

DOSSIER CON DATI E TESTIMONIANZE

Numero 36 – Aprile 2018



Nepal



In cerca di dignità

**Per le persone dipendenti dalle droghe
assenza di servizi e “riprovazione sociale”**

INDICE

DOSSIER CON DATI E TESTIMONIANZE

Numero 36 | Aprile 2018

NEPAL | IN CERCA DI DIGNITÀ

Per le persone dipendenti dalle droghe
assenza di servizi e “riprovazione sociale”



| | |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduzione | 3 |
| 1. Il problema: la tossicodipendenza | 4 |
| 2. Uso di sostanze stupefacenti in Asia | 11 |
| 3. Uso di sostanze stupefacenti in Nepal | 13 |
| 4. I dati Caritas. La percezione del problema a livello sociale | 15 |
| 5. Testimonianze | 23 |
| 6. Gli interventi Caritas/Chiesa in Nepal | 25 |
| 7. La situazione in Europa | 26 |
| 8. La situazione in Italia | 29 |
| 9. Conclusioni | 33 |
| Note | 34 |

A cura di: Francesco Soddu | Massimo Pallottino | Paolo Beccegato

Testi: Beppe Pedron | Teresa Sassu | Massimo Pallottino | Monica Tola

Ha collaborato: Flaminia Tumino

Foto: Caritas Internationalis | Teresa Sassu

Editing, grafica e impaginazione: Danilo Angelelli

Introduzione

«La droga è una ferita nella nostra società, che intrappola molte persone nelle sue reti. Sono vittime che hanno perso la loro libertà per cadere in questa schiavitù; schiavitù da una dipendenza che potremmo chiamare “chimica”. È indubbio che si tratta di “nuova forma di schiavitù” come molte altre che flagellano l’uomo di oggi e la società in generale». Così Papa Francesco ai partecipanti di un seminario organizzato dalla Pontificia Accademia delle Scienze, il 24 novembre 2016.

Non si tratta di qualcosa di esclusivo della nostra epoca, né di qualcosa che caratterizza solo le società dei Paesi più poveri. La diffusione di questo tipo di fenomeni in ogni epoca e a ogni latitudine testimonia invece la loro importanza, anche simbolica, rispetto alla fragilità della persona umana, ridotta a cercare in sostanze di origine naturale o artificiale la via per alleggerire il peso del proprio vivere. Si tratta di un fenomeno che in molti casi ha importanti radici culturali, che portano a un giudizio sociale assai diverso per fenomeni sotto certi aspetti analoghi: pensiamo ad esempio alla traiettoria di accettabilità sociale dell’uso di tabacco o alcol nella nostra società. Si può poi anche richiamare il largo uso di “droghe naturali” presso moltissimi popoli del mondo: dalla foglia di coca presso le popolazioni andine alla noce di kola nel Sahel, alle foglie di betel in Asia.

Uno dei temi più controversi è quello relativo alla produzione e al commercio delle sostanze stupefacenti. Si tratta di una delle questioni particolarmente importanti nel nostro tempo, con lo sviluppo di traffici in grado di sfidare e condizionare la stessa forza di Stati sovrani¹. Questi traffici sono alla base di interessi economici enormi di cui si è già in parte trattato, come nel dossier n.18 *Argentina: il narcotraffico come una metastasi*, e che costituiscono un sistema sommerso e criminale di grandissima potenza che nutre intermediari spesso insospettabili. Non si può contrastare il fenomeno senza lottare contro questi interessi. Ma non si può riflettere sulla questione senza pensare all’ultimo, debole, anello di questa catena: le persone tossicodipendenti, spesso considerate “scarti sociali” da nascondere o eliminare.

È questa la via intrapresa nelle Filippine dal presidente Duterte, con una “guerra alla droga” che si traduce in una violentissima azione contro le persone tossicodipendenti, con migliaia di persone uccise in vere e proprie esecuzioni extragiudiziali, su cui anche la Chiesa filippina si è pronunciata in termini molto severi. Ma il problema della droga non è quello di sopprimere chi della droga è dipendente: ogni azione deve partire



dall’ascolto e dalla consapevolezza che dietro ogni persona dipendente da droghe c’è un essere umano.

Come ripete ancora il Papa: «È evidente che non c’è un’unica causa che porta alla dipendenza dalla droga, ma sono molti i fattori che intervengono, tra i quali la mancanza di una famiglia, la pressione sociale, la propaganda dei trafficanti, il desiderio di vivere nuove esperienze. Ogni tossicodipendente porta con sé una storia personale diversa, che deve essere ascoltata, compresa, amata, e per quanto possibile guarita e purificata. Non possiamo cadere nell’ingiustizia di catalogare il tossicodipendente come se fosse un oggetto o un meccanismo rotto; ogni persona deve essere valorizzata e apprezzata nella sua dignità per poter essere guarita. La dignità della persona è quello che siamo venuti a cercare. Continuano ad avere, più che mai, una dignità, in quanto persone che sono figli di Dio».

Si è scelto di esaminare la situazione di persone tra le più povere e vulnerabili, che rischiano di rimanere inascoltate in un contesto, come quello nepalese, segnato dalla complessa ricostruzione post-sisma

È questo lo sforzo del presente dossier. A partire dalla situazione del Nepal, Paese colpito da un fortissimo terremoto nel recente passato, e attraversato da tensioni e contraddizioni di ogni tipo, si è scelto di andare a esaminare la situazione e la storia di persone tra le più povere e vulnerabili, proprio per restituire visibilità e dignità alla loro situazione che rischia di rimanere completamente inascoltata in un contesto segnato dai grandi (e complessi) programmi di ricostruzione post-sisma. La situazione delle persone dipendenti dalle droghe, in Nepal come in molti altri Paesi, è resa difficile da una serie di fattori tra cui la quasi totale assenza di servizi pubblici o privati di accompagnamento e di sostegno, e anche di una “riprovazione sociale” che li addita come persone pericolose e da evitare. Di conseguenza non esiste una cultura su come affrontare questo tipo di problematiche, ed è proprio questa la “periferia” in cui bisogna stare: una migliore consapevolezza, per elaborare delle risposte personali e collettive efficaci e rispettose della dignità delle persone.

1. Il problema: la tossicodipendenza

NELLA STORIA

La scoperta delle potenzialità psicotrope della fermentazione della frutta o di sostanze come l'oppio è molto antica e la stessa è spesso stata accompagnata da accettazione sociale – come succede ancora nella maggior parte del mondo per quanto concerne l'uso di alcol – e da dignità rituale: l'uso di sostanze, infatti, durante riti o preghiere è una pratica antichissima, segno di appartenenza alle élite, rispettata da millenni e ancor oggi, seppure in modo molto marginale, ancora in uso.

Le prime testimonianze di marijuana ad uso medico in Cina risalgono al 2737 a.C.¹. L'uso di droghe, la cui produzione – se consideriamo l'alcol una di esse – risale al 6000 a.C., aveva lo scopo di alleviare i dolori, ma anche generare euforia, avere capacità di visione e allucinazioni, potenziare la resistenza dei soldati in battaglia ma anche mettere a tacere i morsi della fame o per sopportare il mal d'altitudine.

L'oppio veniva usato anche dagli antichi Egizi come calmante per i bambini ed era l'ingrediente principale del *pharmakon nepenthes* che Elena versa nel vino durante il banchetto con Telemaco alla corte di Menelao, raccontato da Omero nell'*Odissea* (IV, 219-228). Nella mitologia greca e romana, l'oppio era una presenza ricorrente. Un mito raccontava come Demetra, la dea della terra feconda, sorella di Zeus, usasse il papavero per alleviare il dolore provocatole dal rapimento della figlia Persefone. Per questa ragione, esso veniva usato nel culto ufficiale di tale divinità e il papavero veniva collocato immancabilmente tra le spighe di grano che Demetra tiene in mano nelle raffigurazioni e usato nelle decorazioni dei suoi altari².

Con il tempo l'uomo ha perfezionato le tecniche di produzione di alcune sostanze per aumentarne la potenzialità e particolarmente dal XIX secolo, con il salto in avanti della chimica, l'uso delle sostanze stupefacenti si è diffuso su ampia scala.

50.000 anni fa | Sono stati trovati in alcuni siti funerari del Neanderthal i resti della pianta stimolante di Efedra. Alcune grotte del Paleolitico in Africa ed Europa suggeriscono che gli artisti avessero esperienze di allucinazione indotta.

10.000 a.C. | Agricoltura primitiva. Ci sono alcune prove del fatto che le prime coltivazioni includesero anche piante psicoattive come la mandragora, il tabacco, il caffè e la cannabis.



7000 a.C. | I semi di betel, masticati, venivano usati per i loro effetti stimolanti e sono stati trovati in alcuni siti archeologici in Asia.

6000 a.C. | I popoli nativi del Sud America coltivavano e consumavano tabacco.

4200 a.C. | Semi di papavero da oppio sono stati trovati in un sito funerario ad Albuñol vicino a Granada, in Spagna.

4000 a.C. | Produzione di vino e birra in Egitto e Sumeria.

3500 a.C. | Navi dell'età del Bronzo mostrano tracce di consumo di vino nel Mediterraneo orientale.

3000 a.C. | Prove della coltivazione di cannabis in Cina e in altre aree dell'Asia e dell'uso della stessa, fumata, in Europa.

2000 a.C. | Residui di coca trovati nella capigliatura delle mummie delle Ande.

1000 a.C. | Popoli dell'America Centrale erigono templi per il culto di divinità legate ai funghi allucinogeni.

800 a.C. | Distillazione di alcolici in India.

430 a.C. | Lo storico greco Erodoto registra il fumare cannabis a scopo ricreativo da parte degli Sciti del Mar Nero.

625 d.C. | Maometto ordina ai propri seguaci di astenersi dall'uso di alcol.

1450 | Uso diffuso delle foglie di coca presso le popolazioni Inca.

1475 | La Turchia promulga la legge che autorizza una donna a divorziare dal marito se lo stesso non le procura il caffè.

1519 | Lo spagnolo Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdés importa piante di tabacco in Europa.

1604 | Il Re Giacomo I di Inghilterra pubblica *Counterblaste to tobacco*, la prima pubblicazione contro il fumo della storia.

1805 | Il chimico tedesco Friedrich Sertürner separa la morfina dall'oppio.

1819 | Il chimico tedesco Friedrich Ferdinand Runge isola la caffeina dal caffè.

1850s | I baristi di New York inventano i cocktail.

1859 | Il chimico tedesco Albert Niemann mette a punto la separazione della cocaina dalle foglie di coca.

1868 | La legge inglese Poisons and Pharmacy Act rende illegale la vendita di oppio e altre droghe senza l'autorizzazione ed è la prima legge anti-droga del mondo.

1886 | Viene brevettata la ricetta della Coca Cola che comprende anche foglie di coca e noci di cola ricche di caffeina.

1887 | L'anfetamina viene sintetizzata in Germania.

1906 | Le foglie di coca vengono tolte dalla ricetta della coca cola.

1909 | Fumare oppio viene penalizzato negli Stati Uniti d'America.

1912 | La molecola MDMA viene sintetizzata dalla ditta farmaceutica Merck.

1914 | La legge Harrison Narcotic Act impone uno stretto controllo alla cocaina e agli oppiacei negli USA.

1920-33 | L'alcol viene proibito in Finlandia, in alcune province del Canada e negli Stati Uniti.

1933 | Il chimico svizzero Albert Hofmann sintetizza l'LSD e scopre per caso i suoi effetti allucinogeni.

1951 | Il magnate Americano Al Hubbard prova l'LSD e ne diffonde l'uso a scopo ricreativo.

1861 | Le Nazioni Unite raggiungono un accordo con la Convenzione Unica sulle sostanze stupefacenti e premono per un controllo degli Stati su uso di oppiacei e cocaina.

1967 | L'LSD viene messa al bando negli Stati Uniti d'America.

1971 | La convenzione delle Nazioni Unite sulle Sostanze Psicotrope insiste sulla messa al bando di sostanze stupefacenti sintetiche e l'LSD.

1975 | L'Olanda autorizza la vendita di cannabis nei *coffee shops*.

1978 | L'MDMA, meglio nota come ecstasy, viene largamente usata nel mondo a scopo ricreativo.

1988 | La cultura dei rave party si diffonde in Europa³.

2000-2010 | La diffusione dei farmaci antidolorifici a base di oppiacei aumenta a vista d'occhio, particolarmente negli Stati Uniti d'America con vere e proprie cliniche per la cura del dolore che somministrano farmaci liberamente. La dipendenza dagli stessi cresce paurosamente.

Il Portogallo depenalizza l'uso di alcune sostanze stupefacenti mentre il Regno Unito pianifica di fornire eroina gratis ai tossicodipendenti attraverso il proprio servizio sanitario nazionale.

Molte nuove molecole di antidolorifici a base di oppiacei vengono prodotte mentre altre vengono ritirate dal mercato e indicate come illegali da parte dell'Agenzia del Farmaco statunitense.

2010-2018 | Numerose nuove sostanze vengono sintetizzate in laboratorio e immesse sul mercato⁴. L'opinione pubblica e i Governi di molti Paesi europei discutono sull'opportunità di legalizzare alcune sostanze "leggere".

2013 | L'Italia legalizza l'uso della cannabis a scopo terapeutico.

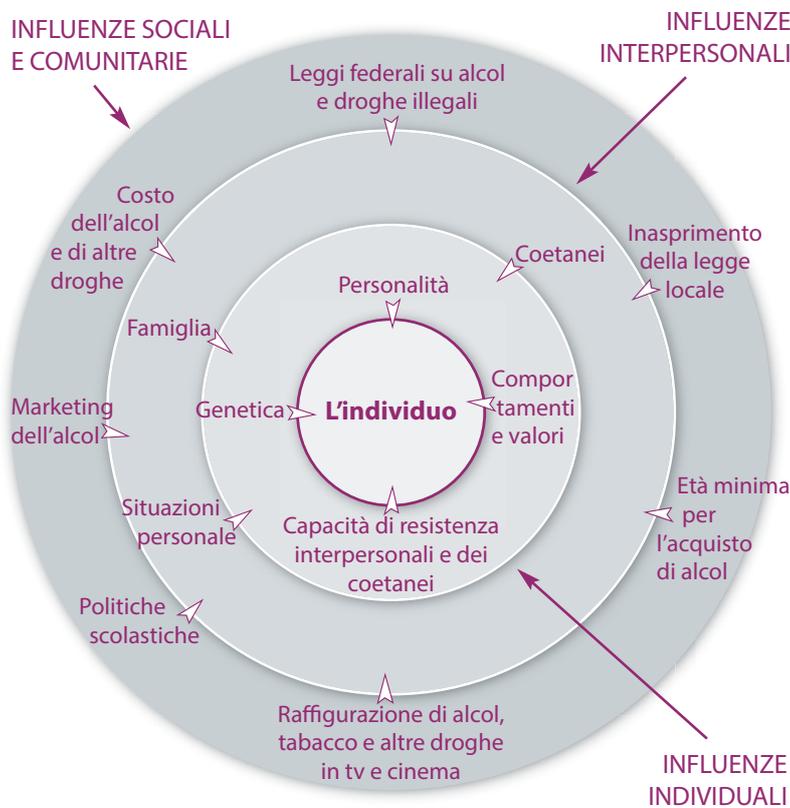


I PREGIUDIZI DELLA SOCIETÀ

La problematica di per sé non è la produzione di droghe o l'assunzione controllata delle stesse ma la dipendenza da esse. Talvolta la dipendenza è stata generata, e la storia lo dimostra, da interventi medici: si pensi agli studi di Freud sulla cocaina naufragati proprio per la dipendenza che la stessa generava o dall'uso massiccio di morfina somministrata durante la guerra del Vietnam ai soldati americani, poi rientrati in patria tossicodipendenti.

Il problema dell'abuso di sostanze è complesso e coinvolge molteplici fattori, a livello individuale ma anche sociale, economico e di sicurezza.

Fattori che influiscono sulla dipendenza da sostanze stupefacenti



Fonte: Centro per la Dipendenza e Salute mentale, Canada

Il fattore che andremo ad analizzare con questo dossier è relativo all'aspetto sociale, ovvero alla percezione che la società, particolarmente del Nepal, ha nei confronti dei tossicodipendenti: è un aspetto molto importante, infatti, anche della riabilitazione. La modalità in cui la società accoglie i tossicodipendenti, quelli in trattamento e gli ex tossicodipendenti influisce molto sulla possibilità di ricadute e sul successo degli interventi terapeutici.

Gli effetti negativi dello stigma sociale verso le persone con problemi di droga sono seri e con effetti di lungo periodo. Le ricerche indicano che lo stigma contribuisce a generare effetti negativi per le persone con

problemi di abuso di sostanze, tra i quali una scarsa salute fisica e mentale, il non completamento dei trattamenti disintossicanti, un ritardo nella guarigione e nel reinserimento sociale e un maggiore coinvolgimento in comportamenti a rischio⁵.

Studi dimostrano che tre persone su dieci ritengono che la guarigione dal problema della tossicodipendenza sia impossibile⁶. E ciò con variazioni poco rilevanti rispetto al tipo di sostanza usata o al tipo di intervento terapeutico intrapreso.

La parola **STIGMA** deriva dal Latino stigma (-atis) che vuole dire "marchio, macchia, ..." e dal greco στίγμα -ατος, der. di σίζω, "pungere, marcare" e, al di là dei significati in botanica, zoologia e anatomia, in psicologia sociale indica l'attribuzione di qualità negative a una persona o a un gruppo di persone, soprattutto rivolta alla loro condizione sociale e reputazione a causa di un loro comportamento, atteggiamento o orientamento diverso da quello della maggioranza.



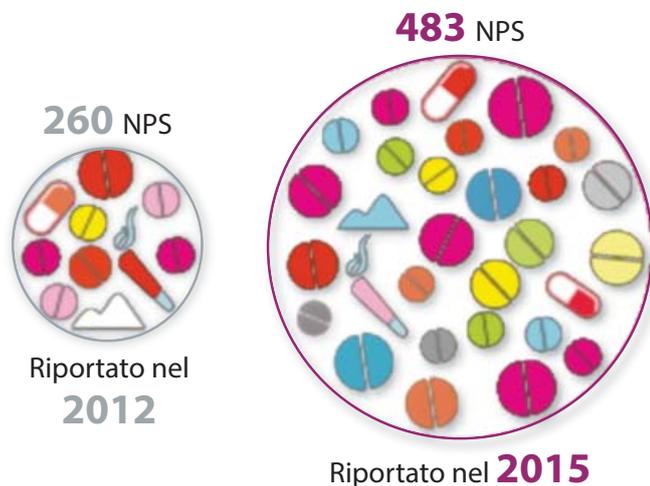
LE SOSTANZE STUPEFACENTI

La “Convenzione unica sugli stupefacenti” del 1961, come emendata dal Protocollo del 1972, ha suddiviso le sostanze stupefacenti in quattro categorie⁷:

1. Sostanze che creano elevata dipendenza e portano ad abuso o che sono convertibili in sostanze che causano elevata dipendenza (es. *cannabis, eroina, metadone, oppio*)
2. Sostanze che causano minore dipendenza e abuso di quelle in categoria 1 (es. *codeina e i suoi derivati*)
3. Preparazioni che contengono narcotici a scopo medico e che difficilmente portano ad abuso (es. *preparazioni derivanti dalla codeina*)
4. Alcune delle sostanze che compaiono nella categoria 1, che creano elevata dipendenza e sono solo raramente usate a scopi medici (es. *cannabis, eroina*)

Ma dagli anni sessanta ad oggi la produzione e lo smercio della droga hanno continuato a crescere e a cambiare con una differenziazione sensibile dell’offerta e una crescita della tipologia di domanda, per cui alle sostanze stupefacenti catalogate negli anni sessanta se ne sono aggiunte, e se ne aggiungono ogni anno, di nuove che sono o il frutto di nuovi mix a partire dalle stesse sostanze prime o sono molecole del tutto nuove che l’industria della droga chimica continua a perfezionare e lanciare sul mercato. Tra il 2009 e il 2016, 106 Paesi hanno denunciato all’UNODC (Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della Droga e del Crimine) la nascita di 739 diverse nuove sostanze psicoattive (NPS)⁸.

