo gli operatori, nella popolazione marocchina - che numericamente è la popolazione straniera dove è riferito un comportamento di uso più diffuso rispetto alle altre - l'uso in Italia mostra uno switch che riguarda prevalentemente eroina, cocaina e alcol, così come accade nelle comunità algerina e tunisina, mentre in quella nigeriana l'uso più rilevante riguarda la cocaina. La cannabis, quindi, risulta meno usata rispetto a quanto avveniva nei paesi di origine e sostituita da droghe meno conosciute dai soggetti stessi e con modelli di consumo potenzialmente più rischiosi, che però possono essere più funzionali alle motivazioni di consumo emerse nella nuova condizione. Per ciò che riguarda i rischi per la salute, la sostanza che il 57,6% degli operatori ritiene maggiormente legata a modelli di consumo più rischiosi è l'alcol, seguita dall'eroina (6,5%) e sempre l'alcol risulta essere la sostanza che sembra portare a un maggior rischio di emarginazione sociale (55,3%), seguita dall'eroina (7,6%). Le altre sostanze sono percepite a minor rischio (indicate da meno del 5% dei rispondenti).*

Per ciò che riguarda i rischi sulla salute, la sostanza che il 57,6% degli operatori ritiene maggiormente legata a modelli di consumo più rischiosi è l'alcol, seguita dall'eroina (6,5%) e sempre l'alcol risulta essere a sostanza che sembra portare a un maggior rischio di emarginazione sociale (55,3%), seguita dall'eroina (7,6%). Le altre sostanze sono percepite a minor rischio (indicate da meno del 5% dei rispondenti).

Diversamente, per le conseguenze di tipo legale dell'uso di sostanze, risulta essere la cannabis (43,4%) quella il cui uso mette a maggior rischio i consumatori, seguita dall'alcol (15,8%) e dall'eroina (7,9%).

Trentasei servizi (47,4%) hanno attivato dei protocolli, anche informali, con i servizi delle dipendenze del territorio. Attualmente il 33% (25) dei servizi rispondenti svolge attività di limitazione dei rischi e il 42% (32) ha in essere attività di riduzione del danno per la propria utenza.

Lo studio attuale risulta utile perché apre una finestra su un fenomeno poco indagato che riveste anche profili importanti, come l'uso di droghe nelle popolazioni migranti a rischio di marginalizzazione. Ci rendiamo conto che sono molti gli aspetti che in questo primo studio rimangono solo accennati; emerge comunque la conferma che il problema dei consumi tra questo tipo di popolazioni viene percepito ed osservato in modo significativo dagli operatori che sono loro più prossimi, e che vanno pertanto considerati una fonte e un osservatorio importante su cui investire. Detto questo, sono molti i dati che è necessario approfondire per avere indicazioni più precise, al fine di orientare un sistema di risposte che possano essere funzionali e compatibili con le diverse culture di provenienza delle persone coinvolte e con le dimensioni di integrazione che le persone migranti si trovano a sperimentare, in cui le droghe hanno un ruolo che può essere destinato a crescere. Sicuramente sono auspicabili degli sviluppi del presente studio che dovranno includere necessariamente dimensioni qualitative in grado di farci comprendere meglio le motivazioni e gli stili di consumo che caratterizzano le popolazioni migranti.

# Il consumo di oppioidi sintetici da parte della popolazione richiedente asilo a Reggio Emilia.

Uno studio dell'Unità di Strada di Reggio Emilia tra migrazioni, mercati internazionali e nuovi stili di consumo (a cura di Luca Censi)

Il 31 novembre, a Reggio Emilia, è stato presentato l'esito di una ricerca sull'utilizzo di antidolorifici oppioidi da parte della popolazione richiedente asilo<sup>1</sup>.

Nell'ultimo anno di lavoro UP (Unità di Prossimità), ha infatti osservato nuovi stili di consumo legati alla popolazione marginale del territorio e in particolare al fenomeno delle migrazioni. In questi contesti è emerso come, a fianco delle sostanze tradizionali, possa riscontrarsi l'uso di antidolorifici, ansiolitici e oppioidi, con modalità inedita e per questo di nostro interesse.

Up, il servizio di Unità di Strada della Cooperativa Papa Giovanni XXII, ha organizzato la mattinata nei contenuti e negli interventi.

L'interrogarsi sull'uso di un farmaco progettato per la cura di stati dolorosi acuti e cronici, categorizzato come sostanza a basso rischio di abuso<sup>2</sup>, utilizzata però in contesti di strada o comunque in contesti multiproblematici, dalla popolazione proveniente dal West Africa, ha animato l'intento della ricerca portando suggerimenti che consideriamo interessanti e meritevoli di condivisione.

L'avvicinamento al tema è stato favorito dall'osservazione portata avanti da operatori del Centro di accoglienza straordinaria (Cas) della stessa cooperativa, in contesti formativi su sostanze e MTS, nei confronti di buona parte dei richiedenti asilo presenti sul territorio di Reggio Emilia, e dal successivo confronto con il nostro progetto. Emergeva chiaramente, infatti, come molti richiedenti asilo fossero a conoscenza, assieme alle sostanze classiche, di una categoria di farmaci "performanti", in date condizione di stress da contesto<sup>3</sup>. In particolare si conosceva il Tramadol (tramadolo cloridrato) perché utilizzato nella regione di provenienza o come consumo acquisito nello spostamento migratorio<sup>4</sup>. Dalle testimonianze dirette portate nelle formazioni si ha la conferma che il Tramadol è conosciuto e utilizzato nell'area del West Africa, le persone lo incontrano anche nella risalita del continente ed in particolare il Libia, dove le condizioni carcerarie, e in generale di vita, sono pessime.

Le informazioni sul fenomeno della recente migrazione e il contesto geopolitico bastano ad acclarare come le estreme condizioni a cui sono sottoposte persone migranti, necessitano di quello che si potrebbe definire un aiuto analgesico, con una particolare appetibilità del farmaco per le sue funzioni antidepressive<sup>5</sup>.

Non serve ricordare come la difficoltà di accesso alla cura alla persona e in particolare a prestazioni sanitarie, nelle aree interessate, abbia una diretta rispondenza nell'utilizzo di farmaci antidolorifici. Dalle ricerche evidenziate da Alessandro de Pascale<sup>6</sup> emerge come si possa attribuire nell'area, almeno come diretta responsabilità, a Daesh, il controllo del mercato di sostanze utilizzate in contesti di guerra. Se l'origine della sostanza è legale, inoltre, l'investimento risulta meno gravoso<sup>7</sup>. Oltretutto l'azienda farmaceutica Grünenthal, che ancora detiene il brevetto del tramadolo, ha sub-licenziato l'agente chimico a compagnie farmaceutiche in tutto il mondo liberalizzandone di fatto la produzione.

Queste considerazioni trovano conferma nelle narrazioni portate dai richiedenti asilo intervistati all'interno della ricerca. La tabella sottostante riporta in sintesi le testimonianze delle persone che, durante i momenti formativi, hanno affermato di conoscere la sostanza. Emer-

1 Tutti i materiali sono visionabili ai seguenti link:

[prezi.com/vihpxii\\_p7ix/tramadolo/?utm\\_campaign=share&utm\\_medium=copy](https://prezi.com/vihpxii_p7ix/tramadolo/?utm_campaign=share&utm_medium=copy)

[www.facebook.com/UnitadiProssimita/videos/296634381176924/](https://www.facebook.com/UnitadiProssimita/videos/296634381176924/)

[/www.facebook.com/UnitadiProssimita/videos/1884520051626616/](https://www.facebook.com/UnitadiProssimita/videos/1884520051626616/)

2 [www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2006-06-27&atto.codiceRedazionale=06A05926&elenco30giorni=false](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2006-06-27&atto.codiceRedazionale=06A05926&elenco30giorni=false)

3 [qz.com/africa/1271685/africas-desperate-youth-are-getting-high-on-opioids-and-anything-they-can-get-their-hands-on/](https://qz.com/africa/1271685/africas-desperate-youth-are-getting-high-on-opioids-and-anything-they-can-get-their-hands-on/)

4 [www.internazionale.it/notizie/2018/12/28/crisi-oppioidi-africa-occidentale](http://www.internazionale.it/notizie/2018/12/28/crisi-oppioidi-africa-occidentale)

5 [www.medicitalia.it/minforma/psichiatria/2298-abuso-e-dipendenza-da-tramadolo-un-fenomeno-emergente.html](http://www.medicitalia.it/minforma/psichiatria/2298-abuso-e-dipendenza-da-tramadolo-un-fenomeno-emergente.html)

6 [alessandrodepascale.info/2017/11/10/il-tramadolo-dallisis-allintero-medio-oriente/](http://alessandrodepascale.info/2017/11/10/il-tramadolo-dallisis-allintero-medio-oriente/)

7 [www.quotidiano.net/cronaca/farmaci-on-line-1.2201730](http://www.quotidiano.net/cronaca/farmaci-on-line-1.2201730)

ge dunque chiaramente come ci si trovi, questa volta sul territorio nazionale, di fronte allo stesso target segnalato dalla letteratura giornalistica sul tema.



Nella cartina la T indica l'area in cui le testimonianze parlano del Tramadol. Si noti come il tracciato si sovrappone alle rotte migratorie dell'ultimo periodo.

L'osservazione sull'utilizzo di Tramadol in contesti naturali come quelli di strada, che ha avuto esito nell'esposizione dei risultati esposti in questo testo, è stata condotta seguendo il metodo RAR (Rapid Assessment and Response) perché particolarmente calzante ed efficace per le nostre esigenze<sup>8</sup>.

L'Unità di Strada ha quindi iniziato, nell'ambito delle proprie uscite territoriali, ad indagare l'utilizzo del Tramadol da parte della popolazione richiedente asilo. Considerando che ad oggi circa un terzo dei contatti Up sono persone provenienti dalla fascia sub-sahariana<sup>9</sup>, fuoriusciti dai percorsi di accoglienza o ancora in carico, ci è risultato facile individuare sia i gruppi di potenziali consumatori, che le persone disposte a parlarci della sostanza in termini di consumo personale o di conoscenza delle dinamiche di consumo da parte di altri<sup>10</sup>. Inoltre come Unità di Strada da circa due anni raccogliamo blister e contenitori di farmaci abbandonati in luoghi di consumo della città con l'obiettivo di monitorare i consumi in strada di sostanze non "tradizionali".

L'osservazione costante del territorio, la collaborazione e il lavoro di rete con le agenzie educative della "zona stazione", il lavoro portato avanti nell'ultimo anno e mezzo con i gruppi di richiedenti asilo, la collaborazione con gli operatori Cas della Cooperativa Papa Giovanni XXIII e la segnalazione fattaci dai formatori che lavorano con i gruppi sulla prevenzione su sostanze e MTS, hanno permesso ad UP di trovare, inizialmente in via Turri e poi in altri luoghi della città, in maniera inaspettata, la presenza di blister di Tramadol (tramadolo cloridrato), di diretta provenienza dalla Nigeria o della regione del Gujarat, India.

I ritrovamenti più ingenti sono avvenuti nella zona della stazione ferroviaria. Abbiamo trovato in un contesto che verrà descritto più tardi, molti blister abbandonati di Tramadol. Il dato osservativo importante è relativo al fatto che i ritrovamenti siano avvenuti in molti parchi della città dove sono presenti gruppi di richiedenti asilo che vivono dimensioni di relazione sociale nel tempo libero. La zona della stazione, dove sono stati reperiti i maggiori numeri di blister

<sup>8</sup> Il metodo di ricerca prevede l'utilizzo di diversi strumenti qualitativi utili per la pianificazione nell'ambito delle attività di prevenzione, in particolare per la prevenzione selettiva con gruppi specifici a rischio. In queste situazioni, potrebbe essere spesso difficile applicare i metodi di valutazione basati su questionari (semi) quantitativi comunemente usati. Il metodo RAR aiuta ad ottenere in maniera rapida informazioni ed interpretazioni di fenomeni indagando su significati culturali, punti di vista delle comunità e bisogni dei gruppi vulnerabili. Il metodo prevede inoltre l'utilizzo di fonti di dati già esistenti, adottate per verificare le ipotesi elaborate e in divenire. I dati raccolti diventano successivamente utili per la valutazione dei bisogni e per dare più significato e forza alle valutazioni dei fenomeni oggetto di indagine. Gli strumenti RAR sono stati sviluppati presso il Trimbos Institute (Paesi Bassi) da Braam, Verbraeck e Trautmann, e sono stati utilizzati ad esempio nel progetto di ricerca europeo SEARCH su immigrati e richiedenti asilo.

<sup>9</sup> Totale contatti anno 2017 area Rdd + area Giovani: 5273.

<sup>10</sup> L'unità di Strada ha sottoposto un questionario destrutturato a 8 persone, 5 richiedenti asilo che vivono in strada e 3 italiani che hanno utilizzato Tramadol negli ultimi anni.

abbandonati, presenta comunque delle caratteristiche peculiari molto interessanti nella lettura della materia. La zona potrebbe essere definita come multiproblematica in quanto presenta varie criticità stratificate, come la presenza di persone di origine straniera, la presenza di fenomeni di marginalità, il consumo e la vendita di sostanze, fenomeni di prostituzione, problematiche abitative, forte presenza delle forze dell'ordine, forte attenzione mediatica e percezione di insicurezza da parte della popolazione residente.

Il gruppo nei pressi del quale sono avvenuti il maggior numero di ritrovamenti ha le seguenti caratteristiche: spacciatori al dettaglio di origine nigeriana e richiedenti asilo (in o ex Cas) che vendono sostanze tradizionali da strada anche a holders reggiani. Il gruppo mette in atto dinamiche di controllo e divisione del territorio, sono presenti consumi da contesto (Alcol/Cannabis/Tramadol).

Attraverso i questionari destrutturati veniamo a conoscenza delle informazioni fondamentali per iniziare a portare considerazioni sull'impatto del Tramadol. Il costo, 50 cent o 1 Euro<sup>11</sup>, è simile a quello del Rivotril<sup>12</sup>. La provenienza, dedotta dal codice alfanumerico stampato sul retro del blister, ha due origini: Nigeria (MH/DRUGS/KD/2786) e India (GUJ/DRUGS/G/25/1989). Questa informazione ci indica come il farmaco sia prodotto legalmente, la commercializzazione avviene, ovviamente, attraverso canali illegali. La grammatura, 200 mg, è la stessa segnalata dagli articoli già citati e che risulta più diffusa nell'area del West Africa che indica come lo stile del consumo sia anch'esso importato. In particolare, la lettura del consumo nelle aree di provenienza, segnala la grammatura 200 mg o 250 mg come la più richiesta e quindi la più presente sul mercato. Questo perché il farmaco ha la caratteristica, al dosaggio segnalato, di esprimere funzioni antidepressive, oltre che analgesiche, negli assuntori.

