

12.2

“LE VOCI DELL’EMILIA PARANOICA”: UNO STUDIO SULL’OPEN DRUG SCENE DI BOLOGNA

Ialacqua G.*^[1]

^[1]OpenGroup, Unità di Strada di Bologna ~ Bologna ~ Italy

Sottotitolo: L’oggetto di ricerca riguarda il consumo di sostanze a scena aperta (open drug scene) nella città di Bologna, con l’obiettivo di costruire un modello di intervento per questa categoria di consumatori.

Testo Abstract:

Il presente lavoro nasce dalla collaborazione con ASP Città di Bologna e con l’Unità di Strada della Cooperativa Sociale OpenGroup nell’ambito delle attività di riduzione del danno nel contesto urbano bolognese. L’oggetto di ricerca riguarda il consumo di sostanze a scena aperta (open drug scene) (Waal, 2014) e può essere sintetizzato nelle due seguenti domande:

1. Quali sono le ragioni che spingono le persone a consumare sostanze in strada?
2. Quali meccanismi e caratteristiche contraddistinguono la scena aperta di Bologna?

L’obiettivo che ci si è posti è la costruzione di un modello di intervento per il consumo a scena aperta, prendendo in esame in particolare il contesto della governance territoriale (sociale e sanitaria) e la loro interazione ambientale multilivello, soprattutto per quanto riguarda l’azione dell’Unità di Strada di Bologna.

L’indagine è partita dalle strategie per limitare il consumo di strada nelle opinioni e nei racconti dei drug user problematici, socialmente non integrati (Pavarin, 2020), che facevano riferimento al servizio dell’Unità di Strada. Nello specifico, l’analisi ha approfondito il risultato dell’incrocio tra politiche dell’Azienda sanitaria, politiche del Comune, della Regione Emilia-Romagna, delle forze dell’ordine e dell’autorità giudiziaria rispetto al contesto ambientale, inteso come incrocio tra i vari attori nell’ambito dei loro percorsi di vita, cioè drug user da un lato e complesso dei resi-

denti dall’altro.

Si è ritenuto pertanto che il contributo decisivo, il quale era assente dalla letteratura scientifica sul caso cittadino dei conflitti urbani degli ultimi anni, fosse l’opinione dei drug user in primis, in quanto rimossi dalla rappresentazione mediatica tramite il filtro dalle parole dei residenti e delle autorità (tolti alcuni casi, seppur rilevanti, come il giornale delle persone senza dimora di Piazza Grande). La dimensione mediatica assume qui tratti rilevanti poiché il policy making degli enti locali è particolarmente influenzato da questa narrazione, un fattore tra l’altro ben noto nella letteratura che ruota attorno alle politiche della broken windows theory che ha ispirato le politiche in materia di conflitti urbani nella Regione Emilia Romagna (Bukowski, 2019).

Alla base della ricerca vi è una prospettiva orientata alla Riduzione del Danno, con particolare riferimento alla formulazione di Newcombe (Newcombe, 1987). La scelta di paradigma è stata adottata per ragioni inerenti alla letteratura scientifica che vede in questo approccio la modalità tradizionalmente più adeguata e utilizzata per affrontare il tema del consumo a scena aperta (Bless, Korf, & Freeman, 1995; Waal, 2014), ma anche perché è il paradigma formalmente adottato dall’Unità di Strada, da ASP e dal Comune di Bologna. Inoltre, questo punto di vista risulta particolarmente utile per l’aggancio dei drug user nel contesto della ricerca, in ragione dell’assenza di giudizio che ne costituisce parte della metodologia (Decembrotto, 2022).

La scelta metodologica è ricaduta su due tradizioni scientifiche la cui specificità è l’assegnazione del driver principale di ricerca alla voce delle/degli attori, cioè il modello della Grounded Theory nella versione di Charmaz (Charmaz, 2015) e quello della conricerca, peculiarità della tradizione dell’inchiesta sociale italiana (Alquati, 2022; Armano, 2022).