La gamma delle nuove sostanze psicoattive (NPS) continua a crescere



Fonte: Drug Report 2017, UNODC | Rielaboraz. Caritas Italiana

Al fianco, però, della legislazione e della letteratura medica c’è la percezione sociale che, seppure non fa legge, fa costume, fa abitudine e attribuisce un valore a un tipo di sostanza e uno opposto a una del tutto simile per effetti, pericolosità e grado di illegalità.

E così, come già scritto, sono moltissime le società, inclusa quella italiana, che considerano – in questo caso anche dal punto di vista legale – del tutto lecito l’alcol e quasi tutti i suoi derivati ma da condannare, e quindi da stigmatizzare, le droghe comunemente dette leggere. In altre società ancora l’uso di foglie di coca è del tutto accettato, tradizionale e utile per la salute anche se le stesse sono state inserite nelle sostanze di categoria uno (*vedi tabella accanto*) dalle Nazioni Unite e sono vietate dalla legge⁹.

Quanto detto a confermare che non è possibile stilare una lista univoca delle sostanze stupefacenti sia per, appunto, il mutevole aspetto del mercato delle droghe, sia perché la legislazione di ciascun Paese stabilisce quali siano da considerare sostanze illegali con variazioni anche sensibili.

Ciò spiega perché spesso il confine del termine “stupefacente”¹⁰ si interseca con quello di “legale” in un’assimilazione semantica che genera talvolta confusione.

Per quanto concerne la situazione italiana, il Ministero della Salute aggiorna con regolarità la lista di sostanze e farmaci che vengono considerati stupefacenti¹¹ e quelli che contengono sostanze stupefacenti ma per uso medico e ne monitora, insieme ad altri Dicasteri preposti, la diffusione.

GLI USI DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI

Le droghe hanno tre usi principali: terapeutico (trattamento del dolore in primis ma anche cura di alcune specifiche patologie, fisiche e psichiatriche); ricreativo (divertimento, socializzazione, appartenenza a un gruppo); spirituale (per accedere a stati mentali altrimenti non raggiungibili, al fine di raggiungere un più elevato livello di conoscenza spirituale).

Le ragioni per cui le persone usano sostanze stupefacenti sono varie e molteplici e affondano le radici in motivazioni biologiche, sociali e psicologiche. Non tutte le persone che usano droghe ne sono anche dipendenti e i fattori di rischio che si associano all’uso di sostanze in relazione alla reale dipendenza da esse variano da persona a persona e da società a società.

Ecco alcune delle motivazioni per le quali le persone usano droghe¹²:

1. Vulnerabilità genetica: la predisposizione genetica verso l’uso delle sostanze, modellata dalle esperienze passate e in un ambiente particolarmente influente può spiegare perché alcune persone diventano tossicodipendenti e altre no¹³.

2. **Atteggiamento culturale:** Il valore che le persone danno all'uso di sostanze è fortemente influenzato dalla comunità in cui la persona vive¹⁴, e le norme sociali aiutano a definire i limiti di ciò che è lecito e ciò che non lo è.
3. **Incentivi finanziari:** le ricerche dimostrano che laddove il costo di sigarette e alcol è più elevato, diminuisce conseguentemente e drasticamente anche il loro consumo. Così, al contrario, sostanze a basso costo stimolano il consumo e anche la dipendenza.
4. **Personalità:** specifici tratti di personalità sono stati associati con un uso maggiore di sostanze stupefacenti. Ciò non è ovviamente predittivo ma le ricerche hanno evidenziato, ad esempio, che l'impulsività è un tratto di personalità spesso identificato come fattore di rischio per l'abuso di alcol e di altre sostanze¹⁵.
5. **Automedicazione:** la teoria della dipendenza da sostanze basata sull'automedicazione¹⁶ suggerisce che la sofferenza è alla base dei disturbi da dipen-

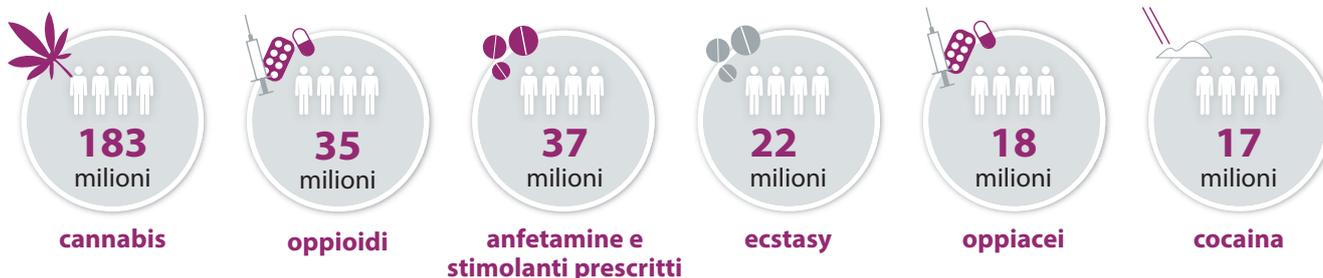
denza¹⁷. Quando i soggetti non sono in grado di sopportare stress emotivi o emozioni dolorose, allora usano le droghe per alleviare la sofferenza e meglio gestire le emozioni stesse. Ciò è vero anche per i dolori fisici, quando sono antidolorifici e antinfiammatori a diventare sostanze che creano dipendenza.

6. **L'isolamento del tossicodipendente:** secondo le teorie sociali, le persone che sono a maggior rischio di dipendenza dalle sostanze sono quelle socialmente isolate, con pochi contatti sociali "utili" e che faticano a sopportare e a vivere questa solitudine.

IL MERCATO DELLA DROGA NEL MONDO

L'ultimo rapporto delle Nazioni Unite sulle droghe¹⁸ parla di 250 milioni di persone che nel 2015 hanno usato droghe almeno una volta e di circa 30 milioni di persone che, nel mondo, sono dipendenti da sostanze stupefacenti e a causa di esse soffrono di patologie mediche, psichiatriche, psicologiche e sociali.

Numero degli utilizzatori nel 2015

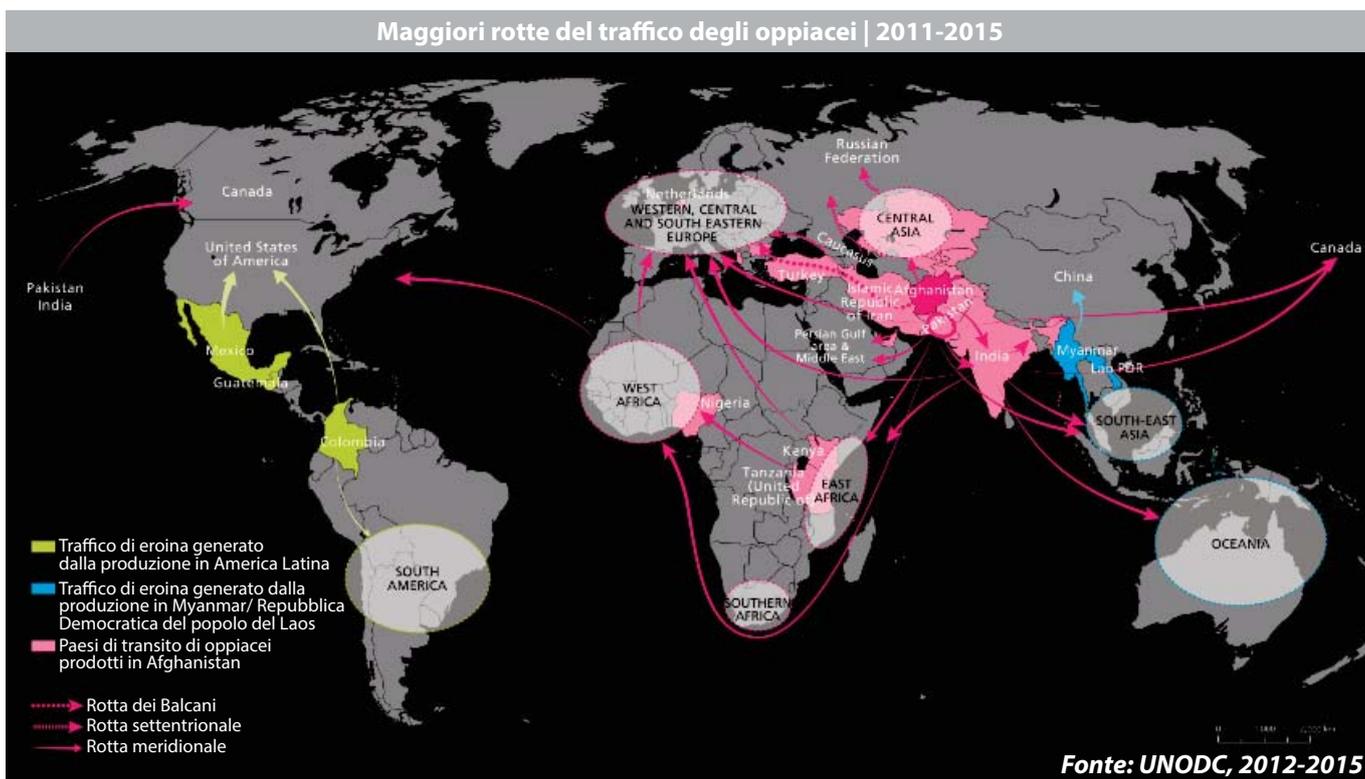
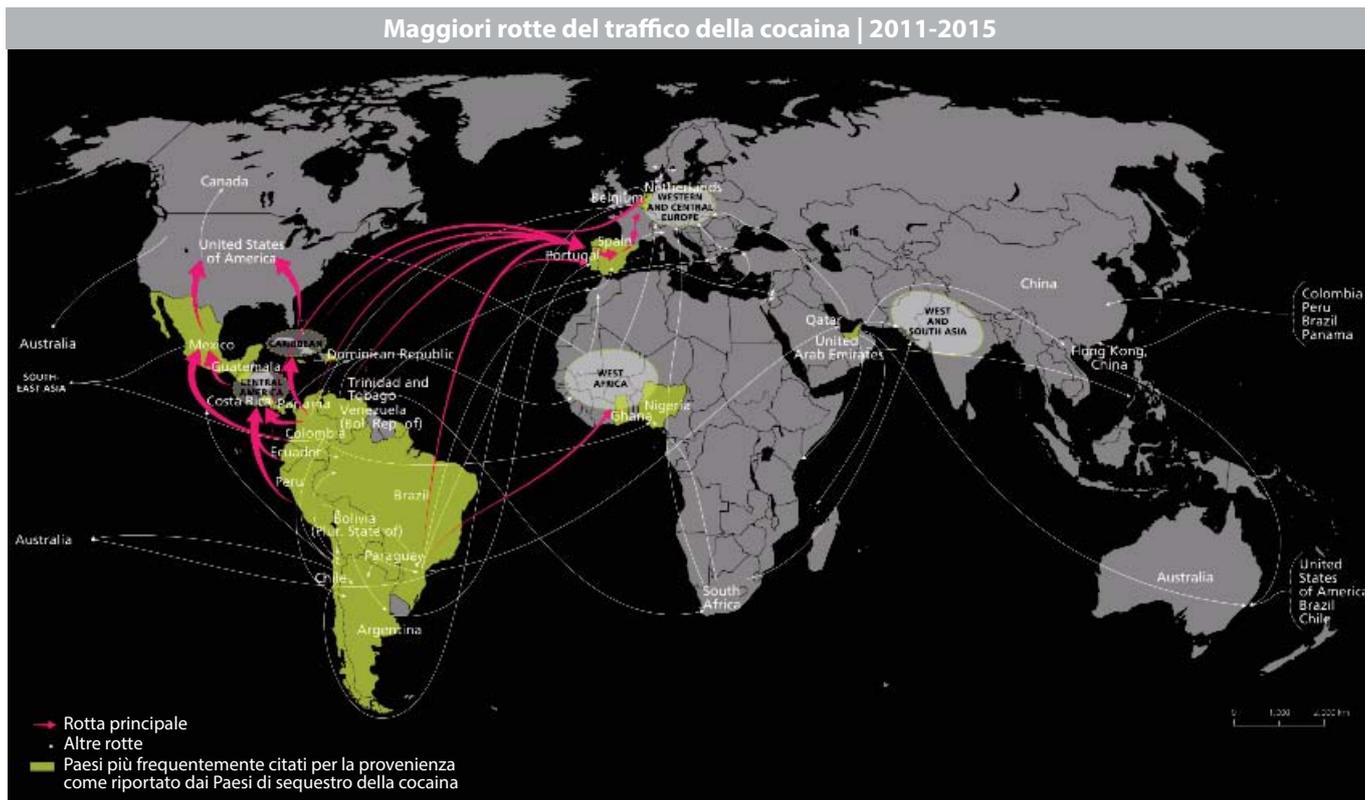


Fonte: Drug Report 2017, UNODC | Rielaborazione Caritas Italiana



La stima racconta di 28 milioni di anni di vita sana persi a causa delle patologie e disfunzioni generate dall'uso di sostanze. Il problema è evidentemente enorme e spesso sottostimato anche perché le sue implicazioni sono capillarmente ramificate e oltre a interessare la sfera sanitaria, come detto, e la spesa pubblica, hanno a che fare con la politica – le sue decisioni e connivenze –, con la sicurezza delle Nazioni, con l'istruzione, la diplomazia e i commerci.

Ciò che di gran lunga influenza la diffusione delle sostanze stupefacenti nel mondo è proprio l'economia che le stesse muovono, con spostamenti di miliardi di euro e il coinvolgimento di attori diversificati, attenti e pronti al camuffamento e alla diversificazione dell'offerta e del mercato. Le cartine che seguono ben evidenziano la ramificazione commerciale sopra descritta, particolarmente per quanto concerne il mercato di cocaina e di oppiacei, tra i prodotti più richiesti del settore.



La cocaina, ad esempio, dopo un periodo di flessione, ha registrato nel 2015, rispetto al 2013, una crescita di produzione del 25%, particolarmente a causa delle nuove aree produttive in Colombia e dell'espansione del mercato in Nord America ed Europa.

Anche la produzione di oppio, nel 2016, è aumentata di oltre il 30% rispetto all'anno precedente nonostante siano aumentati anche i sequestri da parte delle autorità.

LA GEOGRAFIA DEI TRAFFICI

Grazie alla globalizzazione e all'avvento di tecnologie sempre più sofisticate e capillari di comunicazione la duttilità del mercato della droga è aumentata esponenzialmente e con essa la capacità dei trafficanti di rallentare la presenza in una rotta sotto controllo per aprirne altre di nuove e alternative.

La "via Balcanica", ad esempio, è da tempo la più importante per quanto concerne il commercio dell'eroina ma ad essa si è affiancata la rotta per i Paesi del Caucaso.

Allo stesso modo se i dati confermano una flessione del mercato attraverso Bulgaria, Grecia e Turchia, d'altro canto fotografano un'incremento del volume di affari attraverso Armenia, Azerbaijan e Georgia e, via Mar Nero, fino all'Ucraina e alla Romania.

Ecco allora che per quanto concerne le metanfetamine è proprio il Sud-Est asiatico ad aver sorpassato il Nord America e ad essere diventato la rotta alternativa, e così via con caratteristiche e nuove vie specifiche a seconda del tipo di sostanza.

Secondo le Nazioni Unite uno dei fattori che maggiormente facilitano la diffusione delle sostanze stupefacenti è la corruzione: essa, che è presente in tutta la filiera delle droghe, avviene a tutti i livelli dalla produzione allo smercio ed è causa di un circolo vizioso che alimenta povertà e ancora corruzione.

La corruzione, infatti, scoraggia investimenti nelle aree di produzione, creando quindi le condizioni per un mancato sviluppo economico, alimenta poi le diseguaglianze distributive della ricchezza, spingendo alla produzione di droga che di per sé necessita di altra corruzione: il ciclo è così continuo.

Tutto ciò si aggrava poi con l'infiltrazione di gruppi terroristici e il controllo che gli stessi assumono del mercato degli stupefacenti.

Anche la tipologia dei trafficanti è cangiante e si arricchisce sempre di figure nuove e diverse. Se un tempo le criminalità organizzate di tutto il mondo, con in testa quelle italiane, si affidavano a spregiudicati trafficanti e affiliati, ora agli stessi associano anche intermediari potenti e insospettabili che fungono da intermediari e rivestono un ruolo cruciale per lo smercio, lo spostamento e la messa in sicurezza delle merci.



2. Uso di sostanze stupefacenti in Asia

STORIA DELLA PRODUZIONE IN ASIA

L'Asia è il continente più grande del pianeta ed è casa di due tra i Paesi più popolosi al mondo, Cina e India. È una fucina di lingue, culture, etnie, religioni, tradizioni, cucine, usanze, guerre e commerci. Ed è proprio in Asia che si trova una delle regioni che storicamente ha guidato la produzione di droga mondiale: il Triangolo d'Oro.

Il Triangolo d'Oro è il nome dato a quella parte di Asia dove è cominciato e si è sviluppato per circa quarant'anni, tra gli anni '50 e gli anni '90 del XX secolo, la produzione e il commercio di oppio. Questa regione



si estende a cavallo tra Myanmar, Thailandia e Laos e la sua illecita supremazia è stata interrotta solo dal fiorire incontrollato del mercato di oppio dell'Afghanistan, anche se il Myanmar resta ancora il secondo produttore mondiale.



Fonte: Central Intelligence Agency, www.cia.gov, 2000

Vari fattori hanno contribuito a rendere questo territorio la patria dell'oppio: da un lato un clima caldo e umido con abbondanti piogge, particolarmente fertile per la crescita del papavero, dall'altro l'isolamento territoriale e le scarse vie di comunicazione che hanno impedito ai governi di esercitare un necessario controllo capillare e poi, non da ultimo, le numerosissime guerre e instabilità politiche dell'area, nutrite dai proventi del traffico di droga.