Gli altri dati raccolti nei questionari strutturati e destrutturati a consumatori, o estrapolati tramite l'osservazione rispetto ai pattern di consumo, possono essere riassunti nei seguenti punti.

La modalità di assunzione è sempre per via orale, i consumi sono gruppalmente a scopo ricreativo e per il controllo di stati ansiogeni, con funzione antidolorifica e per la prestazione sessuale, ci viene riportato un consumo contestuale di cannabis e alcol.

Il fatto non secondario di trovare sul territorio italiano la stessa grammatura delle aree di provenienza ci indica chiaramente, oltre alla suggestione sulla commercializzazione del prodotto dalle stesse "agenzie" che si trovano nei paesi di origine, la permanenza della richiesta visto lo scarso miglioramento delle condizioni di vita anche nel nostro paese<sup>13</sup>. Questo ci fa pensare ad una sorta di meccanismo di autoregolazione da parte dei consumatori con alla base una chiara intenzione autocurativa.

Considerando l'importante spostamento, nell'ultimo periodo, del mercato delle sostanze sempre di più verso un mercato diversificato, tra legale e illegale, con una forte commistione tra il DeepWeb e le dinamiche della strada, pensiamo sia importante segnalare le seguenti conclusioni.

Se da una parte è necessario monitorare attentamente l'eventuale viraggio verso sostanze tradizionali, eventualità da tenere in considerazione vista l'attuale emergenza legata alla diffusione dei pain-killer negli U.S.A e in Inghilterra, dall'altro si può considerare l'accesso a farmaci come il Tramadol con un'accezione positiva, sapendo che le condizioni di vita del target osservato peggioreranno sicuramente nell'immediato futuro.

È necessario, in ultimo, mettere in agenda un ragionamento serio e accurato, su quali nuovi strumenti mettere in campo in relazione a fenomeni di consumo sempre più simili a quello appena descritto, dove si legge un policonsumo problematico di sostanze non necessariamente illegali e su cui non possiamo, almeno dal punto di vista prettamente medico, dire di essere di fronte ad un'emergenza.

<sup>11</sup> A volte viene chiesto il pagamento al raggiungimento dei 5 Euro.

<sup>12</sup> Sostanza largamente utilizzata nei contesti di strada con modalità di policonsumo, in particolare modo dalla popolazione nordafricana. Il costo, la modalità di accesso e il suo utilizzo sono simili a quelle del Tramadol.

<sup>13</sup> Nei questionari ci viene riportata da una persona proveniente dal Gambia la prima assunzione di Tramadol in Italia, in contesti gruppalmente come quelli osservati da noi. Le condizioni di incertezza molto forte che permea la vita dei richiedenti asilo accolti o in strada, unite alla scarsa valutazione delle conseguenze dei traumi subiti nel percorso migratorio (in particolare rispetto alle violenze subite in Libia), portano a valutare come il farmaco possa essere assunto più per la sua funzione antidepressiva che per quella analgesica.



**Terzo tema.**

# **Welfare, migranti e droghe**

# Il contributo dell'etnopsichiatria

Roberto Beneduce (2013), *Etnopsichiatria Critica*, [www.psychiatryonline.it/node/1120](http://www.psychiatryonline.it/node/1120)

L'ambito di studi che confluisce sotto le etichette di etnopsichiatria, psichiatria transculturale o culturale, etnopsicologia, antropologia psicologica o psicoantropologia, etnomedicina ecc., sta rapidamente ampliandosi, arricchendosi di contributi disciplinari eterogenei, e naturalmente i modelli di ricerca e di pratica clinica che intorno alla dimensione culturale si sono via via prodotti sono risultati il più delle volte in conflitto fra loro. È necessario *tollerare* la presenza di etnopsichiatrie differenti perché i contesti, i fattori contingenti, le priorità sono determinanti nel definire modelli di lavoro anche assai distanti fra loro. Ciò che fa la il pro-rium di un'etnopsichiatria critica è la consapevolezza che il «culturale» non deve occultare altre dimensioni, non deve trascurare di considerare la posizione e i rapporti di forza degli interlocutori né l'ideologia veicolata da molte categorie diagnostiche (l'etnopsichiatria di Carothers, l'esperto dell'OMS che nel Kenia coloniale lavorava negli anni '50, non è ad esempio degna di questo nome). Qui di seguito proponiamo semplicemente una tabella che vuole riassumere quelli che ci sembrano gli *oggetti* peculiari della ricerca etnopsichiatrica, e riteniamo che essi delimitino uno spazio sufficientemente ampio perché altri ricercatori possano riconscervisi; il loro elenco è naturalmente parziale. Intorno ad essi intendiamo procedere, nei prossimi anni, allo scopo di raccogliere informazioni, ricerche, contributi, esperienze: ciò nello sforzo di definire un orizzonte di via via più coerente.

Siamo consapevoli che in Italia la tradizione di studi etnopsichiatrici ed etnopsicologici è estremamente giovane, e tuttavia le richieste di documentazione e di formazione stanno crescendo rapidamente imponendo un passaggio da una fase di curiosità, di interesse provvisorio, a quella di una rigorosa sistematizzazione che prenda le distanze dai troppo ancora troppo diffusi luoghi comuni (esotismi inclusi). La fascinazione per l'Altro non è (e non è stata) meno potente e meno dannosa della ostilità e della diffidenza nei confronti dell'Altro, dei suoi saperi. Riteniamo pertanto doveroso procedere nel senso di un atteggiamento metodologicamente attrezzato onde consentire un serio sviluppo di questo ambito di studi. I contributi e gli interlocutori che condividono questi principi sono ormai numerosi, e riteniamo che un dialogo efficace sia con molti di essi già una realtà.

**Tab. 1. Campi di ricerca della psichiatria trans-culturale, dell'etnopsichiatria, e dell'etnopsicologia**

<b>Obiettivi generali</b>	<b>Campi di studio e di intervento</b> (in alcuni casi condivisi con altre discipline, indicate fra parentesi)
1a) Studio del rapporto fra cultura e psichismo (rappresentazioni della persona, del corpo, delle "anime" e della "mente", ecc.)	1b) analisi di <i>altre psicologie e psichiatrie</i> attraverso ricerche "sul terreno" in paesi non occidentali; analisi delle premesse storico-antropologiche di nozioni come <i>comesé, lo, conflitto</i> , ecc. nel lessico della psichiatria e della psicologia occidentale; (antropologia medica, antropologia simbolica, etnopsicologia o psicologia transculturale, etnografia);
2a) studio del rapporto fra dinamiche socio-culturali, psichismo, psicopatologia	2b) analisi di casi particolari: urbanizzazione, modernizzazione, creolizzazione, culti religiosi di recente apparizione, migrazione, comparsa di nuovi tipi di disturbi mentali o sindromi, emergere di fenomeni come culti di possessione o accuse di stregoneria, ecc. (antropologia cognitiva, epidemiologia qualitativa, etnopsicanalisi, sociologia sanitaria, storia delle religioni, ecc.);
3a) studio e confronto delle diverse forme di sofferenza psichica nelle diverse società e dei relativi modelli interpretativi nonché del significato delle diverse risposte alle cure e della dimensione sociale dell'efficacia terapeutica	3b) analisi delle diverse categorie diagnostiche della psichiatria occidentale e di altri saperi relativi alla sofferenza psichica secondo un approccio <i>emico</i> ed <i>etico</i> : anoressia, depressione, neurastenia, schizofrenia, <i>mara, nit ku bon, koro, gaud, ogbanje, puubuqlanq</i> , ecc. (antropologia culturale, <i>neurologia transculturale</i> , epidemiologia, etnofarmacologia, ecc.); ridefinizione critica delle cosiddette <i>culture boundsyndromes</i> ; decostruzione del PTSD; ecc.

4a) studio del rapporto fra conflitti sociali (conflittualità urbana, fra minoranze, ecc.), religiosi, economici, interpersonali o <i>etnici</i> e sofferenza psichica; contesto ed esperienze della migrazione (soprattutto quando essa si genera in risposta a minacce collettive, guerre, ecc.)	4b) analisi delle situazioni di conflitto e degli eventi correlati (esodi, violenze, torture, traumi; sfruttamento minorile; ecc.); intervento sulle loro conseguenze psico-patologiche, culturali e sociali ( <i>community based rehabilitation, etno-psicoterapia</i> , ecc.; casi-modello: le conseguenze della violenza sociale, bellica o di Stato nei paesi sud-americani, nell'Est asiatico, nei Balcani, nei Territori Occupati o in Kurdistan, ecc.); <i>clinica della migrazione</i> (psicanalisi, terapia familiare, psicoterapia di gruppo, etnopsicoterapia, ecc.; antropologia medica, sociologia, ecc.);
5a) Studio dei <i>sistemi di cura</i> nelle diverse società, delle teorie sulle quali si fondano e delle tecniche terapeutiche che utilizzano. Analisi critica della bio-medicina e del suo ruolo di modellamento e riproduzione di corpi, coscienze, poteri, interessi, ecc. Ricerca sulle forme di interazione fra sistemi di cura diversi (locali e convenzionali, ecc.). I problemi posti dal "pluralismo medico"	5b) analisi dei dispositivi terapeutici (rituali, piante medicinali, ASC, psicoterapie, <i>psicotecnologie</i> , ecc.): loro utilizzazione nella costruzione di modelli terapeutici "meticci" (antropologia religiosa, etnomedicina, etnobotanica, etnofarmacologia, ecc.).

1. *Che cosa intendiamo per Etnopsichiatria, che cosa vuole essere questa sezione di Etnopsichiatria*

2. *Una riflessione urgente: Etnopsichiatria e migrazioni.*

Si discute molto oggi sull'opportunità e i rischi derivanti dall'inventare spazi specifici dove accogliere la domanda di cura e di aiuto da parte degli immigrati o delle loro famiglie, alle prese con conflitti psicologici e difficoltà comuni nella loro condizione e nelle vicende che solitamente caratterizzano l'esperienza della migrazione (separazioni, perdite, lutti, crollo dello status sociale, esperienze traumatiche, razzismo, sfruttamento, ecc.). Le perplessità sono talvolta fondate: non si riproduce così il rischio di ghettizzare gli immigrati, l'espressione stessa dei loro bisogni, anziché favorirne il di fluire dentro i circuiti e le reti istituzionali già previsti per la popolazione autoctona? Non dovrebbe essere la psichiatria di fatto sempre attenta alle ragioni del contesto di provenienza dei pazienti, alle differenze simboliche e semantiche, ai particolari idiomi della sofferenza, alle radici culturali ed etnocentriche delle sue stesse categorie, non dovrebbe in altri termini esserci *unicamente* una *etno-psichiatria*? Infine, si obietta in modo più sottile, se questa scelta nascesse dal presupporre la necessità di operare sul disagio psicologico di persone provenienti da altre culture con saperi e strategie *particolari*, non si contraddirebbe il sacro principio dell'universalità dello psichismo umano? Queste perplessità sono espresse in buona fede, e meritano pertanto di essere prese in considerazione, benché le loro premesse siano in tutto o in parte erranee. La prima di queste sta forse nella vecchia idea dell'*integrazione*: gruppi e culture a poco a poco si adattano reciprocamente, *sitransculturano*, si integrano. Questo processo, considerato alla stregua di un processo naturale, dovrebbe produrre una crescente comunicazione fra immigrati e società ospiti, con la sempre maggiore fruizione da parte dei primi dei servizi e delle opportunità (economiche, assistenziali, ecc.) che quest'ultima offre. Questo processo non è tuttavia affatto scontato, e le contraddizioni che attraversano la tenuta e la qualità dei sistemi sanitari pubblici in un'epoca di liberismo sono evidenti a tutti: molti sono piuttosto i problemi che ripropongono drammaticamente la questione dell'equità nell'accesso ai servizi, mentre ovunque si osserva come le *minoranze* etniche - alle prese con indici di morbilità o di mortalità infantile che, in alcune aree metropolitane come Harlem, superano quelle del Bangladesh - non abbiano di fatto gli stessi gradi di accesso ai servizi sociosanitari della popolazione autoctona. A Torino, secondo un'inchiesta pubblicata qualche anno fa, solo il 50% dei cittadini immigrati aventi diritto all'assistenza sanitaria era regolarmente iscritta al Servizio Sanitario Nazionale. Le ricerche inerenti più in particolare alla psichiatria, alla cura degli immigrati (quelli di origine caraibica, ad esempio) e ai differenti tassi di ospedalizzazione, confermano come sia elevatissimo l'effetto di reciproca amplificazione fra fattori culturali, sociali, *razziali* e psicologici nel determinare un più alto rischio di marginalizzazione, di stigmatizzazione psichiatrica o la costruzione di risposte istituzionali distorte, e quanto sia ingenua l'equivalenza fra l'operare di ogni "buon psichiatra" e quello dell'*etnopsichiatria*: un'equivalenza che, espressa anche da voci autorevoli, conserva ad un serio esame della realtà il mero valore di assunto di principio, o al più quello di un auspicio, che l'analisi delle pratiche e dei modelli oggi egemoni nella psichiatria stanno piuttosto a smentire costantemente (ciò che del resto fa il *proprium* della psichiatria culturale è meno il suo oggetto che non il suo metodo). E tuttavia critiche a queste iniziative vengono da molti, spesso da fronti inattesi, e questa è una ragione ulteriore per provare a trovare una risposta: mi è capitato infatti di dover difendere il rigore e l'originalità

degli assunti sui quali si fonda l'etnopsichiatria anche da coloro che sempre si sono mostrati sensibili alle questioni della differenza, che si sono impegnati sul fronte dell'equità nell'accesso alle risorse e nella difesa delle minoranze. Difficile rimane far comprendere a questi ultimi che l'idea di offrire a tutti *pari servizi* non si traduce automaticamente nella *pari utilizzazione* da parte di tutti con un *pari grado di opportunità, soddisfazione ed efficacia*. Ma di quale genere di inaccessibilità si tratta: istituzionale, economica, sociale, culturale? Se solo guardiamo a quest'ultima, dovremmo piuttosto chiederci quanto sia legittimo assumere *tout court* come validi modelli interpretativi, strategie psicoterapeutiche e stili di comunicazione che si adeguano solo agli standard della nostra psicologia e dei suoi presupposti ma assai poco alla necessità di rispettare linguaggi della sofferenza, costruzioni della persona e del sé, modelli differenti della cura: non dovrebbe risultare sin troppo ovvia la fecondità di una ricerca che guardi a pratiche e metafore al confine fra territori diversi dell'immaginario, della legge, del desiderio? Infine, perché tanta diffidenza? Forse che l'etnopsichiatria rimaneva accettabile sin quando veniva praticata fra gli Indiani delle Pianure (solo una innocua curiosità)? Ora che essa provoca invece da vicino le nostre pratiche con i suoi modelli, i suoi interrogativi, le sue strategie *meticce* e fa capolino nelle nostre città, nelle nostre università o nei nostri servizi parlando di "altri" e di "universi invisibili" diventati così prossimi a noi, sembra che il rapporto con le sue ipotesi e le sue sperimentazioni sia diventato assai più conflittuale.