Partendo da questi assunti, si è deciso di concentrare il lavoro in due parti:

- Una ricognizione storica comparata tra sviluppi dei servizi di RDD in Olanda e in Emilia Romagna, comprendente un approfondimento sulla città di Bologna;
- Un lavoro sul campo specifico nella città di Bologna attorno al tema del consumo in strada che ha coinvolto ASP Città di Bologna (Area Grave Emarginazione Adulta) e l’Unità di Strada della Cooperativa Sociale OpenGroup.

Nel primo caso si è deciso di comparare le politiche sulle dipendenze dei Paesi Bassi (con particolare riferimento ai servizi sul territorio) alle politiche nazionali e regionali dell’Emilia Romagna, per poi procedere ad

una ricognizione storica su Bologna che fornisse il contesto esatto in cui il servizio oggetto della seconda strategia di ricerca si era sviluppato.

Per studiare il fenomeno si è scelto di restringere la platea delle possibili interlocutrici/ori in tre categorie:

- Osservatori privilegiati (ruoli di coordinamento ed esperti);
- Operatrici/ori del servizio;
- Persone senza dimora che consumano sostanza in strada e che frequentano il Drop-in "Fuori Binario" in Via Carracci 59.

Gli strumenti utilizzati hanno riguardato un approccio mixed-method; nella ricognizione storica nei Paesi Bassi ci si è avvalsi soprattutto della letteratura scientifica internazionale e dei dati provenienti dalla EMCD-DA, dalle nazioni Unite e dalla CBS (l'istituto di statistica olandese), in quest'ultimo caso si è fatto accesso agli open data e alle scansioni dei registri storici cartacei disponibili. Nella ricognizione regionale e bolognese i dati sono provenuti in gran parte dalla Regione Emilia Romagna e dai SerDP della città di Bologna (in particolare dell'Osservatorio Epidemiologico Metropolitano). La codifica di queste fonti è avvenuta su base essenzialmente cronologica, facendo emergere i trend da verificare dove possibile con gli strumenti sul campo: parte di questi ultimi (in particolare alcune interviste) sono state integrate già a partire dalla ricognizione su Bologna.

Gli strumenti qualitativi, invece, sono costituiti da interviste di profondità e si sono concentrati soprattutto sulla fase di studio sul campo, con una funzione preparatoria per gli Osservatori Privilegiati, una doppia funzione preparatoria e di emersione per quanto riguarda operatrici/ori e unicamente di emersione per quanto riguarda le persone senza dimora individuate. Per poter individuare il target finale delle interviste è stato necessario intervallare le interviste qualitative ad una fase di osservazione partecipante (questa fase era stata preceduta da un'altra di accesso al campo, non documentata, che era durata da maggio a giugno 2022) all'interno del servizio, durata da febbraio a marzo 2023, che ha avuto come outcome sia dei diari giornalieri di osservazione sia l'aggancio con le persone da intervistare. La fase di osservazione è stata presentata durante un'assemblea con le persone che accedono al servizio in cui è stato chiarito chi fossi e perché mi trovassi lì, sono state inoltre illustrate le fasi del lavoro ed è stato apertamente comunicato che la partecipazione allo studio e all'osservazione era assolutamente volontaria e protetta dai rischi derivanti dalla non tutela della privacy (i nominativi dell'equipe non corrispondono a quelli reali, mentre per i drug user si è utilizzata solo la prima lettera del nome tran-

ne nei casi in cui la lettera coincideva).