Anche in Myanmar, ad esempio, la turbolenza politica dall'indipendenza del 1948 è stata costante, ha alimentato la diffusione del papavero da oppio in un territorio in cui l'economia di guerra e l'economia della

droga si sono rinforzate a vicenda. Non solo l'oppio ha finanziato le campagne militari delle diverse fazioni ed etnie in conflitto, ma è stato usato anche come merce di negoziazione dalle parti, fossero esse statali o non statali¹.

A testimonianza dell'importanza della produzione di sostanze stupefacenti nella regione ci sono le due Guerre dell'Oppio combattute tra l'Impero Cinese e il Regno Unito (1838-1842 e 1856-1860), i cui commercianti introducevano in India e Cina proprio l'oppio usato come merce di scambio, o generatrice di liquidità, per l'acquisto del tè, bene prezioso in Gran Bretagna. Questa pratica aveva portato a un aumento

esponenziale del numero di tossicodipendenti cinesi e da qui la rappresaglia del Governo centrale cinese e la creazione di forti misure di controllo.

Anche il governo thailandese e quello laotiano hanno negli anni aumentato di molto le misure di controllo riuscendo a far drasticamente calare la produzione del papavero che risulta quasi scomparso dalla Thailandia alla fine degli anni '80 del XX secolo e dal Laos alla fine degli anni '90.

Ciò ha però lasciato numerosissimi agricoltori privi dei propri mezzi di sostentamento e del proprio lavoro: molti di essi hanno convertito la produzione di papavero da oppio in altre produzioni di prodotti legali ma altri si sono "riconvertiti" alla produzione di metanfetamine.

La metanfetamina è una droga chimica, molto potente, più dell'oppio e della morfina, e la sua sintesi e produzione avviene in laboratori clandestini in Thailandia e Laos.

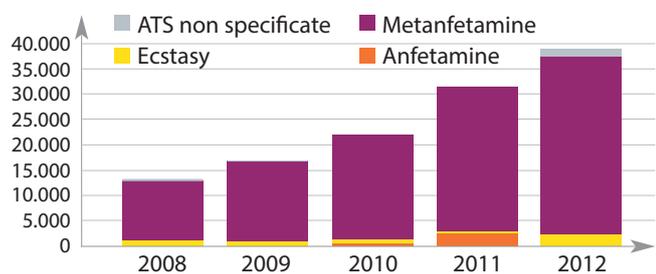
Dopo il tramonto della potenza del Triangolo d'Oro e la sua parziale riconversione in produttore di droghe sintetiche, dagli anni '90 del 1900 ha preso forza un'altra area dell'Asia, denominata la Mezzaluna d'Oro.

Essa si trova in uno spazio a cavallo tra Afghanistan, Iran e Pakistan e ha una storia di produzione ancora più lunga di quella del Triangolo d'Oro anche se la stessa è divenuta nota solo dagli anni '70 del XX secolo ed economicamente di spicco, come detto, verso la fine del secolo.

Ancora una volta ad alimentare questa fiorente produzione è stata la Guerra, particolarmente in Afghanistan, dove il conflitto più che ventennale ha creato e mantenuto le condizioni per uno sviluppo di mercato fiorente (con una pausa durante il regno dei talebani).

Il Pakistan, anche se ha quasi azzerato la propria produzione, ha una elevata popolazione di tossicodipendenti che di fatto sostengono fortemente il mercato di confine e afgano.

Sequestro degli stimolanti tipo anfetamine (ATS)
 Totale del sequestro riportato nell'Est e Sud-Est asiatico, Oceania e Pacifico, 2008-2012 (quantità sequestrate in kg)



Fonte: Drug Report 2017, UNODC



3. Uso di sostanze stupefacenti in Nepal

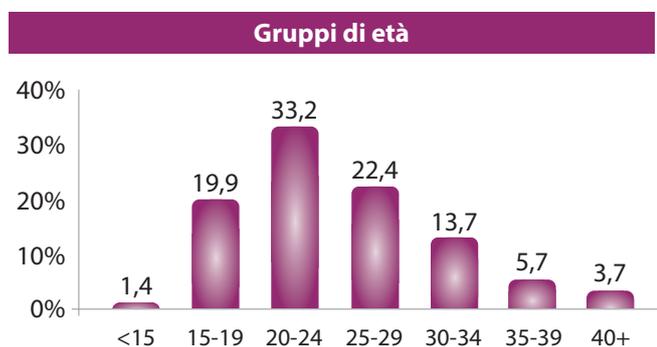
Il mercato della droga e l'uso di sostanze stupefacenti è in drammatica crescita in Nepal. Lo sono anche le misure di prevenzione e di lotta all'abuso di sostanze ma, purtroppo, non alla stessa velocità di crescita delle droghe alternative, delle coltivazioni nascoste e del traffico interno e internazionale via terra e via aria.

Secondo l'NCB, Ufficio per il controllo delle sostanze illegali, i segni della crescita del problema si declinano così¹:

- cresce il numero di trafficanti che gestisce il traffico da New Delhi, particolarmente di cocaina;
- lo smercio illegale di farmaci è in aumento, sempre dall'India verso il Nepal;
- cresce esponenzialmente la coltivazione dell'oppio;
- anche la coltivazione della cannabis è in aumento;
- l'hashish viene smerciato dal Nepal verso India ed Europa;
- molte nuove sostanze chimiche vengono prodotte costantemente;
- Tra i giovani che fanno uso di droghe, la maggior parte è dipendente da farmaci.

Uno studio condotto dall'Ufficio Centrale di Statistica del Nepal, nel 2006 evidenziava la presenza di 42.954 consumatori di droghe pesanti, tra cui 3.356 donne. Lo stesso studio indicava come il 76% dei consumatori avesse meno di 30 anni e il 22% di essi fosse diventato tossicodipendente in adolescenza. Un altro studio del 2013 evidenzia un aumento del 96% di tossicodipendenti in 6 anni, portando il computo totale a 91.534, tra cui 6.330 donne.

Le organizzazioni non governative del settore stimano però che il numero di coloro che usano sostanze illecite sia di almeno 150.000 persone². Tra loro, come detto, la maggioranza è costituita da giovani e giovanissimi.



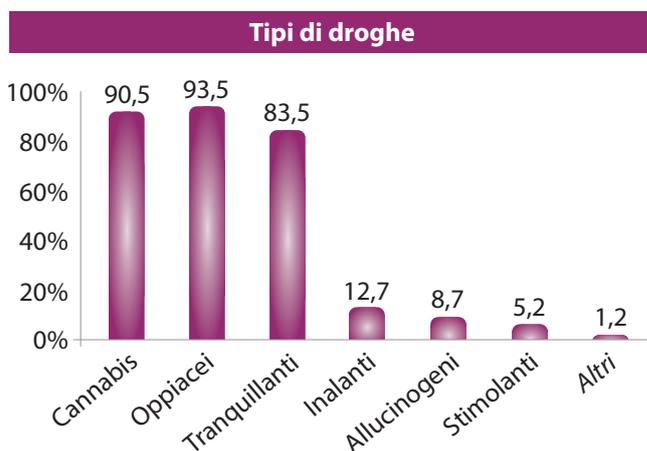
Fonte: Government of Nepal, Central Bureau of Statistics, Survey Report on Current Hard Drug Users in Nepal, 2013



La quantità di coltivazione illegale che è stata distrutta da parte delle autorità dimostra molto chiaramente come il mercato della droga in Nepal sia fiorente e in crescita. A questi dati si aggiunge quello, ignoto, delle coltivazioni che restano nascoste o che non vengono confiscate, per diversi motivi, tra cui la corruzione dilagante nel Paese.

Dopo il devastante terremoto del 2015 la situazione è peggiorata. Non ci sono statistiche specifiche che indichino di quanto l'aumento del consumo di sostanze stupefacenti sia determinato dal terremoto e dalle sue conseguenze, ma studi anche di altri settori confermano che l'uso di sostanze, particolarmente marijuana e alcol, è una delle strategie di gestione e fronteggiamento dello stress usate dalla popolazione per dare risposta alle urgenze esteriori e interiori causate dal terremoto stesso³.

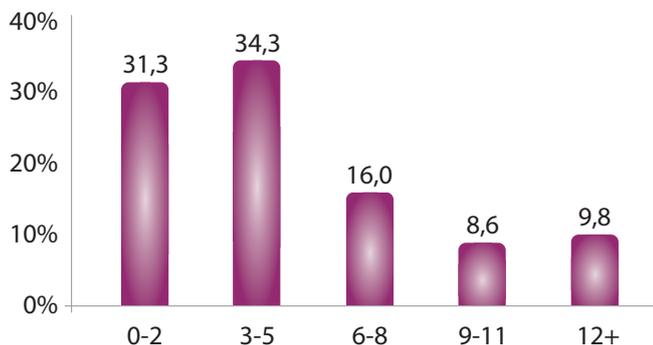
La maggior parte della popolazione di tossicodipendenti in Nepal usa oppiacei, seguiti dalla marijuana e dai tranquillanti, ma è dimostrato che l'83% dei tossicodipendenti usa droghe multiple, mescolando le stesse in cocktail o alternanze ancora più dannose⁴.



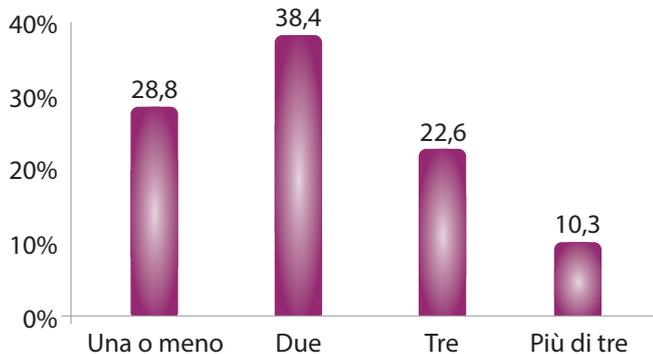
Fonte: Report on Current Hard Drug Users in Nepal, 2013 (cit.)

Le persone assumono droga per una media di cinque anni consecutivi con picchi che vanno da un periodo di qualche mese soltanto a uno di oltre dodici anni. L'assunzione media è di due volte al giorno; anche in questo caso, però, con variazioni.

Numero di anni



Numero di dosi giornaliere

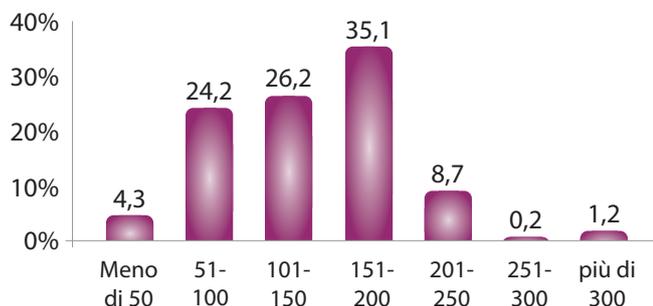


Fonte: Report on Current Hard Drug Users in Nepal, 2013 (cit.)

L'uso di sostanze stupefacenti, come in tutto il mondo anche in Nepal, non è solo una questione medica, psichiatrica o sociale ma anche economica. Il mercato della droga, infatti, muove cifre enormi di denaro di cui beneficiano trafficanti, ufficiali dei governi corrotti, intermediari e produttori e costano cifre considerevoli al consumatore.

In Nepal, ad esempio, uno dei Paesi più poveri dell'Asia, che si attesta al 144° posto⁵ – su un totale di 188 – secondo l'Indice di Sviluppo Umano dell'UNDP, il reddito medio pro capite è di circa 5 euro al giorno; ma un tossicodipendente spende in media 1,4 euro per una dose di stupefacenti, con una spesa che diventa, sempre in termini statistici, di 2,8 euro al giorno, ovvero più della metà del reddito individuale.

Costo di una singola dose



Fonte: Report on Current Hard Drug Users in Nepal, 2013 (cit.)

Nel suo insieme, il traffico illecito di sostanze stupefacenti rappresenta in Nepal una "industria" assai consistente. La grafica sottostante illustra chiaramente il valore monetario della droga requisita, a cui si aggiunge necessariamente quella non identificata dalla polizia e non sequestrata dalle autorità.

Droghe sequestrate e loro valore (2011-16)



Marijuana/Cannabis
40.217,5 kg



Hashish
7.042,5 kg



Eroina
33,5 kg



Cocaina
19,5 kg



Oppio
53,5 kg



Altri

Valore totale oltre 69 milioni di dollari

Fonte: National Control Bureau Nepal 2017

APPROCCI TERAPEUTICI IN NEPAL

Il Nepal, come il resto dell'Asia, ha tentato negli anni diversi approcci alla riabilitazione per le persone affette da dipendenza patologica da sostanze stupefacenti. Negli anni '80 del XX secolo, l'approccio in voga in Nepal era unicamente quello della penalizzazione, con la convinzione che mantenere le persone tossicodipendenti in carcere e perciò, in teoria, lontano dalle sostanze stupefacenti per qualche mese fosse già di per sé la cura per la dipendenza.

Solo nel 1993 una seconda prospettiva, definita di riduzione del danno, venne tentata nella valle di Kathmandu. Una ONG offriva servizi basati su questo principio, ma con un approccio parziale e per certi aspetti limitativo: veniva infatti offerta un'attenzione prevalente alla prevenzione della diffusione dell'HIV con distribuzione di siringhe sterili piuttosto che alla disintossicazione. Le cause dei limiti di questa esperienza sono da ricercare sia nella mancanza di fondi adeguati, sia nella cattiva interpretazione della metodologia⁶. Il risultato fu che i decisori politici (ma anche l'opinione pubblica) ritennero che il metodo avesse l'effetto indiretto di promuovere l'uso di sostanze invece che avere un effetto terapeutico. L'approccio della riduzione del danno, nella sua configurazione

più ampia e completa, che pure è piuttosto diffusa nel mondo, non venne mai realmente sperimentato.

Una terza strategia attuata in seguito fu quella della riduzione della domanda. Il Ministero degli Interni del Governo nepalese è a capo della sezione specifica che si occupa della lotta alle droghe ed essa coordina il Progetto di Riduzione della Domanda di Droga (DADRP), che si concentra sulla coscientizzazione dei giovani rispetto alla problematica dell'uso di sostanze, e dei loro effetti⁷. Sebbene sia dimostrato che questo programma ha avuto degli effetti interessanti sulla popolazione, di per sé lo stesso non si occupa efficacemente di chi già è malato di dipendenza cronica da sostanze. Tale progetto non risponde dunque ai bisogni di questa fascia di popolazione.

La maggior parte dei servizi di riabilitazione in Nepal è offerta da organizzazioni non governative solitamente avviate da ex tossicodipendenti che usano metodologie miste ricavate dalla propria esperienza personale. Senza nulla togliere all'esperienza, che in questo campo aiuta certamente a comprendere meglio gli utenti, c'è però da notare che i servizi offerti mancano di una visione basata su dati scientifici e di

metodo rigorosi. Spesso le ONG non annoverano tra il proprio personale medici, psicologici o tecnici della riabilitazione⁸, e solo alcuni tra i più grandi ospedali del Paese dispongono di un servizio di psichiatria che si occupi anche delle tossicodipendenze.

Nel sistema sanitario pubblico nepalese, programmi basati sull'uso della terapia sostitutiva – con metadone e altri farmaci – sono sporadici e molto deboli, particolarmente per mancanza di fondi e di metodologia propria di applicazione. In definitiva sono quasi esclusivamente le organizzazioni private a occuparsi di riabilitazione delle tossicodipendenze con uso di metodologie diverse – “dodici passi”, “narcotici anonimi”, yoga, meditazione, consulenza psicologica, terapia occupazionale⁹ – ma senza vero rigore metodologico e scientifico.

Solo una collaborazione più stretta e ben pianificata tra settore pubblico e privato, vale a dire tra servizio pubblico e ONG, potrebbe migliorare la qualità dei servizi offerti alla popolazione ma anche diminuire il numero delle ricadute che, a causa dei fattori sopra descritti e degli elementi descritti dalla ricerca di questo dossier, rimane in Nepal elevato e allarmante.

La maggior parte dei servizi di riabilitazione in Nepal è offerta da organizzazioni non governative solitamente avviate da ex tossicodipendenti che usano metodologie miste ricavate dalla propria esperienza personale. Senza nulla togliere all'esperienza, che in questo campo aiuta certamente a comprendere meglio gli utenti, c'è però da notare che i servizi offerti mancano di una visione basata su dati scientifici e di metodo rigorosi

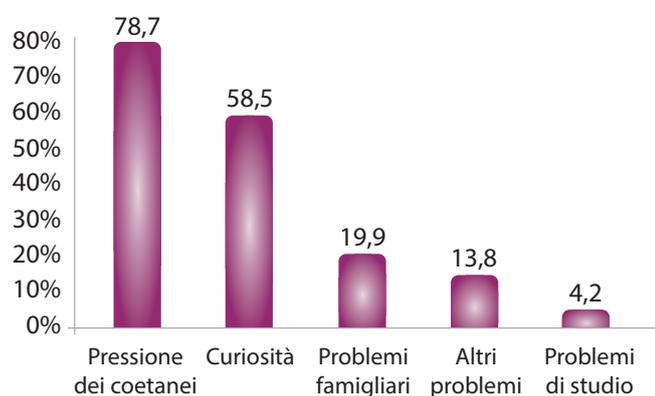


4. I dati Caritas. La percezione del problema a livello sociale

L'IPOTESI

Le motivazioni e i fattori che spingono all'uso di droghe sono molteplici e possono essere principalmente identificati in alcune aree, come la genetica, i tratti di personalità, le credenze e valori di riferimento, e la pressione sociale. Mentre sui fattori genetici e sui tratti di personalità l'influenza possibile è limitata se non nulla, l'ambiente sociale ha un peso elevatissimo e determinante: la maggior parte di coloro che usano droga in Nepal ha iniziato per pressione sociale e curiosità, laddove la curiosità stessa nasce dall'ambiente di riferimento del singolo.

Motivi che hanno determinato l'uso di droghe



Fonte: Government of Nepal, Central Bureau of Statistics, Survey Report on Current Hard Drug Users in Nepal, 2013

Ecco allora che se la pressione sociale – certo determinata da scelte e responsabilità individuali! – ha un peso così elevato nell'avvicinare i soggetti, spesso giovanissimi, alle sostanze stupefacenti, può avere anche lo stesso potere nell'allontanare le persone dalle droghe e nel mantenerle lontane dalle ricadute.

LO STIGMA SOCIALE

Ricerche condotte in altri contesti dimostrano con molta chiarezza quanto lo stigma sociale a cui sono sottoposti i tossicodipendenti, anche dopo la fine del trattamento (quindi ex tossicodipendenti) e ancor di più i tossicodipendenti con comorbilità di patologie psichiatriche o disfunzioni sociali porti a ripetute ricadute, a peggioramento delle condizioni di salute e di integrazioni sociali, al fallimento dei percorsi terapeutici e, in sostanza, a un ciclo senza fine di dipendenza.

Lo stigma di cui fanno esperienza le persone con patologie mentali e con problemi di tossicodipendenza è di tre tipi: subito, percepito, auto-inflitto.