Se è difficile dare una risposta univoca al problema di quale modello di sanità e di salute costruire nelle società contemporanee, attraversate da così massicci flussi migratori (le realtà alle quali si fa riferimento sono da più punti di vista quanto mai eterogenee, le legislazioni mutevoli, e i dati forniti dalle pubbliche amministrazioni risultano spesso incerti e parziali), non c'è dubbio che lavorare perché si costruiscano spazi di cura e di assistenza dotati di una maggiore pertinenza ("sensibilità") culturale costituisce una strategia che rivela alla lunga indubbi benefici (non ultimo quello di aumentare la consapevolezza negli operatori sulla necessità di modificare lo stile delle loro prestazioni e problematizzare i modelli impliciti che le guidano: ciò che sarebbe non poco vantaggioso anche nei confronti della popolazione locale). Quando realizzati in modo appropriato, *sviluppandosi all'interno di una rete che connetta gruppi di lavoro informali, organismi ed associazioni, o promuovendo essi stessi nuovi legami ed alleanze* (ad esempio con le comunità degli immigrati, con i loro leader religiosi o con altre figure di riferimento), i servizi che perseguono una tale sensibilità culturale producono un lavoro che da ogni punto di vista si rivela fecondo e contribuiscono a ridurre considerevolmente gli irrigidimenti burocratici tipici delle nostre istituzioni sanitarie e quell'ossessione economicistica che sembra rappresentare per molti il solo principio a cui debbano ispirarsi interventi, scelte e programmi.

Le numerose iniziative sorte per merito del volontariato nel nostro ed in altri paesi o all'interno del servizio pubblico (*ma senza tener sempre conto della logica e dell'organizzazione preesistenti*), confermano che, anche volendo interpretarle in termini socio-antropologici come risposte *disordinate* da parte del paese ospite alla questione «migrazione», si tratta di risposte che contribuiscono a generare una nuova consapevolezza, che favoriscono una trasformazione delle modalità di presa in carico dei bisogni espressi o inespressi dell'utente esprimendo ad uno stesso tempo la necessità di costruire nuovi strumenti e linguaggi che non siano soltanto quelli appiattiti della retorica scientifica. Fra i diversi riverberi di queste attività, rivolte ad accrescere la fiducia dei pazienti immigrati, a ridurre il rischio di malintesi, ad accrescere l'efficacia degli interventi, va segnalato per altro quello di contribuire in misura considerevole a modificare le attitudini degli operatori verso categorie diagnostiche di cui possono finalmente venir messi in causa il valore universale, così come gli stessi canoni occidentali di razionalità e normalità (canoni che sul terreno della norma, delle false credenze e della devianza, della malattia mentale in particolare, hanno giocato sempre un ruolo fondamentale). Naturalmente queste trasformazioni sono reciproche: anche gli immigrati, i gruppi dai quali provengono e le relazioni che li caratterizzano sono attraversati da mutamenti decisivi nelle rappresentazioni del corpo, della malattia, della salute, così come nelle gerarchie di potere, nelle ideologie, nei valori estetici, nelle logiche del desiderio. L'antropologia medica ci ha da tempo mostrato come ogni processo di razionalizzazione riposi sempre su un soggiacente processo di simbolizzazione; ora i problemi che scandiscono la questione della cura e della salute delle popolazioni immigrate, la necessità di far comunicare universi dell'esperienza, del corpo, della sessualità non omogenei, rimette in primo piano la posta in gioco tutta *etica* di questo confronto che non a caso proprio sul terreno della bio-medicina e del diritto pone spesso gli interrogativi più drammatici.

Se consideriamo l'ambito psicologico-psichiatrico, i centri sorti in Europa e in Italia per rispondere al disagio psichico negli immigrati si sono spesso rapidamente trasformati in originali luoghi di ricerca, dove si elaborano pratiche cliniche innovative, si trasformano i modelli della

cura e i presupposti epistemologici delle tradizionali prospettive psicopatologiche, dove si producono in molti casi risultati spettacolari. Questi luoghi stanno contribuendo di fatto a definire *spazi di mediazione* e di confronto altrimenti difficilmente immaginabili all'interno dei circuiti istituzionali tradizionali: per comprendere la portata di simili iniziative basti pensare al numero di incontri con educatori, assistenti sociali, medici, studenti, gente comune, amministratori, rappresentanti di associazioni, confraternite e comunità di immigrati che anche un centro tutto sommato giovane come il Centro Frantz Fanon ha prodotto a Torino negli ultimi anni, alle riflessioni portate avanti sulle espressioni peculiari della sofferenza in alcuni gruppi di immigrati e ai possibili effetti sulle mentalità e i metodi di lavoro quando si pensi al lungo periodo. Ricevendo domande di supporto o di intervento propriamente terapeutico da parte di immigrati giunti attraverso ospedali o servizi, circuiti informali, o inviati da associazioni di volontariato e centri di accoglienza, il Centro ha potuto accumulare nel corso di questi anni una discreta esperienza e formulare un proprio modello di lavoro che, tranne i casi in cui ciò sia specificamente richiesto o fortemente motivato, prevede l'azione di un *gruppo terapeutico*. I *mediatori culturali* del Centro Fanon, alcuni dei quali hanno avuto esperienze professionali anche in altri settori di lavoro, si sono formati o si stanno formando sulle particolari strategie di intervento necessarie nell'etnopsichiatria clinica: strategie che, come è facile intuire, non si esauriscono nella semplice interpretazione o mediazione linguistica. Il loro lavoro è molto impegnativo: viene loro richiesto di agire consapevolmente *proprio* su quella situazione di *transito culturale*, di incertezza epistemologica e di conflitto dentro cui si generano non pochi dei problemi e dei dilemmi di cui gli immigrati ci parlano e che in qualche misura essi stessi hanno conosciuto. Con i mediatori, grazie anche al loro sguardo critico, gli operatori del Centro stanno portando inoltre avanti una riflessione sul valore e sul possibile uso di tecniche terapeutiche provenienti da altri orizzonti culturali: il dispositivo terapeutico che si vuole realizzare è dunque consapevolmente *eterodosso* o, se si preferisce, contaminato, *meticcio*. Questa scelta, se si impone anche in rapporto alla varietà di domande e problemi per i quali ci viene richiesto un intervento, ha la sua premessa teorica nella necessità di un sistematico ancoraggio culturale delle strategie di cura: ciò che significa sfruttare la cultura d'origine del paziente non meno di quella degli operatori come altrettante leve terapeutiche in grado di attivare cambiamenti nella struttura psichica dei pazienti, nella qualità delle loro relazioni, nella percezione e narrazione dei loro problemi.

La presunzione del Centro Fanon è pertanto quella di sviluppare una pratica rigorosa di ascolto, di supporto e di intervento relativo alle difficoltà *psicologiche* negli immigrati, annodando i fili delle loro molteplici (e talora fragili) reti di appartenenza, senza richiudersi però, come si è avuto occasione di ripetere in diverse occasioni, in un orizzonte di *pure tecniche terapeutiche* (per quanto brillanti o efficaci possano esse sembrare). Questa è una delle ragioni per le quali si è scelto per il nostro Centro il nome di Fanon ...

Il contributo di un'etnopsichiatria, di un'etnopsicologia e di un'etnomedicina che radichino il loro sguardo e il loro procedere fra le connotazioni *culturali, simboliche, sociali e storiche* del disagio psicologico e della malattia mi sembra in definitiva non solo fecondo ma capace di rispondere, una volta per tutte, a quanti obiettano che il contributo delle loro ricerche e del loro punto di vista sia tutto sommato marginale. Soprattutto, il modello di etnopsichiatria al quale facciamo riferimento ripropone la necessità di ripensare le «culture» come *luoghi di conflitto e di cambiamento*, di rapporti di forza oltre che di senso, non solo dunque come aggregati omogenei di ideologie, lingue e costumi: l'etnopsichiatria può allora situarsi proprio nello spazio dinamico di conflitto e di trasformazione che l'incontro fra culture e società genera anche a partire dai processi migratori, giungendo attraverso vie molteplici (quelle della clinica come quelle della ricerca) a definire modalità più efficaci per intervenire sul disagio dei singoli immigrati quanto su quello dei gruppi e delle comunità alle prese con le ferite della propria memoria (non esclusi quelli autoctoni, spesso schiacciati da quei fantasmi della contaminazione, dell'invasione, della delinquenza solitamente associati alle figure dello straniero, del nomade, dell'immigrato). Saranno i prossimi anni a dirci se gli strumenti di cui ci siamo dotati sono stati all'altezza degli scopi che ci eravamo prefissati di realizzare.

# Riflessioni su pratica etnoclinica e non-immigrati

Simone Spensieri (2012), <http://www.psychiatryonline.it/node/1521>

In un periodo di accesi dibattiti politici sul tema dell'immigrazione, si sta verificando anche per gli ambulatori territoriali psichiatrici (C.S.M. e Ser.T.), la necessità di occuparsi di una fascia di popolazione che sino ad ora si è tentato di nascondere ed escludere pure dall'accesso alle cure.

L'etnopsichiatria sta improvvisamente diventando una disciplina urgente, ma lo sta diventando sullo sfondo di uno scenario politico particolare, in cui l'immigrazione viene gestita secondo logiche di controllo sociale, produttività territoriale e riduzione dell'accesso alle risorse. Queste nuove forme di colonialismo esercitano il loro potere sugli immigrati attraverso leggi che concorrono in modo determinante a creare quelle situazioni complesse che li mantengono nello stato di clandestinità e irregolarità.

Confondere e intrecciare i concetti di criminalità, devianza, malattia, disagio, sofferenza nel contesto psichiatrico, può portare a pericolosi equivoci che stanno alla base di manifestazioni di esclusione sociale estremamente pericolose sotto il profilo della salute psichica delle persone. Utilizzare i concetti di cultura, etnia, religione per sottolineare le diversità e le differenze, può mascherare impliciti tentativi di scissione e marginalizzazione, sotto le mentite spoglie del rispetto e della convivenza.

Ciò che si vuole evidenziare con queste considerazioni è quanto la politica e l'economia giochino un ruolo determinante pure nell'ambito della costruzione del sapere medico e psichiatrico in particolare.

Leggi che regolano i flussi migratori, i ricongiungimenti familiari, i criteri di regolarizzazione, leggi che legittimano le possibilità esistenziali delle persone decretandone i limiti e le condizioni; leggi che, agendo sulle variabili economico-organizzative del servizio sanitario pubblico, contribuiscono a eleggere i gruppi di persone da curare e l'efficacia delle strategie terapeutiche da utilizzare, fino a costruire intere categorie diagnostiche.

Che l'esperienza etnopsichiatrica si sia da subito intrecciata a quella politica e coloniale non è una novità, eppure il rischio, ancora oggi, è che questo legame venga sottovalutato; la bio-psichiatria occidentale si esaspera nella continua ricerca di un'origine della sofferenza psichica all'interno del nostro corpo, attraverso macchinose elaborazioni di dati, classificazioni di esperienze, strategici protocolli terapeutici, per ricondurre tutto a ciò che si vorrebbe oggettivabile, visibile e controllabile.

La banalizzazione dell'approccio psichiatrico all'incontro con gli immigrati passa attraverso la formulazione di nuove categorie diagnostiche, con risvolti più o meno esotici e folcloristici, attraverso la considerazione del problema linguistico come unico motivo di non comprensione, attraverso la discussione sulla veridicità di ciò che è solo considerato superstizione legata a pensieri inattuali e primitivi; la banalizzazione più pericolosa sta nella stigmatizzazione superficiale della storia personale di ogni immigrato, una storia sempre fatta di opportunismo, devianza, criminalità. E' diventata esasperante questa continua battaglia al pregiudizio, perché si tratta di atteggiamenti e pensieri ben consci e organizzati, strategie elaborate che conoscono i valori che vogliono promuovere, la società che vogliono costruire, i poteri che vogliono gestire e le ricchezze che vogliono tutelare.

L'attività etnopsichiatrica, come ci ricorda Hounkpatin ('02), è un processo di *complessificazione*, che non riguarda solo i riferimenti ai sistemi di cura tradizionali, le logiche di costruzione degli individui, i rapporti tra mondo dei vivi e mondo dei morti; essa è un processo di complessificazione pure nello sforzo continuamente teso ad evidenziare gli intrecci politici, economici e sociali che regolano gli spostamenti, i rapporti e le strategie di sopravvivenza degli individui.

La pratica etnoclinica, allora, cessa di essere una specializzazione di una più vasta materia che è la psichiatria, facendosi portatrice di un approccio più ampio alla sofferenza psichica; portatrice di interdisciplinarietà, negoziazioni, mediazioni, discussioni, approfondimenti che escono dal corpo biologico del paziente, per appropriarsi anche degli spazi, dei luoghi, delle

dimensioni visibili e invisibili, dei pensieri, dei riti, degli oggetti che portano le persone che incontriamo nel grosso mercato della cura.

Il mercato è un posto in cui si improvvisano incontri, si scambiano merci e si intrecciano storie. L'etnopsicoterapia è un luogo in cui gli incontri avvengono senza far riferimento a modelli d'intervento preconfezionati, né a linee guida, né a precise strategie comunicative; è un luogo in cui si costruisce ogni volta un percorso di cura originale, un luogo in cui si impara ad ascoltare prima di interpretare. Le conoscenze etnologiche e antropologiche diventano allora fondamentali al pari di quelle psicologiche e psichiatriche, così come la valutazione degli affari politici ed economici lo diventano al pari di quelli sociali e comunitari.

Le appartenenze culturali o etniche, le artificiose affiliazioni costruite ad hoc entro precisi contesti politici ed economici, sono anch'esse materia cui si rivolge la pratica etnoclinica, che esplora *le conoscenze, le teorie, i modelli della sofferenza, del corpo, della terapia presenti in altre società e spesso in conflitto con quelle egemoni nella nostra cultura* (Beneduce, '02).

Poiché non esiste azione terapeutica priva di contenuti politici, concetto che diventa ancor più evidente quando le nostre azioni sono dirette alle fasce deboli della popolazione, può essere importante valutare le opportunità riflessive che ci offre l'etnopsichiatria, partendo da un atteggiamento criticamente costruttivo nella significazione dell'organizzazione dei nostri servizi pubblici, dei nostri strumenti terapeutici e dei nostri saperi specialistici.