L'Unità di Strada, con il cambio di sede nel marzo del 2022, è riuscita a mettere insieme due vocazioni dei servizi di riduzione del danno in tema di dipendenze: drop-in, un luogo in cui poter avere un sollievo dalla vita di strada e in cui poter accedere a una serie di comodità e servizi (indoor); outreaching, intercettare e garantire possibilità di accesso a materiale sterile e ad altri beni di prima necessità direttamente nel luogo di vita (outdoor). L'attività di outreaching è stata portata avanti ininterrottamente dal Comune di Bologna e dall'antesignano della cooperativa a cui adesso è affidata fin dal 1998 (Redattore Sociale, 2001), in sinergia con un altro servizio storico che è l'Unità Mobile del SerDP dell'AUSL di Bologna (il primo servizio che ha offerto in Italia la somministrazione delle terapie metadoniche direttamente in strada) (Giancane, 28 ottobre 2016). La divisione funzionale dei due servizi prevede che l'UdS faccia direttamente l'aggancio e la distribuzione in strada del materiale sterile (needle exchange, materiale per consumo per inalazione o per smoking) e di altri beni di prima necessità (acqua, tè, biscotti) per poi garantire e filtrare l'accesso alla terapia metadonica o ad altre terapie (per consumatori di alcool, per il consumo di cocaina ecc.) attraverso l'Unità Mobile. Nel tempo l'organizzazione dell'UdS si è modificata, facendone un servizio con maggiore autonomia e d'altra parte allargando l'offerta terapeutica alle popolazioni vulnerabili fino all'attuale disposizione che prevede l'accesso alla rete sanitaria tramite l'UOC Dipendenze Patologiche e attività assistenziale alle Popolazioni Vulnerabili dell'AUSL di Bologna.

Il risultato garantisce:

- Presa in carico sociale (Servizio Sociale a Bassa Soglia in mancanza di residenza sul territorio o fittizia, Servizio Sociale Territoriale negli altri casi);
- Posti dormitorio in emergenza o temporaneamente di sollievo (presso la rete della Grave Emarginazione Adulta di ASP);
- Presa in carico presso i CSM (tramite il gruppo Vulnerabilità dell'AUSL);
- Supporto per le prese in carico per le persone straniere con problemi legati alla residenza o alla cittadinanza (tramite il gruppo Vulnerabilità e Migranti dell'AUSL);
- Accesso a servizi specialistici (es. Centro CASA per persone che vivono con HIV).

L'attività di outreaching si compone inoltre di una parte di mappatura e monitoraggio (nei luoghi storicamente di consumo e dove indicato dalle segnalazioni dei cittadini e degli enti locali) che ha permesso di allargare la conoscenza circa le abitudini e i luoghi

urbani adatti al consumo a cielo aperto. Infine, un progetto sperimentale dal titolo "Stop HCV" ha permesso per un anno di fare lo screening direttamente in strada per la positività ad HCV (con il qualitativo molecolare da fare al drop-in per conferma) e di garantire poi il linkage to care tramite un canale preferenziale con il reparto malattie infettive dell'AOSP Sant'Orsola.

Per quanto riguarda le attività indoor invece la logica è stata quella di ricostruire un ambiente in cui restituire una quotidianità maggiormente ordinaria, intesa in questo senso come la possibilità di un ambiente destigmatizzato. La sfida del servizio è stata perciò quella di costruire un'offerta che fosse spazialmente un vaso comunicante tra la strada e la struttura, ma non solo: garantire il collegamento con la rete dei servizi territoriali è la sfida più impegnativa, considerando le caratteristiche di una popolazione soggetta a stigma e con ostacoli all'aggancio dovuti alle condizioni socio-ambientali. Da queste premesse si è mossa la ricerca sul campo, indagando in particolare le motivazioni legate alla scelta della scena aperta come luogo di consumo e alle difficoltà ad essa connesse.

Le difficoltà rispetto alla rete territoriale riguardano in particolare la condizionalità dell'accesso, nonostante infatti una larga presenza di servizi a Bassa Soglia, sono i punti di accesso a rappresentare la vera problematicità: la presa in carico sanitaria e quella sociale sono legate per diversi aspetti alla condizione di residenzialità e alla cittadinanza italiana, in presenza di servizi a Bassa Soglia il problema diventa peculiare perché proprio l'impossibilità di accedere a percorsi ulteriori che vadano nella direzione dell'integrazione sociale effettiva crea una cristallizzazione dei percorsi di vita delle persone nella rete della Grave Emarginazione Adulta, contribuendo alla cronicizzazione.

