

## 3

**SER.D E NUOVE DROGHE.****Presto che è tardi!****Anna Paola Lacatena**

Dirigente sociologa presso Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA Simona Masiello, tirocinante sociologa dell'Università del Salento presso Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA

*E il Coniglio Bianco, che dire di lui? È simile ad Alice, o ne rappresenta un contrasto? Ne è un contrasto, nettamente. Rispetto alla 'giovinezza', 'audacia', 'vigore', e 'decisione' di Alice, dovete leggerne 'anzianità', 'timidezza', 'debolezza', ed 'indecisione cronica', ed otterrete una parte di ciò che ho voluto fosse.*

*Penso che il Coniglio Bianco dovrebbe indossare gli occhiali. Sono sicuro che la sua voce sia trillante, e le sue ginocchia tremanti e l'insieme del suo aspetto ne dovrebbe suggerire la totale incapacità di spaventare anche solo un'oca!*

**Lewis Carroll (1832-1898)**

Nella Relazione europea sulla droga presentata a Lisbona nella primavera del 2016, l'Osservatorio europeo sulle droghe e sulle tossicodipendenze (Emcdda) analizzando i dati forniti da 28 Stati membri dell'UE, unitamente a Turchia e Norvegia, ha evidenziato i nuovi rischi per la salute come conseguenza del cambiamento dei prodotti (maggiore potenza) dei modelli di consumo e della comparsa di nuove sostanze.

«L'Europa - ha dichiarato il commissario europeo per migrazione, affari interni e cittadinanza, Dimitris Avramopoulos - sta affrontando un problema crescente con la droga. Nuove sostanze psicoattive, stimolanti, eroina e altri oppiacei continuano ad essere rilevanti sia nel settore della domanda che dell'offerta, determinando importanti ripercussioni sulla salute pubblica. (...) Avendo a disposizione queste conoscenze, continueremo a invitare le autorità degli Stati membri dell'UE, i paesi terzi, le società Internet e la società civile a raddoppiare la cooperazione nella lotta contro questa sfida globale». L'agenzia europea parla di oltre due milioni di giovani-adulti tra i 15 e i 34 anni (circa 2,1 milioni di giovani adulti) che hanno fatto uso nell'ultimo anno dell'Mdma (spesso venduta con il nome di "ecstasy") meglio conosciuta col nome di ecstasy. Si tratta di consumatori abituali ma anche e soprattutto di nuove generazioni di assuntori.

I danni registrati relativamente alle nuove droghe in Europa sono monitorati tramite il sistema di allerta rapido dell'UE sulle nuove sostanze psicoattive. Soltanto dal 2014 l'EMCDDA ha emesso 34 avvisi di allerta in materia di salute pubblica per gli Stati membri in relazione all'uso delle nuove sostanze psicoatti-

ve. Il numero, la tipologia e la disponibilità delle nuove sostanze psicoattive sul mercato del vecchio continente continuano a crescere, con oltre 560 nuove sostanze psicoattive soggette ora a monitoraggio da parte dall'agenzia.

Nel 2015, 98 nuove sostanze sono state segnalate per la prima volta (101 nel 2014). Come già confermato dal trend degli scorsi anni, l'elenco delle nuove sostanze riportato è stato dominato da cannabinoidi sintetici (24 segnalazioni) e catinoni sintetici (26 segnalazioni). Insieme, questi due gruppi hanno rappresentato quasi l'80 % dei 50 000 sequestri di nuove sostanze psicoattive nel 2014 e oltre il 60 % delle quattro tonnellate sequestrate.

«I giovani consumatori potrebbero involontariamente fungere da cavie umane per sostanze i cui potenziali rischi per la salute sono in ampia misura sconosciuti», si legge nella relazione. I cannabinoidi sintetici, venduti come sostituti "legali" della cannabis, possono essere estremamente tossici e sono stati segnalati degli avvelenamenti di massa (ad esempio in Polonia). A tal proposito, nel mese di febbraio 2016, l'EMCDDA ha lanciato un allarme in merito alla MDMB-CHMICA, un cannabinoide sintetico associato a 13 decessi e 23 intossicazioni non letali in Europa dal 2014. I catinoni sintetici sono venduti come sostituti "legali" di stimolanti come l'anfetamina, l'MDMA e la cocaina. Il catinone sintetico alfa-PVP, un potente stimolante, è stato collegato a quasi 200 intossicazioni acute e oltre 100 decessi dal 2011. Se il consumo di cocaina è maggiore nei paesi dell'Europa occidentale e meridionale, riflettendo i porti di arrivo e le rotte del traffico, il consumo di anfetamine (anfetamina e metanfetamina) è più marcato in Europa settentrionale e orientale.

In alcuni paesi, il crescente numero di nuove richieste di trattamento per problemi relativi alle anfetamine, nonostante livelli di consumo relativamente stabili, desta non poche apprensioni. Nel complesso, negli ultimi dieci anni, in Europa si è rilevato un aumento del 50 % nel numero di pazienti che hanno iniziato il trattamento per la prima volta e per i quali le anfetamine costituivano la droga primaria.