Gli immigrati che si rivolgono direttamente ai servizi di salute mentale o ai Ser.T. sono molto pochi in confronto a quanto ci si aspetterebbe dalla loro presenza in altri reparti ospedalieri, o dai loro passaggi al Pronto Soccorso, eppure sono sempre più frequenti le richieste di supporto e le segnalazioni che arrivano da realtà, istituzionali o private, che non si occupano di sanità. Le scuole, i servizi sociali dei comuni, le comunità, i centri di accoglienza, i carceri, le parrocchie sembrano rappresentare i luoghi in cui le difficoltà degli immigrati trovano maggiori possibilità per poter essere denunciate e avvertite. *Forse, suggerisce Beneduce ('02), le istanze ghezzanti nascono dall'incapacità delle istituzioni di aprirsi in modo opportuno ai diversi linguaggi della salute e della sofferenza, rifiutando a priori la possibilità di mettere in discussione le proprie pratiche o i propri presupposti...*

Sarebbe ingenuo parlare di somatizzazioni o di dolori psicosomatici in genere, sarebbe estremamente grave sottovalutare quella inquietante presenza, scotomizzandone il significato sociale oltre che prettamente sanitario; dobbiamo allora tornare ad interrogarci in una prospettiva di complessificazione: *i sintomi "strani" degli immigrati sono tutt'altro che "semplici" somatizzazioni, dal momento che rappresentano e rinnovano in modo quanto mai significativo tutte le tensioni che hanno attraversato i corpi singoli e quelli collettivi all'interno dei paesaggi che essi hanno abitato. La loro storia e quella dei loro contesti plurali è scritta nel corpo in segni che si svelano nei loro significati più intimi solo nel momento in cui si è disposti ad interrogarli nella loro complessità relazionale, tenendo insieme invece di separare tutte le possibili scene della loro rappresentazione* (Vacchiano, '02).

Lavorando in un contesto istituzionale è possibile agire sulla base di questi presupposti?

I servizi territoriali delle Aziende Sanitarie funzionano in relazione alla capacità produttiva di salute; essendo la valutazione della salute in quanto prodotto, una variabile estremamente complessa da quantificare, sia in rapporto alla sua diffusione che alla sua qualità, l'indicatore che si utilizza per valutare l'efficienza di un servizio pubblico è rappresentato dal suo carico di lavoro, ossia dal numero e dal tipo di prestazioni fornite. Tali prestazioni sono preordinate in tabelle che assegnano ad ognuna un punteggio. I punteggi sono gli indicatori di qualità dei servizi. Le prestazioni preordinate fanno riferimento alla struttura del servizio, la cui organizzazione è costruita su particolari modelli d'interpretazione della sofferenza.

Ogni sofferenza è definita da una diagnosi che si offre come chiave di lettura e di significazione di tutto ciò che appartiene al *paziente*, nel tempo trasformatosi in *utente* e in *cliente*. Ad ogni diagnosi corrispondono protocolli terapeutici giudicati efficaci per il tipo di patologia che le stesse diagnosi sottendono.

Facendo una breve digressione sull'uso strumentale di certe categorie diagnostiche, vorrei considerare come l'interpretazione psicopatologica legittimi operazioni di controllo sociale piuttosto che di cura o di sostegno.

I Tossicodipendenti si offrono a questo riguardo come una categoria di pazienti molto particolare.

L'aspetto che voglio considerare è quello della comorbilità.

Rounsaville ('01) sostiene che, rispetto alla Tossicodipendenza, *in tutto il mondo la comorbilità più grave è rappresentata dai problemi antisociali, dalla Personalità Antisociale*. In passato si sosteneva l'ipotesi che l'Antisocialità fosse sintomo di una *malattia* protettiva rispetto alla Depressione, dato che la comorbilità della Tossicodipendenza con la Depressione era molto rara. Questo perché, in passato, gli specialisti nel trattamento dei tossicodipendenti non ponevano mai la diagnosi di Depressione.

La Tossicodipendenza era considerata essenzialmente una condotta comportamentale deviante e, di conseguenza, antisociale.

Dal punto di vista psicopatologico l'Antisocialità prevede che il paziente non sia in grado di sentire tristezza né senso di colpa.

I pazienti Tossicodipendenti Antisociali erano molto pericolosi perché l'antisocialità li rendeva immuni dal provare qualsiasi emozione, mentre la tossicodipendenza ne alterava le capacità critiche e cognitive; *persone che potrebbero uccidere anche senza sentire nessun senso di colpa* (Rounsaville, 01). Erano pazienti imprevedibili, acritici e reticenti a farsi curare.

Dati successivi hanno invece dimostrato che esistevano pazienti Antisociali Depressi: *sono molto importanti perché anche se è molto difficile curare la Personalità Antisociale nonostante nuove tecniche psicoterapeutiche, si ritiene che la Personalità Antisociale non possa essere risolta, che queste persone non possano migliorare* (Rounsaville, '01). L'assunto che sembra sostenere queste riflessioni è che un paziente che prova un senso di colpa è destinato a guarire, mentre chi non prova rimorsi è destinato a restare malato. Il Disturbo di Personalità Antisociale è una diagnosi che prevede contemporaneamente, come sintomi, sia attività e comportamenti devianti, sia disturbi della sfera emozionale, che si esplicitano soprattutto nell'incapacità di provare un senso di colpa.

Le teorie della bio psichiatria sostengono che il deficit che sta alla base delle malattie mentali sia sempre a livello del sistema di neurotrasmissione o a livello genetico.

Questo concetto vale anche per i Disturbi di Personalità, quindi l'alterazione morale implicitamente presente nel disturbo di Personalità Antisociale sarebbe dovuta ad un'alterazione biologica, così come la predisposizione alla tossicodipendenza. Rounsaville ('01) sostenendo l'incurabilità dell'antisocialità, afferma che il Tossicodipendente Antisociale non è curabile, se non forse per l'aspetto della dipendenza fisica dalle sostanze, nel qual caso rimarrebbe comunque un paziente Antisociale.

Di nuovo il pensiero corre alla pratica etnoclinica e alla valutazione dei rapporti di forza che tenta di svelare nella sua critica ad una psichiatria sempre più disposta a farsi manipolare da logiche che con la cura non hanno niente a che fare. La creazione di modelli interpretativi e terapeutici di alcune patologie, così come la creazione di servizi e comunità specializzate nella presa in carico di particolari diagnosi, non fanno altro che generare esclusione; esclusione di storie e di persone, di categorie di persone.

Non pare opportuno, quindi, costruire altrettanti manuali di strategie etnopsichiatriche proprio perché i presupposti da cui muove l'attività etnoclinica conferiscono all'individuo l'unicità del luogo che rappresenta. L'individuo come luogo di cura richiama quel concetto di identità che attraverso gli interventi che le sono propri, la medicina contribuisce a forgiare.

Siamo quindi obbligati ad interrogarci sull'individuo come luogo di cure, ma anche sulle logiche che influenzano e muovono la pratica medica e psichiatrica, in un complesso gioco di forze che possono spostare il fuoco dell'azione terapeutica in un luogo diverso da quello che è l'individuo. Le riflessioni che l'antropologia medica ci obbliga a considerare a questo riguardo, introducono una prospettiva etica da cui considerare criticamente il nostro operato. E' uno sguardo che ci può aiutare ad interrogarci sul significato delle nostre azioni mediche quotidiane, incastrate in un contesto sociale, politico, economico e culturale imprescindibile nel condizionare le nostre attività, oltre che l'identità delle persone che dobbiamo curare.

Parlando di un'etnopsichiatria capace di strutturarsi senza definirsi e senza congelarsi, diventa naturale abbattere i confini dell'*utenza* cui si rivolge questa disciplina che, automaticamente, si propone come strumento teorico e operativo capace di rivolgersi ad ogni pa-



ziente psichiatrico e, forse, suggestivamente, considerandoli tutti immigrati: immigrati nella sofferenza. La pratica etnoclinica così torna a rivolgersi all'immigrato. Questo procedimento terapeutico che, attraverso lo sviluppo delle possibilità narrative, tenta delle originali strategie di cura, ci porta inevitabilmente a riflettere sul significato che la malattia assume a sua volta come *strategia di sopravvivenza*. Paradossalmente, infatti, proprio attraverso quella sofferenza, quelle crisi, quella confusione, quella destrutturazione, il malato può riuscire a individuare uno spiraglio percorribile, per potersi ricostruire e ricontestualizzare nell'intricato groviglio di relazioni che lo circondano. La malattia mentale si offre a questo riguardo come occasione in un percorso di ridefinizione non solo privata ma anche pubblica e sociale.

*Queste riflessioni possono aiutarci a interrogarci ancora sul significato della diagnosi ...*

Mentre i rituali terapeutici delle società tradizionali offrono realmente quelle auspiccate possibilità di ricostruzione originale dell'individuo, proprio in quanto a tal scopo strutturatisi, le cure psichiatriche, che sulle diagnosi si fondano, finiscono col convalidare, attraverso le pratiche psico-mediche, l'invalidità che quelle patologie sanciscono.

A partire dal concetto di riabilitazione bio-psico-sociale il nostro malato viene valutato e sezionato, attraverso momenti di verifica e di controllo, in una prospettiva di cittadino socialmente utile che modula le variabili dei costi della cura in relazione alle possibilità di ciascuno di divenire un essere - produttivo.

La diagnosi psichiatrica nel nostro sistema sanitario, infatti, legittima il costo delle cure in relazione alle presunte possibilità di recupero del malato, possibilità che sono valutate proprio in riferimento alla diagnosi posta. E' evidente allora come il malato venga inserito in una spirale diagnostico-valutativa che lo definisce socialmente abile, laddove la socialità si riferisce alla spesa pubblica in una prospettiva politico economica di ampio respiro.

Per gli operatori che lavorano in un contesto istituzionale diventa indispensabile riflettere opportunamente sull'uso strumentale, ancor prima che filosofico, delle diagnosi dato che è quella una variabile decisiva nel legittimare l'accesso alle cure.

Bisognerebbe quindi mantenersi in una posizione di equilibrio instabile tra le forze che gestiscono l'interpretazione della diagnosi che, se da un lato costruisce i pazienti proiettandoli in una spirale di rimandi che di continuo si allacciano e si rafforzano, dall'altro ne giustificano le possibilità terapeutiche.

Gli utenti dei nostri servizi allora dovrebbero essere considerati un po' più "pazienti", nell'accezione che li richiama ad una maggiore vicinanza alla sofferenza piuttosto che all'utilizzo del servizio nei termini del rapporto clientelare. Gli operatori, d'altro canto, dovrebbero sentirsi più vicini alle necessità ed ai bisogni delle persone che incontrano in quei luoghi di cura, approfondendo, in un lavoro di complessificazione delle loro storie, i significati che quelle sofferenze raccontano. Certo questa predisposizione rischia di esporci in un campo ricco di interrogativi, uno spazio anzi più adatto a destrutturare le nostre certezze e per questo, forse, più difficile da ricercare come dimensione in cui ricostruire una cura ...

# L'accesso ai servizi di trattamento e riduzione del danno

## European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013), Drug prevention intervention targeting ethnic minority target populations issues raised by 33 case studies

[www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/prevention-minority-ethnic-populations\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/prevention-minority-ethnic-populations_en)

*Nel 2013 l'EMCDDA svolge uno studio per verificare in che misura l'obiettivo 20 del Piano d'Azione europeo sulle droghe 2009-2012 - che prevede misure mirate alle minoranze etniche e alle persone migranti - viene perseguito negli stati membri. Lo studio è svolto attraverso 33 casi di studio, tra cui, per l'Italia, quello della città di Bologna relativo a un progetto che coinvolge 5 paesi ed è mirato alla popolazione Rom. Tra i 29 paesi interpellati, solo 11 forniscono risposte.*

## European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), Health and social responses to drug problems: a European guide

[www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI\\_PUBPDF\\_TD0117699ENN\\_PDFWEB\\_20171009153649.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009153649.pdf)

*Una guida dell'EMCDDA sulle necessarie politiche sociali e sanitarie europee per rispondere ai problemi droga correlati, articolata sia per modelli di consumo che per setting che per popolazioni specifiche. Tra queste migranti, richiedenti asilo e rifugiati. Lo studio indica che la prevalenza del consumo tra i migranti e i rifugiati è inferiore a quella dei nativi, ma è esposta a cause e ragioni specifiche, come i traumi subiti o le difficoltà del periodo di accoglienza e, ancora, il basso livello di informazione e accesso ai servizi.*

**[estratto]** Responses and interventions to address the needs of new migrants A recent study by the European Agency for Fundamental Rights (FRA) found no data collection on the number of individuals with signs of drug dependence among victims of torture or severely traumatised individuals in any of the 14 Member States covered by their research. However, they did find reports from some services of increasing numbers of migrants or asylum seekers among the people with drug problems they were seeing. Screening and needs assessment procedures for migrants and asylum seekers need to include potential substance use problems, and staff in any services, such as housing and drop-in facilities, need to be alert for potential problems. In addition to the range of standard assessment tools available, UNHCR and WHO have developed assessment tools for use with displaced populations and in emergency situations. Data on health care utilisation by migrants in the European Union are also limited. Few countries collect data on outpatient care, which is important for mental health. Newly arriving or 'undocumented' asylum seekers are usually only entitled to health care in emergencies, but there is variation between countries in how this operates. In addition, asylum seekers may be unaware of their rights, and fears about the potential impact on their asylum claim may be a barrier to help-seeking. After acquiring refugee status, migrants in most EU countries are entitled to the same access to health care as residents. Nevertheless, studies report lower rates of health care utilisation, particularly for mental health problems. Cultural beliefs and language issues that hamper communication may be important reasons for under-utilisation. Higher levels of acculturation and lower levels of cultural traditionalism are associated with increased use of mental health care. A recent Dutch report concluded that objective and subjective health of asylum seekers is poorer than that of the residential population and this gap increases with age. Drug policies in EU countries rarely target migrants' use of substances. Exceptions include the Dutch government's ban on khat in 2013 and a similar ban in the United Kingdom in 2014. An evaluation of the Dutch ban in 2015 concluded that khat use had declined but problematic use had increased. The ban produced a tenfold increase in price, a decline in quality and more alcohol use. Before and after the ban, the most prevalent problems were family disruption

and sleeping problems. After the ban, heavy khat users reported more financial problems. The EU drugs action plans that accompany the EU drug strategy 2013–2020 have highlighted the need for demand reduction activities addressing the situations and needs of ethnic minorities, migrants and asylum seekers. This has resulted in the development of preventive interventions in a number of countries. However, data on the availability of such selective prevention interventions for minority groups are patchy. From what information is available, coverage varies between countries and appears particularly limited for marginalised ethnic families (Figure 3.3). The main rationale for interventions has been to increase awareness of vulnerabilities and reduce social exclusion and marginalisation of migrant groups. Interventions have used peer educators to provide information on drug use and its risks and about drug and alcohol treatment services. Most often these programmes aim to prevent substance use by young people. However, they tend to encounter a number of obstacles: a lack of policies addressing migrant health; cultural barriers; language problems and conceptual understandings of addiction; and lack of staff competence to work with migrants. Some new initiatives specifically for refugees and asylum seekers are beginning to be reported. For example, in Belgium a new small psychosocial team (LaMbdA) was created in 2015 in order to help asylum seekers with an addiction problem to access treatment. The idea is to facilitate the link between the reception centres for asylum seekers and the low-threshold specialised treatment sector. In Cyprus, new migrants have been highlighted as a high-risk group for treatment services. The UNODC in partnership with the University of Manchester is piloting a multi-level trauma-informed parenting and caregiver support programme for displaced populations aiming to strengthen the capacity of parents to protect their children in the difficult circumstances they encounter. The support provided ranges from information leaflets, through parent seminars and a manualized family skills training programme based on the Strengthening Families programme to a more specific programme for trauma-exposed families. It is currently being tested in several countries in the Middle East and in refugee camps in Turkey and with refugees transiting Serbia. Future developments in Europe To fill the current gap in knowledge about the extent and nature of substance use problems among new migrants in Europe, it will be essential to develop appropriate assessment tools, undertake needs assessments and establish monitoring systems. These actions will need to be coupled with the development of appropriate interventions to address any emerging problems and, where necessary, the expansion of services, such as mental health care, to meet the needs of refugees who have been traumatised or negatively affected in other ways. New programmes will need to be evaluated to ensure they are effective. The sharing of good practice and programmes within and between countries may help to extend service provision to meet the needs of these vulnerable groups of individuals. Research is also needed to investigate the role that cultural continuities between the country of origin and the host country play in drug and alcohol use after migration. This will allow the development of prevention and support programmes that maximise resilience among these people, many of whom will have suffered extensive trauma, hardship and dislocation and may continue to experience social exclusion and disadvantage following migration