Quando la presa in carico avviene in assenza di documenti la condizionalità diventa particolarmente forte, sul lato sanitario è la compliance ai percorsi terapeutici dell'Unità Mobile a mantenere il legame con la rete sanitaria; sul lato sociale invece l'accesso al Servizio Sociale a Bassa Soglia è legato da un lato alla permanenza sul territorio (la presa in carico è sfavorita per chi sta da poco tempo in strada) e ad altre condizioni di urgenza, dall'altro la residenza fittizia viene rilasciata contra legem solo per le persone senza dimora inviate da SBS e che hanno alle spalle alcune annualità di vita in strada. Se questa condizione è trasversale alle persone senza dimora, la specificità per le persone che consumano sostanze (soprattutto in presenza di dipendenze cronicizzate) è la necessità di un luogo stabile in cui vivere per poter riorganizzare la propria vita, la routine della vita in strada infatti è gravata dai

cicli del consumo e dal reperimento delle risorse economiche per consumare: una condizione molto più gravosa (poiché dettata dall'urgenza) che nel resto della popolazione senza dimora. Un'altra questione trasversale riguarda le carenze di risorse, quindi la scarsità di housing sociale sul territorio rispetto al numero della popolazione e dall'altra parte la mancanza di posti sul versante sociosanitario (dettato, tra l'altro, non solo da ragioni numeriche ma anche di compatibilità tra fasce di utenti diverse).

Per quanto riguarda la presa in carico sanitaria, a costituire la maggiore difficoltà è lo scarso numero di PIC (prese in carico) settimanali per la terapia metadonica da parte dell'Unità Mobile: quella che dovrebbe essere un aggancio caratterizzato da rapidità (anche perché emerge in condizioni di bisogno e sparisce quando non ve n'è più) spesso deve attendere anche diverse settimane per potersi effettivamente realizzare. Inoltre, la routine della terapia metadonica il cui percorso predisposto dall'AUSL prevede una compliance quasi perfetta (dopo la seconda assenza giornaliera si chiude formalmente la PIC) non è compatibile con lo stile di vita dei consumatori e diventa accettabile solo per i consumatori con una lunga dipendenza alle spalle o con situazioni di craving particolarmente debilitanti. Accanto a questo, la presa in carico psichiatrica (legata ai CSM) non prevede modalità compatibili con il target delle persone che vivono in strada, prevedendo l'accesso diretto alle strutture e senza una reperibilità effettiva, cosa che sarebbe molto diversa con servizi psichiatrici dedicati a questa fascia di popolazione e non riferiti solo alla popolazione generale.

Tra le varie questioni emerse, la più rilevante è stata prodotta dal tracking dei movimenti sul territorio, attraverso il quale è stato possibile teorizzare "il sistema della clessidra aperta". I movimenti di espulsione dai luoghi del consumo (per azione delle FF.OO. o delle politiche comunali) generano un movimento ciclico in cui i consumatori trovano nuovi posti per poi tornare nei luoghi originariamente scelti quando tornano disponibili. Questi luoghi, perciò, sono disponibili a tempo (clessidra) e costituiscono luoghi di passaggio di un ciclo di posti visitabili durante il proprio ciclo del consumo nel tempo senza mai raggiungere una destinazione finale in cui stabilizzarsi (da qui la clessidra "aperta"). Questa mancanza di destinazione è dettata sia da ragioni legate alla non stabilità residenziale (la mancanza di una casa in cui è possibile consumare, cosa non possibile nell'housing sociale) sia alla mancanza di luoghi protetti destinati al consumo, come appunto le Drug Consumption Room (in Italia chiamate "stanze del consumo") (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004; de Gee,

van der Gouwe, Woods, Charvet, & van der Poel, 2019). Queste ultime rappresentano l'unica soluzione possibile per chiudere il ciclo della clessidra aperta e poter diminuire la presenza in strada.