La percezione che la società ha, perciò, degli ex tossicodipendenti, o di tossicodipendenti in trattamento, e delle loro famiglie è fondamentale per supportare la riabilitazione, per diminuire le ricadute e garantire un maggiore successo degli interventi di lotta alle tossicodipendenze nelle loro varie forme, siano esse riabilitative, preventive o normative.

Spesso il dialogo sulle droghe, a tutte le latitudini, si concentra e limita sul "noi" e "loro". Dove "noi" sono le persone che non usano droga e "loro" sono coloro che la usano. Raramente ci si concentra sul fatto che sono molte le famiglie che parlano di "noi" ma hanno un "loro" in casa, sia esso un giovanissimo che fuma erba, un uomo o donna di successo che usa cocaina o un tossicodipendente "classico". La mancanza di identificazione, che non corrisponde alla realtà, genera separazione, ostracismo e lontananza e continua ad alimentare una retorica fatta di stereotipi che poco aiuta la riabilitazione dei "loro" e l'integrazione dei "noi".

Lo stigma sociale è stato definito come un'identità svalutata che discredita una persona nella società¹. E quello di cui fanno esperienza le persone con patologie mentali e con problemi di tossicodipendenza è di tre tipi: subito, percepito, auto-inflitto. Lo stigma subito si riferisce a reali discriminazioni subite dal gruppo quali difficoltà nell'ottenere un lavoro, rifiuto interpersonale, differenziato accesso alle possibilità abitative e di cura. Lo stigma percepito, invece, riguarda, appunto, la percezione che l'individuo o il gruppo discriminato ha rispetto all'atteggiamento della società; lo stigma auto-inflitto, infine, si riferisce a pensieri ed emozioni negative che risultano dal ritenersi parte di un gruppo discriminato e ai comportamenti che ne conseguono².

Ricerche e letteratura³ provano l'esistenza certa di esclusione sociale ed emarginazione nei confronti dei

tossicodipendenti e anche quanto le tre tipologie sopra descritte dello stigma siano interdipendenti e si influenzino l'un l'altra con modalità prevedibili e controllabili⁴. È dimostrato che lo stigma inizia a essere avvertito e anche agito quando le persone ricevono l'etichetta di tossicodipendenti⁵, particolarmente quando entrano a fare parte di un programma di recupero (o entrano nel sistema della giustizia per problemi legati alla tossicodipendenza) e la società ne è a conoscenza. Da qui nascono quindi le strategie di difesa o di *coping*, che sono da un lato la segretezza⁶, ovvero andare nei centri di riabilitazione di nascosto e non condividere la problematica con altri membri della società e dall'altro la negazione, ovvero, come si è visto, il non riconoscere e ammettere quando anche nella propria famiglia esistono problemi di droga.

L'esclusione sociale e la discriminazione aumentano e aggravano i sintomi depressivi e l'ansia⁷, che sono a loro volta cause scatenanti o aggravanti l'uso di sostanze stupefacenti; si crea quindi un circolo vizioso interiore e poi sociale difficile da spezzare.

L'INDAGINE

Obiettivo

Per verificare quanto i fattori precedentemente descritti giochino nella situazione delle persone tossicodipendenti, si è deciso di approfondire la tematica attraverso una rilevazione dati sistematica. L'occasione di tale approfondimento è certamente da ritrovarsi anche nel contatto con un programma di riabilitazione di persone tossicodipendenti gestito da Caritas Nepal in collaborazione con una piccola organizzazione locale, e sostenuto finanziariamente e metodologicamente da Caritas Italiana⁸. L'obiettivo della ricerca era quello di verificare il livello di stigma sociale verso le persone con problemi di tossicodipendenza o ex tossicodipendenti da parte della popolazione del Nepal.

Lo strumento di indagine

Lo strumento usato è un questionario prodotto dal Governo della Scozia per una ricerca dalle finalità analoghe condotta con la popolazione di quel Paese. L'adozione di questo strumento è stato deciso sia per l'efficacia dello stesso sia per poter così tentare un, ancorché semplicissimo, confronto con una realtà europea.

Il questionario è composto da:

- un primo gruppo di 25 domande relative all'atteggiamento nei confronti della tossicodipendenza;
- un secondo gruppo di 6 quesiti relativi all'accettabilità dell'uso di tipologie diverse di droghe;
- una scheda di raccolta di informazioni demografiche.

Traduzione

Il questionario, il cui originale è in inglese, è stato tradotto nella lingua locale, il nepali, e sottoposto a traduzione transculturale al fine di validare non solo le parole in esso contenute ma anche i significati simbolici che vi si associano.

Somministrazione

Lo strumento di indagine è stato somministrato per due vie:

- Diretta. Copie cartacee portate dagli intervistatori e consegnate con breve spiegazione agli intervistati, particolarmente nei territori montuosi o rurali. Le risposte sono state raccolte dagli intervistatori, sempre in forma anonima.
- Via telematica. Una copia del questionario è stata creata online e il link alla stessa è stato inviato da operatori sociali di organizzazioni partner particolarmente nell'area di Kathmandu. Le risposte sono state direttamente inviate dal rispondente alla piattaforma online, garantendo così il pieno anonimato.

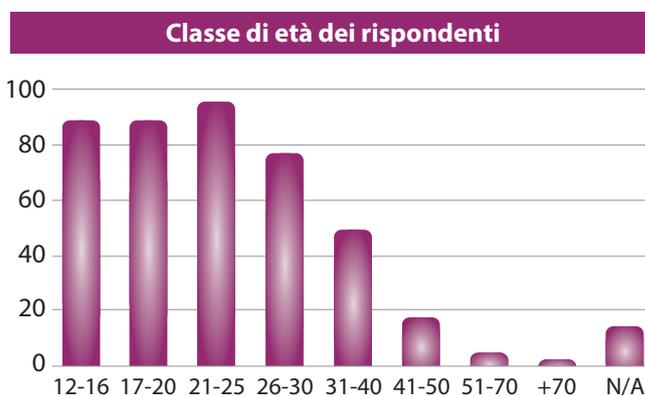
Profilo del campione

Sono stati consegnati 440 questionari cartacei e inviati 60 online. Di questi ne sono stati riconsegnati compilati 421 cartacei e 49 online, tra cui 421 cartacei e 41 online in nepalese e 8 soltanto in inglese, online. Su un totale complessivo di 500 questionari, ne sono tornati compilati 470, dei quali 437 con risposte valide per la ricerca e 33 non validi. Si è deciso di non limitare a uno specifico gruppo la somministrazione del test e lo stesso è stato consegnato alla popolazione senza distinzione di genere, età, provenienza geografica ed etnica o pregressa storia di dipendenza da sostanze.

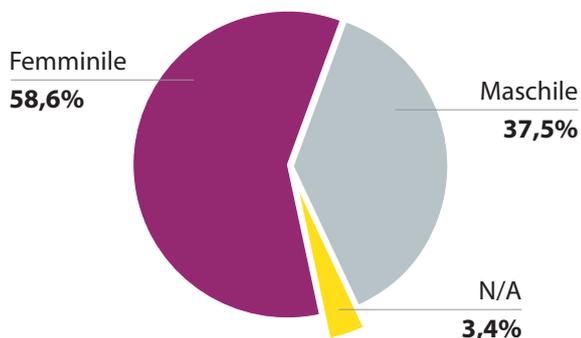
I DATI

Analisi demografica

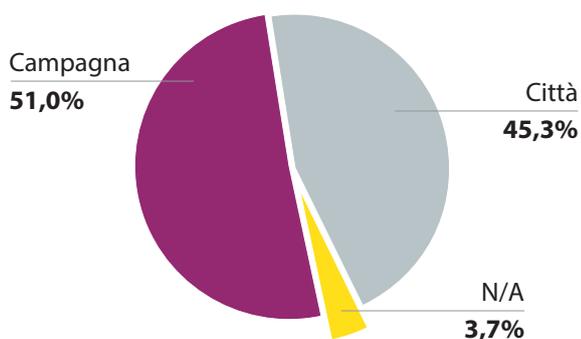
La maggior parte dei rispondenti alla ricerca sono donne, con una percentuale del 58,6% rispetto a quella maschile del 37,5%. Il campione è ripartito in modo equilibrato tra città e zone rurali, e presenta un profilo di istruzione relativamente elevato.



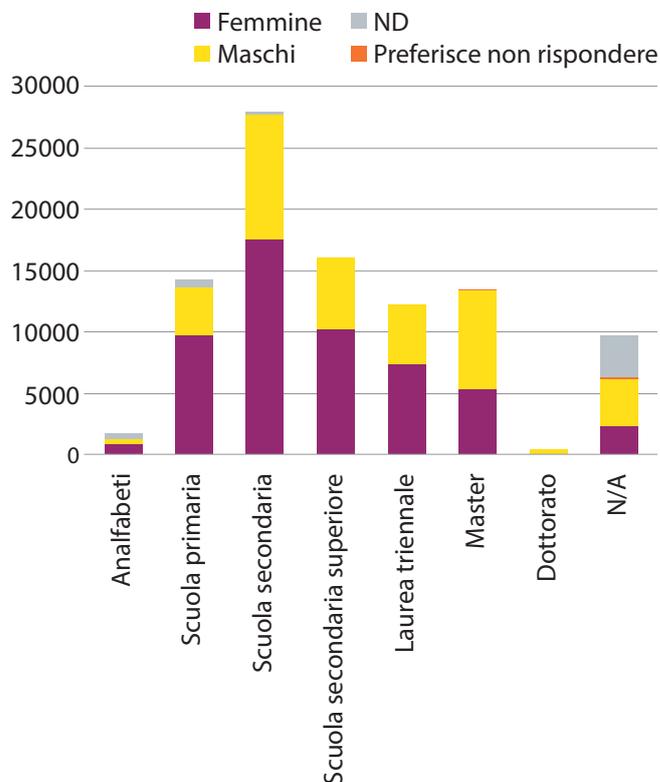
Genere



Provenienza



Livello di istruzione dei rispondenti per sesso



La percezione da parte della popolazione

La prima sezione di domande riguarda la percezione della popolazione rispetto alle persone con problemi di dipendenza cronica da sostanze, secondo diversi aspetti come da suddivisione dei gruppi.

INTOLLERANZA E RIFIUTO DELLE PERSONE CON PROBLEMI DI TOSSICODIPENDENZA. Le persone inter-

vistate sono state chiamate ad esprimere il loro grado di accordo/disaccordo su cinque frasi, che riguardano l'atteggiamento delle persone verso i tossicodipendenti e indicano la tendenza a ritenere che chi usa sostanze sia da considerarsi responsabile e colpevole della propria situazione.

Risposte degli intervistati in termini percentuali

| | Totalmente d'accordo | Parzialmente d'accordo | Né in accordo né disaccordo | Parzialmente in disaccordo | Totalmente in disaccordo | Non so |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------|
| Una delle maggiori cause di dipendenza dalle droghe è la mancanza di disciplina e di forza di volontà | 54,0 | 29,7 | 6,2 | 6,4 | 1,1 | 2,5 |
| Le persone tossicodipendenti hanno un qualcosa che fa subito capire che sono tossicodipendenti | 52,9 | 23,3 | 10,8 | 8,0 | 3,9 | 1,1 |
| Se i tossicodipendenti volessero davvero smettere potrebbero farlo | 49,7 | 23,6 | 8,7 | 9,4 | 3,0 | 5,7 |
| La spesa per la riabilitazione dei tossicodipendenti è uno spreco di fondi | 15,6 | 17,2 | 9,2 | 18,8 | 35,2 | 4,1 |
| I tossicodipendenti non meritano la nostra empatia | 12,8 | 15,8 | 14,6 | 12,4 | 41,9 | 2,5 |

Oltre il 50% degli intervistati ritiene che la tossicodipendenza sia dovuta alla responsabilità dell'individuo e particolarmente alla sua mancanza di volontà. E an-

cora praticamente il 50% ritiene che, se solo lo volessero, i tossicodipendenti potrebbero smettere di usare sostanze stupefacenti.

Le risposte sull'uso delle risorse segnalano una tendenza diversa: la maggioranza (non assoluta ma solo del 35%) ritiene che l'uso di fondi per la riabilitazione non sia uno spreco di risorse. E quasi il 42% sostiene che i tossicodipendenti meritino l'empatia, cosa che un po' contraddice le risposte relative alla responsabilità individuale ma conferma che nonostante si ritenga

la tossicodipendenza una sorta di colpa, la stessa meriti anche la vicinanza umana, la compassione.

COMPASSIONE E CURA VERSO LE PERSONE CON DIPENDENZA DA SOSTANZE. Questa serie di affermazioni, in contrasto con la prima, riguarda la presa in carico e la cura umana delle persone con dipendenza da sostanze. Ecco la sintesi delle risposte:

Risposte degli intervistati in termini percentuali

| | Totalmente d'accordo | Parzialmente d'accordo | Né in accordo né disaccordo | Parzialmente in disaccordo | Totalmente in disaccordo | Non so |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------|
| La dipendenza da sostanze è una malattia come qualsiasi altra patologia cronica | 38,2 | 27,7 | 10,8 | 8,2 | 9,2 | 5,9 |
| Le persone tossicodipendenti sono troppo spesso demonizzate dai mezzi di informazione | 34,8 | 29,5 | 16,7 | 7,1 | 5,3 | 6,6 |
| Abbiamo la responsabilità di fornire le migliori cure possibili alle persone tossicodipendenti | 71,2 | 21,1 | 4,1 | 1,4 | 1,6 | 0,7 |
| La tossicodipendenza è spesso causata da esperienze traumatiche quali abusi, povertà e lutti | 41,0 | 27,9 | 17,4 | 6,6 | 5,5 | 1,8 |
| Serve un atteggiamento molto più tollerante nella nostra società nei confronti delle persone con problemi di tossicodipendenza | 42,1 | 30,2 | 14,9 | 6,2 | 4,3 | 2,3 |
| Le persone con una storia di tossicodipendenza sono molto meno pericolose di quanto la gente pensi | 19,0 | 29,1 | 17,2 | 17,4 | 7,6 | 9,8 |

La maggior parte degli intervistati ha dimostrato accordo o totale o parziale verso le affermazioni di simpatia e cura nei riguardi dei tossicodipendenti e oltre il 38% di essi ritiene che la dipendenza da sostanze sia una malattia come tutte le altre malattie croniche. La differenza evidente sta nel fatto che pochissimi reputerebbero le persone malate di cancro o di una malattia degenerativa responsabili del proprio destino, mentre, come visto nel gruppo di affermazioni precedenti, pur riconoscendo l'aspetto patologico e cronico della dipendenza, ad essa si associa ugualmente una forte connotazione di "colpa".

Molto decisa la presa di posizione (72%) rispetto al

dovere di cura, laddove gli intervistati concordano nell'affermare che sia un dovere curare collettivamente i tossicodipendenti. Molto meno uniforme invece la risposta sulla loro pericolosità: i dati dimostrano che i tossicodipendenti sono visti come potenzialmente pericolosi per la società.

L'atteggiamento di simpatia e cura nei riguardi dei tossicodipendenti mostra un'articolazione diversa a seconda del luogo di residenza e del livello di educazione: in città è visibile una maggiore simpatia al crescere del livello di educazione, mentre tra i rispondenti che provengono dalle zone rurali, sembra esserci una tendenza opposta.

Risposte degli intervistati in termini percentuali (Percentuale di risposte "Totalmente d'accordo/Parzialmente d'accordo")

| | Totale di cui: | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|-------------------|------|
| | | in città | nelle aree rurali | ND |
| Serve un atteggiamento molto più tollerante nella nostra società nei confronti delle persone con problemi di tossicodipendenza | 72,3 | 32,5 | 37,6 | 2,2 |
| Livello educativo basso ⁹ | 63,7 | 15,9 | 47,8 | 0,0 |
| Livello educativo medio | 74,7 | 25,7 | 48,1 | 0,9 |
| Livello educativo alto | 75,0 | 57,2 | 17,7 | 0,0 |
| N/A | 64,7 | 17,6 | 23,5 | 23,5 |

PAURA ED ESCLUSIONE DELLE PERSONE CON UNA STORIA DI USO DI SOSTANZE. Il terzo gruppo di domande si concentra sulla paura legata alle persone

che usano o che hanno usato nel passato sostanze stupefacenti. La tabella sottostante raccoglie le risposte.

Risposte degli intervistati in termini percentuali

| | Totalmente d'accordo | Parzialmente d'accordo | Né in accordo né disaccordo | Parzialmente in disaccordo | Totalmente in disaccordo | Non so |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------|
| Non vorrei essere il vicino di casa di qualcuno che ha avuto una storia di tossicodipendenza | 16,7 | 14,4 | 10,8 | 17,8 | 35,7 | 4,6 |
| Le persone con storia di tossicodipendenza sono un problema per la società | 13,7 | 12,1 | 10,8 | 14,9 | 45,8 | 3,0 |
| Chiunque abbia una storia di dipendenza dovrebbe essere escluso da incarichi pubblici | 11,4 | 12,8 | 8,5 | 10,8 | 52,2 | 4,6 |
| Sarebbe da incoscienti iniziare una relazione affettiva con una persona che ha una storia di dipendenza da sostanze | 10,8 | 10,3 | 10,5 | 11,2 | 53,3 | 3,9 |
| I residenti delle zone in cui ci sono servizi di risposta alle tossicodipendenze non avrebbero nulla da temere dagli utenti che vengono a ricevere il servizio | 40,7 | 31,8 | 10,3 | 10,3 | 5,0 | 3,9 |
| Molte delle persone che erano tossicodipendenti possono essere assunte con fiducia come baby sitter | 14,0 | 19,9 | 19,9 | 12,8 | 21,1 | 12,4 |

I dati dimostrano che, in linea con quanto indicato nell'insieme precedente di affermazioni, gli intervistati non hanno paura delle persone tossicodipendenti. La maggior parte di essi riterrebbe accettabile iniziare una relazione affettiva con un ex tossicodipendente, così come sarebbe d'accordo nell'averne uno come vicino di casa e quasi il 50% dei rispondenti ritiene che le persone con dipendenza cronica da sostanze stupefacenti non siano un problema per la società. Aumenta però la paura se il servizio di cura si trova in una zona residenziale e la sfiducia nell'affidare i bambini ad un/a baby sitter ex tossicodipendente.

Rispetto al profilo di accettabilità sociale della dipendenza da droghe, in alcune domande emerge un atteggiamento diverso in base al luogo di residenza: ad esempio rispetto all'ipotesi di escludere coloro che hanno una storia di dipendenza dagli incarichi pubblici, le persone si trovano nettamente in disaccordo con l'aumentare del livello di educazione, ma con una tendenza molto evidente in città, mentre nelle risposte di coloro che vivono in zone rurali si vede un andamento più stabile e addirittura una diminuzione del disaccordo con l'aumentare del livello di educazione.