# Italia. Modelli di intervento, servizi innovativi e buone pratiche



## Progetto FORCE

**Contatti e sito** [progetto.force@gmail.com](mailto:progetto.force@gmail.com) <https://www.folias.it/>

**Tipologia:** Limitazione dei Rischi drogacorrelati

**Ubicazione** e ambito territoriale: Lazio ASL RM5

**Enti titolari**, partnership e sinergie : COOP FOLIAS, COOP IL CAMMINO

A quale **bisogno** risponde? UNITA' DI STRADA DI RIDUZIONE DEL DANNO PER TOSSICODIPENDENTI

**Obiettivo generale:** Diminuire i comportamenti a rischio/danno di infezione e intossicazione acuta da sostanze stupefacenti

### Obiettivi specifici:

1. programmi di scambio di siringhe, iniziative di prima assistenza, assistenza medica di base, assistenza d'emergenza nei casi di overdose;
2. Offrire informazioni sull'accesso ai servizi e di relazione d'aiuto per favorire il riconoscimento dei bisogni, per intercettare e supportare motivazioni al cambiamento di stili di vita dannosi per la salute, intesa questa come stato di benessere bio-psico-sociale;
3. Promuovere coordinamento e integrazione tra le diverse agenzie - sanitarie, socio-assistenziali e per la sicurezza - che operano sul territorio, al fine di armonizzare gli interventi e di organizzare la risposta dei servizi secondo soglie di accesso diversificate.

### Tipologie di destinatari:

1. tossicodipendenti di strada, in carico ai servizi e non;
2. "vecchi" consumatori spesso in situazione di cronicità e/o marginalità sociale, a volte ri-sommersi dopo diverse esperienze col sistema dei servizi e programmi drug free;
3. tossicodipendenti in situazione di crisi ed emergenza in seguito a ricadute dopo comunità o carcere, allontanamento dalla famiglia, gravidanza, sieropositività o aids;
4. immigrati con problemi in particolare di alcolismo, il più delle volte illegali, senza accesso al sistema dei servizi, senza fissa dimora e quindi in grave marginalità e disagio sociale.

**Tipologie di operatori / competenze** PSICOLOGO, MEDICO, EDUCATORE, OSS, ASSISTENTE SOCIALE

### Modalità operative

Il progetto svolge la sua azione a bordo di un furgone (unità mobile) e si occupa di:

1. Informazione su effetti, rischi e danni (fisici, psichici e sociali) provocati dall'assunzione di sostanze stupefacenti
2. Distribuzione di materiale di profilassi (farmaco anti overdose Narcan, siringhe sterili, acqua, disinfettante, preservativi)
3. Smaltimento siringhe usate
4. Distribuzione bevande e beni di conforto
5. Interventi di primo soccorso
6. Informazioni sanitarie sui danni legati all'abuso di sostanze e su come ridurre il rischio di contrarre eventuali malattie
7. Informazioni sui servizi sociosanitari del territorio

8. Consulenza e sostegno per favorire il miglioramento delle condizioni di vita delle persone tossicodipendenti
9. Mappatura del territorio dal punto di vista del consumo di sostanze psicoattive.
10. Eventuale accompagnamento in strutture socio-sanitarie.

**Accordi, sinergie, rete:** Serd, Caritas, Comuni, Comunità di Sant'Egidio, sportelli anti violenza, pronto soccorso, centri diurni, altra unità di strada di riduzione dei rischi, CSM, progetti di inserimento lavorativo

**Criticità :** Scarsa conoscenza della riduzione del danno che porta altri operatori a essere prevenuti nei nostri confronti

### Sintesi dati di attività (2018)

uscite:	238 , per 1190 ore
contatti:	2508
profilattici distribuiti :	1136
siringhe distribuite:	3569
siringhe rese:	2455
narcan distribuiti:	104
consulenze:	705
orientamento:	1074

### Punti di forza

Conoscenza dei territori e della rete, capacità di contattare l'utenza, flessibilità nella risposte date ai bisogni degli utenti. Presenza del medico per prima visita e monitoraggio parametri vitali. Rete informale e formale

### Punti di debolezza

Territorio vasto, difficoltà a contattare nuovi utenti. Essendo privi di documenti molti utenti non possono essere presi in carico da servizi di trattamento e cura

### Il progetto come "osservatorio"

Diario giornaliero dove si annotano l'intervento svolto, il medico ad esempio dettaglia i parametri.

### Punti chiave più rilevanti dei modelli di consumo osservati

Sostanza d'elezione è l'alcool, i nostri utenti generalmente provengono dall'est Europa, maschi 35/45 anni, a seguito della perdita del lavoro hanno perso la casa, poi i documenti; vivono il più delle volte in baracche, in campagna, raramente da soli più spesso in gruppo. Le condizioni igieniche di questi ricoveri sono pessime, frequentemente tra loro si accendono risse con accoltellamenti e colluttazioni. Patologie psichiatriche non sono diagnosticate ma molti di loro presentano un tono depresso dell'umore e/o atti di autolesionismo. Bevono vino in cartone con succhi di frutta, cominciano a consumare dalla mattina, vivono di elemosina o raccogliendo cose dall'immondizia per poi rivenderle. Si appoggiano a Caritas o parrocchie per farmaci, vestiti e pacco viveri. Abbiamo avuto un caso di TBC tra gli utenti.

Osservazioni sul sistema territoriale: Questa tipologia di utenti si affaccia da poco in provincia, è la prima volta che Comuni o ASL hanno a che fare con questa utenza. L'Unità di strada per primo contatto e assistenza in strada, costruzione di un invio ai servizi dove possibile oppure costruzione di percorsi alternativi a quelli istituzionali ( molti nostri utenti PM non hanno documenti). Se sul territorio abbiamo una rete consolidata riusciamo a raggiungere gli utenti. Lavoro di rete per far emergere queste realtà e sollecitare risposte istituzionali al problema

## **Progetto USI E CONSUMI**

### **Intervento di riduzione del danno da uso di sostanze per i giovani migranti**

**Contatti** e sito [www.cooplotta.org](http://www.cooplotta.org) [segreteria@cooplotta.org](mailto:segreteria@cooplotta.org)

**Tipologia:** Riduzione del danno / Limitazione dei Rischi droga correlati e informazione, consulenza, accompagnamento

**Ubicazione e ambito territoriale:** Città di Como

**Enti titolari**, partnership e sinergie: Coop. lotta contro l'emarginazione, coop. Symploke, coop. Questa generazione. E' un progetto finanziato da Fondazione Provinciale della Comunità Comasca onlus, Sesto Bando 2017, durata: giugno 2018-settembre 2019, Finanziamento: 12.600 euro

#### **A quale bisogno risponde il progetto?**

La crescente presenza di giovani immigrati sulla Città di Como vede la necessità sempre più frequente di rispondere ad esigenze multiple, tra le quali i consumi di alcool e sostanze, spesso utilizzati a sostegno della precarietà del processo migratorio.

Il target di riferimento è rappresentato da giovani migranti in condizione di prossimità al consumo e di consumo agli esordi che necessita di consapevolezza e informazione in merito ai rischi. Le condizioni di vita in generale (lo stallo nell'attesa dei documenti, la mancanza di opportunità formative e/o occupazionali, la mancanza di attività dedicate al tempo libero, ecc...) aumentano i fattori di rischio e l'attivazione di comportamenti pericolosi tra i quali il consumo, che a differenza di altri fenomeni devianti presenti, è più facilmente intercettabile attraverso azioni base di riduzione del rischio. Obiettivo del progetto è aumentare la consapevolezza relativamente ai fattori di rischio e ai fattori protettivi e favorire buone pratiche di auto ed etero tutela in merito alla gestione dei consumi

La Città di Como dal 2016 ha visto aumentare in maniera esponenziale la presenza di migranti non inseriti nei circuiti di accoglienza, o perché hanno terminato le misure di accoglienza o perché vengono da altre città per dirigersi verso il nord Europa. Questo fenomeno ha accompagnato un aumento dei consumi in strada soprattutto da parte dei migranti in transito.

Il maggior limite del progetto è dato dalla mutevolezza dei destinatari diretti, che proprio perché in transito cambiano costantemente. E' pertanto necessario concentrare ed intensificare nei contenuti il lavoro di aggancio perché spesso il contatto è uno solo e di breve durata.

Anche il contesto di contatto con il target è molto cambiato nel corso dell'anno di progetto a causa della chiusura del campo della Croce Rossa che accoglieva migranti in transito, a causa della politica di allontanamento e repressione del comune.

**Obiettivo generale.** Aumentare la conoscenza dei fattori di rischio e fattori protettivi e favorire buone pratiche di auto ed etero tutela nella gestione dei consumi.

**Tipologie di destinatari.** Il progetto si rivolge a giovani migranti presenti in particolar modo nei parchi della città di Como, nei quali si rilevano consumi soprattutto alcolici e di sostanze psicoattive in generale.

1. Migranti con consumi di sostanze psico-attive in strada (target diretto)
2. Migranti accolti presso centri di accoglienza straordinaria, con prossimità al consumo (target diretto)
3. Operatori dei centri d'accoglienza e operatori e volontari che operano nei contesti di prossimità (target indiretto)

#### **Tipologie di operatori/ competenze**

1. Un educatore esperto di riduzione dei rischi legati ai contesti di consumo
2. Un educatore esperto di lavoro con le popolazioni migranti
3. Una psicologa esperta di lavoro con le popolazioni migranti
4. Una coordinatrice esperta di lavoro con le popolazioni migranti e di interventi di riduzione dei rischi
5. Mediatori culturali da attivare al bisogno

**Criteri di accesso**, inclusione o esclusione dei destinatari diretti\_:

1. Per lavoro con i peer: consumo diretto o prossimità reale con i contesti di consumo
2. Per intervento in strada: giovani migranti consumatori di alcol e/o sostanze psicoattive

**Descrizione dell'intervento:** il lavoro si divide in 3 macro interventi:

1. Mappatura- contatto in strada delle persone migranti con consumi
2. Lavoro con i peer per produzione di materiale cartaceo di riduzione dei rischi in lingua
3. Formazione di operatori e volontari che a diverso titolo possono entrare in contatto con i migranti con consumi in strada.

### **Modalità operative**

1. Un'uscita settimanale in strada da parte di educatori professionali esperti in consumi e immigrazione che, attraverso la relazione in assenza di vincoli di presa in carico e di giudizio, trasmettono informazioni corrette e favoriscono l'aumento di consapevolezza e l'utilizzo di pratiche di tutela. Gli operatori divulgheranno materiale informativo tradotto in lingua realizzato dal progetto stesso. Il progetto metterà inoltre a disposizione alcune proposte mirate a qualificare in parte il tempo libero dei giovani migranti in una logica di progettualità di breve e medio termine. Nello specifico saranno disponibili tre borse di studio per partecipare alla Scuola di italiano nonché l'inserimento in attività sportive strutturate, la partecipazione a corsi di formazione professionale attraverso la collaborazione con il progetto Fondazione Comasca NEXT TO YOU.
2. Consulenza specifica a favore degli operatori che si occupano di accoglienza di migranti in merito a situazioni di primo approccio al consumo. Tale consulenza verrà realizzata dagli operatori di progetto già presenti nei contesti di prossimità sopra descritti.
3. Formazione/informazione agli operatori e volontari del territorio che interagiscono con giovani migranti e con la problematica del consumo di sostanze al fine di diffondere conoscenza e consapevolezza in merito ai fattori di rischio e all'attivazione dei fattori protettivi.

### **Il progetto nel sistema territoriale:**

Ciascuna delle tre realtà partner di progetto lavora sul territorio relativamente ai temi della prevenzione e della riduzione del rischio di consumo nonché dell'immigrazione e dei processi di accoglienza ed integrazione. Il progetto intende offrire una prima risposta al bisogno espresso dal territorio e dalle realtà di accoglienza relativamente alla problematica dei consumi in strada. Dalla lettura del bisogno emerge la consapevolezza che il consumo è spesso esito di momenti di vita frammentati, poco progettuali e con poco spazio per la speranza. Il progetto pertanto aderisce ad una rete di realtà che già lavora in sinergia per offrire azioni integrative e risposte mirate all'accoglienza dei giovani migranti (con particolare riferimento al Tavolo Grave Marginalità, che interagisce con le Istituzioni locali e con gli Enti del Terzo Settore). Tale rete attualmente presenta su questo bando due progetti inerenti uno la formazione professionale e il lavoro e uno il tempo libero e l'housing. Questa diversificazione permette al presente progetto di veicolare proposte alternative al consumo ai migranti intercettati, laddove ci siano le condizioni di sostenibilità.