Una parte rilevante delle interviste è stata dedicata alle proposte che drug user ed equipe vorrebbero implementare per rispondere ai problemi connessi al consumo a scena aperta. Partendo da queste risposte e incrociandole con le evidenze dell'analisi sul campo, è stato costruito un pacchetto di proposte che intervenga sul breve e sul lungo periodo per rispondere ai bisogni di questa popolazione. Il perno di queste proposte ruota attorno all'istituzione delle Drug Consumption Room, luoghi già sperimentati in Europa e nel resto del mondo che costituiscono l'unica risposta possibile all'interruzione del sistema della clessidra aperta, anche perché l'obiettivo del consumo zero non è realistico (come riconosciuto anche dalla Regione Emilia Romagna nella DGR 1533/2006, p.7).

Le proposte vanno nell'ottica di una rimodulazione globale della rete dei servizi, necessaria rispetto allo

scopo. La ricerca sul campo ha fatto emergere i limiti della RDD intesa come solo patrimonio di tecniche: se si vuole rispondere alle richieste della cittadinanza e se si vogliono trovare dei meccanismi di controllo rispetto al consumo di sostanze in strada, ciò richiede necessariamente ai policy maker, Comune di Bologna in testa, di introdurre una certa dose di pragmatismo. Non si chiede qui di aderire ideologicamente alla RDD, ma di coglierne gli aspetti strutturali e a sua volta di utilizzarla nella sua complessità. Non ci sono strade senza difficoltà, ma quelle proposte sono sicuramente più semplici e meno dispendiose del binomio procrastinazione/sovra-rappresentazione della propria capacità di controllo che ha attraversato le policy fino ad adesso. In ogni caso, senza toccare con mano la vita delle persone che consumano in strada nessun ricetta-rio sarà mai implementabile: l'invito finale che emerge da questo lavoro di ricerca è quello di non fidarsi della sola carta stampata e di andare ad ascoltare direttamente, senza filtri, lavoratrici/ori del sociale, drug user e persone senza dimora.

Tabella 1 Caratteristiche degli intervistati per metodologia applicata

ID	Nome utilizzato	Target	Tipo di intervista	Funzione intervista	Ruolo della persona
F1 O.Pri.	Marina Padula	Osservatore Privilegiato	Libera	Preparatoria	Referente ASP GEA
M1 O.Pri.	Pino Di Pino	Osservatore Privilegiato	Libera	Preparatoria	Esperto UdS per ASP
M1.OP	Antonio	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatore UdS Esperto
F1.OP	Carlotta	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatrice UdS
F2.OP	Beatrice	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatrice UdS
F3.OP	Claudia	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatrice UdS
M2.OP	Giuseppe	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatore UdS Storico
M3.OP	Filippo	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatore UdS
F4.OP	Cleide	Operatore UdS	Semi-strutturata	Preparatoria + Emersione	Operatrice UdS
M1.DU	All.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User razzializzato
M2.DU	Alb.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User italiano
M3.DU	E.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User italiano
M4.DU	R.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User razzializzato
M5.DU	A.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User razzializzato
M6.DU	R.M.	Drug user	Semi-strutturata	Emersione	Drug User italiano

Tabella 2 Caratteristiche degli intervistati drug user per aree tematiche

ID	Nome utilizzato	Età	Istruzione	Lavoro	Abitazione	Salute	Giustizia
M1.DU	All.	//	//	//	Dormitorio	//	Arresto, carcere, rischio reimpatrio
M2.DU	Alb.	57	Licenza superiore	Pensione	Dormitorio	Epatite C, infezioni, overdose	//
M3.DU	E.	32	Licenza media	//	Dormitorio	Overdose	Arresto
M4.DU	R.	28	Licenza superiore	Saltuario, ristorazione e tuttofare	Squat	Epatite C, overdose	//
M5.DU	A.	33	Licenza superiore	Saltuario, edilizia e metalmeccanica	Squat	Ricovero correlato al consumo (1)	Arresto, carcere
M6.DU	R.M.	25	Licenza media	Occupazione stabile, gastronomia	Ospitato in una stanza	Epatite C	Arresto, IPM