Risposte degli intervistati in termini percentuali (Percentuale di risposte "Parzialmente in disaccordo/Totalmente in disaccordo")

| | Totale di cui: | | | ND |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|-------------------|------|
| | | in città | nelle aree rurali | |
| Chiunque abbia una storia di dipendenza dovrebbe essere escluso da incarichi pubblici | 63,0 | 31,4 | 27,9 | 3,7 |
| Livello educativo basso | 44,9 | 8,7 | 31,8 | 4,3 |
| Livello educativo medio | 62,3 | 24,7 | 37,1 | 0,4 |
| Livello educativo alto | 73,3 | 61,2 | 12,1 | 0,0 |
| N/A | 61,7 | 11,7 | 17,6 | 32,3 |

| Risposte degli intervistati in termini percentuali | Totalmente d'accordo | Parzialmente d'accordo | Né in accordo né disaccordo | Parzialmente in disaccordo | Totalmente in disaccordo | Non so |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------|
| In teoria chiunque può diventare tossicodipendente | 52,4 | 21,7 | 7,8 | 7,3 | 8,0 | 2,7 |
| È importante per le persone che hanno intrapreso un percorso di recupero dalla tossicodipendenza, essere parte della comunità | 60,4 | 18,8 | 6,9 | 5,7 | 4,1 | 4,3 |
| I tossicodipendenti in fase di recupero dovrebbero avere gli stessi diritti di accesso al lavoro delle altre persone | 49,2 | 21,1 | 11,0 | 3,9 | 5,0 | 9,8 |
| Le persone tossicodipendenti sono cattive persone | 33,4 | 27,0 | 20,4 | 10,5 | 7,8 | 0,9 |

Nonostante il senso di responsabilità individuale e una moderata dose di paura, è abbastanza marcata la convinzione della necessità di integrare i tossicodipendenti nella società e il fare sentire gli stessi parte a pieno titolo della comunità. Oltre la metà degli intervistati ritiene che tutti potrebbero diventare tossicodipendenti ma anche una importante maggioran-

za, oltre il 33%, che le persone con problemi legati all'abuso di sostanze siano persone cattive.

Anche in questo caso è visibile una tendenza accogliente nei riguardi dei tossicodipendenti che cresce con l'aumento del livello di istruzione in città, mentre si evidenzia in modo ancora più chiaro una tendenza opposta da parte di chi proviene nelle zone rurali.

| Risposte degli intervistati in termini percentuali (Percentuale di risposte "Totalmente d'accordo/ Parzialmente d'accordo") | Totale | di cui: | | ND |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|-------------------|------|
| | | in città | nelle aree rurali | |
| È importante per le persone che hanno intrapreso un percorso di recupero dalla tossicodipendenza, essere parte della comunità | 79,2 | 35,4 | 40,4 | 3,4 |
| Livello educativo basso | 68,1 | 10,1 | 55,0 | 2,9 |
| Livello educativo medio | 79,0 | 28,1 | 50,0 | 0,9 |
| Livello educativo alto | 83,0 | 66,1 | 16,9 | 0,0 |
| N/A | 85,2 | 17,6 | 35,2 | 32,3 |

Questa tendenza, esemplificata nella tabella che precede (e in due altri esempi riportati nelle pagine precedenti), sembra abbastanza consolidata nell'insieme delle domande poste al campione. È difficile dare una spiegazione a questo tipo di risultato: un'ipotesi che si può fare, è che il livello educativo elevato corrisponda, soprattutto in area rurale, a una posizione sociale (castale) elevata; e che questa posizione sociale

si accoppi a una visione "giudicante" e non inclusiva di coloro che presentano problemi di tossicodipendenza.

Il livello educativo elevato in città è invece proprio di una situazione sociale più dinamica e meno legata alla rigidità delle strutture sociali tradizionali: più incline, dunque, a un atteggiamento più accogliente e flessibile. Tale interpretazione richiederebbe tuttavia un approfondimento più specifico.



IL RECUPERO DALLA TOSSICODIPENDENZA. Il gruppo relativo al recupero analizza le convinzioni

delle persone in termini di raibilitazione e possibili successi della stessa, attraverso le seguenti domande:

Risposte degli intervistati in termini percentuali

| | Totalmente d'accordo | Parzialmente d'accordo | Né in accordo né disaccordo | Parzialmente in disaccordo | Totalmente in disaccordo | Non so |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------|
| Le persone non potranno mai guarire del tutto dalla tossicodipendenza | 7,8 | 14,0 | 14,0 | 15,3 | 41,9 | 7,1 |
| Le persone in terapia sostitutiva (ad esempio con metadone) che non assumono più sostanze illegali, possono considerarsi guarite | 13,0 | 14,0 | 16,7 | 9,6 | 9,8 | 36,8 |

Mentre una buona maggioranza ritiene che si possa guarire definitivamente dalla dipendenza da sostanze, pochi ritengono che l'uso del metadone indichi il successo della terapia con una maggioranza, anche se con intensità diverse, in disaccordo con l'affermazione.

ATTEGGIAMENTO NEI CONFRONTI DEI FAMILIARI DEI TOSSICODIPENDENTI. L'ultimo gruppo del primo blocco di affermazioni riguarda la percezione della popolazione in relazione ai familiari dei tossicodipendenti. Ecco le risposte degli intervistati:

Risposte degli intervistati in termini percentuali

| | Totalmente d'accordo | Parzialmente d'accordo | Né in accordo né disaccordo | Parzialmente in disaccordo | Totalmente in disaccordo | Non so |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------|
| I genitori sarebbero degli incoscienti a lasciare giocare i propri figli con quelli di chi ha una storia di tossicodipendenza | 15,1 | 15,8 | 10,1 | 18,1 | 31,8 | 9,2 |
| Molte persone non sarebbero diventate tossicodipendenti se avessero avuto dei bravi genitori | 30,0 | 27,2 | 11,7 | 11,2 | 15,8 | 4,1 |

Una parte della popolazione (31,8%) ritiene che impedire ai propri figli di giocare con quelli di persone tossicodipendenti sia una cosa sbagliata ma praticamente lo stesso numero di persone (30,9%) ritiene che lasciar giocare i due gruppi di bambini sarebbe incosciente. Ancora una volta la grande maggioranza delle persone (57,2%) ritiene che la responsabilità della dipendenza da sostanze derivi da un cattivo accudimento genitoriale

nella famiglia di origine del tossicodipendente.

Accettabilità sociale del consumo di sostanze

Il secondo insieme di domande è relativo all'accettazione della popolazione rispetto all'uso di sostanze stupefacenti. In una scala da 1 a 9, dove 1 sta per "del tutto accettabile", 9 per "per niente accettabile" e "non so", quanto siete d'accordo nell'uso di:

Risposte degli intervistati in termini percentuali

| Tipo di sostanza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Non so |
|----------------------------------------------------------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|--------|
| Sostanze ricreative (ecstasy e affini) durante i weekend | 16,9 | 10,8 | 1,6 | 0,2 | 3,7 | 1,8 | 1,4 | 5 | 39,1 | 19,5 |
| Eroina quotidianamente per sei mesi | 1,1 | 0 | 0,2 | 0 | 0,5 | 0,2 | 1,8 | 3,2 | 74,4 | 18,5 |
| Fumare cannabis qualche volta alla settimana | 2,1 | 0,7 | 0,9 | 0 | 0,7 | 1,1 | 1,4 | 4,1 | 70,3 | 18,8 |
| Eroina quotidianamente per più di dieci anni | 1,1 | 0 | 0 | 0 | 0,5 | 0,5 | 0,9 | 4,6 | 73,7 | 18,8 |
| Metadone per più di dieci anni | 3,7 | 0 | 0 | 0,2 | 0,5 | 0,5 | 1,4 | 4,3 | 66,1 | 23,3 |
| Cocaina quotidianamente | 0,9 | 0 | 0 | 0 | 0,2 | 0 | 0,5 | 3,4 | 74,8 | 20,1 |

La tabella dimostra come la maggior parte degli intervistati sia sempre contraria all'uso di qualsiasi tipo di sostanza stupefacente anche se con variazioni specifiche. Interessante notare che anche il metadone viene percepito come una droga uguale alle altre. Ciò

fotografa la realtà nepalese, dove le terapie sostitutive sono poco diffuse e il metadone rimane spesso sconosciuto anche ai tossicodipendenti stessi. L'unica controtenenza è data dalle sostanze ricreative o "da sballo" che sono ben accettate da circa il 30% degli intervistati.

5. Testimonianze

CADERE E TROVARE LA FORZA DI RIALZARSI

«Pausa sigaretta!», urla con voce tonante il responsabile di turno della settimana appena iniziata. È un tiepido pomeriggio di fine inverno e Narayan si siede nell'unico angolo soleggiato del giardino che circonda la comunità di riabilitazione nella quale vive da qualche mese. In silenzio, mi siedo accanto a lui sul prato ben curato.

La sessione di yoga è appena terminata e tra pochi minuti inizierà quella di agopuntura. Prima di rientrare nel piccolo e umido edificio, Narayan preferisce godersi gli ultimi raggi di sole della giornata. Lentamente, estrae dalla tasca una sigaretta, la seconda che può concedersi in questa giornata. Tenta di accenderla per un po' di volte ma l'accendino sembra non volergli dare la soddisfazione di assaporare l'agognata pausa. Finalmente aspira una profonda boccata. Lo osservo: insieme al fumo sembra voglia espellere il grigiume della vita passata sulla strada e nei vicoli più bui di Kathmandu. Quella vita che sta provando a lasciarsi alle spalle per iniziarne un'altra, migliore.

Era un adolescente di 15, forse 16 anni quando il gruppo di amici del quartiere di Sanepa lo convinsero a iniettarsi dell'eroina. Un po' la curiosità, un po' l'eccitazione all'idea di provare qualcosa di diverso, un po' il desiderio di integrarsi nel gruppo, e Narayan è rimasto per quindici anni schiavo della droga. Ha smesso di studiare troppo presto e gli ultimi anni della sua vita sono stati un susseguirsi di strada, carcere e comunità.

«Una volta che l'ago è in vena, un'euforia incontrollabile ti pervade e non riesci più a rinunciarci. Il desiderio è troppo forte e hai bisogno di farti ovunque. Non importa dove tu sia, cosa stia facendo, chi sia intorno a te. Per quei pochi attimi di euforia, la mia vita è un'agonia e il resto lo vedi da te», mi dice, riferendosi alla paralisi che gli impedisce di camminare propriamente. Narayan viveva di spaccio: comprava l'eroina proveniente dall'India attraverso il confine meridionale. Acquistava un ago per 180 rupie (poco più di un euro) e lo rivendeva a 1500 rupie (circa 12 euro), traendo grossi profitti che reinvestiva nel comprarsi le dosi.

La sera in cui, 8 mesi fa, è stato arrestato dalla polizia, dopo che un suo cliente lo aveva tradito come vendetta per non avergli procurato la droga come pattuito, la sua vita è cambiata. La polizia della stazione di Jawalakhel lo ha segnalato a Salvation Nepal, un'organizzazione che si occupa della riabilitazione dei tossicodipendenti.

A Salvation Nepal, la vita scorre scandita dalle regole di comunità, le sessioni di yoga e meditazione, le



terapie e la celebrazione di tutte le ricorrenze, al fine di (ri)scoprire la bellezza del vivere una vita reale, vera, non annebbiata dalle droghe. Narayan, insieme ai 14 compagni inseriti in questo programma, con coraggio affronta il lungo e difficile percorso della riabilitazione, con la voglia di lasciarsi il passato alle spalle e riconquistare la fiducia di familiari e amici, persa tanti anni fa.

IL RIFUGIO ILLUSORIO

Un gruppo di ragazzine dalle lunghe trecce nere scendeva la collina arida, nel cuore di Lalitpur, di ritorno da scuola nelle uniformi blu sguaiate, gli appunti dell'ultima lezione sottobraccio e le scarpe scure che sollevavano nuvolette di polvere a ogni passo. Archana sgranocchiava distrattamente la sua merenda, pensando a quanto avrebbe preferito andare altrove, piuttosto che rientrare a casa. Lì l'avrebbero attesa il padre, alcolizzato e disoccupato, e suo fratello minore. Indra, il maggiore, era scappato e nessuno sapeva dove fosse. La mamma era la fonte di sostentamento della famiglia ma si trovava in India, a lavorare come infermiera. Un'ondata di malinconia la pervase.

Per quanto avrebbe dovuto sopportare i commenti maligni dei vicini, le derisioni degli amici e gli sguardi accusatori dei suoi stessi familiari per avere un padre e un fratello così? Sentiva forte l'impulso di scappare e raggiungere Indra e, a volte, desiderava scomparire nel nulla. Ultimamente nella sua testa frullavano solo pensieri negativi, si sentiva depressa e svogliata e l'idea della morte non le faceva paura. Mille volte meglio farla finita, piuttosto che vedere il padre riverso a terra incosciente con la bottiglia di alcol ancora in mano ed essere discriminata dalla sua stessa comunità. Detestava lo zio dal quale viveva e la zia che spesso la lasciava digiuna. Per fortuna c'era ancora la nonna in casa che le finanziava gli studi.

L'unico che pareva tenesse a lei era Rajesh, il ragazzo ribelle del villaggio. Lui sembrava capirla e la ascoltava. Era premuroso, a modo suo, e le faceva scoprire cose nuove ogni giorno. Con lui Archana si sen-

tiva protetta e la curiosità verso il proibito prendeva il sopravvento quando si incontravano. Rajesh aveva sempre qualche sigaretta che fumavano insieme dietro a un grosso masso che si affacciava sulla valle. Da lì si vedeva tutta Kathmandu. La sensazione più bella era quella che le lasciava la marijuana e Rajesh ne aveva sempre di ottima qualità. Si sentiva leggera, la mente si liberava e i muscoli si rilassavano. Ci aveva preso gusto e quell'appuntamento pomeridiano era il momento più atteso della giornata. Le piaceva essere "assente", vivere nel suo mondo rallentato nel quale tutto il resto scompariva.

Le giornate trascorse con Rajesh erano una scoperta continua, un'esperienza nuova ogni giorno. Tutto il resto era insignificante e piatto. La routine in casa era sempre la stessa: sveglia all'alba, preparare il tè per tutti, dare da mangiare alle due bufale, pulire la casa e preparare del *bhat* (piatto tipico a base di riso e lenticchie) prima di incamminarsi verso la scuola che distava un'ora di cammino.

Un giorno Rajesh si era presentato con un sacchetto pieno di pastiglie colorate, un altro con il *raski* (liquore locale). Un altro ancora con una soluzione liquida e delle siringhe. Archana trascorreva le sue giornate facendosi, anche a casa, di nascosto, nonostante la sua famiglia conoscesse il segreto che lei aveva cercato di nascondere.

Aveva lasciato gli studi e, a 18 anni, già dipendeva totalmente dalle droghe che si procurava tramite un amico di Rajesh. Aveva persino deciso di rendersi indipendente economicamente, così un paio di volte al mese comprava la droga e la rivendeva, per potersi procurare la dose per sé. Per sette anni aveva fatto questa vita, cercando di smettere. Una volta scoperto di aver contratto l'epatite, decise di andare in cura in una comunità di riabilitazione. Dopo 11 mesi di riabilitazione ritornò a casa ma la fame di droga non era scomparsa e così, insieme a Rajesh, cedette alla tentazione di iniettarsi dell'antidolorifico. In seguito, avrebbe conosciuto la dipendenza da metadone, il carcere e la disperazione del dover rubare gioielli di famiglia e di prostituirsi per comprare le sostanze da iniettarsi o ingerire.

Quando il corpo dolorante le impose una tregua, finalmente trovò la forza di intraprendere nuovamente il percorso di riabilitazione. Lì conobbe l'attuale marito, anche lui ex tossicodipendente. Da quattro anni, Archana non fuma nemmeno una sigaretta. Ha imparato tanto da questa lunga esperienza di dipendenza ma ora è orgogliosa di se stessa, consapevole di essere stata più forte della droga. Non è una vita facile, la sua, ancora oggi: soffre d'ansia, ha tanti rimpianti per le occasioni perse ma vuole essere un modello per i giovani che la droga ha reso schiavi e aiutarli a trovare una via d'uscita.

UNA NONNA FUORI DAL COMUNE

A Galchi, un piccolo villaggio del distretto di Dhadhing, a ovest di Kathmandu, vive una vecchietta che da oltre 40 anni gestisce un florido mercato... di marijuana. Nel villaggio e nei dintorni, è conosciuta come Rama Ama (*mamma Rama*): è una donna piccola e minuta, con due fessure al posto degli occhi attraverso i quali scruta il mondo. Indossa sempre una *saree* rossa con una camicetta, il tipico indumento delle donne anziane nepalesi. Al contrario di tante, non indossa alcun gioiello.

È vedova da quando era giovane e i due figli sono emigrati per cercare lavoro. Da quando è rimasta sola, gestisce un piccolo baracchino dove i passanti si ristorano sorseggiando il tipico *masala tea* e fumando le sigarette che Rama Ama vende sfuse. Ogni tanto, qualcuno ordina del riso battuto da accompagnare a delle patate piccanti o a della carne di bufalo marinata. Sembrerebbe un ordinario *khaja ghar*, un luogo per rifocillarsi ma nel piccolo chiosco vicino all'autostrada che divide orizzontalmente il Nepal, la nonnina non serve solo tè e snack. Rama Ama, infatti, è conosciuta per vendere marijuana di qualità, la famosa "Highway Ganja", che prende il nome dalla vicinanza all'autostrada e dal fatto che venga coltivata ad alta quota e, per questo, considerata più pregiata.

Rama Ama nasconde l'erba nel retro della casupola e il chiosco diventa teatro di lunghe contrattazioni con i clienti abituali che si lamentano del prezzo troppo elevato. Per 250 grammi, Ama chiede 1000 rupie (circa 8 euro). Lei ribatte energicamente e si giustifica dicendo che ci vuole tanto lavoro a raccogliarla e che la polizia è ovunque. Anche il rischio è inserito nel prezzo.

Pravir è un cliente di vecchia data, sulla trentina, che lavora a Gorkha come cameriere in un hotel e, ogni qualvolta passa davanti al chiosco di Rama Ama, ne approfitta per acquistare un mazzetto di marijuana da fumare da solo o in compagnia. «In Nepal, la marijuana è illegale ma molto diffusa, anche tra i ragazzi», dice Pravir. «La pianta cresce spontanea in molte zone e persino gli anziani la fumano frequentemente nei villaggi. Inoltre, viene utilizzata come pianta medicinale quando il bestiame è indisposto e mischiata al foraggio col quale si alimentano le bufale o le capre». «Per me, è un modo per rilassarmi a fine giornata – continua Pravir –, la sera, mi siedo sotto il portico e ascolto il silenzio attorno a me. La mente è vuota e osservo ciò che mi circonda. Non fumo per dipendenza ma per il piacevole effetto che mi provoca mezzo spinello. Ne fumo uno in due giorni e mi rilasso totalmente».

Per Pravir è tempo di andare. Estrae una banconota da 50 rupie, paga il tè e due sigarette e, dopo aver salutato con un gentile *Namaste*, si avvia lentamente alla moto impolverata parcheggiata sul ciglio della strada.