### **Criticità relative alle relazioni territoriali:**

La politica di allontanamento e repressione del Comune non ha favorito la presa in carico dei bisogni emergenti del target. L'affievolirsi della comunicazione e dei processi condivisi con l'Amministrazione ha generato una frammentazione degli interventi ed un indebolimento del sistema di intervento.

### **Dati di attività,**

Sintesi dati di attività (in termini quantitativi)

Durata del progetto 1 anno (giugno 2018-settembre 2019)

Uscite di mappatura 14 uscite distribuite nel tempo di durata del progetto

Uscite di contatto 1 settimanale per tutto il progetto

Formazione peer 4 incontri più due incontri con i mediatori culturali

Formazione volontari sui fattori di rischio e fattori protettivi dei consumi di strada: 4 incontri

Persone migranti mappate: 160 circa

Persone migranti contattate: 35 ad uscita, di cui 10 stanziali (nazionalità predominanti: Gambia, Nigeria, Mali, Ghana, Somalia, Pakistan, Yemen, Costa d'Avorio, Senegal, Guinea)

Peer formati: 14 persone

Volontari formati: 50

Punti di forza

Intervento specifico corrispondente ed adeguato al bisogno

Equipe formata e competente

Rete territoriale del terzo Settore e Volontariato presente e coinvolta come cassa di risonanza del progetto

□Punti di debolezza

Durata del progetto (1 anno)

Esiguità del finanziamento (12.600/00 euro complessivi)

Scarsa possibilità di comunicazione con l'Amministrazione Comunale

### **Il progetto come "osservatorio"**

Modalità / strumenti di monitoraggio / osservazione:

Uscite di mappatura con scheda rilevazione ad hoc più intense nella fase iniziale e costanti durante tutta la durata del progetto con focus su

Luoghi della città

Tipologia di sostanze

Modalità di consumo (sociale, in gruppo etc)

Nazionalità

osservazione sui **modelli di consumo** delle Persone Migranti afferenti

In alcune delle zone osservate è stata rilevata la presenza di gruppi di consumo, soprattutto di cannabis e derivati e bevande alcoliche. Si rilevano stati di alterazione legati probabilmente ad altri tipi di consumo; dalle informazioni raccolte deduciamo che potrebbe trattarsi di mix tra alcolici e psicofarmaci (in particolare Rivotril). Le aree dove la presenza di questi gruppi è più costante sono: San Rocco, via Anzani, parco di via Anzani, parco di via Leoni. In questi luoghi il consumo è legato a forme di aggregazione, si tratta di veri e propri punti di ritrovo e di stazionamento all'aperto. Bisogna precisare però che, in seguito ai alle ordinanze comunali relative al consumo di alcolici nelle aree verdi e ai successivi controlli, la presenza di questi gruppi si è ridotta, ad eccezione dell'area di San Rocco che vede permanere una presenza costante seppure il flusso sia calato.

L'area urbana nei pressi del Tempio Voltiano e dei giardini a lago è invece frequentata da gruppi con caratteristiche differenti: anche qui si riscontrano consumi di cannabis e alcol ma la presenza di tali gruppi è connessa principalmente ad attività di spaccio e non solo all' aggregazione sociale. La presenza di spaccio è rilevabile in modo esplicito dall'atteggiamento dei soggetti incontrati, che attendono i passanti nella loro postazione e spesso suggeriscono di avvicinarsi.

**Sistema territoriale per garantire l'accesso** delle PM ai servizi/interventi/ prestazioni socio-sanitarie dell'ambito (o correlati all'ambito) dei consumi e delle dipendenze.

Il progetto non prevede un aggancio diretto con i Sistemi di Presa in carico quanto a flusso e accompagnamento delle persone ai Servizi di Cura.

Prevede invece un accordo informale con i Servizi di ragionamento e problematizzazione dei dati raccolti circa i consumi di strada, con particolare riferimento alla popolazione migrante, al fine di meglio orientare le progettazioni locali future. La città infatti, manca da anni di un intervento di prossimità legato all'emarginazione, nonostante il bisogno sia esplicito ed evidente a tutti i livelli. Il progetto, seppur nell'esiguità del tempo di durata e soprattutto del finanziamento possibile, ha il senso di avviare un ragionamento attraverso dati qualitativi e quantitativi dei fenomeni cittadini di consumo in strada.





## ASL NAPOLI 1 CENTRO - DIPARTIMENTO DIPENDENZE

### **U.O.S.D. Unità Di Strada**

“Lavorare sulla linea di confine” – Drop In, Servizio di accoglienza tra la bassa soglia e la strada

**Città:** Napoli

**Contatti:** Luigi De Matteis [luigidemateisdip@gmail.com](mailto:luigidemateisdip@gmail.com), cell. 3319172942

**Tipologia: Modello di sistema territoriale per garantire l'accesso** delle PM ai servizi /interventi/ prestazioni socio-sanitarie dell'ambito (o correlati all'ambito) dei consumi e delle dipendenze; intervento di **Riduzione del danno**; intervento di **cura e trattamento**; **informazione, consulenza, accompagnamento** sociale, legale, sanitario; intervento in **ambito sociale**.

**Ubicazione e ambito territoriale:** Napoli, Via Postica alla Maddalena 42

**Enti titolari, partnership e sinergie:** ASL Napoli 1 Centro, Gesco Campania, Cooperativa Dedalus, Cooperativa Era

**A quale bisogno risponde il servizio?** Quale limite/ carenza del sistema di intervento ha voluto colmare?

Intervento mirato a raggiungere fasce di popolazione (consumatori e/o abusatori di sostanze) che normalmente non si rivolgono ai servizi, e ciò per svariati motivi: diffidenza, scarsa informazione, scelta consapevole, etc. Tale intervento risponde sia al bisogno di migliorare le condizioni di salute pubblica sia a quello di conoscenza relativo a specifiche realtà sommerse

**Obiettivo generale:** Rispondere ai bisogni delle fasce di popolazione prima indicate, migliorando le condizioni di vita delle stesse e facilitando processi di empowerment rispetto alle proprie capacità/competenze e alla salute.

**Obiettivi specifici:** Accoglienza a soglia bassissima; Fornire servizi doccia e pulizia personale; Offrire possibilità di cambio d'abito; Servizio lavanderia; Offrire possibilità di conservare per brevi periodi il proprio bagaglio personale; Offrire possibilità di riposo e di piccolo ristoro; Fornire servizio di residenza convenzionale per senza dimora; Accompagnamento a servizi sociosanitari; Favorire modelli di socializzazione alternativi alla strada e a relazioni basate sulla condivisione delle abitudini di consumo; Facilitare il recupero di capacità e competenze dei singoli utenti; Favorire la riflessione, sia in un contesto gruppale che individualmente, sul proprio percorso migratorio e/o sulla condizione di senza dimora; Sviluppare la consapevolezza rispetto all'uso di sostanze favorendo processi di autoregolazione. Anche tale obiettivo va perseguito sia individualmente che in un contesto gruppale; Realizzare interventi di emergenza laddove vi siano problemi clinici non complessi (medicazioni, prima valutazione diagnostica, etc); Individuazione di utenti che possano svolgere una funzione di pari all'interno dei gruppi.

**Tipologie di destinatari:** Migranti (regolari e no) e italiani in condizioni di difficoltà sociale (documenti, abitazione, lavoro, rapporti con il contesto, etc) e sanitaria (perdita di controllo delle sostanze, patologie correlate all'uso di sostanze e al vivere per strada, difficoltà psicologiche etc). Il drop in è dedicato a persone che fanno uso o abuso di sostanze ma in alcuni casi si offrono servizi anche a persone che fanno parte del contesto di vita dei destinatari diretti

Tipologie di **operatori / competenze** : Personale sociosanitario della ASL: medici, psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali; Operatori delle cooperative partner del progetto; Mediatori culturali

### **Modalità operative**

*Il Drop-in opera in stretta integrazione con l'Unità di Strada costituendo un sottosistema di attività a bassa soglia e di prossimità nella prospettiva della Riduzione del Danno.*

- Destinatari diretti e indiretti: I destinatari diretti sono quelli già indicati. Destinatari indiretti sono i componenti dei contesti di vita degli utenti del drop in e i servizi che se ne prendono carico
- Criteri di accesso, inclusione /esclusione dei destinatari diretti: Non esistono specifiche caratteristiche ostative all'accesso ai servizi offerti. Non si chiedono documenti ma al suo primo ingresso si compila una scheda conoscitiva dell'utente.

Uniche regole categoriche sono il divieto di fare uso all'interno dei locali e di esercitare qualunque forma di violenza (verbale o fisica). *Le regole sono discusse e condivise con i frequentatori e non sono legate né a posizioni morali sull'uso di sostanze né a giudizi sui comportamenti ma rispondono a criteri pragmatiche di funzionalità del servizio*

### **Descrizione dell'intervento**

L'accoglienza a bassissima soglia non prevede l'obbligo, da parte dell'utenza, a partecipare ad alcuna attività specifica del servizio. L'utente può usufruire del drop in anche solo come spazio di ricovero dopo una notte passata in strada. Vengono fornite delle opportunità sia di relax (televisione, giochi, piccolo ristoro, brandine per coricarsi temporaneamente), sia di socializzazione (gruppi su temi specifici, attività laboratoriali, colloqui individuali). Per chi ne necessita si provvede anche a piccoli interventi di natura clinica (medicazioni, terapie, valutazione diagnostica). Gli utenti possono accedere al servizio docce nelle ore mattutine dei giorni stabiliti anche in accordo con un servizio docce presente sul territorio e gestito dalle stesse cooperative che collaborano al drop in.

### **Il servizio nel sistema territoriale**

**Accordi, sinergie, rete:** Il drop in è ormai un punto di riferimento importante per tutte le realtà (istituzionali e volontarie, laiche e religiose) che si muovono su tutto il territorio cittadino per fornire servizi ai senza dimora, in particolare *migranti*. Negli anni si sono consolidate prassi di collaborazione con tali realtà per cui oggi è possibile superare ostacoli di tipo procedurale che rallentavano gli interventi.

**Criticità:** La difficoltà maggiore è rappresentata dalle scarse risorse *cittadine* in primo luogo di tipo strutturale. Si fa riferimento in particolare al limitato numero di posti nelle strutture di accoglienza notturna soprattutto di primo livello. Per quanto riguarda il personale e le risorse interne al servizio, queste, pur limitate sono state implementate a seguito del nuovo bando gara con conseguente aumento del numero di personale impegnato, *con particolare riferimento ai mediatori culturali* e una maggiore disponibilità economica per le spese necessarie al mantenimento delle attività

### **Monitoraggio e valutazione**

Il monitoraggio e la valutazione delle attività viene svolta attraverso strumenti di rilevazione dei dati e attraverso interviste agli utenti.

**Punti di forza:** Prossimità; Bassa soglia; L'essere allocati in una zona nevralgica della città; Lavoro in rete con strutture della ASL (Unità Mobile, Ser.D., Ambulatori Sanitari) e con le agenzie sociali sia istituzionali che volontarie; Lavoro di collegamento con il territorio nel quale insiste il drop in; Riunioni settimanali di équipe integrata UDS - Drop In

**Punti di debolezza:** Necessità di maggiore formazione del personale; Carenza di strutture di accoglienza notturna

### **Il servizio come "osservatorio"**

Descrizione delle modalità / strumenti di monitoraggio / osservazione: Ogni utente ha un fascicolo personale nel quale vengono riportati tutti i dati emergenti sia dalle schede di osservazione adottate che dai colloqui, formali e informali.

Cosa avete osservato circa i **modelli di consumo** delle PM afferenti?

L'uso e l'abuso dell'alcool sta assumendo sempre più rilevanza tra tutte le persone che vivono per strada. Questo è spesso associato (soprattutto nelle popolazioni magrebine) con l'uso del rivotril e altri psicofarmaci. Le persone dell'Est europeo invece continuano ad assumere l'alcool per lo più in situazioni gruppali e tale uso appare maggiormente riferito a modalità di esistenza specifiche. *Il fallimento del progetto migratorio, la disoccupazione, la condizione di marginalità e devianza modifica lo stile di consumo originario riducendo le capacità di controllo e esponendo a ulteriori rischi per la salute e con la giustizia.*

L'abbassamento del prezzo e la facilità di accesso a sostanze come cocaina e crack in particolare sta determinando una sempre maggiore diffusione di queste, in particolare tra i magrebini e in alcuni soggetti dell'Africa subsahariana *nei quali vigono divieti religiosi e culturali*.

Il fenomeno del metadone iniettato che nell'ultimo periodo aveva assunto caratteristiche preoccupanti, soprattutto tra i giovani dell'Est Europa, appare oggi meno rilevante o forse ha assunto un carattere più sommerso e più difficile da rilevare. *In diversi casi tale pratica è utilizzata per compensare gli effetti di un abuso di cocaina e alcuni consumatori si iniettano il metadone nelle vene delle cosce correndo rischi vascolari rilevanti. Il contesto tendenzialmente sommerso nel quale si sviluppano tali pratiche ci spinge a coinvolgere continuamente consumatori informati e collaborativi sia per intervenire sulle patologie vascolari sia per tentare di mettere a punto una strategia di modifica dello stile di consumo.*

Osservazioni sul **Modello di sistema territoriale** per **garantire l'accesso** delle PM ai servizi /interventi/ prestazioni socio-sanitarie

Si intende la **costruzione di un sistema locale** (variamente strutturato) a garanzia dei diritti delle PM meno garantite sotto il profilo normativo e più marginali socialmente di accedere a servizi e prestazioni sociali e sanitarie, con attenzione particolare all'ambito dei consumi di droghe e delle dipendenze.

**Obiettivi:** Permettere l'accesso ai servizi sociosanitari a tutte i PM, anche se irregolari

**Caratteri di innovazione:** Nessun tipo di rilevazione ufficiale di generalità. Nessuna richiesta di tesserino sanitario. (?) *Da circa due anni alcuni operatori del Drop-in, della UdS e del dipartimento Dipendenze hanno instaurato un rapporto con l'associazione Fanon di Torino per mettere a punto una strategia di incontro e di azione più specifica per i migranti operando un confronto con le tematiche etnopsichiatriche. Oltre a approfondire con convegni e seminari, particolare attenzione è stata data alla formazione dei mediatori culturali intesi piuttosto che come semplici traduttori come mediatori tra culture di origine variamente ibridate. Tale impegno prevede anche un counseling etnopsicologico in uno spazio riservato. Il progetto in evoluzione è stato più compiutamente definito nell'ambito di un FAMJ con il Comune di Napoli che prevede l'istituzione di un Centro di Antropologia socio-sanitaria gestito dai Dipartimenti Dipendenze e Salute Mentale della ASL NA1 centro in integrazione con il Terzo Settore e in collaborazione con il Centro Fanon di Torino.*

**Attori coinvolti:** Oltre i destinatari diretti (PM che fanno uso di sostanze e che vivono in condizioni o di marginalità) sono coinvolti nelle azioni del drop in tutti gli attori presenti nel contesto di vita degli utenti e le agenzie che lavorano in rete con quelle che

**Modello operativo e organizzativo:** Il modello cui ci riferisce per l'organizzazione del servizio è connotato da estrema flessibilità, basato sulla capacità di ascolto dei bisogni man mano emergenti e sulla riflessione operata in équipe sulle eventuali modifiche da apportare alle modalità operative.