Squarciando l'ormai, se mai lo fosse stato, inganno della distinzione tra "droghe leggere" e "droghe pesanti", si stima che circa 16,6 milioni di giovani europei (15-34 anni) abbiano fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi. Otto dei 13 paesi per i quali esistono stime recenti basate su indagini (2013), rilevano aumenti di consumo di cannabis nell'ultimo anno in questa fascia di età. I costi sanitari e sociali del consumo di cannabis sono più evidenti tra i consumatori abituali o nel lungo termine (circa l'1 % degli adulti europei sembrerebbe consumare cannabis quotidianamente o quasi quotidianamente). I livelli di potenza delle foglie e della resina di cannabis sono elevati rispetto agli standard storici, aspetto questo che può incrementare i rischi legati al loro consumo.

Il numero di pazienti che si sottopongono per la prima volta a un trattamento per problemi legati alla cannabis è aumentato da 45 000 nel 2006 a 69 000 nel 2014. Questo aumento nelle richieste di trattamento è stato collegato a una serie di fattori, tra cui cambiamenti nei livelli di consumo e consumo intensivo, disponibilità

di prodotti più dannosi, diverse procedure di segnalazione dei casi e una maggiore disponibilità di servizi di trattamento. La cannabis, responsabile di oltre tre quarti dei sequestri effettuati in Europa (78 %), è la sostanza che viene confiscata più spesso. Inoltre, crescono i decessi da overdose e aumentano anche gli affari della criminalità organizzata, nel 2014 i morti per overdose nell'Ue sono stati 6.800. Alla luce dei dati portati all'attenzione degli addetti ai lavori, della sempre maggiore visibilità del fenomeno e dei rischi crescenti per le fasce più giovani ed inesperte, da operatori del settore una domanda dovremmo conseguentemente porcela: i Servizi per le Dipendenze che fanno?

*"Siccome non era in grado di rispondere a nessuna delle domande, non dava molto peso alla maniera in cui se le poneva."*

*(Dal libro "Alice nel paese delle meraviglie")*

Trovare delle possibili ed efficaci risposte al diffondersi di nuove sostanze psicoattive, alcune delle quali estremamente tossiche, dunque, costituisce una sfida fondamentale quanto complessa.

Se anche i Ser.D. hanno cercato negli ultimi anni di ridisegnarsi, è indubbio come l'attenzione sia stata orientata, negli ultimi tempi, alle emergenze legate alle dipendenze comportamentali e dal gambling.

Quanto i Servizi, per contro, hanno saputo riflettere e proporre attenzione nei confronti della prevenzione primaria, del cambiamento socio-culturale, delle neo-traumatologie economiche, dell'abbassamento dell'età del primo contatto con le sostanze, del diffondersi di nuove sostanze? La mancanza di evidenze cliniche ed epidemiologiche, di comprensione relativa ai possibili effetti neurobiologici, i ritardi nella stesura (quando possibile) di protocolli specifici, la difficoltà operativa in assenza di terapie farmacologiche condivise e validate, soprattutto a medio e lungo termine a fronte di sintomi e quadri sempre più psicopatologici di tipo psicotico assurgono a prodromi di rese o improvvisazioni imbarazzanti quando non conseguenze gravi per i pazienti e rischi medico-legali per gli operatori.

*"Che strada devo prendere?" chiese.*

*La risposta fu una domanda:*

*"Dove vuoi andare?"*

*"Non lo so", rispose Alice.*

*"Allora, - disse lo Stregatto - non ha importanza."*

*(Ibidem)*

Ampliare lo spettro delle possibili collaborazioni con altri servizi specialistici (ospedalieri e ambulatoriali), con l'offerta socio-sanitaria degli ambiti, puntare sulla formazione degli operatori del settore e (magari e finalmente) non solo del settore, stilare specifici protocolli sono solo alcune delle possibili risposte che i Ser.D. sono chiamati ad elaborare.

Fuori dalla medicalizzazione, dall'emergenza dettata dall'evento avverso, dalla cronicità, una risposta, sia pur impegnativa e per alcuni versi dispendiosa, resta la prevenzione.

I servizi hanno abdicato al ruolo di realtà per le tossi-

codipendenze, virando sul più aspecifico "dipendenze". Il DSM-5 ha rinunciato alla dicitura "uso, abuso, dipendenza" consegnando al consumatore il margine per una più dilatata convivenza con la condizione di "consumo" (sebbene lo stesso è misurato su un continuum da lieve a grave). Un disturbo da uso di sostanze lieve è suggerito dalla presenza di 2-3 sintomi, moderato da 4-5 sintomi e grave da 6 o più sintomi.

Il disturbo da astinenza da cannabis è stato introdotto dal DSM-5 intendendo una condizione clinica che si manifesta in seguito a cessazione di uso (intenso e prolungato, ossia abituale uso quotidiano o quasi, per almeno alcuni mesi) di cannabis.