6. Gli interventi Caritas/Chiesa in Nepal

La Chiesa nepalese è attiva nella ricerca di soluzioni alla problematica della droga, soprattutto perché la stessa, particolarmente in Nepal, intercetta spesso una fascia di popolazione che sta ai margini della società. E sicuramente, dopo l'entrata nella patologia della tossicodipendenza e nei vari tentativi di recupero, le persone finiscono nell'emarginazione. Con il sostegno del vescovo di Kathmandu e quindi di tutta la Chiesa nepalese, due fratelli usciti dal tunnel della dipendenza hanno fondato un'associazione nel 2014 che si occupa del recupero dei tossicodipendenti e della cura sociale delle persone malate di HIV.

La metodologia usata nella comunità di Salvation Nepal – questo il nome dell'associazione – unisce alcuni elementi dell'approccio della comunità terapeutica ai valori spirituali del perdono, dell'amore e della fede. Per meglio supportare questa realtà, che rappresenta un unicum sul territorio – almeno nella modalità così proposta – ma che incontra quotidianamente sfide importanti in termini di relazione con il territorio, di grado di successo della disintossicazione, di reinserimento sociale e di sostenibilità socio-economica, il vicariato apostolico ha chiesto a Caritas Nepal di seguire più da vicino lo sviluppo di competenze specifiche dello staff e la gestione della struttura, che pur restando indipendente può contare sul supporto di una organizzazione più esperta e ramificata.

Caritas Nepal collabora attivamente alle attività di Salvation Nepal con sostegno economico ma anche tecnico da parte di Caritas Italiana, che ha infatti deciso di supportare per tre anni la crescita professionale della struttura non solo economicamente ma con l'invio di uno specialista di riabilitazione delle tossicodipendenze a cadenza fissa. Caritas Nepal, inoltre, grazie soprattutto alla qualità aggiunta apportata dal massiccio intervento di ricostruzione e riabilitazione post-terremoto, segue una politica di lotta all'esclusione sociale. Il suo settore definito di *protection* assicura che in tutti i programmi siano accolte e raggiunte le persone con maggior difficoltà di inserimento, siano esse anziani, diversamente abili, donne sole, malati psichiatrici, alcolisti o tossicodipendenti.

Le difficoltà di accettazione delle persone dipendenti da sostanze sono trasversalmente diffuse nella società nepalese; non sorprende dunque che anche nella Chiesa del Nepal siano necessari un cammino e una maturazione su questi temi. I programmi sopra descritti e gli approcci che Caritas Nepal, e anche altre espressioni della Chiesa, hanno scelto, aiutano lo staff a ripensare il proprio modo di intervenire e di relazionarsi con i malati



di dipendenza. Ciò influisce molto sul risultato dei programmi stessi e un'intensificarsi del processo di consapevolezza degli operatori sociali, anche all'interno di organismi ecclesiali, è una *conditio sine qua non* per il successo della riabilitazione e del reinserimento sociale.

Il percorso è quello di superare una considerazione delle persone con problemi di droga solo in termini di ricettori di interventi caritativi da aiutare con stile paternalistico/giudicante: atteggiamento che, è già stato dimostrato anche sul campo, porta solo al peggioramento delle condizioni, acuirsi della patologia e aumento dell'esclusione sociale.

I cambiamenti culturali e di mentalità, si sa, sono molto complicati: per questa ragione il processo cominciato attraverso il supporto a un programma di dimensioni relativamente piccole è solo il primo passo verso un'integrazione dei malati di tossicodipendenza e soprattutto verso l'accoglienza degli stessi a pieno titolo nella società in senso lato e nei gruppi a ispirazione cattolica, nello specifico.

| Interventi di Caritas Italiana in Nepal Programma di ricostruzione post-terremoto | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|
| Settori di intervento | Montanti allocati | % |
| Aiuto di urgenza | 352.590,91 | 4,8 |
| Attività supporto settore educazione | 1.355.425,51 | 18,6 |
| Attività supporto settore sanità/acqua | 481.200,00 | 6,6 |
| Costruzione/ricostruzione (case/altri edifici di int. pubblico) | 1.972.225,28 | 27,1 |
| Sviluppo economico e sociale | 1.676.319,00 | 23,0 |
| Prevenzione dei disastri | 271.546,00 | 3,7 |
| Sensibilizzazione/animazione | 167.300,00 | 2,3 |
| Sviluppo delle capacità delle strutture locali | 200.000,00 | 2,7 |
| Altri progetti sociali | 505.255,00 | 6,9 |
| Accompagnamento Chiese sorelle | 159.170,67 | 2,2 |
| Costi gestione e coordinamento | 139.758,99 | 1,9 |
| TOTALE | 7.280.791,36 | 100,0 |

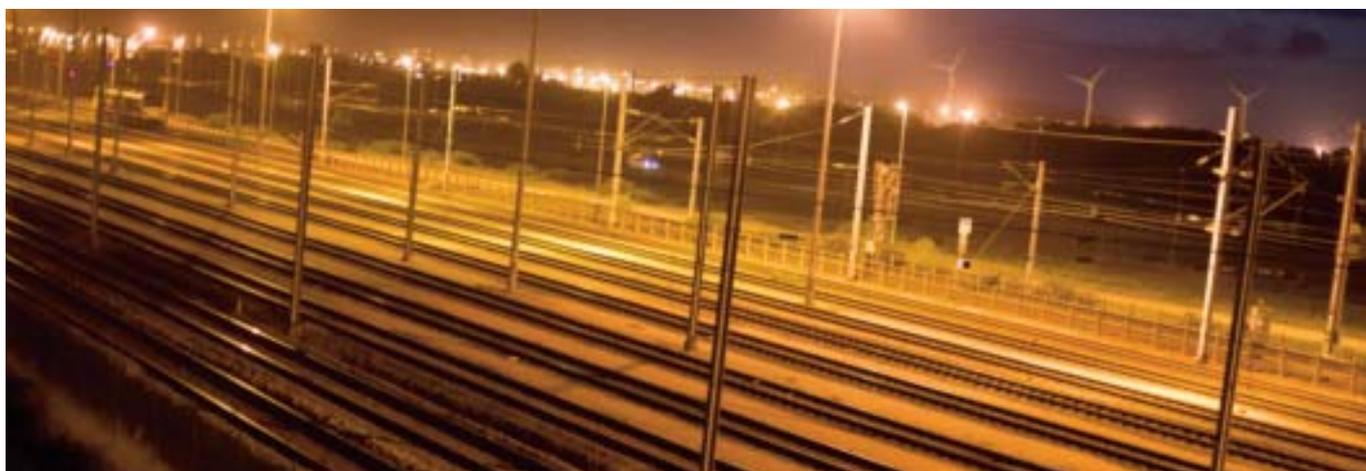
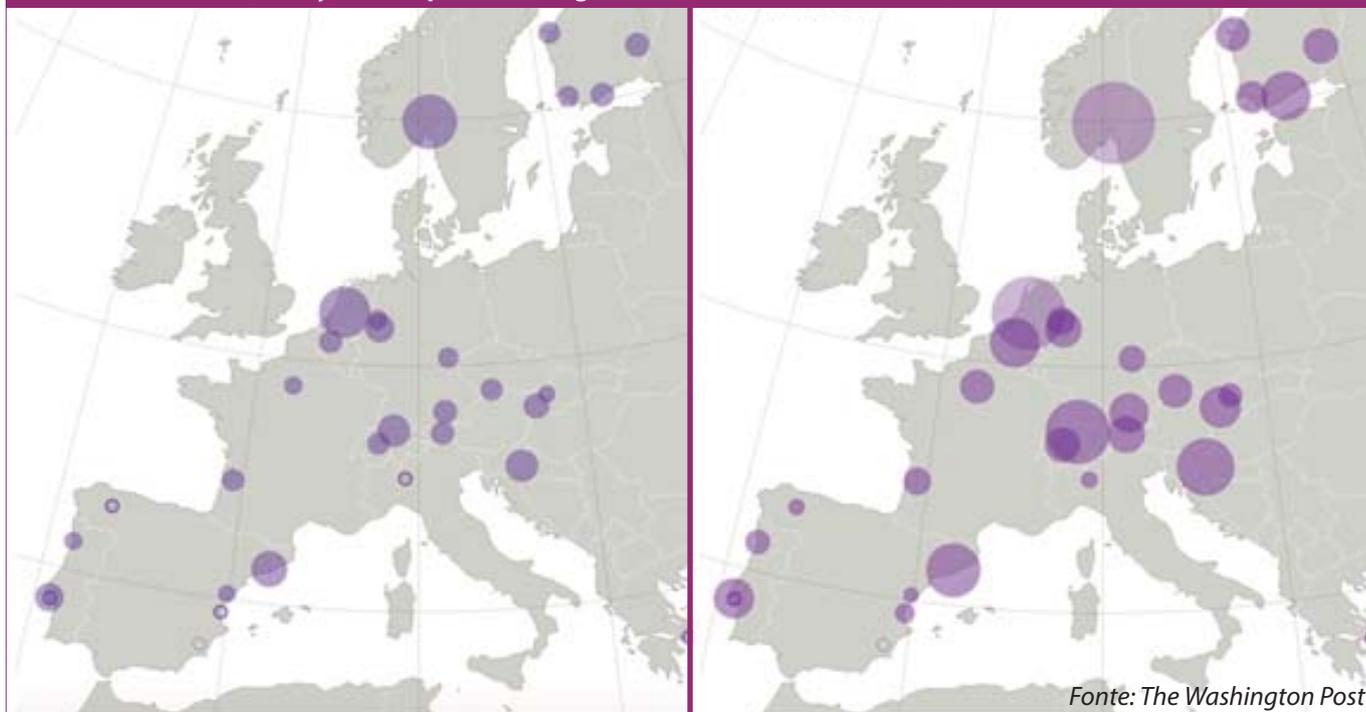
7. La situazione in Europa

L'Europa, insieme al Nord America, è uno dei territori in cui la domanda di sostanze stupefacenti è più elevata, particolarmente per le droghe cosiddette classiche – ovvero oppiacei e cocaina –, pur essendo anche il consumo di sostanze sintetiche in aumento. Secondo indagini condotte nel vecchio continente dal 2010 al 2017 in diverse città e pubblicato dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze¹, il consumo di droga presenta distribuzioni diverse e ben caratterizzate a seconda del Paese e della città. Così, ad esempio, le anfetamine sono consumate maggiormente nelle città del Nord e Nord-Est Europa, mentre le metanfetamine che storicamente erano usate maggiormente in Cechia e Slovacchia ora



appaiono essere in aumento anche a Cipro, nella Germania dell'Est e nel Nord Europa. La maggior quantità di ecstasy (MDMA) è stata rinvenuta nelle acque di scarico delle città del Belgio, della Germania e dei Paesi Bassi.

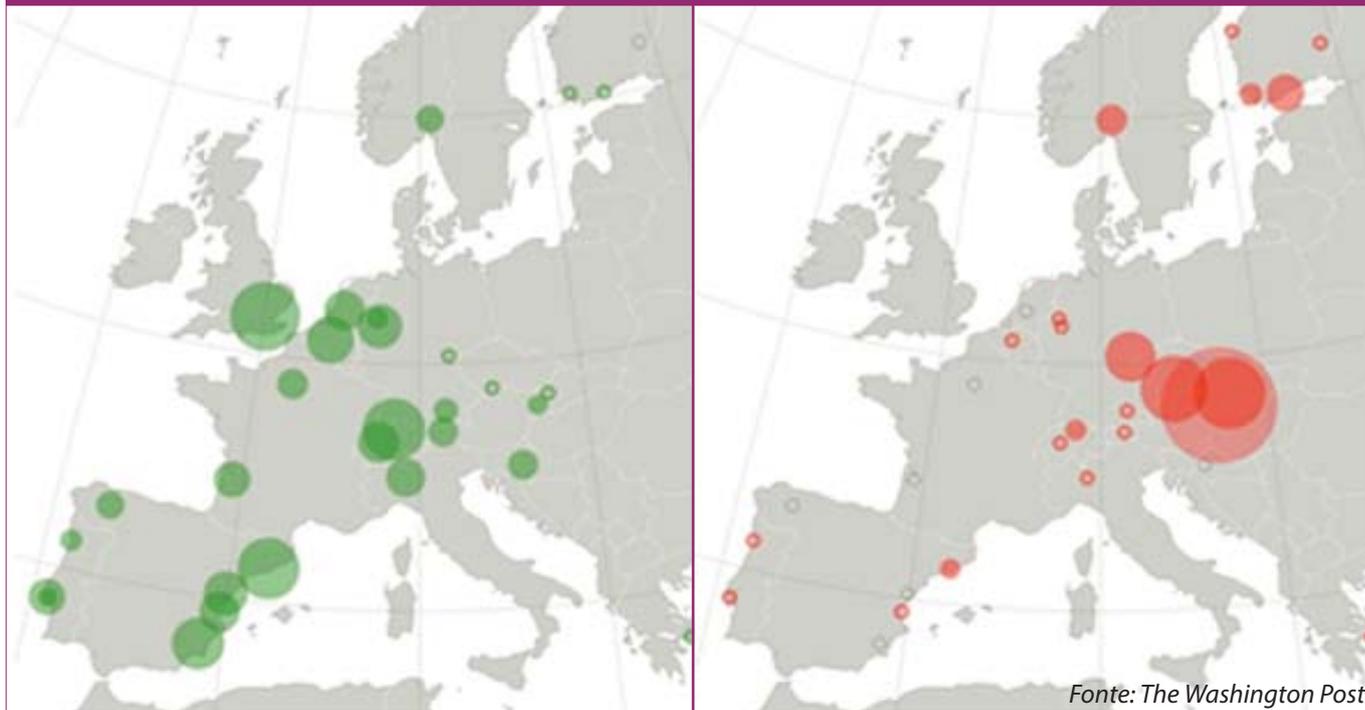
Consumo di MDMA (ecstasy) in Europa durante i giorni infrasettimanali (a sinistra) e durante i fine settimana (a destra)



Lo studio dimostra che la cocaina ha avuto una tendenza di consumo stabile per il periodo dal 2010 al 2015 ma con un aumento significativo nel 2016, poi

confermato con i dati del 2017: ciò fa ragionevolmente ritenere che la tendenza sia stabile e di medio periodo.

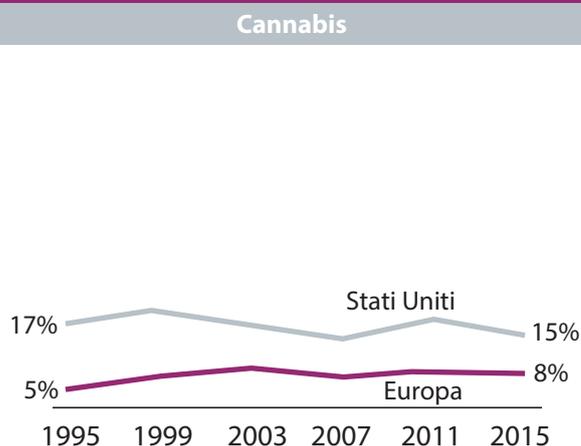
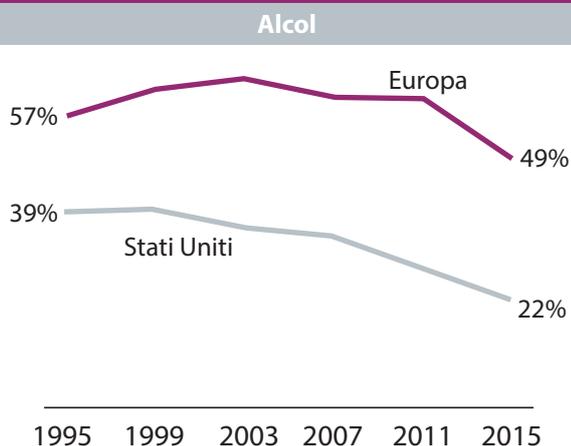
Consumo di cocaina (a sinistra) e di metanfetamine (a destra) in Europa



Il consumo di cannabis, che pure è molto diffuso, occupa uno spazio particolare perchè tra i 28 Stati membri le politiche relative a questa sostanza variano di molto e i dati sono conseguentemente non paragonabili. Si conferma comunque la tendenza degli ultimi cinque anni di un uso in aumento della cannabis e di una produzione interna sempre maggiore associata a immissione sul mercato di prodotti accessori e innovativi legati alla cannabis (si pensi a vaporizzatori, liquidi per sigarette, ecc.).

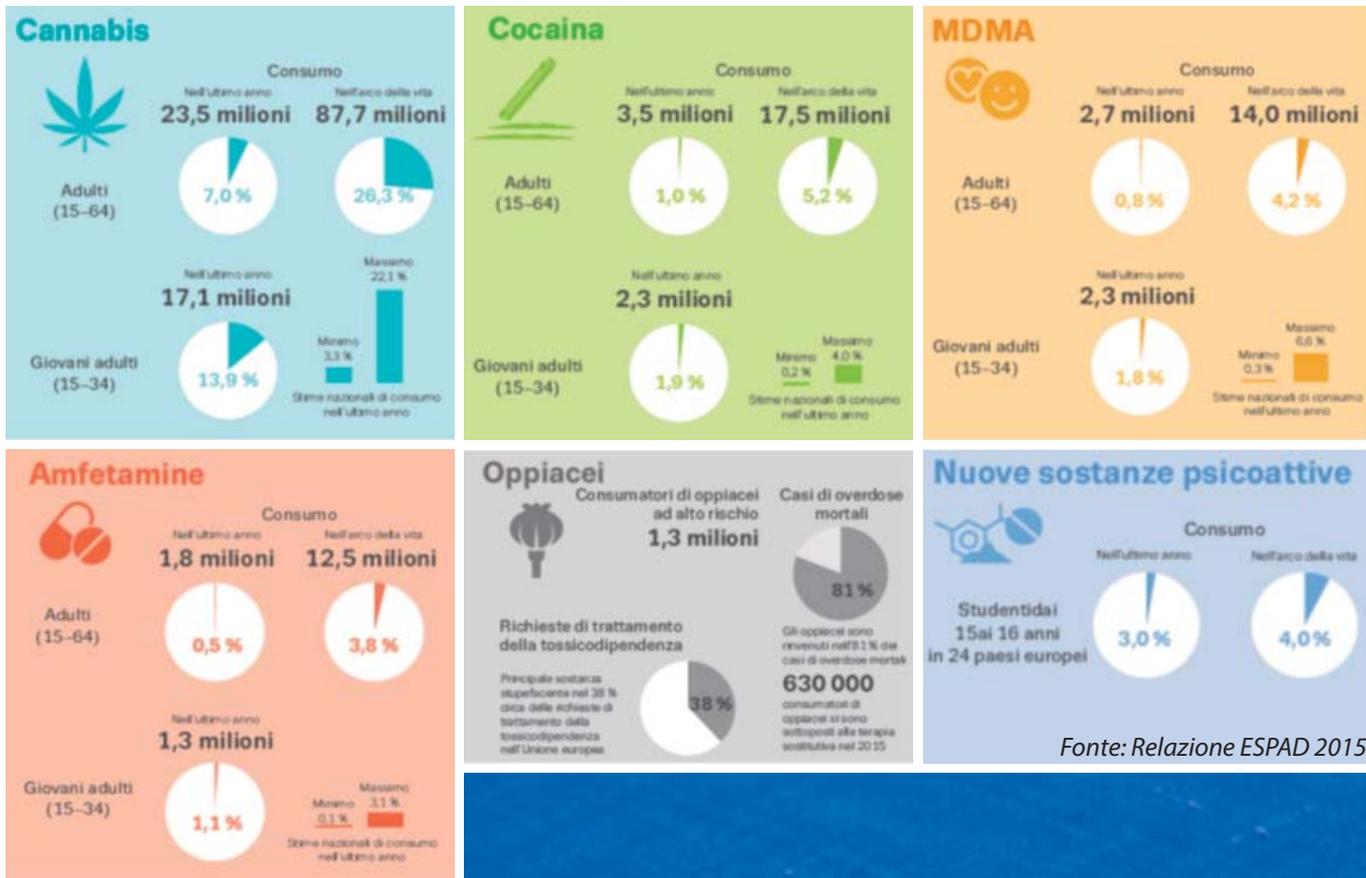
Anche l'alcol, che pure non è considerata una sostanza illegale in Europa, si mantiene su livelli molto elevati di consumo, seppure con una tendenza importante di flessione negli ultimi anni. Proprio l'alcol consegna all'Europa un primato rispetto agli Stati Uniti, altro territorio di forte consumo di sostanze stupefacenti, mentre gli USA superano il vecchio continente per quanto concerne il consumo di cannabis².