**Efficacia stimata nel raggiungere i destinatari:** I destinatari riconoscono ormai nel drop in un riferimento stabile per poter organizzare la propria vita. Il passa parola tra gli utenti funziona bene al fine di allargare sempre più la platea di coloro che afferiscono al servizio. Inoltre *l'integrazione organizzativa e funzionale con l'Unità di Strada e la relazione funzionale e in rete con i servizi del Dipartimento Dipendenze unite al collegamento con le strutture sanitarie e socio-sanitarie (della ASL e no) e sociali permette l'accesso anche a persone non direttamente informate sui servizi offerti.*

**Efficacia stimata:** L'obiettivo di creare un clima relazionale positivo, diverso da quello della strada, è nella maggior parte dei casi raggiunto, così come quello di favorire la riflessione sulle modalità d'uso e quindi dell'autoregolazione. Più difficile appare raggiungere una stabilità negli interventi con i gruppi (in particolare attività laboratoriali e di autoformazione)

**Prospettive:** Ci si augura di poter incrementare le attività di socializzazione e di lavoro di gruppo all'interno del drop in. La nuova gara di appalto ha consentito di assumere altri operatori (in particolare mediatori culturali) che dovrebbero curare proprio questi aspetti.

*Si è in attesa delle risultanze del bando FAMJ presso il Ministero dell'Interno per l'ampliamento del circuito dei servizi e delle competenze per i migranti.*



## Unità di Prossimità (UP), Centro Sociale Papa Giovanni XXIII S.C.S onlus

### Reggio Emilia

**Contatti:** Luca Censi [lucacensi82@gmail.com](mailto:lucacensi82@gmail.com)

**Sito:** <https://www.libera-mente.org/>

**Tipologia:** intervento di **Riduzione del danno** / Limitazione dei Rischi droga correlati: Servizio classico di prossimità: counseling, materiale sterile, info su sostanze, accompagnamento ai servizi dedicati. Intervento di **cura e trattamento** nell'ambito dei consumi e delle dipendenze: Possibilità di accedere alla presa in carico SerDp, comunità terapeutica per periodi di max tre mesi (per irregolari), consulto e presa in carico parziale Csm. Intervento di **informazione, consulenza, accompagnamento** sociale, legale, sanitario correlato all'ambito dei consumi e delle dipendenze: Disponibilità nel supportare, accompagnare la persona nell'iter legale sia per contestazione possesso sostanze illegali sia per iter legislativo di domanda di protezione internazionale tramite collaborazione con sportello Avvocato di Strada e Ufficio Informazione Stranieri. Intervento in **ambito sociale** correlato all'ambito dei consumi e delle dipendenze: Accompagnamento e supporto per la richiesta di residenza fittizia, segnalazione, invio e accompagnamento presso gli sportelli sociali. Intervento in **ambito giudiziario / penitenziario** correlato all'ambito dei consumi e delle dipendenze: Supporto legale con collaborazione Sportello Avvocato di Strada, comunicazione su richiesta per ingressi ed uscite da parte dei progetti che lavorano col carcere (progetto dimittendi)

**Enti titolari, partnership e sinergie:** Cooperativa, partnership con welfare e SerDp. Sinergie con servizi a bassa soglia, privato sociale, azienda ospedaliera, associazioni.

**A quale bisogno risponde il servizio?** Quale limite/ carenza del sistema di intervento ha voluto colmare?

L'uds lavora da sempre con persone migranti consumatrici. Negli ultimi due anni si è osservato con più attenzione l'ultima migrazione che presenta caratteristiche ancora non ben delineate e quindi ha difficoltà nell'accesso ai servizi.

### Obiettivo generale

Per persone migranti di ultima generazione: attraverso collaborazione anche con reti nuove (welfare spontaneo e attivazione della società civile) si è lavorato per l'emersione e la lettura della problematica.

### Obiettivi specifici

Ingresso all'interno del sistema dei servizi socio-sanitari, mappatura aggiornata delle ripercussioni del fenomeno migratorio sulla realtà territoriale, lavoro di relazione costante coi gruppi target

### Tipologie di destinatari

Richiedenti asilo all'interno o fuoriusciti dal percorso di accoglienza, regolari o irregolari, vita di strada e marginalità sociale, consumatori di sostanze di ultima migrazione

### Tipologie di operatori / competenze

Operatori di strada con esperienza in ambito ultima migrazione (ad es lavoro precedente all'interno di Cas)

### Modalità operative

#### Destinatari diretti e indiretti

Diretti: Richiedenti asilo all'interno o fuoriusciti dal percorso di accoglienza, regolari o irregolari, vita di strada e marginalità sociale, consumatori di sostanze di ultima migrazione

Indiretti: popolazione che vive nelle zone dove si concentrano i gruppi target, esercenti,

comitati, Rete dei servizi, associazioni della società civile, privato sociale, azienda sanitaria, FFOO

### **Criteri di accesso, inclusione /esclusione dei destinatari diretti**

Essendo bassa soglia non sono presenti criteri di accesso.

Descrizione dell' intervento: Attraverso uscite relazione con l'utenza, individuazione delle problematiche riportate, segnalazione alla rete se necessario, invio/supporto/accompagnamento presso servizi specifici (sanitario, legale, sociale), l'uds si è dotata di un operatore legale, lavoro di rete, lettura, analisi, interpretazione dati.

### **Il servizio nel sistema territoriale**

#### **Accordi, sinergie, rete**

Azienda Ospedaliera, SerDp, Drop-In, Caritas, privato sociale, Assessorato Welfare e Sicurezza, Questura, Avvocato di Strada, dormitori e guardaroba solidali, Carcere

#### **Criticità**

Scarsa attenzione da parte dei servizi al target richiedente asilo in quanto già gestito da Cas e Sprar. Questione dell'irregolarità come discriminare per iniziare percorsi strutturati, difformità e scarsa conoscenza dell'impianto legislativo in merito alla richiesta della protezione da parte dei servizi non specifici, questione revoca dell'accoglienza per consumi di cannabis.

#### **Monitoraggio e valutazione**

Sintesi dati di attività: ad oggi circa un terzo degli utenti del servizio provengono dalla fascia sub-sahariana, di età compresa tra i 18 e i 30 anni, molto richiesto il supporto legale in strada.

#### **Punti di forza**

Visione aggiornata del fenomeno, conoscenza dei gruppi a rischio, accreditamento alla rete dei servizi, riconoscimento da parte dell'utenza del ruolo di mediazione del servizio specialmente nel supporto legale

#### **Punti di debolezza**

Scarsa incisività sui processi di regolarizzazione, non evidenza di consapevolezza in merito ai consumi da parte degli utenti

#### **Il servizio come "osservatorio"**

Osservazione di e relazione con gruppi di consumatori con attività di piccolo spaccio, relazione con singoli consumatori, raccolta dati su blister abbandonati in strada, conteggio e mappatura dei luoghi dove si reperiscono i blister, questionari informali ai consumatori, raccolta e analisi dati, raccolta e analisi bisogni

Cosa avete osservato circa i **modelli di consumo** delle PM afferenti?

Assunzione di tramadol 200 mg per via orale, diretta derivazione del farmaco da nigeria e india, scarsa conoscenza degli effetti farmacologici della sostanza, policonsumo associato con cannabis e alcol, controllo di stadi ansiogeno depressivi, questione viraggio su sostanze classiche. Controllo molto forte nei confronti del gruppo target, limbo documentale, traumi da percorso migratorio non valutati, giovane età (media di 25 anni).



## Progetto A.Str. (Assistenza Stranieri)

**Ente:** Dipartimento Dipendenze ASL Città di Torino

**Città:** Torino, in particolare area Torino Nord

**Contatti:** Maria Teresa Ninni, [mariateresa.ninni@alcittaditorino.it](mailto:mariateresa.ninni@alcittaditorino.it), 0114393720 – 3496498916  
[prassi.oas@aslcitytorino.it](mailto:prassi.oas@aslcitytorino.it)

**Tipologia:** servizio di **Riduzione del danno** / Limitazione dei Rischi droga correlati; servizio di **cura e trattamento** nell'ambito dei consumi e delle dipendenze; intervento di **informazione, consulenza, accompagnamento** sociale, legale, sanitario correlato all'ambito dei consumi e delle dipendenze

### Enti titolari, partnership e sinergie

- Dipartimento Dipendenze ASL Città di Torino in partnership con l'Ass. "L'Isola di Arran"; ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione) e in collaborazione con vari enti del territorio: Comune di Torino (Ufficio Stranieri e Ufficio Adulti in Difficoltà, in particolare per quanto riguarda la possibilità di utilizzare in modo sperimentale le accoglienze notturne di I Livello e di II livello, secondo progetti individualizzati) e la prevista collaborazione qualora il progetto FA.MI. realizzato dal Comune di Torino in partnership con l'ASL Città di Torino venisse finanziato
- GRIS (Gruppo Regionale Immigrazione e Salute)
- Ambulatorio MiSa (Migrazione e Salute)
- Ambulatorio IST (Infezioni sessualmente trasmissibili) c/o Ospedale Amedeo di Savoia
- ONG. supportate dal Ministero degli Interni per i rimpatri assistiti
- Associazione "Frantz Fanon"

A quale **bisogno risponde il progetto**? Quale limite/ carenza del sistema di intervento ha voluto colmare?

*Il progetto nasce nel servizio di bassa soglia "Drop In" del Dipartimento delle Dipendenze e si è posto l'obiettivo di garantire ai migranti regolari e non il diritto alle cure. L'accesso ai servizi in relazione alla residenza, propria dei Ser.D., rischia di limitare significativamente questo diritto.*

### Obiettivo generale

Garantire l'accesso alla cura alle persone migranti irregolari nei 3 livelli previsti dalla legge: prevenzione, cura e riabilitazione

### Obiettivi specifici

1. Offrire il servizio di Mediazione Culturale a tutti i presidi della S.C. Torino Nord- Ovest
2. Effettuare un'attività d'accoglienza a bassa soglia presso il servizio Pr.Assi. (Pronta Assistenza)
3. Effettuare interventi terapeutici personalizzati per gli stranieri, in particolare per coloro che fanno richiesta di rientro in patria o di accompagnamento alla regolarizzazione

### Tipologie di destinatari

Cittadini stranieri con o senza regolare permesso di soggiorno, e cittadini comunitari non residenti (ENI) temporaneamente presenti con problemi di dipendenza

Abbiamo identificato quattro tipologie di migranti consumatori che potrebbero usufruire delle risorse del Progetto:

- Migranti seguiti dal Ser.D. A.P. (Serd Area Penale) nelle sue diverse articolazioni di I e II livello

- Migranti seguiti dai Servizi territoriali della S.C. (Territorio Torino Nord-Ovest)
- Migranti in gravi condizioni di salute che necessitano di un inserimento urgente in una struttura e che non possono usufruire dei circuiti di intervento ordinari.
- Migranti ai quali si offre un progetto di rimpatrio assistito.
- Migranti con cui è possibile intraprendere un percorso di regolarizzazione

### **Tipologie di operatori / competenze**

- Educatori professionali con esperienza di lavoro nella bassa soglia e nella RDD
- Mediatori interculturali
- Psicologi
- Operatori pari

### **Modalità operative**

#### **Destinatari diretti e indiretti**

I destinatari diretti sono tutte le persone straniere con problemi di dipendenza, quelli indiretti sono tutti gli operatori del Dipartimento che possono avvalersi sia della mediazione interculturale sia delle risorse messe a disposizione dal progetto

**Criteri di accesso**, inclusione /esclusione dei destinatari diretti:

Tutte le persone migranti con e senza permesso di soggiorno che abbiano problemi di dipendenza e che siano temporaneamente presenti sul nostro territorio

#### **Descrizione dell' intervento:**

A.Stra. nasce all'interno del servizio "Drop In" e quindi si avvale dell'approccio sia di bassa soglia che di Riduzione del Danno. Quando le persone arrivano a fare richieste di aiuto e/o presa in carico gli operatori li accompagnano prima nella definizione della loro domanda e poi nella realizzazione dell'intervento concordato. Le prestazioni sono dall'accompagnamento verso servizi altri ( Centri ISI per il rilascio del codice STP, ambulatori per il trattamento della dipendenza fino al trattamento residenziale in strutture). Qualora la richiesta è di ritornare al proprio paese di origine li si accompagna verso un rimpatrio assistito e quando esiste la possibilità di regolarizzare la propria presenza sul territorio li si accompagna con il supporto dell'A.S.G.I. verso la richiesta di permesso di soggiorno. Attraverso la rete costruita con gli ambulatori I.S.T. e HIV/HCV vengono garantiti i trattamenti necessari.

#### **Il progetto nel sistema territoriale**

**Accordi, sinergie, rete:** vedi Enti titolari, partnership e sinergie

**Criticità:** il doversi spesso confrontare, nella quotidianità, con atteggiamenti difensivi ed etnocentrici da parte dei servizi e con difficoltà a lavorare con un approccio multiculturale.

#### **Monitoraggio e valutazione.**

Sintesi dati di attività

Dal 1 gennaio 2018 al 31 dicembre 2018 sono state seguite 33 persone:

28 maschi e 5 femmine

20 persone del Nord Africa

11 persone dell'area dell'Est Europa

1 persona dell'Europa Occidentale

1 persona dell' America Centrale

Ovvero:

14 progetti di regolarizzazione

1 follow up di rimpatrio assistito

5 progetti di rimpatrio

9 inserimenti in comunità e/o reinserimenti

2 interventi per gravi motivi sanitari

8 consulenze e visite presso il carcere di cui 3 presso SCA "Arcobaleno"

4 consulenze varie (MiSa e IST)

9 persone seguite c/o ambulatori (c.so Lombardia, via Pacchiotti e p.zza Montale)

3 persone seguite in collaborazione con gli avvocati dell'ASGI (con cui abbiamo un accordo progettuale)

## **Punti di forza e di debolezza del progetto**

### **Punti di forza**

□ Il progetto A.Stra. è ormai attivo sul territorio da sei anni e questo ha favorito la sua diffusione e conoscenza sia tra i colleghi degli altri ambulatori, sia tra i punti rete con cui collaboriamo, oltre a un riconoscimento negli ambiti frequentati dai nostri utenti. Abbiamo creato buone relazioni con i vari partner e crediamo di aver contribuito alla creazione di una nuova cultura dell'accoglienza per le persone straniere con problemi di dipendenza

□ Da alcuni dati raccolti, abbiamo potuto constatare che siamo tra i pochi servizi in Italia che hanno messo a punto interventi così strutturati ed ad alta complessità nel trattare la popolazione immigrata con problemi di dipendenza. A questo proposito stiamo facendo uno studio che ci restituisca la mappa dei servizi esistenti (Dipartimenti Dipendenze) per stranieri irregolari

□ Nell'anno 2018 siamo riusciti a realizzare due formazioni rivolte a tutti gli operatori della S.C. Nord e nel 2019 ne stiamo realizzando altri due ma rivolte a tutti gli operatori del Dipartimento cittadino.