Le fasce più giovani di popolazione, i consumatori occasionali, però, non si percepiscono come dipendenti. Allo stesso modo difficilmente valuteranno la severità del consumo in quella fase che è appena precedente alla dipendenza, inficiando la possibilità stessa di prendere in considerazione il contatto con il Servizio, salvo il caso di segnalazione ex art.75 del DPR 309/90. In estrema sintesi i consumatori più giovani non percepiscono come possibile riferimento i servizi per le dipendenze per la semplice ragione che non si sentono dipendenti.

Dunque, quando si parla di prevenzione bisognerebbe intendere un'azione di confronto e informazione mirato ad un target che il Servizio non conosce ma che ha la necessità di raggiungere e con cui sarebbe dirimente interagire.

A tal proposito presto appare già un po' tardi.

Provare ad intervenire sugli adolescenti è già tardi.

È già tardi pensare di dover ancora pensare come intervenire.

È tardi per rendersi conto che l'uso di sostanza non può attendere i cincischiamenti e la perdita di tempo delle concettualizzazioni e teorizzazioni di chi conosce poco e male la realtà del mondo del consumo 2.0.

Difficile nascondere la difficoltà di lavorare su questi argomenti e non certo per disinteresse da parte dei ragazzi quanto più per timori e assenza di esame della realtà da parte del mondo degli adulti; difficile nascondere il dispendio di energie e risorse di operatori e servizi (Dipartimenti di Prevenzione, Distretti, Consultori, ecc.) su un affastellamento di offerte relative alla prevenzione; difficile pensare di recuperare il tempo perso nello smarrimento generato dalla crescita della diffusione dell'uso/dipendenza soprattutto tra i più giovani.

*"Se ognuno si facesse i cavoli suoi,"*

*ringhiò la Duchessa inviperita, "il mondo girerebbe un bel po' più svelto."*

*"Il che non ci porterebbe affatto avanti," disse Alice, felice di poter esibire un assaggio della sua cultura.*

*(Ibidem)*

Se gli individui non subiscono passivamente le influenze del proprio ambiente ma conservano una capacità interattiva biunivoca con il medesimo, simultaneamente potrebbero implementare il proprio livello di auto-determinazione e autoefficacia acquisendo nuove conoscenze e abilità (Bandura, 1986).

I programmi finalizzati all'acquisizione delle abilità sociali, dunque, sono considerati i più efficaci, parten-

do dal presupposto che può dirsi superato quel paradigma secondo il quale il comportamento pericoloso o apertamente dannoso deriva dalla mancanza di conoscenze (*information-giving model*) (Ravenna, 1993). Puntare allo sviluppo delle capacità decisionali e delle abilità del vivere (*self-empowerment*) può assicurare allora a modello più efficace anche rispetto alla valorizzazione della natura volontaria del cambiamento comportamentale.

Forse, la collaborazione più utile e fruttuosa sarebbe quella di riuscire a portare tra i giovani (scuola, mondo del loisir, luoghi dell'aggregazione, ecc.) contributi specialistici, e dunque credibili e spendibili tra gli stessi, e non per progetti-meteore, non di rado, dalle dubbie referenzialità di promotori, attuatori e scialacquatori di risorse comuni, mirati alla persona in chiave di gruppi di confronto e parola, orientati al riconoscimento del proprio valore, al rispetto di sé e del proprio corpo. Da questo si potrebbe puntare ad una prevenzione per la persona in una chiave meno disarticolata e settoriale e ad una implementazione del sapere dello specialista stesso, in un percorso di scambio e riconoscimento reciproco.

La persona è una. *Le prevenzioni* possibili sembrano essere state declinate all'infinito, tanto da essersi perse, spesso, in infiniti rivoli.

*"Non mi pare che stiano giocando con lealtà," protestava Alice, "e poi battibeccano tutti con quanto fiato hanno in gola che uno non riesce neanche a sentire la propria voce... e le regole poi, così imprecise, ammesso che ce ne siano, non le rispetta nessuno..."*

*(Ibidem)*

Collaborare tra Servizi, fuori dalla difesa di orti e orticelli di modesto potere autoreferenziale sebbene nel rispetto di specificità e specializzazioni, garantendo centralità ai Dipartimenti per le dipendenze, significa con buona probabilità uscire dalla metafora del Bianconiglio del testo di Lewis Carroll, ossia dell'adulto, ossessionato dai doveri e dal poco tempo a disposizione e sottomesso a poteri più grandi di lui e dall'essere senza fantasia nonché incapace di accettare le novità. Non a caso, è quello che resta sempre un po' terrorizzato dalle trasformazioni di Alice.

Dunque, *presto che è tardi!* *(Ibidem)*

...Speriamo non troppo.

## BIBLOGRAFIA

- Bandura A., *Social foundation of thought and action. A social cognitive theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1986  
 Ravenna M., *Psicologia delle tossicodipendenze*, il Mulino, Bologna, 1997