Tendenze del consumo di sostanze tra studenti



Tendenze del consumo di sostanze nell'ultimo mese tra studenti di 15 e 16 anni in Europa e negli Stati Uniti. Le medie europee (non ponderate) si basano sui dati forniti da 21 Paesi della UE e dalla Norvegia (fonte: ESPAD); le medie statunitensi si basano su campioni di studenti della decima classe (fonte: Monitoring The Future)

Consumo di sostanze stupefacenti in Europa



Fonte: Relazione ESPAD 2015



8. La situazione in Italia

La relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia del 2017, redatta dal Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, fotografa precisamente la situazione del consumo di sostanze stupefacenti nel nostro Paese.

E da questa fotografia emerge¹ che il 33% della popolazione fra i 15 e i 64 anni nel corso della propria vita ha provato almeno una sostanza psicoattiva illegale. Il dato aumenta fino al 44% se si osserva la popolazione giovanile fra i 15 e i 34 anni. La cannabis è la sostanza più utilizzata in assoluto e la diffusione sembra essere aumentata rispetto all'ultima rilevazione effettuata nel 2014. Il 33% degli studenti italiani (circa 800.000) ha provato almeno una sostanza illegale; la più utilizzata è la cannabis (32%) seguita dalla SPICE (cannabis sintetica, 11%). Il 3,5% ha utilizzato almeno una New Psychoactive Substance (NPS), il 2% ha assunto una sostanza senza sapere di cosa si trattasse e il 34% di questi ha ripetuto l'esperienza dieci o più volte. Negli ultimi anni si osserva una sostanziale stabilizzazione delle percentuali di consumatori di cannabis ecocaina, mentre per stimolanti e allucinogeni si registra una tendenza alla diminuzione. Il 14% degli studenti consumatori di sostanze illecite durante l'anno è policonsumatore e il 23% degli studenti utilizzatori di cannabis ha un consumo definibile come problematico.

Degli 806 atleti sottoposti a controllo antidoping, il 2,7% è risultato positivo e il 31,8% di questi ultimi è ri-

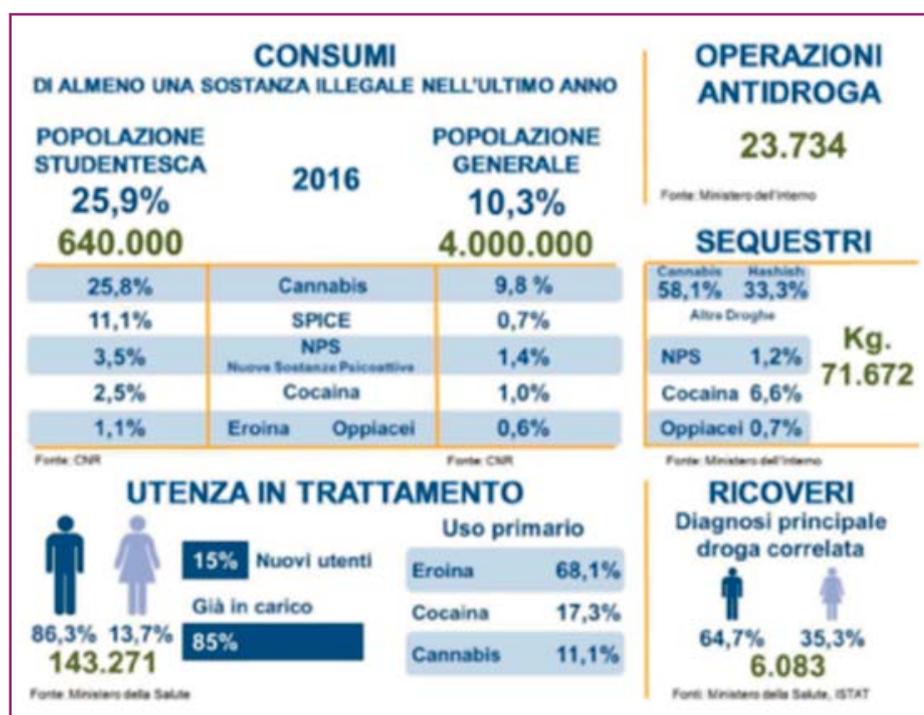


sultato positivo alle sostanze cosiddette in "doppia lista". Le sostanze rilevate sono state cannabis e derivati, cocaina e fentermina: la cannabis e i suoi derivati hanno sempre rappresentato la percentuale più rilevante tra le positività registrate. Nel 2016, dei quasi 50.000 militari sottoposti a esame tossicologico per uso di sostanze stupefacenti, lo 0,2% è risultato positivo: tra questi, nel 49,3% è stata rilevata la presenza di cannabinoidi, nel 24,6% di oppiacei e nel 20,3% di cocaina.

DANNO ASSOCIATO AL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

Gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS)², utili per la stima del danno associato al consumo delle sostanze psicoattive, hanno mostrato un andamento decrescente tra gli studenti di genere maschile negli ultimi anni. Tra le studentesse, invece, nell'ultimo anno sono aumentati gli indici, nonostante una stabilità della diffusione del consumo di sostanze psicotrope.

Il danno associato al consumo di sostanze tra gli studenti minorenni è in aumento. Un focus su alcuni aspetti e comportamenti dei minori riconducibili all'uso ad alto rischio di sostanze ha evidenziato che c'è un ritardo di diversi anni tra l'inizio di uso di sostanze tra i minori e la prima richiesta di terapia. Le dimissioni relative a ricoveri di minori, correlati all'uso di sostanze, sono aumentate negli ultimi anni, così come le denunce (per 100 operazioni) di minori alle autorità giudiziarie per reati correlati alla droga. I procedimenti giudiziari aperti ogni anno per art. 73 DPR 309/90 a carico di minori e le percentuali di consumatori frequenti nei minori hanno avuto andamenti crescenti negli ultimi anni.



Stigma sociale

Anche in Italia, dove il problema della tossicodipendenza è forte e presente ma dove ci sono anche interventi diversi e vari per la risposta a esso, la questione dello stigma è molto importante. «Non solo i tossicodipendenti sono vittime dello stereotipo che li vede “causa del loro male”, ma anche noi, come operatori, subiamo una discriminazione sociale perché ci impegniamo per aiutarli», dice Vincenzo Palmieri, psicologo in una importante struttura di riabilitazione romana⁴. Ecco allora che la discriminazione non riguarda più solo il soggetto discriminato, in questo caso il tossicodipendente, ma anche le persone che gli stanno intorno: familiari, partner, figli e amici e addirittura anche chi di lui o lei si occupa per supportarlo/a nella riabilitazione.

L'operatore sanitario riveste un ruolo fondamentale nel trattamento della dipendenza da sostanze e a volte egli stesso o viene discriminato, come visto poc'anzi, o discrimina. Uno studio americano⁵, infatti, mette in luce come anche gli operatori clinici, seppure molto esperti e preparati, possono parlare del tossicodipendente o con il tossicodipendente emettendo pregiudizi o giudizi stigmatizzanti, molto più di quanto non accada per altre patologie. Nessuno, ad esempio, direbbe che un campione ematico di un paziente diabetico è “sporco”, mentre la terminologia è normalmente usata, anche dagli operatori, quando si parla di campioni di laboratorio di persone che fanno uso di sostanze stupefacenti.

Tutto cambia ed evolve rapidamente, in particolare nel mondo di oggi, il mondo dei social media, della liberazione culturale e sociale, della globalizzazione spinta agli estremi. «Quello che veramente non è cambiato è lo stigma indelebile che contamina uomini e donne, famiglie e figli, i luoghi e le speranze di tutte quelle persone che si ammalano di tossicodipendenza».

«Tu sei un drogato». Questa è la frase acre e definitiva che molti, ancora troppi, pazienti tossicodipendenti si sentono dire dal proprio datore di lavoro, dai propri amici, dalle persone che stanno loro accanto. Tutto questo rappresenta in maniera drammaticamente chiara la negazione del diritto a essere normali. E forse anche la negazione del dovere a essere curati, come tutte le altre persone⁶.

Spesso prima di arrivare a trattamenti clinici specifici si passa per approcci non scientifici e che non considerano la dipendenza da sostanze per quello che è: una patologia specifica che risponde a trattamenti terapeutici definiti. E questo percorso è dato proprio anche dalla discriminazione sociale, che si basa sui fattori di “attribuzione di causa” e di “controllabilità”⁷. Ov-

vero da un lato si ritiene che il tossicodipendente sia egli stesso la sola causa della propria condizione e dall'altra che, una volta iniziata la dipendenza da droghe, egli sia in grado di controllarla.

Le linee guida dell'European Opiate Addiction Treatment Association stabiliscono che:

- a. la dipendenza da oppiacei deve essere considerata una malattia cronica ad andamento recidivante;
- b. la disintossicazione dagli oppiacei non deve essere vista come lo scopo primario del trattamento, per non esporre il paziente al rischio di ricaduta e alla possibilità dell'overdose;
- c. non c'è una evidenza scientifica di un migliore risultato in caso di non utilizzo dei principi generali di trattamento delle malattie croniche;
- d. i pazienti dipendenti dovrebbero essere trattati il più normalmente possibile, senza ricorrere a regolamenti stigmatizzanti;
- e. il trattamento a lungo termine, con dosi adeguate di oppiacei, deve essere iniziato immediatamente dopo la richiesta del paziente, con metadone, buprenorfina e buprenorfina-naloxone;
- f. la dose del farmaco utilizzato deve essere individualizzata e a volte somministrata due volte al giorno per migliorare la stabilizzazione del paziente;
- g. altri tipi di oppiacei possono essere utilizzati se il paziente in trattamento mostra intolleranza ai tradizionali trattamenti;
- h. i trattamenti, meglio se decentralizzati, devono rispondere a tutti i bisogni del paziente;
- i. il poliabuso di sostanze non rappresenta una controindicazione al trattamento con agonisti oppiacei⁸.

Spesso prima di arrivare a trattamenti clinici specifici si passa per approcci non scientifici e che non considerano la dipendenza da sostanze per quello che è: una patologia specifica che risponde a trattamenti terapeutici definiti. Questo è dato anche dalla discriminazione sociale

Le linee guida di cui sopra dimostrano come solo un trattamento che consideri l'abuso di sostanze come una patologia e quindi la messa al bando della discriminazione possano essere passi verso una cura individuale ma anche sociale. Nello specifico la riduzione della discriminazione o il trattamento del paziente senza atteggiamenti discriminatori sono elementi inseriti all'interno di linee guida terapeutiche molto specifiche e tecniche dal punto di vista medico-sanitario. Ciò a conferma che lo stigma è un fattore che peggiora la prognosi e inficia le terapie attuate e anche che lo stesso è un problema reale, statisticamente rilevante e provato, tanto da dover essere inserito in linee guida terapeutiche.

LA RISPOSTA DELLE ISTITUZIONI AL PROBLEMA DELLA DIPENDENZA PATOLOGICA DA SOSTANZE STUPEFACENTI

I SerD (*vedi anche box alla pagina successiva*) sono i servizi pubblici per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale, istituiti dalla legge 162/90. Ai SerD sono demandate le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione di patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo. Tutto ciò in collaborazione e sinergia con le comunità terapeutiche, le amministrazioni comunali e il volontariato. I SerD sono attivi all'interno dei dipartimenti delle dipendenze delle ASL e ogni Distretto Sanitario di norma comprende un SerD. In Italia sono attivi oltre 550 SerD. I SerD dispongono di una propria dotazione organica comprendente diverse figure professionali qualificate e specializzate: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi, e altro personale di supporto.

In genere la responsabilità del SerD è affidata a un dirigente medico e al suo interno, di solito, è possibile trovare una équipe multidisciplinare in grado di affrontare le tante problematiche che spesso le persone tossicodipendenti o consumatori occasionali mostrano. Va segnalato, però, che esiste una forte variabilità organizzativa delle diverse offerte e delle modalità di accesso nei SerD sul territorio nazionale, essendo le Regioni (da cui dipendono le ASL e quindi i SerD) dotate di autonomia programmatoria sul proprio territorio.

In generale attuano interventi di primo sostegno e orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie, specialmente nei confronti delle fasce giovanili della popolazione. In particolare operano accertamenti sullo stato di salute del soggetto da trattare e definiscono programmi terapeutici individuali da attuare nella propria sede operativa o in collaborazione con una comunità terapeutica accreditata (mediante programmi residenziali o semiresidenziali variamente articolati). I SerD forniscono prestazioni diagnostiche, di orientamento e supporto psicologico (di vario tipo e grado) e terapeutiche relative allo stato di dipendenza e alla eventuale presenza di malattie infettive o patologie psichiatriche correlate.

Come detto gli interventi e le possibilità terapeutiche variano da Regione a Regione ma in generale, laddove i servizi sono organizzati al meglio, le vie terapeutiche

previste per le persone con problemi di dipendenza patologica da sostanze stupefacenti sono:

- **SEMIRESDENZIALE:** centri diurni con programmi di trattamento che si integrano con quelli erogati dai servizi ambulatoriali.
- **RESIDENZIALE:** comunità terapeutiche, a cui si accede con il certificato di dipendenza rilasciato dal servizio ambulatoriale. L'accesso a queste strutture è libero e diretto, tuttavia è utile che l'utente si faccia aiutare dal servizio ambulatoriale a individuare il percorso di cura migliore per sé.

Esistono infatti diversi tipi di strutture residenziali:

- Servizi di accoglienza. Offrono programmi di primo livello, incentrati sull'analisi del problema, sull'avvio di un percorso di disintossicazione e sull'accompagnamento a percorsi più strutturati. La loro durata non può essere superiore a 3 mesi.
- Servizi pedagogico-riabilitativi. Offrono programmi di trattamento di durata variabile (fino a 36 mesi) in base alla tipologia di problema da gestire. È qui possibile realizzare percorsi completi di disassuefazione dalle sostanze e di superamento della dipendenza, tramite interventi con una forte componente pedagogica e educativa.
- servizi terapeutico-riabilitativi. Offrono programmi di trattamento di durata fino a 36 mesi, in base alla tipologia di problema da gestire. È qui possibile realizzare percorsi completi di disassuefazione dalle sostanze e di superamento della dipendenza, basati anche sull'elaborazione delle difficoltà che hanno determinato l'insorgenza del problema, anche attraverso un supporto psicologico.
- Servizi per comorbilità psichiatrica. Offrono programmi di trattamento (fino a 18 mesi) per pazienti che presentano una psicopatologia associata al consumo di sostanze.
- Servizi per alcol e polidipendenza. Offrono programmi di trattamento (fino a 18 mesi) per pazienti con dipendenza da alcol e/o da più sostanze contemporaneamente.

Alcune strutture residenziali prevedono l'inserimento di coppie, nuclei familiari, soggetti con figli, per salvaguardare i diritti delle persone in cura e aiutarli nella ricostruzione delle relazioni affettive e educative.

I SerD attuano interventi di primo sostegno e orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie. In particolare operano accertamenti sullo stato di salute del soggetto da trattare e definiscono programmi terapeutici individuali. I SerD forniscono prestazioni diagnostiche, di orientamento e supporto psicologico e terapeutiche relative allo stato di dipendenza e alla eventuale presenza di malattie infettive o patologie psichiatriche correlate

LE FUNZIONI DEI SerD¹¹

Tra i compiti dei SerT (Servizi Tossicodipendenze) ora SerD (Servizi Ambulatoriali Dipendenze), definiti dal D.M. 444/90, sono i seguenti:

- collaborazione con i Provveditorati agli studi per la realizzazione di interventi informativi e educativi;
- collaborazione con le autorità militari esistenti nel territorio per l'attuazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei tossicodipendenti;
- collaborazione con il servizio sanitario penitenziario ai fini degli interventi di cura e riabilitazione a favore dei detenuti tossicodipendenti nell'ambito dei programmi concordati dalle UU.LL.SS.SS. stesse, con gli istituti di pena;
- attuare interventi di primo sostegno e orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie;
- attuare interventi di informazione e prevenzione particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione;
- accertare lo stato di salute psicofisica del soggetto anche con riferimento alle condizioni sociali;
- certificare lo stato di tossicodipendenza ove richiesto dagli interessati o per altre finalità di legge;
- definire i programmi terapeutici individuali compresi gli interventi socio-riabilitativi;
- realizzare direttamente, o in convenzione con le strutture di recupero sociale, il programma terapeutico e socio-riabilitativo;
- attuare gli interventi di prevenzione della diffusione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza, sia nei confronti dei soggetti in trattamento presso i SerT che nei confronti di quelli in trattamento presso le strutture convenzionate e presso altre strutture di riabilitazione;
- valutare periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico, sociale, nonché in termini di cessazione di assunzione di sostanze stupefacenti;
- rilevare i dati statistici ed epidemiologici relativi alla propria attività e al territorio di competenza.

UN'ESPERIENZA ECCLESIALE: IL TAVOLO SULLE DIPENDENZE¹²

Dal 2014 le principali realtà ecclesiali che realizzano progetti di accoglienza e aiuto alle persone con problemi di dipendenza condividono con Caritas Italiana un percorso di lavoro comune, all'interno del Tavolo Ecclesiale Dipendenze (TED).

CNCA, Comunità Papa Giovanni XXIII, Comunità Casa dei Giovani, Salesiani per il sociale, FICT, CDO Opere Sociali, Comunità Emmanuel, Comunità di Sant'Egidio si trovano periodicamente per condividere contenuti e riflessioni, che si compiono annualmente nella realizzazione di un seminario pubblico:

- nel 2015 su *Dipendenze, nuove sfide e nuovi sguardi*;
- nel 2016 su *Profezia e sfide per i cristiani nella lotta alle dipendenze*, nell'anno del Giubileo della Misericordia e in vista di HUNGASS 2016;
- nel 2017 su *Carcere e dipendenze*.