Bibliografia

- Alquati, R. (2022). *Per fare conricerca: teoria e metodo di una pratica sovversiva*. Roma: DeriveApprodi.
- Armano, E. (2022). *Inchiesta e conricerca. Discussione su di un approccio di ricerca e trasformazione sociale*. In E. Armano, *Pratiche di inchiesta e conricerca oggi*. Verona: Ombrecorte.
- Bless, R., Korf, D., & Freeman, M. (1995). *Open Drug Scenes: A Cross-National Comparison of Concepts and Urban Strategies*. *European Addiction Research*, 1(3), 128-138. Tratto da <https://karger.com/ear/article-pdf/1/3/128/2697309/000259053.pdf>
- Bukowski, W. (2019, maggio 19). *Quelli senza biglietto. Genesi del razzismo ferroviario*. *Jacobin Italia*. Tratto da <https://jacobinitalia.it/quelli-senza-biglietto-genesi-del-razzismo-ferroviario/>
- Charmaz, K. (2015). *Grounded theory*. In J. A. Smith, *Qualitative psychology. A practical guide to research Methods* (3° ed., p. 53-84). London: SAGE Publications. Tratto da https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/78324_Pages_from_9781446298466_T_reprint.pdf
- de Gee, A., van der Gouwe, D., Woods, S., Charvet, C., & van der Poel, A. (2019). *Drug Consumption Rooms in the Netherlands, 2018 update*. Utrecht: Trimbos-Instituut. Tratto da <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1684-drug-consumption-rooms-in-the-netherlands.pdf>
- Decembrotto, L. (2022). *Riduzione del danno*. *STUDIUM EDUCATIONIS*, 23(1), 128-130. doi:10.7346/SE-012022-13
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Giancane, S. (28 ottobre 2016). *La terapia agonista, strumento flessibile: dalla riduzione del danno, alla riabilitazione, al miglioramento della qualità della vita*. Acireale: V Evento formativo SITD Sicilia. Tratto da <https://blog.sitd.it/2016/11/03/la-terapia-agonista-strumento-flessibile-dalla-riduzione-del-danno-alla-riabilitazione-al-miglioramento-della-qualita-della-vita/>
- Louria, D. B. (1968). *The Drug Scene*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Newcombe, R. (1987, January/February). *High time for harm reduction*. *Druglink*, 2(1), 10-11. Tratto da https://findings.org.uk/PHP/dl.php?file=Newcombe_R_3.txt
- Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche. (2002). *Rapporto 2002 sulle tossicodipendenze in area metropolitana. Quadro epidemiologico, caratteristiche tossicodipendenti e alcolisti*. Azienda USL Città di Bologna. Tratto da <https://www.ausl.bologna.it/servt/dipt/dsm/oem/i-rapporti-sulle-dipendenze-in-area-metropolitana/rapporto-2002.pdf/view>
- Pavarin, R. M., Rego, X., Nostrani, E., De Caro, E., Biolcati, R., Canêdo, J., & Sanchini, S. (2020). *Differences between subjects with socially integrated drug use: a study in Italy and Portugal*. *Journal of Substance Use*, 25(4), 449-455. doi:10.1080/14659891.2020.1736660
- Redattore Sociale. (2001, marzo 5). *Due anni di riduzione del danno a Bologna: domani la presentazione dei risultati*. Redattore Sociale. Tratto da <https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/due-anni-di-riduzione-del-danno-a-bologna-domani-la-presentazione-dei-risultati>
- Redattore Sociale. (2010, settembre 3). *Bologna, chiusura temporanea per il Drop In di via Paolo Fabbri*. Redattore Sociale. Tratto da <https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/bologna-chiusura-temporanea-per-il-drop-in-di-via-paolo-fabbri>
- Waal, H. C. (2014). *Open drug scenes: responses of five European cities*. *BMC Public Health*, 14(853). doi:https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-853
- Zeroincondotta. (2008, aprile 9). *Chiuso il Drop In di via Paolo Fabbri*. Zic. Tratto da https://www.zic.it/zic/articles/art_2501.html