### **Punti di debolezza**

□ Negli anni passati eravamo sempre riusciti a interagire con la Questura di Torino e soprattutto con la "stanza 14", che è l'ufficio preposto al ritiro delle richieste di permesso di soggiorno. Purtroppo, essendo cambiata sia la legislazione sia la dirigenza della Questura, non abbiamo più interlocutori.

□ Mancanza di risorse per inserimenti di urgenza per gravi motivi di salute (il nostro budget prevede l'inserimento di una persona per 365 gg. Purtroppo quando le condizioni di salute sono molto compromesse non si crea il turn over che garantisce ad altri di poter usufruire delle risorse

### **Il progetto come "osservatorio"**

Descrizione delle **modalità** / strumenti di monitoraggio / osservazione:

Il questionario che viene individualmente somministrato al 1° contatto e riproposto periodicamente (una volta l'anno) evidenzia alcune specificità.

Cosa avete osservato circa i **modelli di consumo** delle PM afferenti?

La quasi totalità delle persone che seguiamo sono poliassuntori. Alcuni consumatori mantengono alcune specificità etnico-culturali (per es. tra i consumatori nordafricani si privilegia un uso non iniettivo; nell'est Europa vi è maggior uso di alcool ecc.), altri modificano le loro modalità di assunzione attraverso il percorso migratorio dove entrano in contatto con sostanze altre e nuove forme di assunzioni (abuso di psicofarmaci nelle rotte che dall'Africa portano in Europa e approccio all'uso di sostanze per via iniettiva e/o fumate)



# Strumenti per il monitoraggio del fenomeno e la valutazione dei sistemi di intervento

**Trimboos Intitute (2004) RAR Rapid Assessment & Response - on Problematic Substance Use among Refugees, Asylum Seekers and Illegal Immigrants. A manual.**

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index6500EN.html>

Adattamento del manuale RAR di Gerry V. Stimson, Chris Fitch e Tim Rhodes del Centre for Research on Drugs and Health Behaviour di Londra, adottato dall'OMS soprattutto per la ricerca sull'AIDS, questa versione della metodologia RAR consente un monitoraggio in tempi rapidi e da parte di operatori sul campo (e non di ricercatori professionali) dei modelli e stili di consumo emergenti e/o in popolazioni emergenti, con attenzione specifica a rifugiati e richiedenti asilo. È il prodotto del progetto SEARCH, cui ha preso parte anche l'Italia nella sua prima fase, 1998-2000 (Gruppo Abele, G. Morbello e S. Ronconi, Report in [https://www.lwl.org/ks-download/downloads/search/handbuch\\_sucht\\_eng.pdf](https://www.lwl.org/ks-download/downloads/search/handbuch_sucht_eng.pdf) pag 61)

**WHO Europe (2016) Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum-seekers and migrants.**

[www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/325611/Toolkit-assessing-HS-capacity-manage-large-influxes-refugees-asylum-seekers-migrants.pdf?ua=1&ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/325611/Toolkit-assessing-HS-capacity-manage-large-influxes-refugees-asylum-seekers-migrants.pdf?ua=1&ua=1)

Sviluppato dal Progetto Public Health Aspects of Migration in Europe (PHAME) dell'OMS, è uno strumento per valutare quanto i sistemi sanitari nazionali e locali sono in grado di accogliere, far accedere e fornire risposte alle domande di salute e di cura dei richiedenti asilo e rifugiati.

**UNHR – UNICEF Human Rights Indicators for migrants and their families.**

[www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/Indicators/Overview-HRIndicatorsforMigrantsFamilies.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/Indicators/Overview-HRIndicatorsforMigrantsFamilies.pdf)

Manuale per la valutazione del rispetto dei diritti umani dei migranti in diversi ambiti delle politiche nazionali, incluse le politiche per la salute

**WHO, UNAIDS, UNDP, International Centre on Human Rights and Drug Policy (2019) International Guidelines on Human Rights and Drug Policy**

[www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html](http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html)

Vademecum e manuale per verificare ex ante che le misure adottate in materia di droghe siano compatibili con i trattati, le regole e gli assunti in materia di diritti umani.



**Quarto tema.**

# **Le azioni di advocacy e le campagne**

# Campagna “lo accolgo”

Le politiche fortemente restrittive adottate dal Governo e dal Parlamento italiano nei confronti dei richiedenti asilo e dei migranti mettono a rischio i principi affermati dalla nostra Costituzione e dalle Convenzioni internazionali e producono conseguenze negative sull'intera società italiana.

Per questa ragione, gli enti, le organizzazioni della società civile e i sindacati lanciano la campagna “lo accolgo” e invitano tutti coloro che condividono i valori dell'accoglienza, della solidarietà e dell'integrazione ad aderire e partecipare attivamente alla campagna, come singoli/e cittadini/e o come organizzazioni/enti,

Per affermare che:

- vogliamo vivere in un mondo che non sia fondato sull'odio e sulla paura, ma sulla solidarietà, sull'uguaglianza e sulla libertà, dove a tutti gli esseri umani, a prescindere dal colore della pelle, dalla religione e dalla provenienza, siano riconosciuti pari dignità ed eguali diritti;
- i diritti fondamentali delle persone, sanciti dalla Costituzione Italiana e dal diritto europeo ed internazionale, devono essere tutelati dalle leggi dello Stato;
- escludere e discriminare i cittadini stranieri non produce maggiore sicurezza per gli italiani, ma aumenta la marginalità sociale e produce una erosione dello Stato di diritto, della democrazia e della coesione sociale nel nostro Paese;
- per contrastare le condizioni di povertà e disagio nella società italiana, servono politiche efficaci ed inclusive per il lavoro, la casa, la salute, la sicurezza climatica e ambientale e l'istruzione capaci di promuovere benessere e pari opportunità per tutti coloro che vivono in questo Paese;
- i cittadini stranieri che vivono e lavorano in Italia sono una ricchezza per questo Paese, dal punto di vista economico, sociale e culturale, così come i milioni di cittadini italiani emigrati nel mondo per cercare lavoro e un futuro migliore hanno contribuito e contribuiscono alla crescita dei Paesi in cui sono stati accolti;

E per chiedere dunque che:

- l'Unione Europea affronti la questione migratoria tutelando i diritti fondamentali sui quali essa si fonda e nel rispetto del principio di solidarietà tra gli Stati membri: è urgente che si stabilisca un programma efficace di ricerca e salvataggio in mare a livello europeo, che si ponga fine alle politiche volte ad impedire l'ingresso in Europa delle persone bisognose di protezione, e che venga adottato un sistema per un'equa distribuzione dei richiedenti asilo tra i diversi Stati dell'UE;
- i nostri porti siano aperti ad accogliere i naufraghi, che più nessuno sia lasciato a morire in mare e che cessino immediatamente gli interventi finalizzati a riportare in Libia uomini, donne e bambini che fuggono dalle torture nei centri di detenzione libici e da guerre, dittature e povertà estrema nei loro Paesi d'origine;
- si prevedano canali di ingresso regolari, in modo che le persone non siano più costrette ad affidarsi ai trafficanti e a rischiare la vita nel tentativo di entrare in Europa, e si introducano forme di regolarizzazione su base individuale dei cittadini stranieri già radicati nel nostro Paese, come previsto dalla proposta di legge di iniziativa popolare “Ero Straniero”;
- siano garantiti un'accoglienza dignitosa e percorsi di inclusione efficaci alle persone che chiedono asilo all'Italia, attraverso reti territoriali di accoglienza e inclusione gestite dagli Enti locali e dalla società civile, riconoscendo il valore e l'impegno di lavoratori/lavoratrici e volontari/e: non vogliamo più vedere persone costrette a lasciare i centri d'accoglienza e abbandonate per strada, o lasciate per anni in strutture di grandi dimensioni e prive di servizi fondamentali come i corsi di italiano, l'orientamento lavorativo e la mediazione interculturale;
- sia data effettiva attuazione al diritto d'asilo previsto dalla Costituzione Italiana e vengano modificate le norme in base a cui le autorità competenti non danno la residenza ai richiedenti asilo e rifiutano il permesso di soggiorno a decine di migliaia di persone che vivono sul nostro territorio, tra cui anche cittadini stranieri che lavorano regolarmente e persone in

condizioni di vulnerabilità, condannandole all'emarginazione ed allo sfruttamento;

- siano contrastati con ogni mezzo le violenze e le discriminazioni razziste e xenofobe e i discorsi d'odio che sempre più spesso colpiscono coloro che appartengono ad una minoranza;
- sia riconosciuta la cittadinanza italiana ai bambini che nascono e crescono in Italia, affinché possano partecipare pienamente alla vita politica, economica e sociale e sentirsi appartenenti a pieno titolo a questo Paese;
- sia rilanciata una politica estera e di cooperazione allo sviluppo, escludendo ogni accordo per l'esternalizzazione delle frontiere, in modo da promuovere la pace e i diritti umani e ridurre le disuguaglianze nel mondo, affinché le persone non siano più costrette a lasciare il proprio Paese per fuggire da conflitti, regimi autoritari e condizioni di vita insostenibili, che spesso gli stessi Stati europei hanno contribuito a creare.

Sito: <http://www.ioaccolgo.it>

Promotori e aderenti: <http://www.ioaccolgo.it/promotori-ed-aderenti>

## Tavolo Nazionale Asilo Contro il Decreto Sicurezza-bis

Il Governo, negando l'esistenza di una guerra civile in Libia, continua nell'intento di impedire qualsiasi fuga, inasprendo la lotta contro chi cerca di salvare vite umane.

Colpisce chi risponde all'obbligo di soccorso prevedendo sanzioni amministrative per comportamenti coerenti con l'ordinamento giuridico e con i principi costituzionali, ma che agli occhi del Ministro mettono in pericolo l'Ordine Pubblico.

Radica la competenza dei reati di favoreggiamento dell'immigrazione irregolare su Procure della Repubblica impegnate nella lotta alle mafie, rischiando di distoglierle da un'attività di fondamentale importanza.

Trasferisce le competenze interdittive del Codice della Navigazione dal Ministro delle Infrastrutture al Ministro dell'Interno, violando gli ambiti di reciproca competenza.

Introduce norme per espellere chi è detenuto in carcere e finanzia i Paesi extra UE per le riammissioni degli stessi, senza considerare i concreti rischi di violazione di diritti umani.

Prevede inoltre una serie di misure d'inasprimento del Codice Penale contro le legittime manifestazioni di espressione democratica.

Le Associazioni del Tavolo Asilo Nazionale sono quindi profondamente preoccupate per come il governo sta affrontando il tema dei diritti delle persone migranti, del loro salvataggio in mare, dell'accoglienza nei territori.

Riteniamo necessario ribadire che, come previsto dalla nostra Costituzione, l'Italia debba promuovere politiche inclusive e di accoglienza, anziché contrastare chi salva vite umane. Riteniamo altresì che non si debbano consentire respingimenti verso zone di guerra e verso porti non sicuri, così come denunciato dalle Nazioni Unite nella lettera inviata al nostro governo.

Per il Tavolo Asilo Nazionale: A Buon Diritto, ACLI, ActionAid, Amnesty International Italia, ARCI, ASGI, Centro Astalli, CIR,, CNCA, Comunità di S.Egidio, Comunità Papa Giovanni XXIII, Emergency ONG, Focus – Casa dei Diritti Sociali, Intersos, Legambiente, Mediterranean Hope (Programma Rifugiati e Migranti della FCEI), Medecins du Monde – Missione Italia, Oxfam, Senza Confine

Hanno inoltre aderito: Gruppo Abele, Libera, Mediterranea Saving Humans, Open Arms, Open Arms Italia ODV, Sea-Watch

[www.arci.it/le-organizzazioni-del-tavolo-asilo-nazionale-contrarie-al-dl-sicurezza-bis/](http://www.arci.it/le-organizzazioni-del-tavolo-asilo-nazionale-contrarie-al-dl-sicurezza-bis/)

# Sitografia

A buon diritto: [www.abuondiritto.it](http://www.abuondiritto.it)

Altro Diritto: [www.altrodiritto.unifi.it](http://www.altrodiritto.unifi.it)

Antigone: [www.antigone.it](http://www.antigone.it)

ASGI – Associazione per gli Studi Giuridici sull’Immigrazione: [www.asgi.it](http://www.asgi.it)

Campagna Io accolgo: <http://ioaccolgo.it>

Campagna Lasciateci entrare: [www.lasciatecientrare.it](http://www.lasciatecientrare.it)

Centro Astalli: [www.centroastalli.it](http://www.centroastalli.it)

Centro Franz Fanon: [www.associazionefanon.it](http://www.associazionefanon.it)

Centro Studi Sagara: [www.centrosagara.it](http://www.centrosagara.it)

CILD- Coalizione Italiana Libertà e Diritti Civili: <https://cild.eu>

DIF- Associazione Diritti e Frontiere: [www.a-dif.org](http://www.a-dif.org)

Diritti Globali: [www.dirittiglobali.it](http://www.dirittiglobali.it)

EMCDDA- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: <http://www.emcdda.europa.eu>

Fondazione Leone Moressa: <http://www.fondazioneleonemoressa.org/>

Global Forum on Migration and development <http://www.gfmd.org/pfp/policy-tools/migration-profiles/repository>

Global Rights: [www.globalrights.info](http://www.globalrights.info)

Human Rights Watch: [www.hrw.org](http://www.hrw.org)

International Displacement Monitoring Centre: [www.international-displacement.org](http://www.international-displacement.org)

IOM – International Organization for Migration: [www.iom.int](http://www.iom.int)

IOM- Ricerca Salute: <https://migrationhealthresearch.iom.int/about-mhadri>

Medecins du Monde:

MPG <https://www.migpolgroup.com/>

Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) Portale Migrazioni: <https://migration-dataportal.org/themes/migration-and-health>

SIMM- Società Italiana Medicina delle Migrazioni: [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)

UNHCR- UN High Commissioner Refugees: [www.unhcr.org](http://www.unhcr.org) , [www.unhcr.it](http://www.unhcr.it)