Per il 2017-2018 i componenti del TED hanno individuato nel tema **Giovani e dipendenze**, con il naturale riferimento al Sinodo dei Giovani, la direzione del lavoro comune, scegliendo come focus specifico – sebbene non esclusivo – i temi della prevenzione e dello sviluppo di alleanze territoriali per realizzare percorsi efficaci.

La famiglia, la scuola, la parrocchia sono state naturalmente indicate come attori imprescindibili di queste alleanze educative. Le relazioni, il lavoro, la tutela della salute, ambiti principali di progettualità di incontro e accompagnamento dei giovani, alla luce delle esperienze maturate.

Incontri periodici del Tavolo accompagnano lo sviluppo della riflessione, che si compirà il 26 giugno 2018, Giornata internazionale contro l'abuso e il traffico illecito di droga, con la realizzazione dell'annuale seminario di studio.

9. Conclusioni

La dipendenza da sostanze stupefacenti rimane una problematica urgente e con impatti devastanti in tutto il mondo, senza troppe distinzioni territoriali in termini di persone che ne sono affette e di conseguenze per la salute, la sicurezza e la pericolosità sociale. Al di là delle tipologie di droghe utilizzate e degli interventi terapeutici, che sono invece molto diversi a seconda del Paese, gioca un ruolo molto importante, proprio nella guarigione dei tossicodipendenti, l'ambiente sociale e le istituzioni, sia per il reinserimento delle persone malate di dipendenza cronica sia per l'accessibilità dei servizi di riabilitazione.

La tossicodipendenza è considerata ormai, dagli esperti, dalla letteratura scientifica ma anche – come lo studio riportato dimostra – dalla popolazione comune, una patologia cronica e così viene spesso trattata. A differenza, però, di altre patologie croniche e invalidanti, alla tossicodipendenza viene aggiunto un carico di responsabilità individuale, colpa familiare e pericolosità che ne peggiora sensibilmente la prognosi.

Anche in Nepal, come d'altronde in Occidente, la popolazione, se da un lato è pronta ad accettare la necessità di uno sforzo comune per la soluzione della problematica, dall'altro continua a etichettare le persone affette da questa malattia come "colpevoli", "poco di buono" e altamente "rischiose". Proprio lo stigma, come dimostrato dalla letteratura e dall'esperienza, è uno dei nemici più ardui da sconfiggere in generale per tutte le marginalità sociali, particolarmente per le patologie psichiatriche ma sensibilmente di più per la dipendenza patologica da sostanze stupefacenti.

Al di là, perciò, degli interventi specifici e terapeutici, giocano un ruolo chiave la sensibilizzazione della popolazione, a rischio e non, la formazione degli educatori, siano essi genitori o insegnanti a vario titolo, e gli interventi di reinserimento e integrazione sociale dei malati di dipendenza cronica.

Il ruolo della società civile e dei leader politici e religiosi è centrale al fine di far diminuire lo stigma sociale, far crescere la consapevolezza relativa alla complessità del "fenomeno droga" e diminuire la percentuale delle ricadute, oggi ancora troppo elevata.

Una società aperta, delle Istituzioni consapevoli e pronte a regolare ma anche a educare, sono gli ingredienti per un maggiore successo dei percorsi di riabilitazione e guarigione dalla malattia della droga. In questo, anche le religioni hanno un ruolo importante da giocare, maturando posizioni improntate al principio dell'accoglienza, e un pensiero comune volto alla guarigione e non al giudizio che ammalia.



A questo percorso esigente è chiamato anche l'ambito ecclesiale, che rappresenta, in moltissimi casi, in Italia e nel mondo, un elemento di concreta speranza per le persone più fragili. Tra esse, coloro che vivono una situazione di dipendenza: assieme al più ampio novero delle organizzazioni della società civile le esperienze sviluppatesi all'interno del mondo ecclesiale rappresentano spesso le uniche opportunità a cui fare ricorso in questi casi di marginalità estrema. Ed è proprio dalle Chiese e dalle organizzazioni della società civile che provengono in molti casi gli stimoli alle istituzioni nel farsi carico di questo tipo di fragilità.

A fianco dell'impegno di accoglienza e accompagnamento, è anche necessario mantenere un alto livello di attenzione sulle cause strutturali dei fenomeni di dipendenza, e a un possibile impegno di *advocacy* su tale livello. Senza con questo voler limitare l'importanza della responsabilità personale, una società che genera problemi di dipendenza e che nel suo insieme non è in grado di riconoscerli e farsene carico, è una società in cui si mostrano segni di squilibrio e di tensione. Come si è avuto modo di osservare anche con riferimento al caso dell'Argentina (*dossier n. 18*), l'esperienza dimostra che non può essere unicamente attraverso la repressione pura e semplice del consumo che la tematica può trovare soluzione.

Anche la Chiesa in Nepal, minoritaria nel Paese, ma certamente dotata di una significativa credibilità, è impegnata in questo percorso: da una parte farsi carico (tra i primi all'interno della società nepalese) di un tema difficile, poco compreso e poco accettato dall'opinione pubblica, dall'altra (come tutte le organizzazioni impegnate in questo settore) maturare una sensibilità più piena, spesso con un percorso che richiede di sfidare certezze e di minare luoghi comuni.

Si tratta di accettare fino in fondo la provocazione dei più poveri e dei più fragili, forse l'unico modo per abitare veramente quelle periferie esistenziali che rappresentano l'orizzonte per la Chiesa di questo millennio.

Introduzione

¹ Anche questa, a ben vedere, non è una caratteristica esclusiva della nostra epoca: basti ricordare alle guerre dell'oppio che contrapposero nel XIX secolo la Cina alle potenze occidentali (soprattutto il Regno Unito) e che segnarono una fase importante dell'imperialismo occidentale in quel Paese e in Asia.

1. Il problema: la tossicodipendenza

- ¹ <https://www.morningsiderecovery.com/blog/the-history-of-drug-abuse/>
- ² F. Albanese, in <http://www.psicolab.net/2008/droghe-e-spiritualita/>, 15 settembre 2008.
- ³ Fonte: <https://www.newscientist.com/article/dn9924-timeline-drugs-and-alcohol/>
- ⁴ <http://derekwmeyer.blogspot.com/2012/05/narcotics-modern-timeline.html>
- ⁵ J.D. Livingston, T. Milne, M. Lan Fang, and E. Amari, *The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review*, *Addiction*, 2012 Jan; 107(1): 39–50.
- ⁶ S. Desmon, Susan Morrow, *Drug addiction viewed more negatively than mental illness, Johns Hopkins study shows*, ottobre 2014. <https://hub.jhu.edu/2014/10/01/drug-addiction-stigma>
- ⁷ Commission on Narcotic Drugs (CND), Notes by the Secretariat on the challenges and future work in the review of substances for possible scheduling recommendations 2014.
- ⁸ UNODC, World Drug Report 2017.
- ⁹ Nel 2009 la Bolivia ha presentato una mozione ufficiale per stralciare dalla categorizzazione della Convenzione unica sulle sostanze stupefacenti delle Nazioni Unite del 1961, la masticazione delle foglie di coca (United Nations, Substantive session of 2009, Geneva, 6-31 July 2009 Agenda item 14). L'eccezione per la Bolivia è stata poi accolta e sancita nel 2013.
- ¹⁰ Sostanza naturale o sintetica che, anche a piccole dosi, agisce modificando lo stato di coscienza e lo stato emotivo e, nell'uso ripetuto, determina una condizione di sofferenza somatica e psichica, che si traduce in una condizione di dipendenza, inducendo inoltre nell'organismo una progressiva assuefazione (nel senso che il conseguimento dell'effetto voluttuario richiede l'assunzione di sempre maggiori quantitativi di sostanza, progressivamente sempre più tollerata dall'organismo stesso), da Vocabolario online, Treccani. <http://www.treccani.it/vocabolario/stupefacente/>
- ¹¹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3729_listaFile_itemName_0_file.pdf
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3729_listaFile_itemName_1_file.pdf
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3729_listaFile_itemName_2_file.pdf
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3729_listaFile_itemName_3_file.pdf

- ¹² Tratto da S. Heshmat, *7 common reasons why people use drugs*, pubblicato il 28 novembre 2017 <https://www.psychologytoday.com/blog/science-choice/201711/7-common-reasons-why-people-use-drugs>
- ¹³ Kreek et al. (2005), *Influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction* *Nat. Neurosci.*, 8 (11) (2005), pp. 1450-1457.
- ¹⁴ Wilson, Thomas M., *Drinking Cultures: Alcohol and Identity*, Oxford, Berg, 2005.
- ¹⁵ Dalrymple T. (2006), *Romancing opiates: pharmacological lies and the addiction bureaucracy*, New York, NY: Encounter.
- ¹⁶ La teoria della dipendenza da sostanze come auto-medicazione si è fatta strada dagli anni settanta nelle riviste scientifiche, particolarmente americane, del settore ed è ancora considerate di rilievo da molti esperti (anche se osteggiata da altri). Secondo questa teoria l'uso di sostanze psicotrope o stupefacenti serve per alleviare la pressione di emozioni difficili da gestire e comprendere e per prevenire i conseguenti comportamenti distruttivi.
- ¹⁷ Khantzian, E. J. (2012), *Reflections on treating addictive disorders: a psychodynamic perspective*, *The American Journal of Addictions*, 21, 274-279.
- ¹⁸ Nazioni Unite, World Drug Report, Maggio 2017.

2. Uso di sostanze stupefacenti in Asia

- ¹ Pierre-Arnaud Chouvy, *Drug trafficking in and out of the Golden Triangle. An Atlas of Trafficking in Southeast Asia. The Illegal Trade in Arms, Drugs, People, Counterfeit Goods and Natural Resources in Mainland*, IB Tauris, p. 1-32, 2013.

3. Uso di sostanze stupefacenti in Nepal

- ¹ European Narcotics Control Bureau, Second issue, 2073 BS (2016 AD).
- ² *Ibidem*.
- ³ Hidden Aftershocks, ricerca condotta da TPO Nepal, per Croce Rossa Americana e Federazione Internazionale della Croce Rossa, 2017.
- ⁴ Government of Nepal, Central Bureau of Statistics, Survey Report on Current Hard Drug Users in Nepal, 2013.
- ⁵ <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>
- ⁶ Expert Forum on Demand Reduction in South and South West Asia (1995). *Nepal: The drug abuse scene*. New Delhi, Expert Forum on Demand Reduction in South and South West Asia: 1-20.
- ⁷ Jha, C. (2006), *Reconstructing the self: A Nepalese context of living with stigma, HIV and marginality*, Published PhD thesis. School of Health. Armidale, University of New England. PhD.
- ⁸ Kant CK & Plummer D. (2012), Unpacking drug detoxification in Nepal: in-depth interviews with participants to identify reasons for success and failure. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. Vol 16(2) 50-6

- ⁹ Jha, C. (2006), *Reconstructing the self: A Nepalese context of living with stigma, HIV and marginality*, Published PhD thesis. School of Health. Armidale, University of New England. PhD.

4. I dati Caritas. La percezione del problema a livello sociale

- ¹ Crocker J., Major B., Steele R., *Social stigma*, In: Gilbert D.T., Fiske S.T., Lindzey G., editors, *The handbook of social psychology*, New York: McGraw Hill; 1998. pp. 504–33.
- ² J.B. Louma e al., *Addictive Behaviors*, 32 (2007), 1331-1346.
- ³ R. Fulton, *The stigma of substance use: a review of literature e The stigma of substance use and attitude of professionals: a review of literature*, Report presentati al Comitato sullo stigma e la dipendenza, Centre for Addiction and Mental Health, 2001.
- ⁴ J. B. Louma e al., *Addictive Behaviors*, 32 (2007), 1331-1346.
- ⁵ B.G. Link, *Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection*, 1987, *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- ⁶ J.B. Louma e al., *Addictive Behaviors*, 32 (2007), 1331-1346.
- ⁷ P. Chi, X Li, J. Zhao, G. Zhao, *Vicious Circle of Perceived Stigma, Enacted Stigma and Depressive Symptoms among children affected by HIV/AIDS in China*, *AIDS Behav.* 2014 Jun; 18(6): 1054–1062.
- ⁸ Vedi Cap. 6.
- ⁹ Livello educativo basso: analfabeti, livello primario. Livello educativo medio: secondario, secondario superiore. Livello educativo alto: laurea triennale, master, dottorato.

7. La situazione in Europa

- ¹ <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis#panel1>
- ² <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ITN.pdf>

8. La situazione in Italia

- ¹ Dati della relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia del 2017, redatta dal Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- ² Gli indicatori Frequency of Use Score (FUS) e Poly-Drug Score (PDS) rappresentano, rispettivamente, la frequenza

globale del consumo di una o più droghe e la misura del danno che l'assunzione di queste provoca alla salute. La definizione di questi indicatori si basa sulla classificazione delle conseguenze negative sulla salute fatta da Van Amsterdam (Van Amsterdam et al. 2010), il quale ha assegnato un punteggio di danno a ciascuna sostanza considerando la tossicità acuta, la tossicità cronica e la dipendenza. Per ogni utilizzatore, il FUS si ottiene sommando le frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, mentre il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi di Van Amsterdam. Tratto da Governo Italiano, XVII Legislatura – Disegni di legge e relazioni – Documenti – Doc. XXX, n.3, vol. 1.

- ³ Testo unico sulla droga.
- ⁴ Citato da Claudia Farallo in *Prospettive, Tossicodipendenze: lo stigma sugli operatori*, Retisolidali http://www.volontariato.lazio.it/documentazione/documenti/56545654RetiSolidali_5_2012_Tossicodipendenze-LoStigmaSugliOperatori.pdf
- ⁵ K. Wakeman & Saitz (2015), *Stop talking "dirty": clinicians, language, and quality of care for the leading cause of preventable death in the United States*, *The American Journal of Medicine*.
- ⁶ I Maremanni, M Barra, E Burton-Philips, I Cecchini, G Di Chiara e altri, *Manifesto Italiano per la Cura delle Tossicodipendenze: Il modello di cura misto*, Rivista Società Italiana di medicina Generale, giugno 2013. https://www.simg.it/documenti/rivista/2013/03_2013/4.pdf
- ⁷ K. Wakeman & Saitz (2015), *Stop talking "dirty": clinicians, language, and quality of care for the leading cause of preventable death in the United States*, *The American Journal of Medicine*.
- ⁸ I Maremanni e F. Storace, *Manifesto Italiano per la Cura delle Tossicodipendenze: Il modello di cura misto*, Rivista Società Italiana di medicina Generale, giugno 2013. https://www.simg.it/documenti/rivista/2013/03_2013/4.pdf
- ⁹ Tratto dal sito del Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri. <http://www.politicheantidroga.it/it/serd-e-comunit%C3%A0/i-serd/>
- ¹⁰ Tratto da: <https://saperesociale.com/2014/07/21/rete-servizi-contro-dipendenze/> e riferito al modello della Regione Lombardia
- ¹¹ Tratto da: <https://www.regione.veneto.it/web/sociale/serd>
- ¹² Box a cura di Monica Tola

Le persone affette da dipendenza sono tra le più povere e fragili. A loro è necessario anzitutto restituire dignità. In Nepal, Paese che ha subito un grave terremoto, la loro voce rischia di rimaner ancora più inascoltata.

Il mercato della droga è una realtà di proporzioni enormi a livello globale, e anche in Nepal è in fortissima crescita. Interessi economici rischiano di lasciare in secondo piano la sofferenza delle persone, aggravata da un diffuso sentimento di riprovazione sociale, che rende più difficile ogni tentativo di uscire dalla spirale della droga.

In Nepal non esiste una tradizione consolidata di contrasto al fenomeno della tossicodipendenza. Anche per questo è importante comprendere meglio il modo in cui nella società del Paese asiatico si osserva il fenomeno.

La lotta alle dipendenze non può comunque basarsi sull'ignorare puramente e semplicemente l'argomento; né lo scoraggiare l'uso delle sostanze che causano dipendenza può garantire un contenimento del fenomeno. Il tema richiede un'attenzione più ampia da parte dell'opinione pubblica e delle istituzioni.

I precedenti dossier (disponibili su www.caritas.it; shortlink alla sezione: <http://bit.ly/1LhsU5G>):

1. GRECIA: *Gioventù ferita* – Gennaio 2015
2. SIRIA: *Strage di innocenti* – Marzo 2015
3. HAITI: *Se questo è un detenuto* – Aprile 2015
4. BANGLADESH, INDIA, SRI LANKA, THAILANDIA: *Lavoro dignitoso per tutti* – Maggio 2015
5. BOSNIA ED ERZEGOVINA: *Una generazione alla ricerca di pace vera* – Giugno 2015
6. GIBUTI: *Mari e muri* – Giugno 2015
7. IRAQ: *Perseguitati* – Luglio 2015
8. REPUBBLICA DEL CONGO: *«Ecologia integrale»* – Settembre 2015
9. SERBIA E MONTENEGRO: *Liberi tutti!* – Ottobre 2015
10. AFRICA, AMERICA LATINA, ASIA: *Un'alleanza tra il pianeta e l'umanità* – Dicembre 2015
11. HAITI: *Concentrato di povertà* – Gennaio 2016
12. AFRICA SUB-SAHARIANA: *Salute negata* – Febbraio 2016
13. SIRIA: *Cacciati e rifiutati* – Marzo 2016
14. NEPAL: *Tratta di esseri umani. Disumana e globale* – Aprile 2016
15. GRECIA: *Paradosso europeo* – Maggio 2016
16. HAITI: *Rimpatri forzati* – Giugno 2016
17. ASIA: *Per un'ecologia umana integrale* – Settembre 2016
18. ARGENTINA: *Il narcotraffico come una metastasi* – Settembre 2016
19. ASIA: *Diversa da chi?* – Ottobre 2016
20. EUROPA: *Generatori di risorse* – Novembre 2016
21. AFRICA OCCIDENTALE: *Divieto di accesso* – Dicembre 2016
22. HAITI: *Ripartire dalla terra* – Gennaio 2017
23. ALGERIA: *Purgatorio dimenticato* – Febbraio 2017
24. SIRIA: *Come fiori tra le macerie* – Marzo 2017
25. NEPAL: *Il terremoto dentro* – Aprile 2017
26. *Un mondo in bilico* – Maggio 2017
27. VENEZUELA: *Inascoltati* – Luglio 2017
28. FILIPPINE: *Il futuro è adesso* – Settembre 2017
29. TERRA SANTA: *All'ombra del muro* – Settembre 2017
30. ASIA: *Per un lavoro dignitoso* – Ottobre 2017
31. KOSOVO: *Minoranze da includere* – Novembre 2017
32. AFRICA: *Fame di pace* – Gennaio 2018
33. BALCANI: *Futuro minato* – Febbraio 2018
34. SIRIA: *Sulla loro pelle* – Marzo 2018
35. HAITI: *Una scuola per tutti* – Marzo 2018